

MEDICINSKE PATIENTERS
ERNÆRINGSPLEJE
En medicinsk teknologivurdering

2005

MEDICINSKE PATIENTERS ERNÆRINGSPLEJE

En medicinsk teknologivurdering

Karin Ø. Lassen¹, Jens Olsen², Edvin Grinderslev³, Hanne Melchiorson¹,
Filip Kruse⁴, Merete Bjerrum⁵

1. MTV-enheden ved Århus Universitetshospital
2. Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering (CAST), Syddansk Universitet
3. Center for Alternativ Samfundsanalyse (CASA)
4. Statsbiblioteket, Aarhus Universitet
5. Institut for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet

Medicinske patienters ernæringspleje – en medicinsk teknologivurdering

© Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, 2005

Emneord: Medicinsk Teknologivurdering, MTV, ernæringspleje, kostforplejning, medicinske patienter, hospitaler, underernæring

Sprog: Dansk med engelsk sammenfatning

Format: pdf

Version: 1,0

Versionsdato: 17. marts 2005

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, 2005

Design: Sundhedsstyrelsen

Opsætning: P.J.Schmidt Grafisk Produktion

Elektronisk ISBN: 87-7676-102-9

Elektronisk ISSN: 1601-586X

Denne rapport citeres således:

Lassen KØ, Olsen J, Grinderslev E, Melchiorsen H, Kruse F, Bjerrum M.

Medicinske patienters ernæringspleje – en medicinsk teknologivurdering

Medicinsk Teknologivurdering – puljeprojekter 2005; 5(4)

København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, 2005

Serietitel: Medicinsk Teknologivurdering – puljeprojekter

Serieredaktion: Finn Børlum Kristensen, Mogens Hørder, Leiv Bakketeig

Serieredaktionssekretær: Stig Ejdrup Andersen

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til

Sundhedsstyrelsen

Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering

Islands Brygge 67

2300 København S

Tlf. 72 22 74 00

E-mail: cemtv@sst.dk

Hjemmeside: www.cemtv.dk

Forord af CEMTV

Ernæring er et område, som i stigende grad er i fokus, når der tales om sundhed og forebyggelse af aktuelle livsstilssygdomme. Men indtagelse af den rigtige ernæring er ikke kun af betydning for bevarelse af sundheden hos raske mennesker. For syge mennesker spiller ernæringen og dens kvalitet en væsentlig rolle i behandlingsforløbet og helbredelsesprocessen.

Kvaliteten af den kostforplejning, der ydes indlagte patienter, er bestemt af en kæde af funktioner i sygehusets organisation og involverer en lang række aktører. Af tidligere studier fremgår det, at ernæringen ikke altid tildeles tilstrækkelig prioritet – ofte med underernæring af patienten til følge. Det er endvidere antydnet, at udgifterne til behandling og pleje af patienter vil kunne reduceres ved en kvalitativ forbedring af kostforplejningen. Der har således været behov for en alsidig belysning af disse forhold.

På denne baggrund besluttede Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering (CEMTV) at tildele puljemidler til et projekt, som ud fra en bred MTV-tilgang ville beskrive den eksisterende kostforplejningspraksis og udarbejde en eller flere alternative modeller hertil. Projektet blev gennemført af en tværfaglig projektgruppe i perioden 2001-2004 og var tilknyttet MTV-enheden ved Århus Universitetshospital.

Resultaterne præsenteres i nærværende rapport, der sætter fokus på ernæringsplejen af patienter, der er indlagt på medicinske afdelinger. Indledningsvis redegøres der for betænkninger og vejledninger mv. og landspolitiske drøftelser inden for de seneste ti år, der vedrører ernæringsplejen af indlagte patienter. Herefter beskrives den kliniske betydning af underernæring af patienter, fulgt op af en historisk belysning af ernæringsplejen for 40-50 år siden for at anskueliggøre, hvordan ernæringsplejen har udviklet sig. Gennem en spørgeskemaundersøgelse inddrages patienternes oplevelser og syn på ernæringsplejen.

Præsentationen af eksisterende og mulige fremtidige organisationsformer baserer sig på interviewundersøgelser blandt sygehuspersonale på forskellige niveauer i sygehusorganisationerne. Rapporten belyser, hvilke forhold der hæmmer eller fremmer en optimal ernæringspleje, og beskriver en alternativ organisationsmodel for ernæringsplejen. De økonomiske konsekvenser af den nuværende ernæringspleje estimeres i forhold til denne optimering af ernæringsplejen.

Den primære målgruppe for rapporten er politiske, administrative og faglige beslutningstagere, der arbejder med eller har relation til planlægnings- og beslutningsprocesser i kostforplejningen inden for sundhedsvæsenet.

Rapporten udgives i CEMTV's puljeserie, som forudsætter, at rapporterne har undergået eksternt peer-review.

*Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering
Juni 2005*

*Finn Børlum Kristensen
Centerchef*

Forord af projektgruppen

Ideen til denne medicinske teknologivurdering er udsprunget af ph.d.-afhandlingen »Medicinske patienters ernæring – et interventionsstudie« fra Aarhus Universitet. I ph.d.-afhandlingen konkluderes det, at ernæringsplejen på et sygehus er underlagt en meget kompleks organisation og et stramt budget. Ernæringsplejen afstemmes oftest ikke med patienternes ønsker, og generelt sker der ikke en optimering af patienternes ernæringspleje. I det videre perspektiv fremføres det, at en medicinsk teknologivurdering (MTV) er en velegnet metode til at sætte fokus på og beskrive helheden i ernæringsplejen af medicinske patienter.

Når der i dag er fokus på patienternes ernæringspleje, retter opmærksomheden sig oftest kun mod dele af ernæringsplejen – oftest produktionskøkkenernes drift – og sjældent mod sengeafdelingernes udførelse af ernæringsplejen. Ved at beskrive ernæringsplejen i en helhed vha. en medicinsk teknologivurdering vil det åbne mulighed for, at beslutninger vedrørende patienternes ernæringspleje kan træffes på et vidensbaseret grundlag.

Det er forfatterens håb, at nærværende MTV-rapport vil øge forståelsen dels for vigtigheden af ernæringspleje af indlagte patienter, plejehjemsboere, hjemmeboende ældre og lign., og dels for det potentiale, der eksisterer i organisationerne for at optimere ernæringsplejen.

Dataindsamlingen i MTV-projektet kunne ikke have været gennemført uden deltagelse og støtte fra mange mennesker. Derfor en særlig tak til patienter, personale og ledelse på sengeafdelingerne, i produktionskøkkenerne og i administrationen på de tre deltagende sygehuse. Ligeledes en særlig tak til tre seniorsygeplejersker for deres bidrag til det historiske indblik i ernæringsplejen. Personale på Det Sundhedsvidenskabelige Bibliotek, Aarhus Universitet, og på Dansk Sygeplejehistorisk Museum i Kolding takkes for deres store hjælp til kildesøgning.

Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering (CEMTV) takkes for økonomisk støtte til projektet.

Indholdsfortegnelse

Sammenfatning	8
Summary	13
Rapportens opbygning	18
1 Indledning	19
1.1 Baggrund	19
1.2 Målgruppe	19
1.3 Kløften mellem teori og praksis	19
1.4 Formål	19
1.5 Aktører	20
1.6 Den teoretiske ramme	20
1.7 Projektgruppen	21
2 Officielle tiltag og landspolitiske drøftelser	22
2.1 Indledning	22
2.2 Anbefalinger for den danske institutionskost	22
2.3 Beslutningsforslag til forbedring af kosten på sygehuse	22
2.4 Betænkning om kostforplejning	24
2.5 Handlinger og strategier	25
2.6 Sygehusejeres tiltag	27
2.7 Konklusion	27
3 Teknologien	29
3.1 Indledning	29
3.2 Energi	29
3.3 Protein	30
3.4 Metabolisk stress	31
3.5 Klinisk betydning af underernæring	31
3.6 Vurdering af næringsindtagelse og ernæringstilstand	32
3.7 Hyppighed af underernæring	32
3.8 Handlemuligheder i forhold til underernæring	33
3.9 Konklusion	36
4 Ernæringsplejen i et historisk lys	37
4.1 Indledning	37
4.2 Metode	37
4.3 Resultater	37
4.3.1 Ernæring i sygeplejeuddannelsen	37
4.3.2 Retningslinjer for kostforplejning	38
4.3.3 Ansvarsfordeling	38
4.3.4 Rutiner ved måltiderne	39
4.3.5 Måltider og kostformer	39
4.3.6 Patientens rolle	40
4.4 Konklusion	40
5 Organisationen	42
5.1 Baggrund	42
5.2 Metoder	42
5.3 Sygehus A i Århus Amt	43
5.3.1 Amtspolitiske tiltag i Århus Amt mht. kost til syge	43
5.3.2 Kostrådet på Sygehus A	44
5.3.3 Køkkenet på Sygehus A	45
5.3.4 Deltagende sengeenhed på Sygehus A	46
5.3.5 Ernæringsplejen på den deltagende sengeenhed på Sygehus A	46
5.4 Sygehus B i Nordjyllands Amt	51
5.4.1 Amtspolitiske tiltag i Nordjyllands Amt mht. kost til syge	51
5.4.2 Kost- og Ernæringsudvalget på Sygehus B	52
5.4.3 Køkkenet på Sygehus B	52
5.4.4 Deltagende sengeenhed på Sygehus B	53
5.4.5 Ernæringsplejen på den deltagende sengeenhed på Sygehus B	54

5.5	Sygehus C i Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S)	59
5.5.1	Ledelsesmæssige tiltag i H:S mht. kost til syge	59
5.5.2	Ernæringsudvalget på Sygehus C	60
5.5.3	Køkkenet på Sygehus C	60
5.5.4	Deltagende sengeenhed på Sygehus C	61
5.5.5	Ernæringsplejen på den deltagende sengeenhed på Sygehus C	62
5.6	Diskussion og sammenfatning af succeskriterierne	68
5.6.1	Indledning	68
5.6.2	Er kosten en vigtig del af behandlingen uanset varigheden af indlæggelsen?	68
5.6.3	Sammensætter plejepersonalet kosten individuelt efter patientens behov og ønsker?	70
5.6.4	Følges patientens ernæringsstatus under indlæggelsen, og handler afdelingens personale herpå?	72
5.6.5	Er der en klar ansvars- og opgavefordeling i ernæringsplejen?	73
5.6.6	Er maden kulinarisk attraktiv og ernæringsmæssigt dækkende?	75
5.6.7	Giver plejepersonalet patienten optimale forhold i spisesituationen?	76
5.7	Konklusion	77
6	Patienten	80
6.1	Indledning	80
6.2	Metode	80
6.2.1	Spørgeskema	80
6.2.2	Kriterier for deltagelse	80
6.2.3	Gennemgang af spørgeskemaet	80
6.2.4	Bearbejdning af data	80
6.2.5	Deltagende patienter	80
6.3	Resultat: Spørgeskemaundersøgelsen	82
6.3.1	Patienternes oplevelse af kosten som en vigtig del af behandlingen	82
6.3.2	Oplever patienterne, at deres ernæringsstatus følges, og at personalet handler herpå?	86
6.3.3	Hvordan oplever patienterne ansvars- og opgavefordelingen i ernæringsplejen?	87
6.3.4	Oplever patienterne, at maden er kulinarisk attraktiv?	87
6.3.5	Giver plejepersonalet patienterne optimale forhold i spisesituationen?	89
6.4	Diskussion	89
6.5	Konklusion	92
7	Økonomien	93
7.1	Indledning	93
7.2	Metoder	93
7.3	Økonomiske aspekter af ernæringsplejen	94
7.3.1	Ernæringsplejens effekt på indlæggelsestiden	94
7.4	Resultater: Besparelspotentialet lokalt	95
7.4.1	Deltagende sengeenhed på Sygehus A	96
7.4.2	Deltagende sengeenhed på Sygehus B	96
7.4.3	Deltagende sengeenhed på Sygehus C	96
7.4.4	Følsomhedsanalyser for besparelspotentialer	96
7.5	Resultater: Besparelspotentiale nationalt	99
7.6	Diskussion	100
7.7	Konklusion	101
8	Sammenfattende diskussion	103
9	Konklusion og perspektivering	107
10	Bilag	109
	Bilag A: Søgestrategi: Teknologien	109
	Bilag B: Søgestrategi: Patientens perspektiv	109
	Bilag C: Søgestrategi: Økonomiske aspekter	110
	Referenceliste	111

Sammenfatning

Inspirationen til at sætte fokus på medicinske patienters ernæringspleje er en undren over den kløft, der eksisterer mellem den anerkendte teoretiske viden, der foreligger om ernæringens betydning for syge mennesker, og den ofte manglende inddragelse af ernæringspleje i behandlingen og plejen af patienterne. En kløft, der kan sammenholdes med, at mellem 20 og 50% af patienterne er underernærede ved indlæggelsen – og fortsat underernæres under indlæggelsen – samtidig med at 20-40% af maden på danske sygehuse går til spilde. Adskillige studier viser, at specielt ældre medicinske patienter har en høj risiko for at blive underernæret under sygdom. Denne problemstilling vedrører en stor patientgruppe, idet medicinske patienter udgør ca. en tredjedel af alle patienter på danske sygehuse.

Når der i dag er fokus på patienternes ernæring, retter opmærksomheden sig oftest mod sygehuskøkkenernes drift og ikke mod helheden i ernæringsplejen. Ved at beskrive ernæringsplejen i en medicinsk teknologivurdering (MTV) kan der tilvejebringes et helhedsbillede, der kan belyse de faktorer, der har betydning for, hvilken ernæringspleje indlagte medicinske patienter får.

Formål

Formålet er 1) at belyse problemstillinger i den eksisterende ernæringspleje af medicinske patienter, der ikke kræver sonde- eller intravenøs ernæring, og 2) at foreslå ændringer i ernæringsplejen, der kan sikre, at patienterne modtager en ernæringspleje, hvor deres næringsbehov opfyldes så optimalt som muligt.

Metoder

For at skabe en systematisk og alsidig ramme for MTV'en er der indsamlet data fra følgende seks hovedområder: Officielle tiltag og landspolitiske drøftelser, teknologien, ernæringsplejen i et historisk lys, organisationen, patienten og økonomien. Omdrejningspunktet er at sammenholde den ernæringspleje, der i dag ydes medicinske patienter, med de officielle anbefalinger herfor. De officielle anbefalinger er specificeret som seks succeskriterier:

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

Herudfra identificeres der forhold i ernæringsplejen, der virker henholdsvis fremmende og hæmmende set ud fra patienternes og faglige og ledelsesmæssige aktørers perspektiv.

Officielle tiltag og landspolitiske drøftelser

Ernæringspleje af hospitalsindlagte patienter har haft en vis politisk bevågenhed, og officielle instanser har udarbejdet anbefalinger, vejledninger og en betænkning. Området belyses gennem indsamling af relevant kildemateriale, således at der skabes en indsigt i baggrunden for status for det landspolitiske arbejde på området.

Teknologien

Teknologien blev i 1860 formuleret af Florence Nightingale, som skrev »I would say to the nurse, have a rule of thought about your patient's diet, consider, remember how much he has had and how much he ought to have today«. I denne MTV er teknologien defineret som »den ernæringspleje, der sikrer, at patienten får dækket sit behov for næring i størst muligt omfang«. Betydningen af optimal ernæringspleje under sygdom og mulige handle måder til at øge småtspisende patienters indtagelse af næring belyses gennem et systematisk litteraturstudie.

Ernæringsplejen i et historisk lys

Da teknologien er af ældre oprindelse, er der knyttet en historie til ernæringsplejen på danske medicinske sengeafdelinger. Den historiske vinkel inddrages for at iagttage, hvordan ernæringsplejen har udviklet sig

gennem de sidste fem årtier. Emnet belyses ved at indsamle historisk kildemateriale og ved at interviewe tre seniorsygeplejersker, der har arbejdet på medicinske afdelinger.

Organisationen

Dette element er centralt i MTV-rapporten, da organisationsanalysen skaber indsigt i, hvordan ernæringsplejen i dag foregår på medicinske sengeafdelinger. På tre medicinske sengeenheder¹ henholdsvis på et universitetshospital, et hospital under Hovedstadens Sygehusefællesskab (H:S) og et lokalt sygehus interviewes faggrupper og ledelsesrepræsentanter om deres funktioner og arbejde med relation til ernæringsplejen. Som baggrund for interviewene indsamles der viden om sygehusejernes og sygehusledelsernes tiltag på ernæringsområdet samt om driften på sengeafdelingerne og i produktionskøkkenerne. Udgangspunktet for dataindsamlingen er at sammenholde praksis i ernæringsplejen på de tre sygehuse med de officielle anbefalinger om kost til syge. I organisationsanalysen identificeres der forhold, der henholdsvis fremmer og hæmmer en optimal ernæringspleje.

Patienten

Til at belyse patienternes oplevelse af og syn på ernæringsplejen i relation til de seks succeskriterier udarbejdedes der et spørgeskema til anvendelse i et struktureret interview med 75 medicinske patienter fra de deltagende sengeenheder. På baggrund af patienternes besvarelser og åbne kommentarer identificeres forhold, der ud fra deres synsvinkel fremmer eller hæmmer opfyldelsen af de seks succeskriterier for ernæringsplejen.

Økonomien

I den sundhedsøkonomiske analyse beskrives og analyseres omkostningerne og effekterne af en forbedret ernæringspleje. Ud fra de indsamlede data vedrørende aktivitetsniveauet på de deltagende sengeenheder og den videnskabelige litteratur på området vurderes besparelsesmulighederne ved en forbedret ernæringspleje. Da disse beregninger er forbundet med en vis usikkerhed, udarbejdes der følsomhedsanalyser, hvor der varieres på forudsætningerne for beregningerne.

Resultater

Officielle tiltag og landspolitiske drøftelser

Gennem de sidste ti år har der fra officiel og landspolitisk side været en vis opmærksomhed omkring indlagte patienters ernæring. Denne opmærksomhed har resulteret i udarbejdelse af anbefalinger, vejledninger, en betænkning, inspirationsmateriale til sygehusektoren og tilkendegivelse af mange positive intentioner om at opprioritere og forbedre ernæringsplejen af patienterne på landets sygehuse. Fra landspolitisk side har der ofte været lagt op til en dialog og et samarbejde med sygehusejerne (amterne og H:S) om kosten på sygehuse. I den politiske debat pointeres det, at det er amterne (og H:S), der har ansvaret for den organisatoriske og indholdsmæssige drift på området. Sygehusejernes tiltag på området har således indflydelse på, hvordan de landspolitiske intentioner vedrørende en opprioritering af ernæringsplejen af ældre og syge omsættes til praksis. Resultaterne fra de to deltagende amter og H:S illustrerer, at der er stor variation blandt de tiltag, som sygehusejerne har iværksat i forhold til ernæring på sygehuse, en variation, der strækker sig fra, at ingen kostpolitik generelt er vedtaget, til en aktiv implementering af et kvalitetssikringssystem for ernæringsplejen.

Teknologien

En omfattende viden om kroppens behov for næring og effekten af underernæring er tilgængelig i den naturvidenskabelige litteratur. I forhold til raske personer har syge mennesker et øget behov for energi og protein, da kroppens omsætning under sygdom er væsentligt øget pga. den stresspåvirkning, sygdommen medfører. Hvis teknologien ikke anvendes optimalt, dvs. at patienten ikke gives »den ernæringspleje der sikrer, at patienten får dækket sit behov for næring i størst muligt omfang«, resulterer det i en nedbrydning af muskelvæv, herunder hjerte- og respirationsmuskulaturen, og immunforsvaret svækkes. Patienten bliver træt, svær at mobilisere med en øget risiko for komplikationer som liggesår, årebetændelse og infektioner med en deraf følgende øget risiko for et længere sygdomsforløb. Mellem 20 og 50% af de medicinske patienter er underernærede ved indlæggelsen, og specielt den ældre medicinske patient er i stor risiko for under indlæggelsen at blive yderligere underernæret. Studier har påvist, at det er muligt at optimere patienternes indtagelse af energi og protein, f.eks. ved servering af små protein- og energitætte måltider og hyppige mellemmåltider samt ved klarhed over hvem, der i praksis har ansvaret for at udføre arbejdsopgaverne.

¹ En sengeenhed defineres som en eller to sengeafdelinger, der deler et afdelingskøkken.

Ernæringsplejen i et historisk lys

Den historiske gennemgang belyser, at kosten på sygehusene i 1950'erne var en vigtig del af behandlingen uanset varigheden af indlæggelsen. Det ses af indholdet i uddannelsen af sygeplejeelever, gennem overlægens ordination af kostform til alle patienter og gennem den ledende sygeplejerskes myndige funktion i ernæringsplejen, hvor hun havde ansvaret for og overblikket over alle patienternes ernæringspleje. Dengang – som i dag – var der ildsjæle på området, der arbejdede for at omsætte viden til handling, hvilket illustreres af et motto fra 1930'erne: »Et ernæringsfremskridt ind gennem Munden er bedre end ti på Papiret«. Ligeledes var der tanker fremme om at etablere et led mellem produktionskøkkenet og patienterne i form af »kostplejersker«. Det enkelte sygehus havde mulighed for at få et vejledende besøg fra Statens Praktisk-sundhedsmæssige Undersøgelser under Sundhedsstyrelsen, hvor sygehusets udførelse af ernæringsplejen blev gennemgået, og evt. forslag til forbedringer i ernæringsplejen blev formidlet.

Organisationen

Organisationsanalysen for de deltagende sygehuse og sengeafdelinger belyser, hvor forskelligt sygehusejerne, sygehusledelserne og afdelingspersonalerne arbejder med ernæringsplejen. Det enkelte sygehus og den enkelte sengeenhed har deres styrker og svagheder, men ingen af de deltagende sengeenheder efterlever til fulde de seks specificerede succeskriterier for ernæringsplejen. På tre niveauer i organisationerne er der identificeret forhold, der er henholdsvis fremmende og hæmmende for en optimal ernæringspleje (skema I). Disse forhold anskueliggør, at der er et væsentligt potentiale for at optimere ernæringsplejen af medicinske patienter. En organisationsmodel, hvor der ansættes en fagligt uddannet person, der udelukkende varetager ernæringsrelaterede opgaver på sengeafdelingen, indfrier de fire fremmende punkter på afdelingsniveau: personens arbejdstid anvendes på individuel ernæringspleje, personen har et indgående engagement i og kendskab til ernæringsområdet, personen har overblik over og viden om produktionskøkkenets tilbud, og endelig kan personen selv fremstille mellemmåltider og lign. på sengeafdelingen. Faktorer som manglende tid og ansvarsforskydning elimineres herved i høj grad. Organisationsmodellen indebærer, at der med det øvrige plejepersonale etableres et samarbejde, der bygger på en accept af og forståelse for ernæringens betydning i plejen og behandlingen.

SKEMA I

Fremmende henholdsvis hæmmende forhold for en optimal ernæringspleje ud fra sygehusledelsens, sengeafdelingens og produktionskøkkenets perspektiv

Fremmende forhold	Hæmmende forhold
Sygehusledelsens perspektiv Klar tilkendegivelse fra ledelsesniveau om vigtigheden af optimal ernæringspleje	Svag eller mangelfuld udmelding fra ledelsesniveau om betydningen af ernæringsplejen
Adgang til ledelsesværktøjer til kvalitetssikring, understøttelse og vurdering af ernæringsplejen	Manglende ledelsesværktøjer til at tilegne sig indsigt til at vurdere den udførte ernæringspleje på afdelingsniveau
Ressourcer til opfølgning og understøttelse af implementering af retningslinjer på ernæringsområdet	
Sengeafdelingens perspektiv En fagligt uddannet person arbejder aktivt med ernæringsplejen og har tiden til i praksis at påtage sig det konkrete arbejde hermed Tilstedeværelse af nøglepersoner/ildsjæle	Manglende tid til ernæringsplejen og en heraf følgende nedprioritering Ansvaret for den praktiske udførelse af ernæringsplejen er kollektivt placeret, men få er engagerede
Sengeafdelingen har tilbud om mad til rådighed på afdelingen alle døgnets 24 timer, og personalet serverer disse tilbud til patienterne	Det overordnede ansvar er formelt placeret hos lægegruppen, som sjældent involverer sig i ernæringsspørgsmål
Tværfaglige retningslinjer for opsporing af risikopatienter og for udførelse af ernæringspleje af forskellige patientkategorier	De kliniske diætisters kompetence anvendes i begrænset omfang Plejepersonalet mangler kosttilbud til patienterne uden for de faste måltider
Produktionskøkkenets perspektiv Hyppig kontakt til plejepersonale og patienter Følger og kontrollerer den leverede mad helt frem, til den serveres for patienterne Øget synlighed i organisationen og dermed mulighed for øget kendskab og respekt fra andre faggrupper omkring køkkenpersonalets arbejde	Manglende kontakt til plejepersonale og patienter Ingen føling med og indflydelse på serveringen Ikke synlig i organisationen og deraf manglende viden hos øvrige faggrupper om fagområdet Manglende økonomisk råderum

Patienten

Patienternes besvarelse af spørgsmålene med relation til ernæringsplejen og deres åbne kommentarer belyser, at der er forskelle på, hvordan ernæringsplejen udføres på de deltagende sengeenheder. Ud fra patientens perspektiv er der generelt på alle sengeenheder et potentiale for, at plejepersonalet øger fokus på ernæringsplejen, så den medicinske patient oplever at få en individuel ernæringspleje. Ud fra patienternes synspunkt har man identificeret forhold, som fremmer henholdsvis hæmmer en optimal ernæringspleje (skema II).

SKEMA II

Fremmende henholdsvis hæmmende forhold for en optimal ernæringspleje ud fra patientens perspektiv

Fremmende forhold	Hæmmende forhold
At patienten har mulighed for et reelt menuvalg i spisesituationen	At patienten ikke gives mulighed for at vælge menu, der er tilpasset f.eks. præferencer og evne til at tygge
At måltidet er individuelt tilpasset, f.eks. mht. konsistens og portionsstørrelse	At patienten ikke tilbydes mellemmåltider og tilskudsrikke i 12 af døgnet 24 timer
At patienten modtager information om produktionskøkkenets tilbud	At patienten ikke informeres om produktionskøkkenets tilbud
At patienten er i dialog med plejepersonalet om måltiderne og valgmulighederne	Manglende dialog mellem patient og plejepersonale om individuelle behov og ønsker
At maden er kulinarisk attraktiv	At patientens ernæringsstatus ikke følges, og patientens indsigt i eget vægttab ikke anvendes af plejepersonalet

Økonomien

Litteraturstudiet viser, at indlæggelsestiden for medicinske patienter i gennemsnit kan reduceres med 3,4 dage, såfremt ernæringsplejen forbedres. Når disse resultater anvendes på danske forhold, vurderes besparelspotentialet på landsplan årligt at være 143,6 millioner kr. (2003-prisniveau) for medicinske patienter ældre end 59 år, der er indlagt i minimum syv dage, hvis det antages, at 35% af disse patienter er underernærede. Denne reduktion i antallet af sengedage er estimeret til 6,7% af det totale antal sengedage for denne patientkategori. I 2001 talte ovennævnte patientkategori i alt 81.705 indlæggelser med et gennemsnitligt indlæggelsesforløb på 17,8 dage og en gennemsnitsalder på 76 år. Hvis beregningsforudsætningerne, såsom reduktionen i antal sengedage, ændres til henholdsvis 0,7 og 6,1 dages reduktion i gennemsnit pr. indlæggelse for denne patientgruppe, vil besparelspotentialet årligt ligge i størrelsesordenen fra 29,1 til 258,5 millioner kr. Der er tale om et besparelspotentiale, hvor besparelserne kun vil blive reelle, hvis de sparede sengedage omsættes til en nedlæggelse af senge og efterfølgende reduktion af personalenormeringen og det øvrige budget, hvorved ressourcerne frigøres til alternativ anvendelse. I dag er der et stort pres på medicinske sengeafdelinger, og besparelspotentialet vil – alt andet lige – kunne ses udmøntet i form af lavere belægningsprocenter. I dag er belægningsprocenterne endog meget høje på medicinske afdelinger. Af hensyn til driften kan det være hensigtsmæssigt at mindske belægningsprocenten til 85-90%. Dette skal ses i lyset af et yderligere pres, som i fremtiden kan forventes at komme på de medicinske sengeafdelinger på grund af en stigende andel af ældre.

Konklusion

Ernæringsplejen af medicinske patienter fremstår i dag som en underordnet del af plejen og behandlingen, hvor de officielle anbefalinger om kost til syge ikke efterleves til fulde. Resultatet er, at mange patienter underernæres, hvorved sygdomsperioden og indlæggelsestiden forlænges unødigt. Videnskabelige studier dokumenterer samtidig, at det gennem forskellige handlinger er muligt at optimere patienternes indtagelse af energi og protein, f.eks. ved servering af små, men hyppige energi- og proteinrige måltider. De officielle anbefalinger er vejledende for landets sygehuse, hvilket afspejles i, at de enkelte aktører – sygehusejere, sygehusledelser, afdelingsledelser osv. – agerer forskelligt mht. prioriteringen og arbejdet med ernæringsplejen på sygehusene.

Organisationsanalysen og belysningen af patienternes perspektiv peger på, at der i den nuværende ernæringspleje er forhold, der kan ændres, så patienterne i større grad får dækket deres ernæringsmæssige behov. På forskellige niveauer i organisationerne er der identificeret adskillige forhold, der virker henholdsvis fremmende og hæmmende for en optimal ernæringspleje. Det er dog helt centralt, at der fra ledelsesmæssig side sker en aktiv involvering i og opprioritering af denne del af plejen og behandlingen af medicinske patienter. Ud fra patientens perspektiv er det centralt, at informationsniveauet vedrørende tilbuddene om mad og drikke højnes, og at patienten sikres en dialog omkring præferencer med hensyn til mad og drikke, hvor disse præferencer søges tilgodeset.

De organisatoriske ændringer, rapporten peger på, hvor potentialet for en optimering af ernæringsplejen på danske sygehuse udnyttes, vil bl.a. kunne ses udmøntet i et fald i den gennemsnitlige indlæggelsestid, hvor reduktionen i antallet af sengedage på de medicinske afdelinger er estimeret til 6,7%. Det årlige besparelspotentiale på medicinske sengeafdelinger vurderes at være 143,6 millioner kr. på landsplan. Disse ressourcer kan bidrage til at afhjælpe det øgede pres på de medicinske sengeafdelinger, der forventes i de kommende år som følge af det stigende antal af ældre.

På danske sygehuse anvendes den eksisterende viden på ernæringsområdet ikke systematisk, men ofte i spredte og isolerede ernæringsprojekter, der ikke fører til en permanent og levedygtig forankring af en optimeret ernæringspleje i organisationen. Sygehussektoren står her over for et dagsaktuelt problem, der kræver opprioritering, langsigtet planlægning og implementering.

Området er nu yderligere aktualiseret, da Danmark har tilsluttet sig Europarådets nylige resolution vedrørende mad og ernæringspleje på hospitaler. I resolutionen er en velfungerende måltidsservice og en individuel ernæringspleje en fundamental menneskeret for indlagte patienter.

Summary

The inspiration for the present assessment of the nutritional care of medical patients is puzzlement about the divide that exists between the accepted theoretical knowledge about the importance of the diet for ill persons and the common failure to incorporate nutritional aspects in the treatment and care of the patients. This divide should be viewed in the context that 20-50% of patients are undernourished upon admission – and remain undernourished during hospitalisation – while 20-40% of the food at Danish hospitals goes to waste. Numerous studies show that elderly medical patients are at particularly high risk of becoming undernourished during illness. This problem affects a large group of patients as medical patients comprise about a third of all patients in Danish hospitals.

Even when nutrition is in focus, attention is usually directed at the operation of the hospital kitchens rather than at nutritional care as a whole. By performing a health technology assessment (HTA) of nutritional care it is possible to obtain an overview of the all aspects of nutritional care and hence to identify and describe the factors that determine the type and standard of nutritional care received by hospitalized medical patients.

Aim

The aim of this report is 1) to identify and describe problems in current nutritional care of medical inpatients not requiring enteral or parenteral nutrition, and 2) to suggest changes in nutritional care to ensure that the care the patients receive meets their nutritional requirements as fully as possible.

Methods

In order to provide a systematic and comprehensive foundation for the present health technology assessment, data have been collected on six main aspects: Official initiatives and national policy discussions, the technology, nutritional care in an historic perspective, the organisation, the patient and the economic aspects. The focus of the assessment was to compare the nutritional care presently provided to the patients with the official recommendations in the area. The latter are specified as six success criteria:

1. The diet is an important part of the treatment, irrespective of the duration of hospitalisation
2. The nursing staff plan the diet individually in accordance with each patient's requirements and wishes
3. The patient's nutritional status is monitored during hospitalisation, and the ward staff act in accordance herewith
4. There is a clear division of responsibility and tasks relating to nutritional care
5. The food is appealing and nutritionally appropriate
6. The nursing staff ensure that the patient's mealtimes are as pleasant as possible.

Based on these criteria, factors that promote or inhibit good nutritional care have been identified from the perspective of the patients and the professional and managerial stakeholders.

Official measures and national policy discussions

Nutritional care of hospitalised patients has attracted some political attention, and public authorities have drawn up recommendations, guidelines and a white paper. Relevant source material on this aspect has been collected with a view to elucidating the background for current political work in the area of nutritional care.

The technology

The technology was formulated in 1860 by Florence Nightingale, who wrote "I would say to the nurse, have a rule of thought about your patient's diet, consider, remember how much he has had and how much he ought to have today". In this HTA, the technology is defined as "the nutritional care that ensures that the patient's nutritional requirements are satisfied to the greatest extent possible". The significance of optimal nutritional care during illness and possible means to enhance the nutritional intake of patients who eat very little are described by means of a systematic literature search.

Nutritional care in an historic perspective

As the technology originated long ago, nutritional care has a long history in Danish hospital medical wards. The historical perspective is included here in order to reveal how nutritional care has developed over the past half century. This aspect was investigated by collecting historical source material and through interviews with three senior nurses who have worked in medical departments.

The organisation

This is a key element of the HTA as the organisational analysis provided insight into how nutritional care is currently practised in hospital medical wards. The professional groups and representatives of management at three medical ward units (defined as one or two hospital wards that share a departmental kitchen) at a university hospital, a hospital in the Copenhagen Hospital Corporation (H:S) and a local hospital were interviewed about their responsibilities and work regarding nutritional care. As background for the interviews, information was collected on measures implemented in the nutritional care area by the hospital owners and management as well as the running of the hospital wards and the production kitchens. The approach used in collecting the data was to compare nutritional care practice in the three hospitals with the official dietary recommendations for ill persons. Through the organisational analysis, factors were identified that promote or inhibit optimal nutritional care.

The patient

In order to elucidate the patients' experience of and views on nutritional care in relation to the six success criteria, a questionnaire was prepared for use in a structured interview with 75 medical patients from the participating medical ward units. Based on the patients' answers and open comments, factors were identified that from the patients' perspective promote or inhibit fulfilment of the six success criteria for nutritional care.

The economic aspects

The health economics analysis describes and analyses the costs and effects of improved nutritional care. The data collected concerning the level of activity in the participating medical ward units and information from the pertinent scientific literature were used to calculate the potential savings associated with improved nutritional care. As there is some uncertainty associated with these calculations, a sensitivity analysis has been performed in which the calculation assumptions are varied.

Results

Official measures and national policy discussions

Over the past 10 years, nutritional care of hospitalised patients has received some attention at the official and national political levels. This attention has resulted in recommendations, guidelines and a white paper, inspirational material for the hospital sector and the expression of many positive intentions to accord higher priority to and improve nutritional care of patients in Danish hospitals. At the national political level this has been expressed as a dialogue and cooperation with the hospital owners (the Counties and Copenhagen Hospital Corporation) about nutritional care in the hospitals. In the political debate it has been emphasised that it is the Counties (and Copenhagen Hospital Corporation) that are responsible for organisation and operational content of nutritional care. The measures taken by the hospital owners thus influence how national political intentions concerning prioritisation of nutritional care of the elderly and ill are implemented in practice. The results obtained in the two participating Counties and Copenhagen Hospital Corporation show that the measures initiated by the hospital owners regarding nutritional care in hospitals vary considerably, ranging from the absence of a general nutritional policy to active implementation of a quality assurance programme for nutritional care.

The technology

The scientific literature abounds in information about the body's nutritional requirements and the effect of malnutrition. Compared with healthy persons, ill people need more energy and protein as their metabolic rate is considerably enhanced due to the stress caused by the disease. If the technology is not used optimally, i.e. if the patient is not given »the nutritional care that ensures that the patient's nutritional requirements are satisfied to the greatest extent possible«, the result is degradation of muscle tissue, including the cardiac and respiratory musculature, and weakening of the immune system. The patient becomes tired, difficult to mobilise and has an enhanced risk of complications such as bedsores, phlebitis and infections, with the resultant enhanced risk of extending the duration of the illness. Between 20 and 50% of the medical patients are undernourished upon admission, and elderly medical patients are at particularly great risk of becoming further

undernourished during hospitalisation. Studies have shown that it is possible to optimise a patient's energy and protein intake, for example by serving small protein- and energy-rich meals and frequent between-meal snacks as well as by clearly defining who is responsible for carrying out the tasks in practice.

Nutritional care in an historic perspective

The historical review revealed that diet was an important part of the treatment and care in hospitals in the 1950s, irrespective of the duration of hospitalisation. This is apparent from the education received by the nurses, from the prescription of diets for all patients by the consultant physician and from the authoritative role played by the head nurse in nutritional care, where she was responsible for and kept check on the nutritional care of all patients. Then – as now – there were committed souls who worked hard to implement knowledge in practice, as is illustrated by a 1930s motto: “One nutritional step forward through the mouth is better than 10 on paper”. Likewise the idea was aired of establishing a link between the production kitchen and the patients in the form of “diet nurses”. The individual hospitals were able to receive an advisory visit from the former Danish Institute for Practical Health, National Board of Health, during which nutritional care in the hospital was reviewed, and proposals for improvements put forward.

The organisation

The organisational analysis of the participating hospitals and medical ward units revealed how different hospital owners, hospital managements and ward staff deal with nutritional care. The individual hospitals and the individual medical ward units have their strengths and weaknesses, but none of the participating medical ward units fully meet the six specified success criteria for the nutritional area. Factors considered to promote or inhibit optimal nutritional care were identified at three organisational levels (Table 1). From these it can be concluded that there is considerable potential for optimising the nutritional care of medical patients. An organisational model in which a professionally trained person is employed solely to be responsible for nutrition-related tasks in the medical wards would satisfy the four promotive factors at ward level: the person's working hours are spent on individual nutritional care, the person has a deep engagement in and knowledge of nutritional care, the person is well acquainted with and has a good knowledge of the foods provided by the production kitchen and finally, the person is able to prepare between-meal snacks etc. in the ward. This would largely eliminate factors such as shortage of time and shirking of responsibility. This model requires cooperation to be established with the remaining staff based on acceptance and understanding of the importance of nutrition in care and treatment.

TABLE I

Factors that promote or inhibit optimal nutritional care from the perspective of the hospital management, the ward and the production kitchen

Promotive factors	Inhibitory factors
The hospital management's perspective	
Clear signals from management about the importance of optimal nutritional care	Weak or lacking signals from management about the importance of nutritional care
Access to management tools for quality assurance, support and assessment of nutritional care	Absence of management tools for obtaining the insight to be able to assess nutritional care at departmental level
Resources to follow-up and support implementation of nutritional care guidelines	
The hospital ward's perspective	
That a professionally trained person works actively with nutritional care and has the necessary time to do so in practice	Lack of time for nutritional care, which is therefore accorded low priority
The presence of key personnel or committed individuals	That responsibility for the practical implementation of nutritional care is collective, but that only few are actively engaged
That the hospital ward can provide different types of food 24 hours a day, and that the staff serve these food items to the patients	That formal responsibility for nutritional care lies with the physicians, who rarely involve themselves in nutritional issues
The availability of cross-disciplinary guidelines for tracing patients at risk and for implementing nutritional care of various categories of patient	That the clinical dietician's expertise is underutilised
	That the nursing staff are unable to provide food outside the fixed mealtimes
The production kitchen's perspective	
Frequent contact to the nursing staff and patients	Lack of contact to the nursing staff and patients
That the kitchen staff controls the whole food path from the kitchen until it is served to the patient	That the kitchen does not follow or have any influence on how the food is served
High visibility within the organisation and hence the possibility to enhance knowledge of and respect for the kitchen staff's work from other professional groups	Low visibility within the organisation with the result that other professional groups know little about the kitchen staff's work.
	Lack of economic latitude

The patient

The patients' answers to the questions about nutritional care and their open comments reveal differences in the manner in which nutritional care is carried out in the participating medical ward units. From the patient's perspective, there is room for the nursing staff to focus more on nutritional care so that the medical patient experiences individual nutritional care. The factors considered from the patient's perspective to promote or inhibit optimal nutritional care are summarised in Table II.

TABLE II

Factors that promote or inhibit optimal nutritional care from the perspective of the patient

Promotive factors	Inhibitory factors
That the patient has a real choice of menu at mealtimes	That the patient is not provided with the possibility to choose between menus adapted to preference, ability to chew, etc.
That the meal is adapted to the patient, for example with respect to consistency and size of portions	That the patient is not offered between-meal snacks and oral nutritional supplements for 12 of the 24 hours in a day
That the patient is informed about what the production kitchen can offer	That the patient is not informed about what the production kitchen can offer
Dialogue between the patient and nursing staff about the meals and menu choices	Lack of dialogue between the patient and nursing staff about individual needs and wishes
That presentation of the meals is appealing	That the patient's nutritional status is not monitored, and the patient's knowledge of his/her own weight loss is not utilized by the nursing staff

The economic aspects

The review of the literature revealed that it is possible to reduce the hospital stay of medical patients by an average of 3.4 days by improving their nutritional care. By applying these findings to Danish conditions it is estimated that the potential nationwide savings in the case of medical patients older than 59 years of age and admitted for a minimum of seven days amount to DKK 143,6 million per year (2003 prices) assuming that 35% of such patients are undernourished. This reduction in the number of bed days is estimated to be 6.7% of the total number of bed days for this patient category. In 2001, the above-mentioned patient category accounted for 81,705 admissions with an average hospital stay of 17.8 days and an average age of 76 years. If the calculation assumptions concerning the reduction in the number of bed days are changed to 0.7 and 6.1 days per admission, the potential annual savings will be DKK 29.1 and 258.5 million, respectively. The potential savings will only be realised if the savings in bed days are converted to a reduction in the number of beds and a subsequent reduction in staffing norms and other budgeted costs, thereby freeing resources for alternative uses. There is currently considerable pressure on medical wards, and all other things being equal, the potential savings could be reflected in lower bed utilization rates. At present, bed utilization rates are very high in the medical wards. In order to ensure smooth operation of the wards it could be appropriate to reduce the bed utilization rate to 85-90%. This should be viewed in the context of the additional pressure that can be expected on the medical wards in the future due to the increasing number of elderly people.

Conclusion

The nutritional care of medical patients is presently a subsidiary aspect of care and treatment in which compliance with the official nutritional recommendations for patients is inadequate. As a result, many patients are undernourished, unnecessarily entailing prolongation of their illness and hospital stay. At the same time, scientific studies show that it is possible to optimise patient intake of energy and protein through various measures, for example by serving small but frequent energy- and protein-rich meals. For Danish hospitals the official recommendations serve only as guidelines, which is reflected in the fact that the various actors – the hospital owners, hospital managements, heads of department etc. – act differently with respect to prioritisation and implementation of nutritional care in the hospitals.

The organisational analysis and the investigation of the patients' perspective indicate that certain aspects of present-day nutritional care could be changed to better meet the nutritional requirements of the patients. Factors that promote or inhibit optimal nutritional care have been identified at various organisational levels. Of fundamental importance, though, is that the leadership is actively involved in and accords higher priority to this aspect of the care and treatment of medical patients. What is most important from the patient's perspective is that better information should be provided concerning the food and beverages available and that the patient should be consulted about food and beverage preferences with the aim of meeting these preferences.

The organisational changes suggested in this HTA, in which the potential to optimise nutritional care in Danish hospitals is utilised, would reduce the average hospital stay yielding an estimated 6.7% reduction in bed days in medical departments. The potential annual savings in medical wards are estimated to be DKK 143.6 million for the country as a whole. These resources can help ease future pressure on medical bed wards – pressure that is expected to rise in the coming years due to the increasing number of elderly people.

Existing knowledge of nutritional care is not put to systematic use in Danish hospitals, but rather in dispersed and isolated nutritional projects that do not lead to permanent and viable anchorage of optimal nutritional care in the organisation. In this respect the hospital sector is facing a highly topical issue that should be accorded higher priority and which demands long-term planning and implementation.

The topicality of this issue is reinforced by the fact that Denmark has now adopted the European Council's recent resolution concerning food and nutritional care in hospitals. This specifies that a well-functioning meal service and individual nutritional care are fundamental human rights for hospitalised patients.

Rapportens opbygning

I denne rapport er MTV-modellen udvidet, idet rapporten ud over at belyse forhold med relation til teknologien, organisationen, patienten og økonomien (1) også inddrager et historisk og et landspolitisk element. Disse elementer bidrager til at belyse helheden omkring medicinske patienters ernæringspleje. Omdrejningspunktet i rapporten er seks specificerede succeskriterier for medicinske patienters ernæringspleje, der er specificeret på baggrund af de officielle danske anbefalinger om kost til syge (2). Rapportens opbygning er følgende:

Resumé og konklusion giver en opsummerende beskrivelse af formål, metoder, resultater og konklusion.

Kapitel 1 beskriver baggrunden for at udarbejde rapporten, målgrupper, formål, dataindsamling og de seks specificerede succeskriterier for udførelsen af ernæringsplejen.

Kapitel 2 anskueliggør, hvilke officielle tiltag – såsom anbefalinger, vejledninger, betænkninger og lign. – der er udarbejdet på området i de seneste ti år. Ligeledes beskrives officielle landspolitiske drøftelser vedr. ernæringen på sygehusene.

Kapitel 3 belyser teknologien, der defineres som den »ernæringspleje der sikrer, at patienter indtager mad og drikke, så organismens behov for næring dækkes i størst muligt omfang«.

Kapitel 4 skitserer ernæringsplejen i et historisk lys, hvor forholdene for 40-50 år siden belyses for at iagttage, hvordan ernæringsplejen har udviklet sig.

Kapitel 5 belyser de organisatoriske forhold for ernæringsplejen i dag på tre danske sygehuse, hvor sygehusejeres og faglige aktørers udførelse af ernæringsplejen beskrives. I de deltagende organisationer er der gennemført interview med fokus på udførelsen af ernæringsplejen. I analysen identificeres der forhold, der fremmer henholdsvis hæmmer en optimal ernæringspleje.

Kapitel 6 belyser patienternes perspektiv på ernæringsplejen på baggrund af besvarelser fra indlagte patienter. Forhold, der fremmer henholdsvis hæmmer en optimal ernæringspleje, identificeres ud fra patienternes perspektiv.

Kapitel 7 analyserer de økonomiske aspekter af henholdsvis utilstrækkelig og tilstrækkelig ernæring til medicinske patienter. Fra de tre deltagende sengeenheder og på nationalt plan er der indsamlet data for at estimere de økonomiske konsekvenser af den nuværende ernæringspleje i forhold til en optimering.

Kapitel 8 indeholder en sammenfattende diskussion, hvor resultaterne for de foregående elementer vurderes op mod hinanden.

Kapitel 9 sammenfatter konklusionen og belyser perspektiverne for det videre arbejde for at forbedre medicinske patienters ernæringspleje.

1 Indledning

1.1 Baggrund

Inspirationen til at sætte fokus på medicinske patienters ernæringspleje er en undren over den kløft, der eksisterer mellem teorien om ernæringens betydning for syge mennesker og den ofte manglende inddragelse af ernæring i behandlingen og plejen af patienterne (3-6). Undersøgelser viser, at 20-50% af patienterne er underernærede ved indlæggelsen, at mange patienter bliver yderligere underernæret under indlæggelsen, samtidig med at 20-40% af maden på danske sygehuse går til spilde (7-12). Gruppen af medicinske patienter er valgt, dels fordi ældre patienter – som udgør hovedparten af de medicinske patienter – har en høj risiko for at blive underernærede under sygdom, og dels fordi medicinske patienter udgør en tredjedel af alle patienter på danske sygehuse (13).

Baggrunden for metodemæssigt at vælge en medicinsk teknologivurdering (MTV) er, at mange relevante elementer, der fra forskellig side bidrager til at belyse patienternes ernæringspleje, her kan sammenholdes. Oftest retter opmærksomheden sig mod sygehuskøkkenernes drift – og ikke mod helheden i ernæringsplejen. Ved at beskrive ernæringsplejen i en MTV kan der tilvejebringes et helhedsindtryk og dermed opnås en større viden om faktorer, der har betydning for ernæringsplejen. Specielt anvendelsen af kvalitative metoder såsom interview giver mulighed for at få indsigt i og viden om den ernæringspleje, der ydes medicinske patienter – en viden, som ikke kan indsamles gennem kvantitative metoder.

1.2 Målgruppe

Den primære målgruppe for rapportens resultater er politiske, administrative og faglige beslutningstagere, der har relation til den organisatoriske og indholdsmæssige drift af ernæringsplejen i såvel den primære som den sekundære sundhedssektor. Denne primære målgruppe er valgt, da ældre medicinske patienter ofte er underernærede, når de indlægges på et hospital, og mange patienter udskrives fra sygehuset til hjemmepleje, kommunale madordninger og lign. Mange af de medicinske patienter har dermed kontakt med primærsektoren før og/eller efter hospitalsindlæggelsen. Underernæring er således ikke et isoleret problem i forbindelse med en hospitalsindlæggelse, men en langvarig problemstilling, der ofte eksisterer for den ældre både før og efter en hospitalsindlæggelse. Fokuseringen på, hvad der har betydning for, om ernæringsplejen fungerer godt eller mindre godt i praksis, kan forhåbentligt give beslutningstagere og administratorer en brugbar indsigt, der kan anvendes, når der skal træffes beslutninger, der har betydning for udførelsen af ernæringsplejen. De fagligt interesserede læsere, der teoretisk eller i praksis aktivt arbejder med indlagte patienters ernæringspleje, er ligeledes målgruppe for rapporten.

1.3 Kløften mellem teori og praksis

Adskillige videnskabelige studier konkluderer, at mange patienter ikke ernæres tilstrækkeligt. Samtidigt viser andre videnskabelige undersøgelser, at det gennem en forbedret ernæringspleje er muligt i højere grad at dække patienternes behov for næring. I de officielle danske anbefalinger er den kliniske viden om ernæring til syge omformet til retningslinjer for personalet på danske sygehuse (14). Da anbefalingerne er vejledende for landets sygehuse, besluttet det lokalt på det enkelte sygehus og/eller på den enkelte sengeafdeling, hvordan anbefalingerne følges.

Trods de officielle anbefalinger og en politisk interesse for området er den praktiske udførelse af ernæringsplejen fortsat et nedprioriteret område, og det er meget vanskeligt i organisationerne at optimere udførelsen af ernæringsplejen (3, 11, 15). Der eksisterer tilsyneladende en kløft mellem den viden om klinisk ernæring, der er til rådighed, og den praktiske anvendelse heraf i plejen og behandlingen af patienten.

1.4 Formål

Formålet er at belyse spørgsmålet: »Hvordan kan den ernæringsmæssige pleje af indlagte medicinske patienter forbedres?«. Med spørgsmålet præciseres det, at målet er at indsamle viden om, hvad der *i den virkelige verden* kan bidrage til at mindske kløften mellem teori og praksis i ernæringsplejen af medicinske patienter. Ønsket

er herefter at bringe denne viden i spil på den politiske bane, hvor der træffes beslutninger om rammerne og indholdet for ernæringsplejen på de danske sygehuse. Det betyder, at der er to konkrete formål med den medicinske teknologivurdering:

- At belyse og synliggøre problemstillinger i den eksisterende ernæringspleje af medicinske patienter, der kan spise og drikke².
- At foreslå ændringer i ernæringsplejen, der kan sikre, at patienterne modtager en ernæringspleje, hvor deres næringsbehov opfyldes så optimalt som muligt.

1.5 Aktører

I dette projekt vælges »virkeligheden« at være repræsenteret ved medicinske afdelinger på tre sygehuse – et universitetshospital, et hospital under Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S) og et lokalt sygehus. Relevante ledelsesrepræsentanter og personalegrupper interviewes vedrørende ernæringsplejen (kapitel 5).

Patienterne indgår i undersøgelsen gennem en spørgeskemaundersøgelse, hvor 25 patienter fra hver deltagende sengeenhed i interviewform besvarer lukkede og åbne spørgsmål vedrørende deres oplevelse af ernæringsplejen (kapitel 6).

I rapporten er deltagende sygehuse, sengeafdelinger, ansatte og patienter anonyme, hvilket er valgt af hensyn til de deltagende – og ofte meget åbne – informanter. Eksempelvis kan problemstillinger i ernæringsplejen rumme intersemodsætninger og forskellige oplevelser faggrupperne imellem.

De deltagende sygehuse, personalegrupper og patienter kan ikke antages at være repræsentative for alle danske sygehuse, og ernæringsplejen udføres på forskellig måde, f.eks. ved forskelle i sammensætningen af menuer og det ledelsesmæssige engagement i patienternes ernæringspleje. Men overordnet består ernæringsplejen på et sygehus af en lang kæde af arbejdsfunktioner og arbejdsprocesser fra produktionskøkkenet og frem til patienten, og den overordnede organisatoriske placering og prioritering af ernæringsplejen er ikke væsensforskellig på en stor del af landets sygehuse. Dermed er de problemstillinger, der kan relateres til en ikke-optimal udførelse af patienternes ernæringspleje, sandsynligvis sammenlignelige.

1.6 Den teoretiske ramme

I publikationen »Anbefalinger for den danske institutionskost« beskrives officielt, hvordan ernæringspleje af medicinske patienter bør udføres. Her beskrives f.eks. fordelingen af forskellige faggruppers³ ansvar og opgaver i ernæringsplejen, rammerne for måltidet, sammensætning af patientens kost, serveringen for patienten og information til patienten om kosten (2). Disse anbefalinger er oftest udgangspunktet for de tiltag og initiativer, der foretages på landets sygehuse i forhold til ernæringsplejen. Derfor er de her valgt som referenceramme. De detaljerede anbefalinger er bearbejdet og omformet til seks succeskriterier for en optimal ernæringspleje af indlagte medicinske patienter:

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

Disse seks succeskriterier er omdrejningspunktet for rapporten.

² Medicinske patienter, der gives sonde eller intravenøs ernæring, er ikke inddraget i denne rapport. Dette område er ligeledes væsentligt, men disse terapiformer afkræver en særskilt undersøgelse i forhold til patientens perspektiv, teknologi, organisation og økonomi.

³ Faggrupperne er sygeplejersker, sygehjælpere, social- og sundhedsassistenter, serviceassistenter, kliniske diætister, læger, økonomaer og køkkenassistenter.

1.7 Projektgruppen

Projektet er gennemført af en tværfaglig projektgruppe i perioden 2001-2004. Deltagere i projektgruppen samt deres baggrund og særlige kompetencer i forhold til projektet præsenteres i det følgende:

Biolog, ph.d. i medicin Karin Ø. Lassen

Projektleder og initiativtager til projektet. Under projektperioden tilknyttet MTV-enheden ved Århus Universitetshospital.

Særlig kompetence: Speciale i human ernæring samt mangeårig erfaring på området.

Økonom Jens Olsen

Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering (CAST), Syddansk Universitet.

Særlig kompetence: Økonomiske evalueringer, register- og modelbaserede analyser.

Erhvervspsykolog Edwin Grindsted

Center for Alternativ Samfundsanalyse (CASA), København.

Særlig kompetence: Organisationskulturanalyser, organisationsudvikling.

Sygeplejerske, MPH Hanne Melchiorsen

I projektperioden ansat ved MTV-enheden ved Århus Universitetshospital.

Særlig kompetence: Tilknyttet projektet som MTV-konsulent.

Økonom og sociolog Filip Kruse

Statsbiblioteket, Aarhus Universitet.

Særlig kompetence: Brugerundersøgelser, levevilkårsundersøgelser.

Cand.mag., ph.d. i sundhedsvidenskab Merete Bjerrum

Institut for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet.

Særlig kompetence: Kvalitative metoder, uddannelsespolitik.

De enkelte projektdeltageres bidrag til rapporten fremgår af de angivne forfatternavne for hvert kapitel. Alle forfatterne har bidraget til sammenfatning og konklusion.

Projektgruppen eller dele af den har efter behov afholdt møder, dog hovedsageligt i startfasen af projektforsløbet og efterfølgende i fasen med databearbejdning. Projektlederen har stået for færdigredigeringen af rapporten i samarbejde med de øvrige forfattere. Projektet er finansieret via CEMTV's puljemidler. Projektdeltagerne har ikke haft konkurrerende interesser i forhold til projektet.

2 Officielle tiltag og landspolitiske drøftelser

Karin Ø. Lassen

2.1 Indledning

I kapitlet belyses anbefalinger, vejledninger, en betænkning og de landspolitiske drøftelser, der inden for de seneste ti år har haft relation til hospitalsindlagte patienters ernæringspleje. I de følgende afsnit præsenteres disse tiltag i kronologisk rækkefølge. Ved brug af citater kommer eksempelvis politikerne selv til orde, hvorved læseren kan få indsigt i, hvordan dele af folketingsdebatten vedrørende kosten på sygehuse har formet sig, og hvilke ønsker man fra landspolitisk side har til ernæringsplejen på danske sygehuse. Men det formelle ansvar herfor ligger ikke hos Folketinget, men hos sygehusejerne – amterne og Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S). For at belyse forskelligheden i sygehusejernes indsats skitseres sidst i kapitlet tiltagene fra de tre deltagende sygehusejere⁴.

2.2 Anbefalinger for den danske institutionskost

I 1995 udgiver Levnedsmiddelstyrelsen og Økonomiskolen i København »Anbefalinger for den danske institutionskost« for at styrke arbejdet med kostforplejning (16). Målgruppen er administratorer, læger, sygeplejersker, sygehjælpere, økonomaer, kliniske diætister og andet kostansvarligt personale. Publikationen giver konkrete anbefalinger vedrørende ansvars- og opgavefordelingen i ernæringsplejen, en udførlig beskrivelse af relevante kostformer til syge og en gennemgang af ernæringen i klinikken. Bogens vigtigste pædagogiske budskab er at sikre en skelnen mellem kost til raske og kost til syge. En opdatering udsendes i 1999, hvor budskabet som helhed er uændret, men hvor der dog i højere grad er fokus på kost til ældre – såvel raske som syge (14).

2.3 Beslutningsforslag til forbedring af kosten på sygehuse

I januar 1997 fremsætter SF et beslutningsforslag til Folketinget om forbedring af kosten på sygehuse. Det er forslagsstillernes opfattelse, »at på trods af at der er en klar sammenhæng mellem ernæring og helbredelsestiden, er ernæringsområdet fortsat et lavstatusområde på landets sygehuse. Det er derfor nødvendigt at styrke ernæringens rolle i sygehusbehandlingen« (17). Det centrale i forslaget er at:

»Folketinget opfordrer regeringen til at indlede et samarbejde med amterne om at igangsætte initiativer med henblik på at forbedre madkulturen på landets sygehuse, højne ansattes og patienternes viden om madens og ernæringens betydning, højne ernæringens status i det samlede patientforløb og sikre, at særligt i ernæringsmæssig forstand udsatte patienter får en kost, der lever op til Levnedsmiddelstyrelsens anbefalinger for den danske institutionskost«.

Folketinget debatterer forslaget i februar 1997. Generelt er der enighed om målet, men ikke om midlerne. Daværende Sundhedsminister Birte Weiss (S) siger bl.a.:

»Om de konkrete initiativer i beslutningsforslaget skal jeg blot sige, at de grundlæggende er fornuftige, men samtidigt kan forslaget give et efter min opfattelse misvisende indtryk af, at det er den rene nød og elendighed med kosten rundt omkring på vore sygehuse. Sådan mener jeg ikke det er. Grunden til, at mange patienter er underernærede, er vel nok så meget, at de, når de kommer ind på sygehuset, i forvejen er i en dårlig ernæringstilstand. Problemet for dem er formentlig ikke først og fremmest selve kosten, men det er det, at de har en dårlig appetit på grund af deres sygdom« (18).

Sundhedsministeren fremfører ligeledes, at regeringen overvejer at gøre kostpolitik til et tema i den kommende runde om planlægning og samarbejde på sundhedsområdet, for »ansvaret for forbedringernes gennemførelse ligger jo lokalt« (18). Jan Kørpe Christensen (FP) fremhæver, at det for ham ikke er de økonomiske aspekter, der er det centrale, men det rent medmenneskelige:

4 Det er ikke muligt i denne rapport at belyse det interne samarbejde mellem landspolitikerne og sygehusejerne.

»Derfor drejer det sig om at sætte patienten i centrum og også de ældres situation i centrum. Og når jeg siger de ældres, så er det fordi det, der er manglen i det her forslag, er, at SF kun fokuserer på hospitalerne. Det er selvfølgelig også vigtigt, at kosten er optimal her, men vi må altså også f.eks. se på plejehjemmene; her halter man i hvert fald efter Fremskridtspartiets mening også bagefter. Derfor vil vi, hvis der skal arbejdes videre på det her forslag – og det skal der jo sikkert; det er derfor, man har fremsat det – komme med nogle ændringsforslag, der kan være medvirkende til, at vi udbygger det, sådan at vi også tager hensyn til de ældre på plejehjemmene« (18).

Tove Lindbo Larsen (S) minder forsamlingen om, at Socialdemokratiets forslag til en dansk ernæringspolitik, der blev vedtaget sidst i 1980'erne, også omhandlede institutionskost. Men hun ser gerne grundlaget for en dansk ernæringspolitik blive fornyet og tilpasset tiden. Hun mener, at økonomierne i institutionskøkkenerne generelt gør et stort stykke arbejde, men peger på, at der måske mangler en sammenhæng i det videre forløb frem mod patienten:

»Mange økonomer på mange sygehuse gør et stort og omhyggeligt stykke arbejde, men spørgsmålet er, om der er den rette sammenhæng mellem kostsammensætningen og -tilberedning og omsorg og pleje, altså det videre forløb i forbindelse med kosten. Jeg kender dog adskillige steder, hvor man har indrettet en spisestue i cafeteriastil for oppegående patienter, ligesom der også eksisterer valgmuligheder. Men så længe det ikke er generelt, og så længe man ikke er opmærksom på de småtterende patienter, som måske har det største behov, har vi ikke nået målet« (18).

Hun kommer ligeledes ind på, hvem der har ansvaret for området:

»Men nu skal man jo ikke glemme, at ansvaret for sygehuskosten påhviler amterne, og derfor synes jeg, at Sundhedsministerens forslag om at drøfte det med de ansvarlige på en konference er en rigtig god ide. Også muligheden for at lade kostpolitik indgå som et tema i den kommende runde om samarbejde og planlægning på sundhedsområdet, tror jeg, vil være til gavn for alle, både for det forebyggende arbejde og til gavn for institutionskosten som sådan« (18).

Jens Vibjerg (V) er betænkelig ved, at Folketinget gennem det fremsatte beslutningsforslag påtænker at lovgive på et område, som Folketinget ikke har ansvaret for, for »vi skal passe på, at vi ikke fra Folketingets side detailstyrer på områder, hvor ansvaret ligger et andet sted« (18).

Fra konservativ side udtrykker Henriette Kjær, at partiet ikke kan støtte forslaget, da partiet mener, at sygehuse er meget forskellige med hensyn til, hvilke patienter, det drejer sig om, og hvilke behandlingsmåder der bliver anvendt, og derfor »vil det være forkert at styre kostpolitikken centralt med pålæg fra ministerens hånd«. Desuden fremfører hun at:

»Man har lokalt fulgt med i debatten om kosten og spisekulturen, og rundt omkring har man opfattet signaler, for man læser jo også rapporter ude omkring, og der er mange steder, hvor man er i fuld gang, og hvor man faktisk allerede har overhalet SF's beslutningsforslag« (18).

Hun nævner her eksempler fra forskellige sygehuse, hvor der er indrettet en hjemlig spisestue, hvor der indkøbes økologiske råvarer, og hvor der er mulighed for opvarmning af små retter i mikrobølgeovn. Ligeledes inddrager hun, at mange sygehuse har oprettet kostudvalg med diætister, økonomer og læger, selvom det langt fra er alle, »men det må være amterne og de enkelte sygehuse, der finder den model, der passer bedst til dem« (18). Henriette Kjær tager hermed tilsyneladende nedsættelse af kostudvalg, indkøb af økologiske råvarer, indretning af spisestuer og lign. som et udtryk for, at de officielle anbefalinger om kost til syge efterleves.

Som repræsentant for forslagsstillerne konkluderer Jørn Jespersen (SF), at nogle partier mener, at forslaget er for snævert – f.eks. bør det også omfatte plejehjem – mens andre partier mener, at det er for vidtgående og overambitiøst. I den forbindelse pointerer han, at der kan være en fare for, at der ikke sker noget konkret på området, hvis man vil inddrage andre områder. Jørn Jespersen kommer ligeledes ind på amternes arbejde med driften på kostforplejningsområdet:

»Der tages mange gode, spredte enkeltinitiativer, men det, der er det grundlæggende problem, er, at det er meget få steder – om overhovedet nogen – at alle disse indsats er koordinerede, sådan at man kan sige, at der på det pågældende behandlingssted sker en professionel målrettet indsats i alle led for at sikre, at ernæringen er en del af den samlede behandling. Det er dér, problemet ligger. Det er enkeltinitiativer, det

er enkeltpersoner, der er ansvarlige, og det nytter ikke nok, hvis det ikke er hele personalet, og hele behandlingen er tænkt sammen til en helhed, så ernæringen indgår hele vejen igennem. Der er altså også en del oplysninger, der tyder på, at det ikke går godt i amterne, som nogle vil påstå» (18).

Han henviser her til en undersøgelse, der viser, at mange indlagte patienter ikke får dækket deres behov for energi og protein under indlæggelsen. Han opfordrer derfor til at *»alle skal have mulighed for at stifte bekendtskab med og lære af og blive dygtigere af, at man har fået nogle gode erfaringer, og der er nogle ildsjæle rundt omkring, der har gjort noget som virker«* (18). Jørn Jespersen pointerer ligeledes, at det er et statsligt ansvar, hvilket uddannelsesmæssigt indhold der findes i landets uddannelser, og dermed er det et centralt ansvar, hvilken viden sundhedspersonalet har om ernæring.

Debatten afsluttes med, at Sundhedsministeren konkluderer, at hun vil tage kontakt til amterne og afvente en betænkning om offentlig kostforplejning i Danmark, som vil følge en måned senere. På den baggrund bliver der afholdt en konference, hvor *»kloge hoveder bliver sat sammen«*. Ifølge ministeren er konklusionen et *»udtryk for, at det, der efterlyses, er et positivt og konstruktivt samarbejde. Jeg tror, at når det bliver kombineret ikke blot med den gode vilje, men også med konkret faglig viden og måske også et lidt mere nuanceret billede af, hvor godt eller hvor galt det står til, vil vi komme rigtig godt fra starten på denne vigtige debat«* (18).

Forslaget vedrørende forbedring af kosten på sygehuse bliver herefter henvist til Sundhedsudvalget, men er ikke siden behandlet hverken i Sundhedsudvalget eller i Folketinget (19). Beslutningsforslaget – og intentionerne bag – har tilsyneladende haft vanskeligt ved at trænge igennem det landspolitiske system. Og den fare – som Jørn Jespersen (SF) tidligere har antydnet – for, at der ikke sker noget på ernæringsområdet for syge, ser hermed ud til at være reel.

2.4 Betænkning om kostforplejning

Betænkningen *»Offentlig kostforplejning i Danmark«* offentliggøres kort tid efter ovenstående debat i Folketinget (20). Formålet med betænkningen er *»at udarbejde en status over den kost, der tilbydes i de offentlige kostforplejningsordninger, herunder om kostens ernæringsmæssige sammensætning lever op til brugergruppernes behov og deres forventninger til kostens ernærings- og spisekvalitet. Udvalget skal især være opmærksom på kosten til børn, unge, syge, ældre og hjemløse«*.

Hver dag serveres ca. ½ million hovedmåltider i det offentlige forplejningssystem, hvilket også inkluderer måltider til patienter på hospitaler (20). Angående hospitalsområdet fremfører rapporten, at omkring 30% af alle medicinske og kirurgiske patienter er underernærede, og at patienternes ernæringstilstand ofte bliver forringet under indlæggelsen. Udvalget bag rapporten anser det som et stort problem og konkluderer, at *»kost og ernæring af mange betragtes som et lavstatusområde«*. F.eks. er *»køkkenerne ofte fysisk perifert placeret i institutionerne, og i forhold til uddannelse og forskning er kost og ernæring gennemgående et nedprioriteret område«*. Udvalget slår fast, at *»det er op til de statslige, amtskommunale og kommunale myndigheder at definere omfanget og indholdet i servicetilbuddene inden for kostforplejningen«*. Men som udvalget konstaterer, *»prioriteres forplejningsområdet lavt af de ansvarlige myndigheder«, idet f.eks. »der kun undtagelsesvis tages initiativer i retning af udarbejdelse af detaljerede beskrivelser af, hvilke serviceydelser kommunen/amtet/staten tilbyder på kostforplejningsområdet. Det gælder for alle områder af den offentlige kostforplejning«* (21).

I juni 1997 er betænkningen omdrejningspunkt for en konference (22). I sin tale pointerer Sundhedsminister Birte Weiss (S) det økonomiske aspekt af kostforplejningen, idet *»der produceres en halv million måltider om dagen i offentligt regi. Den årlige udgift til offentlig kostforplejning ligger omkring fire milliarder kroner. Derfor er det ikke den rene lommeuld, vi taler om i dag«*. Sundhedsministeren fremhæver behovet for, at kostforplejningen i fremtiden får en højere status på flere niveauer:

»Jeg er overbevist om, at vi inden for den offentlige kostforplejning står over for en politisk problemløsning, som vi reelt kan gøre noget ved. Vi kan forbedre ernærings- og madkvaliteten og udnytte teknologien bedre. Organiseringen af den offentlige kostforplejning kan også blive bedre. Sidst men ikke mindst kan beslutningstagerne vælge at prioritere kostforplejningen højere«.

At beslutningstagerne selv kan vælge, hvordan de vil prioritere kosten – eksempelvis til indlagte patienter – bekymrede formanden for Økonomaforeningen, Irene Kofoed Nielsen:

»Jeg finder det bekymrende, at sygehusledelser og lokale politikere glimrer ved deres fravær på denne konference. Det er jo netop dem, der i mange tilfælde er nøglepersoner, når beslutningerne inden for offentlig kostforplejning skal gennemføres« (22).

På dette punkt er hun enig med flere af konferencens deltagere, der mener, at den offentlige kostpolitik i høj grad bliver betragtet som et lavstatusområde. Amtsrådsmedlem Nanna Hørlück fra Sønderjyllands Amt udtrykker det på følgende måde:

»Der er ikke lige dele politikere, ledelsesrepræsentanter og fagpersoner til stede her i dag. Alle typer af beslutningstagere burde afgjort være repræsenterede. Når der kun er mennesker til stede, som i forvejen interesserer sig for kostforplejningen, mindsker det muligheden for at skabe større forståelse for kostens betydning blandt de øvrige beslutningstagere« (22).

For nogle deltagere er der en vis tvivl om, hvorvidt budskabet fra betænkningen om offentlig kostforplejning når frem til de politiske og ledelsesmæssige niveauer, hvor beslutninger vedrørende forplejningen træffes.

2.5 Handlinger og strategier

Hvordan anvendes betænkningen efterfølgende? I Sundhedsministerens redegørelse om forebyggelse fra januar 1998 pointeres det, at ernæringspolitik og indsatsen for at reducere den sociale ulighed i sundhed er de områder, som særligt må styrkes i de kommende år (23). Birte Weiss (S) slår fast, at kostforplejningen i offentlige institutioner skal have en højere status. Ikke mindst på hospitalerne er det vigtigt, at en optimal kost gavner helbredelsen og sikrer mod underernæring. Sundhedsministeren vil arbejde for, at kostforplejningen opprioriteres såvel organisatorisk som ledelsesmæssigt (23). I folketingsdebatten udtrykker Jørn Jespersen (SF), at med hensyn til ernæring og social ulighed i sundhed er helhedsindtrykket, at der er tale om mange kønne og rigtige ord, men abstrakte og uforpligtende, når det kommer til stykket (24). På sygehusområdet rider han følgende op:

»Vi har diskuteret det før; vi har haft en konference, og der er sagt pæne ord, men så vidt jeg kan se, er der ikke sket meget endnu. Sandheden er jo den, at det stadig væk er sådan, at der er utrolig mange mennesker, der bliver mere syge, end de var i forvejen, ved at blive indlagt på landets sygehuse, fordi ernæringspolitikken er helt fraværende. Der er ingen, der har ansvaret. Der er ingen målsætninger, der foregår ingen målrettet indsats med henblik på at sikre en ordentlig ernæring under indlæggelsen. Der er virkelig brug for at gøre en indsats på det her område« (24).

Sundhedsministeren giver Jørn Jespersen (SF) medhold i, at der i redegørelsen er anvendt brede vendinger, men hun bebuder, at Sundhedsstyrelsen arbejder på et udspil til landets sygehuse om en forbedring af kosten til patienterne (25). I forbindelse med offentliggørelsen af regeringens tværgående program for at forbedre folkesundheden i de kommende ti år (26) præciserer Sundhedsminister Carsten Koch (S), at »Sundhedsstyrelsen i oktober/november 1998 vil fremlægge en strategi for dansk sygehuskost, der bl.a. kommer til at indeholde konkrete anbefalinger for organisation og varetagelse af kostforplejning til sygehuspatienter« (27).

Denne strategi præsenteres i forbindelse med den skriftlige redegørelse i oktober 1999 om regeringens folkesundhedsprogram, hvor »Fødevarerministeriet og Sundhedsministeriet vil sætte fokus på sygehuskost, herunder udarbejde vejledninger, f.eks. for opsporing af patienter, som lider af underernæring. Fødevarerdirektoratet og Sundhedsstyrelsen vil derfor i begyndelsen af år 2000 nedsætte en arbejdsgruppe, der skal gennemgå, udvikle, implementere og koordinere den forebyggende indsats på kost- og motionsområdet« (28).

Mediernes dækning af ernæringsplejen på danske sygehuse har givet anledning til spørgsmål til Sundhedsministeren. I en artikel i Ekstra Bladet den 19. januar 2000 »hævder en læge, at forkert ernæring på landets hospitaler har negative konsekvenser såvel sundhedsmæssigt som økonomisk«. Sundhedsminister Carsten Koch stilles følgende spørgsmål: »Vil ministeren tage initiativ til at undersøge betydningen af korrekt ernæring i forbindelse med hospitalsbehandling, såvel sundhedsmæssigt som økonomisk, og på baggrund heraf tage initiativ til, at der laves en overordnet koststrategi for landets hospitaler?« (29).

I svaret pointerer Carsten Koch, at han er meget opmærksom på kostens betydning for syge, herunder patienter på landets sygehuse. Han forklarer, at »den iværksatte strategi har til formål at fremme lokal fokus på kostens betydning, idet det jo er sygehusejerne selv, der har ansvaret for kostforplejningen. Hovedmålene er dels, at

amterne, som en del af deres sundhedsplaner, vedtager overordnede retningslinjer for sygehuskosten, og dels at sygehusledelserne og de enkelte afdelinger udarbejder en lokal kostpolitik for kvalitetsstyring og tilbud, som passer til det aktuelle patientgrundlag» (30). Strategiens hovedsigte er, at sygehusejerne, som ansvarlige for kostforplejningen, vedtager retningslinjer for kosten til syge og arbejder med at implementere disse retningslinjer. Den statslige strategi er

- etablering af en følgegruppe i Sundhedsstyrelsen for sygehuskost, hvor eksterne eksperter skal bidrage til, følge og vurdere styrelsens indsats vedrørende sygehuskost
- etablering af en netværksgruppe for sygehuskost under »Netværk af Forebyggende Sygehuse i Danmark«
- arbejde på mere undervisning i ernæring i sundhedsuddannelserne via det tværministerielle arbejde med folkesundhedsprogrammet
- styrkelse af formidling gennem et offentligt forum for offentlig kostforplejning, »Forum for mad til mange«, og endelig
- modelprojekter, hvor Sundhedsministeriet støtter to ernæringsprojekter (3, 31).

Ministeren udtrykker afslutningsvis »at der allerede er iværksat en række initiativer inden for den overordnede koststrategi på sygehusområdet. Jeg er bekendt med og meget tilfreds med, at mange amter og sygehuse nu arbejder med egne kostpolitikker, og at der i øjeblikket foregår stor erfaringsudveksling på konferencer mv. Der er tale om en løbende proces, hvor ny viden og nye erfaringer hele tiden skal bruges til videreudvikling og forbedringer til gavn for indlagte på landets sygehuse« (30).

Fødevareminister Ritt Bjerregaard (S) sætter ligeledes fokus på kost til syge i regeringens fødevarepolitiske redegørelse, da hun vil fokusere på en »effektiv indsats på ernæringsområdet for at øge sundhed og livskvalitet gennem bl.a. en opprioritering af ældres og syges mad og måltider, hvor indsatsen skræddersys til den enkelte« (32). Der er således både fra fødevarepolitisk og sundhedspolitisk side et ønske om en effektiv indsats på ernæringsområdet for syge og ældre.

I maj 2001 offentliggør regeringen en ny plan for mad til syge. Med planen vil regeringen sætte fokus på kost til syge, ikke mindst i forhold til de svage og de underernærede på sygehusene og hjemme (33). Regeringen vil med planen støtte amterne i deres indsats for bedre måltider til alle indlagte. For at styrke indsatsen vil regeringen i de kommende tre år anvende 30 millioner kr. til en styrket indsats for bedre mad til syge og specielt styrke udbredelsen af de mange gode initiativer, som allerede er i gang (33). Med regeringsskiftet i november 2001 ændres dette initiativ, idet puljen bliver inddraget.

Næste udspil i Folketinget vedrørende kost til syge ses i august 2002, hvor Birthe Skaarup (DF), formand for Folketingets Sundhedsudvalg, spørger indenrigs- og sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen (V), om »ministeren straks vil tage initiativ til, at der rettes op på kostområdet på landets sygehuse«. Baggrunden for spørgsmålet er en avisartikel, der beskriver, at 30% af landets patienter er underernærede (34). Ministeren slår i sit svar fast, at den primære årsag til underernæring er, at patienterne allerede ved indlæggelsen er svært underernærede eller meget syge. Visse sygdomme og større operationer kan desuden øge energi- og proteinbehovet. Endvidere kan undersøgelser og behandling under indlæggelsen medføre, at flere måltider springes over (35). Han pointerer vigtigheden af, at sygehusene er opmærksomme på patienternes ernæringstilstand. Han henviser til, at der allerede er taget initiativ til en styrket indsats vedrørende bedre mad til syge gennem Sundhedsstyrelsens arbejde, ligesom flere amter og sygehuse har taget initiativ til at forbedre sygehuskosten, bl.a. ved at indføre overordnede retningslinjer for måltidsservicen og udarbejde kostpolitikker.

I september 2002 lancerer regeringen et nyt sundhedsprogram: »Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10«. Det nye sundhedsprogram viderefører væsentlige mål fra den tidligere regerings folkesundhedsprogram. I det nye sundhedsprogram anføres det, at »mange ældre og syge får for lidt mad. Der er behov for en målrettet indsats for at sikre ældre og syge tilstrækkelig og ernæringsrigtig kost« (36). Inspiration og støtte til at arbejde med disse mål præsenteres af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med »Netværk for forebyggende sygehuse i Danmark« på konferencen »Bedre ernæring på sygehuse – fra politik til handling« i april 2003 (37). Strategien har fokus på den fremtidige implementering af anbefalingerne om kost til syge, som første gang blev beskrevet i »Anbefalinger for den danske institutionskost« ti år tidligere. Strategielementet er

- En vejledning til sundhedspersonale: »Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko« (38)
- Et idekatalog: »Bedre mad til syge. Hvorfor? Hvordan?« (39)

- En hjemmeside, der opdateres med relevant viden og erfaringer fra landets sygehuse (26)
- En publikation med henholdsvis en patientdel og en personale del med definition og strategi for implementering (40, 41, og
- Puljemidler på 5 millioner kr. til projekter, der kan bidrage til metodeudvikling⁵.

Målgruppen for konferencen er amtspolitikere og beslutningstagere i sygehusektoren. Cirka 170 personer deltager i konferencen, primært økonomaer, sygeplejersker og kliniske diætister fra landets sygehuse. Lægegruppen og politikere er hver præsenteret ved ca. ti personer (42). Denne lave ledelsesmæssige præsentation synes parallel til konferencen, der blev afholdt i juni 1997 – seks år tidligere. Der er således ikke på denne front noget der tyder på at strategien, for at ansvarsområdet for kost til syge bliver opprioriteret af sygehusejerne, har haft udtalt effekt.

2.6 Sygehusejeres tiltag

For at illustrere sygehusejernes tiltag på området skitseres de tre deltagende sygehusejeres tiltag⁶.

I Århus Amt er der for amtets sygehuse udarbejdet et udkast til en kostpolitik, som dog ikke er vedtaget. Fra lokalpolitisk side forventes de drøftelser, der følger af formuleringen af kostpolitikken, at skabe fokus på patienternes ernæringspleje. Produktionsmæssigt ønsker amtspolitikkerne en decentral model, hvor maden færdigtilberedes så tæt på patienten som muligt. Parallelt hermed er det politisk besluttet, at der sker en udlicitering af produktionen af mad til patienterne. På afdelingsniveau er der ikke ensartede retningslinjer for, hvordan ernæringsplejen skal udføres.

I Nordjyllands Amt har der i flere år været formuleret en kostpolitik for amtets sygehuse foranlediget af amtets økonomaer. Det amtslige kostråds udmeldinger er imidlertid kun vejledende for amtets sygehuse, og ifølge resultaterne fra den deltagende sengeenhed på Sygehus B i Nordjyllands Amt efterlyses der vejledning og støtte fra det amtslige kostråd, eksempelvis til indførelse af ernæringsvurdering af patienterne. På afdelingsniveau er der ikke ensartede retningslinjer for, hvordan ernæringsplejen skal udføres.

I H:S er der formuleret en overordnet kostpolitik, som gennem hospitalernes akkreditering implementeres ved anvendelse af et kvalitetssikringssystem. Der er her således klare udmeldinger om, hvordan ernæringsplejen skal udføres på afdelingsniveau.

Ud fra den nuværende form, hvor sygehusejerne og amterne ifølge landspolitikerne »må finde deres egen model« for indhold og form i ernæringsplejen, er der en stor spændvidde i sygehusejernes prioritering af arbejdet med kost til syge. I den fremtidige strategi på området synes det centralt at sikre, at sygehusejerne »har forstået budskabet« fra det landspolitiske niveau og reelt påtager sig ansvaret for opprioritering af kost til syge.

2.7 Konklusion

Gennemgangen af de officielle tiltag med relation til ernæring på sygehuse for de seneste ti år viser, at der fra Folketingets og regeringernes side har været en vis politisk opmærksomhed på området. Denne opmærksomhed har resulteret i udarbejdelse af anbefalinger, vejledninger, en betænkning og inspirationsmateriale til sygehusektoren. Ligeledes har denne opmærksomhed resulteret i tilkendegivelse af mange positive intentioner om en opprioritering og forbedring af ernæringsplejen af patienterne på landets sygehuse. Fra landspolitisk side har der ofte været lagt op til en dialog og et samarbejde med sygehusejerne (amterne og H:S) om kosten på sygehuse. Det er et gennemgående træk, at det i den politiske debat slås fast, at det er amterne, der har ansvaret for den »organisatoriske og indholdsmæssige drift« på området, mens der fra landspolitisk side siges »mange pæne ord« om intentionerne.

Om de landpolitiske intentioner vedrørende en opprioritering af ernæringen til ældre og syge omsættes til praksis, afhænger imidlertid af, om sygehusejerne har »opfattet signalerne«. Og i den nuværende organisering, hvor »sygehusejerne og amterne må finde deres egen model«, er der stor spændvidde i sygehusejernes priorite-

⁵ Den præsenterede strategi er af nyere dato. Det er derfor ikke her muligt at belyse effekten af strategien.

⁶ Resultater fra afsnit 5.3.1, 5.4.1 og 5.5.1.

ring af arbejdet med kost til syge. Fra flere sider udtrykkes der bekymring over, at de ansvarlige på området – sygehusejerne og deres repræsentanter – ofte »glimrer« ved deres fravær i forbindelse med konferencer og lign., hvor der netop er fokus på forplejningen på sygehusene. Resultaterne fra de to deltagende amter og H:S illustrerer, at der er stor variation mellem de tiltag, som sygehusejere har iværksat i forhold til ernæringsplejen på sygehusene, en variation, der strækker sig fra, at ingen kostpolitik generelt er vedtaget, til en aktiv implementering af et kvalitetssikringssystem for ernæringsplejen.

3 Teknologien

Karin Ø. Lassen

3.1 Indledning

I denne MTV defineres teknologien som »en ernæringspleje, der sikrer, at patienten, der kan indtage mad og drikke, får dækket sit behov for næring i størst muligt omfang«. Denne teknologi er af ældre dato, da Florence Nightingale allerede i 1860 introducerede teknologien på følgende måde (43):

»Every careful observer of the sick will agree in this – that thousands of patients are annually starved in the midst of plenty, from want of attention to the ways which alone will make it possible for them to take food ... I would say to the nurse, have a rule of thought about your patient's diet, consider, remember how much he has had and how much he ought to have today.«

For 150 år siden pointerede hun nødvendigheden af at have den fulde opmærksomhed på patientens indtagelse af og behov for næring. Hvis der ikke er opmærksomhed på at anvende teknologien optimalt, øges risikoen for, at patienten underernæres. I dette kapitel fokuseres der på, hvorfor teknologien har afgørende betydning for patienternes helbredelse, og hvordan teknologien kan anvendes optimalt⁷.

For at forstå betydningen af ernæringen under sygdom er det centralt at forstå, hvorfor organismen har behov for protein og energi. Kapitlet belyser, hvorfor protein- og energiomsætning er livsvigtig for organismen, og hvordan kroppen reagerer på stressfaktorer som f.eks. sygdom, traumer og infektioner i forhold til behovet for næringsstoffer (protein og energi). Derefter belyses det, hvor hyppigt patienterne er underernærede ved og under indlæggelsen, og afslutningsvis belyses handlemulighederne for at øge indlagte patienters indtagelse af protein og energi.

3.2 Energi

Mad og drikke indeholder makronæringsstofferne kulhydrat, fedt og protein, som er kroppens primære »brændstoffer« (44). Kosten, der indtages, nedbrydes i tarmen og absorberes direkte, og indirekte via lymfen, til blodet og kommer dermed i direkte forbindelse med legemets celler. Gennem stofskiftet iltes næringsstofferne, hvorved der frigøres energi, der bruges til at danne den energirige forbindelse adenosintrifosfat (ATP), der er legemets universelle »energivaluta«. ATP kan overalt i kroppen afgive udnyttelig energi til at drive de tre fundamentale processer – muskelarbejde, kemisk syntese og iontransport – der danner grundlaget for alle kroppens funktioner, og som kræver energi for at forløbe (45). Disse tre fundamentale processer er grundlaget for vejrtrækning, fordøjelse af maden, optagelse af medicin i kroppen, udskillelse af affaldsstoffer, bevægelse og brugen af sanserne (45).

Kroppens behov for energi varierer både med kropsvægten og med alderen. Den aldersrelaterede variation skyldes, at fødeindtagelsen aftager, jo ældre man bliver, mens den absolutte indtagelse af en række lødige næringsstoffer skal forblive uændret. Derfor er der behov for opkoncentrering af de lødige fødebestanddele i den mindre portion, der indtages, når man er ældre (46). Der henvises til (44) for detaljeret beskrivelse af energibehov.

Hvis kroppen kun får tilført en del af den nødvendige energi, vil personen – ud over at tabe væv i kroppen og muskelstyrke – også blive deprimeret, bange, irriteret, apatisk, indadvendt og have vanskeligt ved at koncentrere sig (47-49). Ældre mennesker påvirkes således også psykisk af kun delvist at få dækket behovet for energi. Og i modsætning til unge har ældre vanskeligt ved at genvinde et tab i kropsvægt. Specielt

⁷ Rapporten afgrænses til at omfatte medicinske patienter, men teknologien og dens nytte er generelt gældende for syge mennesker. Den del af teknologien, hvor den medicinske patient ikke tilføres næring gennem servering af måltider, men gennem sonde eller intravenøs ernæring, inddrages ikke i denne rapport, da disse teknologier kræver en selvstændig vurdering mht. effekt og risikovurdering af teknologien, patientens perspektiv, økonomien og organisationen.

genvinder de sjældent tabt muskelmasse. Det reducerer muskelstyrken i forhold til før sygdommen og nedsætter den fysiske aktivitet. Derved nedsættes modstandskraften mod nye sygdomme osv. Derfor vil vægttab som følge af sygdom være skadelig for alle ældre mennesker, hvad enten de er tykke eller tynde (46).

3.3 Protein

For at forstå de ændringer, der sker i kroppen ved utilstrækkelig indtagelse af protein og energi, er det centralt at forstå organismens proteinmetabolisme. Det græske ord »protein« betyder »af størst vigtighed« (50). Det udtrykker, at proteiner, der er opbygget af aminosyrer, er nøglekomponenter i alle levende organismer. Alle metaboliske funktioner i kroppen fra celledelinger til optagelse af energi fra føden og videre til kroppens immunforsvar er afhængige af proteiner.

Kroppens proteiner er i en konstant omsætningsproces, hvor proteiner nedbrydes til aminosyrer og opbygges igen. I denne omsætning »genbruger« kroppen ca. 80% af de proteiner, der nedbrydes (51). Hvor hurtigt et protein omsættes i kroppen afhænger af, hvilken rolle proteinet har i kroppen. Jo vigtigere proteinet er i reguleringen af stofskiftet, jo hurtigere omsætning. Enzymer (proteiner), der regulerer stofskiftet, har meget korte halveringstider⁸ på minutter eller timer, hvorimod proteiner i muskler har halveringstider på uger og måneder (52). Proteiner, der transporterer stoffer i blodet, og proteiner involveret i immunforsvaret har halveringstider på dage (53, 54).

Der er to store fordele ved den beskrevne proteinomsætning: For det første sikres maksimal udnyttelse af en minimal mængde af aminosyrer. Det er vigtigt, da kroppen ikke har et reservedepot af aminosyrer. I modsætning hertil har kroppen et depot af kulhydrater (i form af glykogen) og et depot af lipider (i form af fedtvæv). For det andet indgår omsætningen af proteiner i reguleringen af stofskiftet. Ulempen ved denne konstante proteinomsætning er, at kroppen bruger meget energi herpå, da ca. 20% eller mere af legemets totale energiomsætning anvendes i den kontinuerlige syntese af proteiner (52, 55). Hvis energitilførslen ikke er tilstrækkelig til at dække behovet, bliver aminosyrer fra nedbrydning af proteiner oxideret for at tilføre organismen energi (52).

Den ernæringsmæssige værdi af proteiner afhænger af, hvor stor lighed der er mellem aminosyrerne i proteinerne i kosten og de aminosyrer, kroppen behøver for at opbygge nyt væv. Hvis denne lighed er stor, har proteinet en høj biologisk værdi. Animalske produkter som kød, fisk, mælk og æg har oftest høj biologisk værdi, mens proteiner af vegetabilsk oprindelse (f.eks. kornprodukter) kan have meget forskellig, men oftest noget lavere biologisk værdi. I en blandet kost, hvor en forholdsvis stor del af proteinet stammer fra animalske produkter, kan man regne med en høj udnyttelsesgrad, dels pga. den høje biologiske værdi af dele af kosten, og dels pga. at aminosyrer fra andre proteiner supplerer (50). Hvis proteinerne i kosten ikke indeholder tilstrækkeligt med en eller flere af de livsnødvendige aminosyrer, som kroppen ikke selv kan danne, kan kroppen ikke opretholde en ligevægt, og kroppen mister aminosyrer (53).

Ifølge de danske anbefalinger anbefales det raske personer at indtage 0,8 g protein/kg legemsvægt/døgn (44, 56). Da organismen under metabolisk stress har et øget behov for protein, anbefales proteinindtagelsen hos kritisk syge mennesker groft sagt øget til det dobbelte af behovet hos raske. Ældre, ikke-stressede patienter anbefales at indtage 1,0-1,1 g/kg legemsvægt/døgn, mens kronisk syge i genopbygningsfasen efter metabolisk stress anbefales at indtage 1,2-1,5 g/kg legemsvægt/døgn (50, 52, 57). Der henvises til (44) for en detaljeret beregning af proteinbehovet hos syge.

Sammenfattende kan det siges, at der er to komponenter, der kan bidrage til, at tabet af protein øges under sygdom: dels en reduceret indtagelse af føde pga. patientens sygdom, og dels kroppens måde at reagere på over for stress under sygdom. Hos raske mennesker under ikke-stressende forhold er kroppen i stand til at genbruge protein i højere grad end hos syge mennesker. Det betyder, at der under sygdom er stor risiko for tab af protein.

8 Halveringstid angiver den periode, i løbet af hvilken koncentrationen af stoffet halveres.

3.4 Metabolisk stress

Når en person udsættes for stress f.eks. i form af operationer, kvæstelser, infektioner eller sygdom, startes der en kaskade af reaktioner i organismen, der betegnes som det metaboliske stressrespons – et respons, der bekæmper den belastning, som kroppen er udsat for (50, 58, 59). Når en patient er udsat for en stresspåvirkning, fremkaldes der hormonelle ændringer i kroppen, der øger hastigheden af stofskiftet, idet de såkaldte »kamphormoner«⁹ frigives. Stofskiftets hastighed og koncentrationen af de hormoner, der virker nedbrydende på kroppen, øges. Resultatet er forhøjet blodsukker og nedbrydning af skeletmuskulatur. Disse ændringer sker for at frigøre energi¹⁰. Kroppens immunforsvar aktiveres ligeledes. Energitilførslen hertil sker ved en nedbrydning af muskler og fedtvæv. I kroppens respons på denne stress vil nedbrydningen af proteiner toppe efter fem til syv dage. Denne top er karakteriseret ved det højeste energiforbrug og det største tab af aminosyrer. Herefter aftager stressresponsen, og patienten begynder at komme sig. I denne opbygningsfase er det centralt, at ernæringen er optimal.

Hvis belastningen er for stor for patienten, eller hvis patienten har ringe reserver pga. en forudgående underernæring, er der risiko for, at patienten ikke kommer sig. Disse patienter når således ikke ind i genopbygningsfasen pga. vedvarende metabolisk stress med fortsat nedbrydning og udtømmning af reserverne af protein og aminosyrer. Nedsat eller svigtende funktion af organer kan blive resultatet heraf. Mange patienter er sandsynligvis påvirkede både af utilstrækkelig indtagelse af protein og energi og af stressmetabolisme i en eller anden grad (58). Stressmetabolisme i forbindelse med sygdom er et område, der er beskrevet for mange patientgrupper, som f.eks. kronisk syge patienter med akutte komplikationer¹¹, apopleksipatienter og ældre patienter under langvarig sygdom (44). Vurderingen af graden af stressmetabolisme hviler på et skøn i forhold til patientens sygdomsbillede mht. feber, smerter, åndedræt og puls (44, 60, 61). I stressmetabolismen er der tale om generelle mekanismer, som også optræder som følge af andre sygdomme (se f.eks. (63, 63)). Det er således veldokumenteret, at kroppens behov for næring er øget ved forskellige sygdomme og ved skader på organismen (61, 64, 65). Mens den basale metabolisme ofte er øget under sygdom, er energiforbruget til fysisk aktivitet oftest lavt (66).

Hvis *hverken* kroppens behov for energi *eller* for proteiner dækkes gennem kosten, vil der ske et fremadskridende tab af muskelmasse. Tilstanden betegnes protein-energi-underernæring, idet patientens indtagelse af næring ikke dækker stofskiftets behov (67, 68). Mangel på protein er oftest alvorligst, da ressourcerne i kroppen ikke er til rådighed. Ved mangel på energi kan kroppen delvis tilpasse sig ved at spare energi, f.eks. ved at reducere hastigheden af proteinomsætningen. Til sidst nås et punkt, hvor andre væv også begynder at tabe proteiner (aminosyrer), efterhånden som kroppen indstiller sig på at begrænse proteinsyntesen til mere livsvigtige funktioner, såsom hjerte- og lungefunktionen. I sidste instans kan puljen med de tilbageværende aminosyrer ikke tømmes yderligere, og vigtigere proteinpuljer vil blive reduceret.

Hvis kroppen på det tidspunkt bliver angrebet af en infektion, er det normale immunforsvar i fare, da ressourcerne af aminosyrer er begrænsede. Når immunsystemet aktiveres, vil en anden proteinpulje bliver svagere og sårbar, f.eks. lungerne. Det er bl.a. derfor, at den direkte dødsårsag ved sult ofte er lungebetændelse (52).

Sammenfattende kan det siges, at tilstrækkelig indtagelse af energi og protein har afgørende betydning for, hvordan kroppen kan imødegå stress. Under stressende forhold som sygdom er kroppens omsætning af energi og protein væsentligt hurtigere, end når kroppen er rask. Det betyder, at behovet for energi og protein – alt andet lige – er større under sygdom. Specielt er det vigtigt at sikre, at patienten indtager tilstrækkeligt med protein, da proteiner kontinuert nedbrydes og opbygges i organismen. Ved manglende indtagelse tæres der på organismens egne proteiner. Hvis energiindtagelsen ikke er tilstrækkelig, tæres der på kroppens muskelmasse, og organismens modstandskraft over for f.eks. infektioner reduceres betydeligt.

3.5 Klinisk betydning af underernæring

Årsagen til underernæring kan skyldes, at næringsindtagelsen er reduceret, pga. at patienten ikke vil eller kan spise eller ikke er i stand til at optage føden optimalt (69). Konkret kan det f.eks. dreje sig om fejlsynkning, forsnævring i mave-tarm-kanalen, mangel på hjælp til at spise og drikke, manglende motivation til at spise,

⁹ Katekolaminerne adrenalin og noradrenalin, der udskilles fra binyremarven.

¹⁰ Se evt. (62) for uddybning.

¹¹ Eksempelvis patienter med en kronisk lungesygdom eller en kronisk betændelsesproces i et organ.

manglende appetit, eller at måltidets karakter ikke svarer til patientens appetit og evne til at spise og drikke (62, 70). Maden kan forekomme uden smag, ikke appetitvækkende eller uspiselig for patienter, der har smerter i munden eller problemer med at tygge eller synke. Kroniske smerter, depression eller sløvhed fører ligeledes til tab af interesse for mad (69).

Adskillige studier har belyst den kliniske betydning af utilstrækkelig indtagelse af protein og energi hos patienter: patienterne taber i vægt og mister både fedt og muskelmasse (71, 72), og genopbygningen af muskelvævet tager længere tid end nedbrydningen (47, 48, 73). Når muskelmassen nedbrydes på grund af proteinmangel, bliver patienten træt og svær at mobilisere (74). Patienten ligger tungt i sengen, hvorved risikoen for årebetændelse og liggesår øges (70, 75-77). Ældre, kritisk syge patienter har således en ca. halvanden gang højere risiko for at udvikle liggesår, hvis de modtager en standardernæringspleje, end patienter, der ud over standardkosten får to energi- og proteinrige drikke dagligt og hjælp til måltiderne (75).

Ved utilstrækkelig indtagelse af protein og energi svækkes vigtige organer. Respirationsmuskulaturen svækkes (78, 79), hvilket kan medføre, at patienten har vanskeligt ved effektivt at hoste slim op. Patienten har hermed en øget risiko for luftvejsinfektion (80, 81). Ligeledes kan hjertemuskulaturen svækkes, således at hjertets kraft til at pumpe blodet rundt reduceres, hvorved risikoen for hjertesvigt øges (82).

Immunforsvaret hos den underernærede patient svækkes, og patienten har vanskeligere ved at bekæmpe infektioner. Det kan føre til flere og længerevarende infektioner og dermed en yderligere svækkelse af organismen (70, 83). Hvis den syge ældre fortsat ikke indtager tilstrækkelig næring, vil patientens ernæringsstatus fortsat forringes med en kontinuerlig formindskelse af den fedtfri kropsvægt og en svækkelse af immunforsvaret til følge, da kroppens immunforsvar ikke har »ressourcer« til at bekæmpe infektionen (76, 83-86).

Underernæring er i flere studier dokumenteret at resultere i en øget risiko for, at patienten dør (87-89). Symptomer som sløvhed, depression og træthed er ligeledes fundet i en øget frekvens hos underernærede patienter (47, 48, 90, 91).

Sammenfattende kan det siges, at utilstrækkelig indtagelse af protein og energi har stor klinisk betydning for patienten: patienten mister muskelmasse, immunforsvaret svækkes med øget risiko for infektioner, patienten bliver sløv og træt, risikoen for liggesår øges, og i sidste ende øges risikoen for at patienten dør.

3.6 Vurdering af næringsindtagelse og ernæringstilstand

Patientens næringsindtagelse kan følges gennem et døgn ved at registrere (eller veje/måle) mængden af den kost, patienten spiser og drikker (dvs. kostregistrering). Herefter kan det ud fra tabelværdier vurderes, hvor megen energi og protein patienten har indtaget.

Et hyppigt anvendt mål til at beskrive patientens ernæringstilstand er kropsmasseindekset Body Mass Index (BMI). BMI beregnes som kropsvægt (kg) divideret med højden (meter) i anden potens. Hvis BMI er mindre end 20 kg/m², betegnes patienten som undervægtig, og ved BMI mindre eller lig med 18,5 kg/m² som underernæret (108). Her er ikke taget højde for naturligt forekommende ændringer i højde og vægt ved stigende alder. Mange ældre taber sig lidt i vægt (under 1% om året) med en faldende BMI til følge. Hos ældre kvinder kan der imidlertid ske det modsatte, nemlig at BMI'en stiger, bl.a. pga. sammenfald af ryghvirvler med en reduktion i højden på ca. 1-2 cm pr. tiår til følge. På baggrund af disse aldersmæssige ændringer anføres det i litteraturen, at ældre bør vurderes som værende i ernæringsmæssig risiko ved et BMI under 24 kg/m² og ikke 20 kg/m² (108).

3.7 Hyppighed af underernæring

Hyppigheden af underernæring ved indlæggelsen er i litteraturen anført at ligge mellem 20 og 50% afhængigt af hospital, udvælgelse af patienterne, patienternes alder og parametrene anvendt til vurdering af patienternes ernæringsstatus (9, 79, 87, 92-101). I det følgende præsenteres resultater fra studier med fokus på hyppigheden af underernæring ved indlæggelsen.

I et engelsk studie med deltagelse af 100 patienter fra henholdsvis intern medicinsk, lungemedicinsk og gerontologisk afdeling fandtes forekomsten af underernæring at være på henholdsvis 46, 45 og 43% (93).

Gennemsnitsalderen for patientgrupperne er ikke oplyst, men på intern medicinsk, lungemedicinsk og gerontologisk afdeling indlægges typisk ældre mennesker. I et norsk studie fandtes der en forekomst af underernæring på 48% ud af 104 patienter. Her indgik alle ældre patienter over 68 år, der blev indlagt på en intern medicinsk afdeling over en given periode (9). I en dansk kostundersøgelse, der omfattede 111 patienter på en intern medicinsk afdeling, var 40% af patienterne underernærede baseret på undersøgelse af patienternes vægt og muskelmasse (102). I et nylig afsluttet dansk studie indgik i alt 750 tilfældigt udvalgte patienter. Der var her tale om forskellige patientgrupper, hvor børn under 15 år, gravide og psykisk syge ikke var inkluderet. Forskerne fandt, at 22% af patienterne var i ernæringsmæssig risiko ved indlæggelsen. Den gennemsnitlige alder var 63 år hos de patienter, der blev vurderet til at være i ernæringsmæssig risiko (11).

På trods af forskellige undersøgelsesmetoder til vurdering af hyppigheden af underernæring ved indlæggelsen fremgår det, at hyppigheden af underernæring er høj såvel på danske som på udenlandske sygehuse. I studier med specifikt fokus på ældre medicinske patienter ses hyppigheden af underernæring at være højest.

Da manglen på næringsstoffer i forbindelse med underernæring primært drejer sig om energi og protein – og ikke vitaminer, sporstoffer og mineraler – er det centralt at fokusere på patienternes indtagelse af energi og protein. I det følgende præsenteres resultater fra danske studier, hvor det er undersøgt, hvordan patienterne under indlæggelsen har fået dækket deres behov for protein og energi.

I en dansk undersøgelse blandt 56 patienter indlagt på en internmedicinsk afdeling var energiindtagelsen hos 71% af patienterne under det gennemsnitlige energibehov for syge (7). Hos 90% af patienterne lå proteinindtagelsen under deres behov for protein (103). I et dansk studie med fokus på ernæringstilstanden hos ældre (over 65 år) og yngre (under 65 år) indlagte patienter påvistes der ligeledes en utilstrækkelig dækning af patienternes energibehov (104). De ældre fik i gennemsnit dækket 60% af deres energibehov.

I et studie på Århus Universitetshospital viste resultaterne, at ældre medicinske patienters gennemsnitlige indtagelse af energi og protein ikke var tilstrækkelig (3). Patienterne fik i gennemsnit dækket 72% af deres beregnede proteinbehov og 89% af deres beregnede energibehov ved indtagelse af den kostform, der fra køkkenets side blev betegnet som »fuldkost«¹². Senere under studiet ændrede køkkenet menuplaner til »normalkost« og »sygehuskost«¹³. Herefter fik patienterne i gennemsnit dækket 61% af deres estimerede proteinbehov og 75% af energibehovet. Dette tyder på, at kostomlægningen resulterede i en yderligere reduktion af den gennemsnitlige dækning af patienternes protein- og energibehov. Denne manglende dækning af patienternes næringsbehov afspejledes i, at 62% af de deltagende patienter tabte sig under indlæggelsen.

I et lignende dansk studie indtog kun ¼ af de patienter, der var indlagt i mindst syv dage, 75% eller derover af deres behov for protein og energi. De øvrige indtog mindre end 75% af deres behov for protein og energi. For de patienter, der var indlagt mere end tre uger, var det gennemsnitlige indtag ikke højere (11).

I endnu et dansk studie undersøgte forskere, hvor meget 150 patienter på medicinsk, ortopædisk eller gynækologisk afdeling indtog i forhold til deres beregnede energi- og proteinbehov. Patienternes gennemsnitlige energiindtagelse svarede til 60-65% af deres behov vurderet ud fra kostregistreringer. Det gennemsnitlige proteinindtag var ligeledes betydeligt lavere end det anbefalede for patienterne (105).

Disse danske studier belyser, at en stor del af indlagte medicinske patienter ikke ernæres tilstrækkeligt under indlæggelsen. Ved registrering af patienternes næringsindtagelse vurderes det, at mange patienter i gennemsnit kun får dækket 60-75% af deres energi- og proteinbehov.

3.8 Handlemuligheder i forhold til underernæring

De officielle anbefalinger for kost til syge beskriver, hvordan patientens kost bør sammensættes, hvordan serveringen bør foregå, hvilken information patienten bør have om kosten, hvordan fordelingen af ansvar og opgaver mellem personalegrupperne i kostforplejningen bør være osv. (44). Ved at omsætte dele af de officielle anbefalinger til praksis i kostforplejningen har det i studier vist sig muligt at øge patienternes indtagelse af protein og energi. Det er opnået ved at tilbyde patienterne måltider og mellemmåltider, der er protein- og energirige (3, 75, 89, 106-113). I dette afsnit præsenteres resultater fra nogle af disse studier.

¹² »Fuldkost« var den kostform, som blev vurderet at dække næringsbehovet hos patienter, der ikke var på diæt.

¹³ »Normalkost« er tiltænkt patienter med sukkersyge, patienter, der skal have hjertevenlig kost, og patienter, der ikke har nedsat appetit. »Sygehuskost« er tiltænkt ældre patienter, patienter med nedsat appetit og patienter med øget protein- og energibehov.

I en svensk undersøgelse påviste forskere, at ældre patienters energiindtagelse ved et uændret volumen af føden kunne forbedres ved at øge energitætheden i kosten (108). Den øgede energiindtagelse kunne registreres på patienternes kropsvægt, idet den i gennemsnit steg 3,4% efter tre uger på den energiberigede kost, hvilket var signifikant i forhold til perioden, hvor patienterne fik serveret normal kost. Studiet viste, at patienternes energiindtagelse kunne øges signifikant ved at servere en energiberiget kost.

I et lignende forsøg fik 35 ældre patienter i en 14-dages-periode serveret hospitalets normale kost, og herefter i 14 dage en kost, hvor portionsstørrelsen var reduceret 20%, men hvor energitætheden var øget ved at berige måltiderne med smør, fløde, ost og lign., og hvor morgenmåltidet bestod af et varmt måltid (106). Gennem den energitætte kost fik patienterne dagligt serveret 200 kcal (840 kJ) mere end gennem den normale hospitalskost. Alle patienter indtog mere energi på denne kostform, selvom der blev serveret mindre mængder mad. Forskerne konkluderede, at det var muligt at dække ældre patienters behov for protein og energi ved at servere små måltider med en høj protein- og energitæthed, et varmt morgenmåltid og give mulighed for indtagelse af mellemmåltider.

I et studie fik 62 ældre patienter i interventionsgruppen serveret en beriget kost plus mellemmåltider, der indeholdt 22 g protein og 4 MJ ekstra pr. døgn i forhold til hospitalets standardkost (111). I forhold til kontrolgruppen, der bestod af 82 ældre patienter, steg energiindtagelsen signifikant i interventionsgruppen. Effekten var størst hos gruppen af patienter med den laveste energiindtagelse, som i dette studie omfattede ortopædiske patienter, kvindelige medicinske patienter og ældre kvindelige patienter generelt. For disse patientgrupper steg energi- og proteinindtagelsen i gennemsnit med ca. 24%.

I et større interventionsstudie – med deltagelse af 672 ældre patienter – indgik 377 patienter i en kontrolgruppe og 295 patienter i en interventionsgruppe, hvor ernæringsplejen blev optimeret (75). Alle patienter var over 65 år, i en fase af akut sygdom, fast sengeliggende og afhængige af hjælp i spisesituationen. Patienterne i kontrolgruppen fik hospitalets standardkost på 1.800 kcal/dag (ca. 7.500 kJ/dag), og plejepersonalet udførte den sædvanlige ernæringspleje. Patienterne i interventionsgruppen modtog i 15 på hinanden følgende døgn også standardkost, men derudover blev de assisteret ved måltiderne, og de fik to mellemmåltider hver indeholdende 200 kcal (ca. 850 kJ) – et til morgenmaden og et midt om eftermiddagen¹⁴. Resultatet af interventionen viste, at der var signifikant højere næringsindtagelse i interventionsgruppen, hvor mellemmåltider til interventionsgruppen primært var udslagsgivende for resultatet. Men på trods heraf var næringsindtagelsen generelt kun ca. det halve af patienternes behov. Forskerne peger på, at det er vigtigt at inddrage brugen af energiberigede måltider, da det snarere er volumen end energiindholdet, der er begrænsende for de ældre patienters indtagelse af næring (108).

I en dansk undersøgelse havde patienterne mulighed for i kombination med den normale hospitalskost at vælge retter fra et »superkostprogram« (107). Programmet bestod af 25 særligt appetitvækkende og næringsrige måltider, såsom fisk med flødesovs, kylling med sovs og pandekager med syltetøj. Hvert måltid supplerede med ca. 1.600 kJ og 25 g protein. I alt 977 patienter fik mulighed for denne kostforplejning. I 60% af tiden kunne alle patienternes behov for protein og energi dækkes med de nævnte kostformer. Hvis patientens beregnede energibehov ikke kunne dækkes ved anvendelse af den normale hospitalskost og/eller »superkost«, blev der suppleret med flydende kost, sondeernæring eller intravenøs ernæring. Ved at anvende denne ernæringsterapi kunne hovedparten af patienterne fastholde eller øge legemsvægten. Under 10% af patientgruppen tabte mere end 5% i vægt. Undersøgelsen viser, at det er muligt at forhindre, at patienter taber i vægt, ved at anvende normal eller beriget hospitalskost, der er tilpasset og målrettet patienterne.

I et interventionsstudie, hvor formålet var at øge plejepersonalets viden og fokus på ernæringen som en del af plejen, viste det sig muligt på et ud af to sengeafsnit at øge patienternes indtagelse af energi og protein signifikant ved anvendelse af de tilgængelige tilbud fra produktionskøkkenet (3). På det andet sengeafsnit var personaleudskiftningen i plejegruppen på 46% i forsøgsperioden. Den store udskiftning i plejegruppen har sandsynligvis begrænset plejepersonalets ressourcer i forhold til at sætte øget fokus på ernæringsplejen.

Sammenfattende kan det konkluderes, at det er muligt at øge patienternes indtagelse væsentligt gennem servering af energi- og proteintætte måltider og hyppige mellemmåltider og ved at assistere ældre patienter ved måltiderne. Et studie peger også på vigtigheden af kontinuitet i plejegruppen, idet stor udskiftning i plejegruppen sandsynligvis har negativ indflydelse på, i hvor høj grad patienternes behov for næring dækkes.

14 Kommercielle energi- og proteinrige drikke.

På flere sengeafdelinger på danske sygehuse har man i praksis arbejdet med at optimere ernæringsplejen til patienterne. Men ofte er det vanskeligt – og meget tidskrævende – at dokumentere effekten af en ernæringsmæssig indsats. Ofte har en sådan indsats karakter af at være periodevis, som f.eks. i et projektføreløb (se f.eks. (3, 11, 114, 115)). Der findes dog nogle få eksempler på, at nye ernæringsmæssige tiltag, der er udsprunget af projekter, er forankret i organisationen. Et eksempel herpå er et ernæringsprojekt på en kirurgisk afdeling på Bispebjerg Hospital. Resultaterne herfra medtages, da de bibringer dokumenteret og afprøvet viden vedrørende ernæringspleje af småtspisende patienter, og da problemstillingerne oftest er identiske, uanset om der er tale om kirurgiske eller medicinske patienter.

På det kirurgiske sengeafsnit på Bispebjerg Hospital viste kostregistreringer, at kun 50% af patienterne fik dækket mindst 90% af deres ernæringsbehov¹⁵, og der var formodning om et større madspild (113). Da målet var, at 95% af patienterne fik dækket mindst 90% af ernæringsbehovet, og at hospitalets madspild blev reduceret, ansatte afdelingsledelsen i en projektperiode en social- og sundhedsassistent til at varetage kostforplejningen for småtspisende patienter (113). Denne ernæringsassistent skulle opfylde de småtspisende patienters individuelle behov med hensyn til mad og drikke. Midlet var servering af tilbud, der dels blev bestilt fra produktionskøkkenet, og dels blev fremstillet af ernæringsassistenten selv i køkkenet på sengeafdelingen¹⁶ efter patientens ønske og på det tidspunkt, patienten ønskede det. I en tæt dialog med den småtspisende patient videregav hun f.eks. information til patienten om, at det ikke er godt at tabe sig under sygdom, og om, hvad der er godt for patienten at spise.

I gennemsnit tog ernæringsassistenten sig af 10 ud af afsnittets 24 patienter. Hun indgik i de arbejdsfunktioner, der havde relation til ernæringsplejen, herunder f.eks. mundpleje, hjælp til at sidde ordentligt under måltidet, vejning og ernæringsvurdering af patienter, bestilling af mad og regulering af bestillinger, så madspild blev minimeret. Flere af arbejdsopgaverne betød, at hun etablerede et tæt samarbejde med produktionskøkkenet. Ernæringsassistenten indgik ikke i andre plejopgaver, og i sengeafdelingens køkken var der ansat en køkkenassistent til oprydning og opvask. Den øvrige del af plejepersonalet modtog undervisning i ernæring for generelt at styrke ernæringsområdet i afdelingen, og ernæringsassistenten havde et tæt samarbejde med afdelingssygeplejersken.

Nye kostregistreringer på afsnittet har vist, at 92% af patienterne nu får dækket deres ernæringsbehov med 90% eller mere. Ansættelsen af ernæringsassistenten har således haft en afgørende indflydelse på, i hvor høj grad patienter, der er i risiko for at blive underernæret, får dækket deres ernæringsbehov. Ligeledes er der en signifikant reduktion af madspildet, idet der for middagsmadens og aftensmadens vedkommende er sket en reduktion i madspildet fra henholdsvis 26 og 30% til henholdsvis 10 og 7%. Til sammenligning kan det her fremføres, at det samlede madspild i andre studier på sygehuse – herunder to danske – er 30-40% (10, 105, 116).

Den overordnede konklusion af projektet med ansættelse af en ernæringsassistent på et i sengeafsnit er, at »ideelt set burde sygeplejersken selv have tid til at opfylde patienternes individuelle kostbehov. Det er dog ikke muligt med den nuværende arbejdsbyrde, hvor sygeplejersken alene afdækker ernæringsbehovet og beregner den nødvendige kost. En ernæringsassistent er i denne situation uvurderlig for patient og sygeplejerske, idet hun har den nødvendige tid til at opfylde individuelle behov på kostområdet. Den småtspisende patients behov for kosttilskud er økonomisk set meget begrænset, men tidskrævende, idet kosttilbuddet skal være til stede, når patienten udtrykker behov herfor. Ved at indpasse denne opgave i forplejningsassistentens funktion, løses dette problem. Hospitalets udbud af kosttilbud er ikke afstemt patienternes karakteristika og behov, hvorfor valg af udbud bør tilrettelægges i samarbejde med det kliniske personale« (113).

Efter afslutningen af projektet har afdelingsledelsen besluttet, at ernæringsassistenten fortsat skal være ansat 32 timer inden for sengeafsnittets egen normering, idet det er ledelsens ønske at videreføre de gode erfaringer fra projektet.

15 Ernæringsbehov blev i dette projekt defineret som energi-, protein- og væskebehov.

16 De fysiske rammer for ernæringsassistentens arbejde er en bordplads på 2×1/2 m², et rullebord af samme størrelse, en ovn, skabsplads til kolonialvarer og køle- og frostkapalet.

3.9 Konklusion

Fokus i denne MTV er teknologien, der defineres som »en ernæringspleje, der sikrer, at patienter, der kan indtage mad og drikke, får dækket deres behov for næring i størst muligt omfang«. Allerede i 1860 introducerede Florence Nightingale dette aspekt af patientplejen. Ernæringsvidenskabelig forskning har resulteret i en omfattende viden om kroppens behov for energi og proteiner. Specielt under sygdom, når kroppen er udsat for en stresspåvirkning, har kroppen et øget behov for både energi og protein, da omsætning af energi og protein er væsentligt hurtigere i den syge end i den raske krop. Hvis patienternes behov for energi og protein ikke dækkes, resulterer det i en nedbrydning af muskelvæv, herunder hjerte- og respirationsmuskulaturen, og immunforsvaret svækkes. Patienterne bliver trætte og sværere at mobilisere med øget risiko for komplikationer som liggesår, årebetændelse og infektioner, og dermed en øget risiko for et længere sygdomsforløb. Specielt ældre medicinske patienter, der ofte er småtspisende, er i stor risiko for at blive underernærede under en hospitalsindlæggelse.

Videnskabelige studier peger på, at det gennem forskellige handlinger er muligt at optimere patienternes indtagelse af energi og protein. Det kan ske ved at servere små protein- og energitætte måltider og hyppige mellemmåltider. På flere sengeafdelinger på danske sygehuse har man i praksis arbejdet med at optimere ernæringsplejen, men ofte er denne indsats knyttet til et bestemt projektforsløb eller bestemte ildsjæle, og indsatsen forankres sjældent i organisationens fortsatte drift.

Et eksempel på, at denne forankring kan lykkes, er hentet fra et projekt på Bispebjerg Hospital. På et sengeafsnit er ansat en ernæringsassistent, der udelukkende har til opgave at opfylde småtspisende patienters individuelle behov for mad og drikke. Projektet viser, at en optimal ernæringspleje af småtspisende patienter kan implementeres i daglig praksis med det resultat, at disse patienter i langt større grad – og næsten fuldt ud – får dækket deres behov for energi og protein.

4 Ernæringsplejen i et historisk lys

Edvin Grinderslev og Karin Ø. Lassen

4.1 Indledning

Kapitlet fokuserer på, hvordan ernæringsplejen formede sig på danske sygehuse fra midten af 1950'erne og op igennem 1960'erne. I en medicinsk teknologivurdering inddrages normalt ikke historiske aspekter, men det vurderes her relevant og udbytterigt at inddrage den historiske vinkel. Det giver mulighed for at iagttage, hvordan ernæringsplejen har udviklet sig, og muligvis genopdage glemte aspekter, der kan være relevante for den nutidige ernæringspleje¹⁷.

4.2 Metode

Kildematerialet bygger på en søgning på Dansk Sygeplejehistorisk Museum i Kolding og på individuelle interview med tre uafhængige seniorsygeplejersker. Kontakten til sygeplejerskerne er kommet i stand dels gennem Dansk Sygeplejehistorisk Museum, dels gennem Seniorsammenslutningen i Hovedstadens Amtskreds under Dansk Sygeplejeråd og dels gennem en kontakt til en afdelingssygeplejerske. Seniorsygeplejerskerne var alle sygeplejeelever mellem 1954-58. Seniorsygeplejerske A (Spl. A) har arbejdet på Haderslev sygehus, sygeplejerske B (Spl. B) har arbejdet i Skotland, på Århus Amtssygehus samt på Frederiksberg Sygehus, og sygeplejerske C (Spl. C) har arbejdet på Næstved Sygehus og Rigshospitalet. Alle tre sygeplejersker har været ansat som lærere på sygeplejskoler. De har alle arbejdet under en arbejdsorganisering, hvor maden blev produceret i et centralkøkken og herfra transporteret varmholdt til sengeafdelingerne, hvor maden blev udportioneret og serveret for patienterne¹⁸. Sygeplejersker har gennem deres arbejde erhvervet en indsigt i ernæringsplejen på forskellige medicinske sengeafdelinger. Dengang – som i dag – vil der være variation mht., hvordan ernæringsplejen udføres på medicinske sengeafdelinger. Men for alle hospitaler vil der være en historisk rød tråd gennem f.eks. sygeplejeelevernes uddannelsesforløb, organiseringen af ernæringsplejen på de medicinske afdelinger og arbejdsfunktioner forbundet hermed.

4.3 Resultater

Resultaterne præsenteres i seks temaer: ernæring i sygeplejeuddannelsen, retningslinjer for kostforplejningen, ansvarsfordeling, rutiner ved måltiderne, måltider og kostformer samt patientens rolle.

4.3.1 Ernæring i sygeplejeuddannelsen

Sygeplejeeleverne blev undervist på sygeplejskolen, i centralkøkkenet og på sengeafdelingerne. På sengeafdelingerne blev de undervist af diakonissesøstre, afdelingssygeplejersken, 1. assistenten eller en af sygeplejessisterne afhængigt af, hvor kompliceret sagen var. På sygeplejskolen fik de teoretisk undervisning i ernæring og sammenhængen mellem ernæring, sygdom og diagnose, og her blev undervisningen ofte varetaget af en læge (117, 118). De fik praktisk undervisning i, hvordan maden skulle smage og anrettes, så patienterne fik øget lyst til at spise den, og derfor »skulle det serveres så pænt på tallerkenen, at det var indbydende at se på« (Spl. A). Den praktiske undervisning foregik dels ved øvelser i sygehusets centralkøkken med økonomaen som underviser eller i afdelingskøkkenet, hvor eleverne skulle producere de forskellige diæter, som kunne fremstilles på sengeafdelingerne, f.eks. havresuppe eller omelet. På sengeafdelingen var der megen disciplin i elevernes arbejde, da afdelingssygeplejersken holdt et vågent øje med eleverne, så de »ikke altid kunne være sikre på, om hendes øjne var bagved dem« (Spl. C). Afdelingssygeplejersken af »den gamle skole« er beskrevet af seniorsygeplejerske A på følgende måde:

»De strikte krav, som afdelingssygeplejerskerne stillede til andre, stillede de også til sig selv. Ordinerede behandlinger blev udført til punkt og prikke, plejen fulgte det, som behandlingen krævede. Udtrykket »patienten i centrum« blev endnu ikke brugt og misbrugt i hine dage, men det er et faktum, at alle bestræbelser først og fremmest havde patientens velvære og sikkerhed som mål« (119).

¹⁷ Det skal her anføres, at de historiske erfaringer om ernæringsplejen selvsagt bygger på den daværende viden om pleje og behandling.

¹⁸ Denne produktions- og serveringsform svarer til organiseringen på de tre deltagende sygehuse med varmholdt produktion i et centralkøkken og decentral udportionering på sengeafdelingerne.

I slutningen af 1950'erne lærte eleverne ikke meget om pædagogik – en viden, der kunne hjælpe dem til at motivere patienterne til at spise. Det pædagogiske element kom først »i løbet af 1960'erne, hvor vi begyndte at vejlede patienterne – især dem med sukkersyge« (Spl. B).

4.3.2 Retningslinjer for kostforplejning

Statens Praktisk-sundhedsmæssige Undersøgelser under Sundhedsstyrelsen havde i 1937 udarbejdet vejledningen »Kostordning for danske sygehuse«, som blev anvendt på danske sygehuse op gennem 1950'erne og -60'erne (120). Ophavsmanden til denne kostordning var professor, dr.med. L. S. Fridericia, som i sit arbejde havde erfaret, »at mange Steder gaar det godt – maaske de fleste Steder. Men det er ogsaa rigtigt, at der er Mangler, og det kunde gaa langt bedre med den dygtige Personalestab, vore Sygehuse har. For De ved, at der er megen kritik af Sygehusenes Kost og Diæter, baade fra Patienternes og Lægers side. Og værre er: af og til er kritikken berettiget« (121). Han mente ligeledes, at der manglede en faggruppe – »kostplejersker« – på sygehuse, der kunne fungere som et sammenkædende led mellem køkkenet og patienterne, og som kunne overvåge, at kostordningerne blev gennemført ifølge hensigten.

På baggrund af praktiske erfaringer fra sygehuse vurderede han, at der var behov for en vejledning i kostspørgsmål, som kunne anvendes i praksis ud fra hans motto: »Et ernæringsfremskridt ind gennem Munden er bedre end ti på Papiret« (121). Vejledningen til sygehuse indeholdt derfor en udførlig beskrivelse af, hvilke af de fire kostformer – fuldkost, let fuldkost, plejekost og observationskost – der kunne anvendes til hvilke patientgrupper. Derudover var der en gennemgang af særlige diæter¹⁹, barnekost, funktionærkost, prøvemåltider²⁰ samt vejledning om madens tilberedning, udlevering af mad, portionsstørrelse (graderet for kvinder og mænd) og serveringen for patienterne.

Sygehuse kunne efter anmodning få et orienterende besøg af Statens Praktisk-sundhedsmæssige Undersøgelser, hvor kostforholdene og ernæringsplejen blev gennemgået. Efter et sådant besøg blev der udarbejdet en besøgsrapport med anbefalinger, forslag og råd vedrørende produktionen i køkkenet, kosten til patienterne, serveringen osv. I en besøgsrapport fra Haderslev Sygehus, hvor udvalget for sygehuset²¹ havde anmodet om besøg, blev følgende konkluderet:

»Ved besøget på Haderslevs Bys Sygehus fik man på mange måder et godt indtryk af kostforplejningen. På en del punkter har der dog været anledning til at fremføre kritik og forslag til ændringer. Maden var meget velsmagende og veltilberedt, og de anvendte råvarer var af en meget fin kvalitet. Det foreslås, at patienterne tilbydes ost og lejlighedsvis også marmelade eller honning til morgenmåltidet, samt at patienterne animeres til at drikke et glas mælk. (...) Til aftensmåltidet foreslår man, at der dagligt til de forskellige kostformer gives tre slags pålæg foruden ost. (...) Opmærksomheden henledes på proteinmængden i de »kødløse« middage. Frugt indgår hyppigt i middagen, dog aldrig som frisk frugt. Grøntsager gives ikke tilstrækkeligt hyppigt. (...) Man foreslår udarbejdet en kostvejledende pjece til uddeling til patienterne. (...) Både anretning og servering af maden for patienterne var pæn. Det foreslås, at der anskaffes trykte sedler til anbringelse ved diætretterne. Desuden foreslås det at anskaffe et lille sukker- og flødesæt til hver patient« (122).

En sådan besøgsrapport indeholdt således flere forslag til ernæringsmæssige tiltag i plejen.

På en del sygehuse var der etableret grupper bestående af overlægen, økonomaen fra centralkøkkenet og nogle steder en sygeplejerske, der sammen bl.a. udarbejdede vejledninger til patienter om diæter og ernæring (123-127). Patientvejledningerne indeholdt anvisning på diæten, men også en begrundelse for ordinationen og en praktisk instruktion i, hvordan diæten bedst kunne overholdes efter udskrivelsen (128).

4.3.3 Ansvarsfordeling

Der var en klar ansvarsfordeling mellem faggrupperne i ernæringsplejen. Når diagnosen blev stillet, ordinerede overlægen den kostform, som patienten skulle have. Afdelingssygeplejersken eller 1. assistenten sørgede for at bestille maden ud fra lægens ordination. Fra køkkenet blev maden leveret i en madvogn, der indeholdt kantiner²² med de enkelte bestanddele til f.eks. den varmholdte middagsmad. Afdelingssygeplejersken stod ved madvognen og øste maden op, mens hun sikrede sig, at den rigtige mad blev serveret til den rigtige

¹⁹ Eksempler på diæter: Purédiæt, afmagringsdiæt, diæt mod forstoppelse, æggehvidefattig diæt, saltfattig diæt, observationskost for sukkersygepatienter, tuberkulosekost og mavesårsdiæt. Disse diæter er ikke længere aktuelle.

²⁰ Der er beskrevet prøvemåltider, der blev anvendt i undersøgelsesøjemed, f.eks. »Ewalds prøvemåltid«, der havde til formål at undersøge mavesækkens sekretoriske funktion, og »Kemps prøvemåltid«, der havde til formål at undersøge mavesækkens motoriske funktion (Spl. A). Disse prøvemåltider er ikke længere aktuelle.

²¹ Udvalget var sygehusbestyrelsen (politikere), hvor overlægen havde sæde med rådgivende funktion (Spl. A).

²² Beholdere af rustfrit stål, der i institutionskøkkener anvendes til opbevaring og transport af mad.

patient. Eleverne »gik i hurtigt tempo med bakkerne, for at maden kunne serveres varm« (Spl. A). Afdelingssygeplejersken skulle have tilbagemeldinger på, hvad den enkelte patient havde spist. Hvis patienten ikke spiste maden, forhørte hun sig nærmere hos personalet eller hos patienten om årsagen hertil. Seniorsygeplejerske B beskriver serveringssituationen således:

»Det var lederens ansvar at fordele maden, det var eleverne der gjorde det praktiske. Vi skulle holde øje med, om patienterne levede noget mad, og det skulle rapporteres tilbage til lederen. Afdelingssygeplejersken var meget nidkær med at få at vide, hvad der var spist. Så var det om, at man kunne fortælle, om der var en eller to kartofler tilbage. Det var noget af en hukommelsestræning vi fik der. Da vi havde rundepleje²³, var der meget vi skulle huske, og det var altid afdelingssygeplejersken, der skulle have besked«.

Ved behov var det eleverne, der sørgede for at tilberede havresuppe, varme drikke og lign., som de kunne servere for patienterne. I rundeplejen blev alle patienter f.eks. vejet en gang om ugen (Spl. A).

Arbejdsdelingen var tydelig mellem sengeafdelingerne og centralkøkkenet. Køkkenet blandede sig ikke i, hvordan sengeafdelingen serverede maden til patienterne, og hvordan plejepersonalet fik patienterne til at spise. Til gengæld blandede sengeafdelingerne sig aldrig i, hvordan køkkenet sammensatte menuerne, »da det jo var dem, som var eksperterne. Vi meldte kun tilbage til køkkenet, hvis der var for lidt mad. Der var altid for lidt risengrød og jordbærgrød, og så løb vi rundt til andre afdelinger for at tigge grød« (Spl. B).

4.3.4 Rutiner ved måltiderne

Ved servering af maden havde sengeafdelingerne en række rutiner ((129), Spl. A, B og C). Sammen med de »menige«²⁴ sygeplejersker skulle eleverne sikre sig, at patienterne var klar til at spise. Cirka et kvarter før serveringen blev de sengeliggende patienter tilbudt bækken eller uringlas, og der blev luftet ud på stuen. Sengene blev ordnet, og patienter, der kunne sidde op, fik slået deres ryglæn op og sengegærde ned, og klokkestrengen blev placeret, så patienten kunne nå den. For de oppegående patienter blev der dækket bord med hvid damaskdug (Spl. A). Disse rutiner var begrundet i, at patienterne skulle kunne spise i ro på stuen uden forstyrrelser og uden hastværk, idet »rolige og ordentlige omgivelser under måltidet øger patienternes appetit og stimulerer fordøjelsen« (129). Det var vigtigt, at personalet overholdt de sædvanlige tider for måltiderne, da »patienterne så frem til dem« (Spl. C). Der var klare retningslinjer for serveringen, f.eks. skulle servicet være helt og rent og sættes således, at mønstret vendte rigtigt. Der blev øst små portioner op, da det var mere appetitvækkende end de store, da »det ellers kan virke overvældende på en patient, der kun har en ringe appetit« (129). Varm mad blev serveret på varme tallerkener, og kold mad på kolde. Hvis måltidet bestod af flere retter, blev den første ret serveret, og efter et stykke tid gik personalet rundt en gang for at nøde patienterne. Herefter blev det brugte service samlet ind, og den anden ret blev serveret.

Patienter, der ikke kunne spise selv, blev hjulpet af personalet. Her var plejepersonens fulde opmærksomhed rettet mod patienten, og hjælpen skete i et tempo, der passede patienten, sådan at patienten ikke oplevede, at personalet ville skynde på vedkommende. Dette var vigtigt, da »de fleste patienter ikke synes, det er sjovt at blive madet, fordi de føler sig magtesløse, og da kan det være svært at nyde maden. Derfor skal man underholde patienterne lidt og sikre sig, at de har det behageligt. Det var noget afdelingssygeplejersken gik meget op i« (Spl. A og C).

Når patienten var færdig med at spise maden, skulle plejepersonalet fjerne det snavsede service og sikre sig, at patientens seng var i orden. Stuen blev igen luftet ud, og personalet sikrede sig, at patienten havde vand eller saft i glasset på sengebordet. Herefter skulle der være ro på stuen »så patienterne kunne sove til middag« (Spl. A).

4.3.5 Måltider og kostformer

Der blev serveret fem måltider, heraf tre hovedmåltider og to mellemmåltider. For de tre hovedmåltider – morgenmad, varm middagsmad og smørrebrød til aften – var der som regel én time i alt til servering og spisning (Spl. A og C).

Morgenmaden bestod af kaffe/te, et stykke lyst brød med ost eller syltetøj og havregrød eller øllebrød. »Patienterne elskede øllebrøden – den duftede dejligt af øl, ting og sager« (Spl. B). **Middagsmaden** var som regel enten »fuldkost« eller »skånekost« (også kaldet diæt). Fuldkosten bestod af to retter mad enten i form af en

23 I rundepleje varetager den samme personalegruppe den samme plejefunktion for alle patienter.

24 I det hierarkiske system inden for sygeplejen var der på hver afdeling en afdelingssygeplejerske, en 1. assistent (souschef), sygeplejeassistenter og elever. Den »menige« sygeplejerske var sygeplejeassistent.

forret (som regel suppe) eller en dessert (som regel grød, koldskål el.lign.) og en hovedret med kød eller fisk. Til hovedretten var der altid kartofler og en grøntsag som f.eks. porre, gulerødder, ærter eller blomkål. Alle tre seniorsygeplejersker fortæller, at patienterne ofte skubbede grøntsagerne til side. Middagsmenuen var årstidsbestemt, så det var tydeligt at »se på supperne, når det var sommer og vinter. Vi kunne også se det på hovedretten, f.eks. var der oftere stuvet kål om vinteren end om sommeren, og om sommeren var der tit frisk frugt som f.eks. jordbær. Det var der sjældent om vinteren« (Spl. C). Smørrebrødet til **aftensmaden** blev leveret smurt fra køkkenet. Her var der en vis valgfrihed for patienterne, i og med at de kunne vælge mellem tre forskellige slags pålæg, men dog ikke sådan at de udelukkende kunne vælge en af typerne. **Mellemmåltiderne** bestod af drikkevarer som mælk, kærnemælk, saft, vand, hvidtøl/maltøl og ved ordination en »rigtig bayersk øl, som der var nogen, der holdt meget af« (Spl. C). Hertil kunne der serveres en kiks eller småkage om formiddagen. Om eftermiddagen var der ofte hjemmebagt kage eller et stykke hvidt brød.

Der var i kostforplejningen som nævnt en række **diæter**, som blev ordineret af lægen. Disse diæter var f.eks. skånekost, purékost og sukkersygekost. Af patienterne var ca. en tredjedel på fuldkost, en tredjedel på purékost og en tredjedel på skånekost. Dette betød, at køkkenet havde en række afvigelser fra produktionen af fuldkosten.

En stor del af personalet spiste også hospitalskosten endnu i 1960'erne²⁵, og for eleverne var det en del af lønnen (130). Eleverne var meget tilfredse med kosten, da »alting var veltillavet, og der var gjort meget ud af udseendet, f.eks. var smørrebrødet fint pyntet. Frikadellerne var ikke sådan nogle hårde knorter. Det var, som vor mor kunne have lavet dem« (Spl. B).

4.3.6 Patientens rolle

I lærebogen om sygepleje stod der, at sygeplejersken »ved enhver given lejlighed skulle diskutere den sunde kost med patienten« (129). På baggrund af interviewene kan det udledes, at denne praktik blev fulgt på de afdelinger, hvor afdelingssygeplejersken kombineret med en stor autoritet havde en interesse i, at patienterne fik den ordinerede kost. Afdelingssygeplejersken kunne her irettesætte patienterne, hvis de ikke spiste deres mad og/eller ikke fulgte kostplanen. Og det var ikke altid så let for patienterne. Afdelingssygeplejersken kunne være meget striks med, om patienterne spiste maden, da det var »vigtigt for deres helbred. De lå jo ikke på sygehuset for deres fornøjelses skyld, og det var jo ikke en af byens finere restauranter« (Spl. C).

Men patienter, der var ordineret en diæt – f.eks. en afmagringskur på 1000-1500 kilokalorier – »blev ikke informeret om kosten, det var kun sukkersygepatienter, som fik en god information. De andre fik bare at vide, at lægen havde ordineret en skånekost. Vi sikrede os ikke nok, at patienterne fik nok at spise. Vi var mest opmærksomme på, at de drak« (Spl. C). Der kunne være gange, hvor eleverne kunne snyde lidt med maden til patienter, der var på skånekost, som »f.eks. når telefonen ringede, og afdelingssygeplejersken tog den. Ja, så kunne vi elever godt finde på at tage en frikadelle ekstra til en af patienterne, så de blev mere tilfredse« (Spl. B). Blandt patienterne var der også alternative måder at »skaffe« sig mad på – måder som eleverne og de »menige« sygeplejersker så igennem fingre med: F.eks. når »maden kom ind til patienterne, og når døren var lukket, så byttede patienterne mad. Det gjaldt både middagsmaden og smørrebrødet. Vi kunne komme ind, og så sad der en patient med tre leverpostejsmader og en med tre æggemadder. Det kunne også være rødbeder og asier, de byttede« (Spl. B).

Mange patienter var således underlagt en kostform/diætform, som de havde modtaget sparsom information omkring. Men sygeplejeelever og patienter kunne her være kreative og skabe forskellige handlemuligheder for at omgå disse kostformer/diæter.

4.4 Konklusion

Den historiske gennemgang belyser, at kosten var en vigtig del af behandlingen uanset varigheden af indlæggelsen. Dette fremgår dels af elevuddannelsen, overlægens ordination af kostform til alle patienter og den ledende sygeplejerskes myndige funktion i ernæringsplejen, hvor hun havde ansvaret for og overblikket over alle patienters ernæringspleje.

Dengang var der også frontkæmpere, der arbejdede for at omsætte viden til handling, hvilket illustreres af mottoet: »Et ernæringsfremskridt ind gennem Munden er bedre end ti på Papiret«. Ligeledes var der på

25 Inden for sygeplejen havde alle indtil da fra «tidernes morgen» spist på sygehuset. Fra 1960'erne begyndte gifte sygeplejersker i stadig højere grad at lade sig ansætte på sygehuse – og spise hjemme (Spl. A).

daværende tidspunkt tanker fremme om, at der manglede et sammenkædende led i form af en »kostplejerske« mellem produktionskøkkenet og patienten.

Kosten blev fastlagt individuelt ud fra patientens diagnose, men patientens ønsker til kosten var ikke i fokus. Patienten, der ofte ikke havde nogen form for medbestemmelse, kunne undertiden gennem »civil ulydighed« – og med hjælp fra elever og »menige« sygeplejersker – omgå den ordinerede kostform. Patienternes ernæringsstatus blev fulgt ved, at de blev vejlet på den ugentlige »vejedag«.

Ansvarsplaceringen i ernæringsplejen var tydelig: lægen ordinerede kostformen til patienten, og den ledende sygeplejerske på afdelingen, som havde overblikket over, hvad den enkelte patient skulle have serveret, og hvad den enkelte patient spiste, stod for udportioneringen af maden. Eleverne og de »menige« sygeplejersker havde et klart ansvar i forhold til rutiner i ernæringsplejen, der skulle sikre, at patienterne var klar til at spise, og at de fik ro og tid til at spise.

De interviewede seniorsygeplejersker fik som elever serveret den samme mad som patienter på fuldkost. Ud fra deres udsagn konkluderes det, at maden var veltillavet. De tilgængelige råvarer var årstidsbestemte, hvilket resulterede i, at menuerne varierede meget med årstiden. Hvorvidt maden var ernæringsmæssigt dækkende kunne ikke beregnes af personalet, men »Kostordninger for danske sygehuse« gav en eksakt vejledning i portionsstørrelser for alle menuer, så måltiderne var ernæringsmæssigt dækkende.

Sygehuse havde dengang mulighed for at få vejledende besøg fra Statens Praktisk-sundhedsmæssige Undersøgelser under Sundhedsstyrelsen. Køkkenets funktion og udførelsen af ernæringsplejen på afdelingsniveau blev her gennemgået af en udefrakommende fagperson. I dag eksisterer der ikke en lignende ordning på danske sygehuse. I dag udføres der lovpligtige hygiejnetilsyn i produktionskøkkenerne på de danske sygehuse (131), men der udføres ikke »ernæringstilsyn/-besøg«, hvor ernæringsplejen på afdelingsniveau gennemgås. Dette historiske aspekt kunne være relevant at vurdere som en mulighed for i dag at sikre kvaliteten af ernæringsplejen på danske sygehuse.

5 Organisationen

Karin Ø. Lassen og Edwin Grinderslev

5.1 Baggrund

I denne MTV-rapport er det organisatoriske hovedelement vægtet tungt. Baggrunden herfor er, at organiseringen af ernæringsplejen er af central betydning for, i hvilken grad betingelserne er til stede for, at det enkelte sygehus og den enkelte sengeafdeling kan efterleve de officielle anbefalinger. Ligeledes kan det gennem en organisationsanalyse af personalets udførelse af ernæringsplejen belyses, hvordan de officielle anbefalinger i praksis efterleves. I dette kapitel analyseres de organisatoriske forhold, der har relation til ernæringsplejen på tre sengeenheder²⁶ på tre forskellige sygehuse under tre forskellige sygehusejere. Ud fra litteraturen er det ikke muligt detaljeret at beskrive og analysere den ernæringspleje, der gives medicinske patienter på danske sygehuse²⁷. Det er baggrunden for at indsamle viden gennem feltarbejde fra »den virkelige verden«. Resultatet er en omfattende kvalitativ datamængde, som efter forfatternes mening udfolder, nuancerer og dokumenterer vigtige aspekter i medicinske patienters ernæringspleje.

5.2 Metoder

I projektet vælges »virkeligheden« at være repræsenteret ved medicinske afdelinger på tre sygehuse – et universitetshospital (Sygehus A), et lokalt sygehus (Sygehus B) og et hospital under Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S) (Sygehus C). Inklusionskriterierne for, at en medicinsk sengeafdeling kan deltage i undersøgelsen, er følgende:

1. Afdelingen får leveret varmholdt mad fra sygehusets produktionskøkken, hvor maden på sengeafdelingen efterfølgende udportioneres. De grundlæggende produktionsforhold for de deltagende sengeafdelinger gøres herved så sammenlignelige som muligt.
2. Personalet på sengeafdelingen har et erfaringsgrundlag mht. implementering af de officielle anbefalinger for ernæringsplejen – et arbejde som eksempelvis er iværksat af ildsjæle på området eller ledelsesrepræsentanter.

Punkt 2 er centralt, da det er væsentligt, at de deltagende medicinske sengeafdelinger rummer erfaring og viden om, hvilke faktorer der kan fremme henholdsvis hæmme en udvikling frem mod en optimering af ernæringsplejen.

For at skabe en forståelse for hvilke rammer det enkelte sygehus og den enkelte sengeenhed arbejder under mht. patienternes ernæring, er det indledningsvis for det pågældende amt²⁸ og H:S skitseret, hvilke nylige officielle administrative og amtspolitiske tiltag der har set dagens lys. Informationer herom er indsamlet gennem de pågældende sygehusejeres hjemmesider, sygehusenes administration og repræsentanter for kostudvalg og lign. På det enkelte sygehus er produktionen i køkkenet og rammerne for ernæringsplejen på de deltagende sengeenheder beskrevet på baggrund af observationsstudier og indsamling af information i organisationerne²⁹. Beskrivelsen er udarbejdet for at få en indsigt i, hvilke rammer de professionelle aktører har for at udføre ernæringsplejen. Denne viden har været central for at kunne udarbejde en guide til indsamling af kvalitative data gennem interview. Interviewguiderne bygger på kendskab til praksis på den enkelte sengeenhed for i interviewene at kunne uddybe og udfolde aspekter i ernæringsplejen, som ikke umiddelbart er synlige i organisationen (132). Der indsamles også data for antal nyansatte i pleje- og køkkenpersonalegrupperne. Disse oplysninger anvendes til at udtrykke personalegennemstrømningen, da et tidligere studie peger på, at en relativt stor personalegennemstrømning sandsynligvis har negativ indflydelse på fastholdelse af viden og den praktiske udførelse af ernæringsplejen (3).

26 »En sengeenhed« på Sygehus A er et sengeafsnit, på Sygehus B to sengeafdelinger og på Sygehus C to klinikker (sengeafdelinger). Hver af disse enheder er valgt, da de i praksis fungerer som en enhed mht. kostforplejningen fra produktionskøkkenet.

27 Se dog bilag B nederst.

28 Nordjyllands Amt og Århus Amt.

29 I arbejdsprocessen er disse beskrivelser blevet udarbejdet i detaljer, og de er blevet verificeret af en person i organisationen med indgående kendskab til køkkenets produktion og afdelingernes ernæringspleje. For at begrænse denne omfattende datamængde præsenteres der i denne rapport et resumé af disse beskrivelser, da de fungerer som baggrundsinformation for gennemførelsen af interviewene med faggrupperne. Hovedvægten i præsentationen ligger på de kvalitative data indsamlet gennem individuelle interview og gruppeinterview.

Til hver faggruppe udformes der en interviewguide, som inden interviewet tilpasses forholdene på den aktuelle sengeenhed (133-135). Igennem disse individuelle interview og gruppeinterview belyser aktørerne deres opfattelse af, hvordan ernæringsplejen udføres. Aktørerne er plejepersonale, serviceassistenter, ressource-/nøglepersoner inden for ernæring, cheføkonomaer, kliniske diætister, økonomaer, læger i ledende stillinger³⁰ og repræsentanter for sygehusledelsen. På Sygehus A gennemføres seks interview med deltagelse af i alt 13 informanter, på Sygehus B seks interview med 23 informanter og på Sygehus C ti interview med 24 informanter. Omdrejningspunktet i interviewene er, hvordan de seks succeskriterier for ernæringsplejen³¹ efterleves, og hvad der virker hæmmende henholdsvis fremmende for at kunne opfylde disse kriterier.

Perspektivet for analysen er udførelsen af ernæringsplejen og forholdene heromkring set fra den udefrakommende persons synsvinkel – en metode, hvorved man skaber sig indblik i en organisations kultur (136, 137). På de tre deltagende sygehuse gennemføres i alt 22 interview, der alle optages på lydbånd. De bandede interview skrives ud som tekst, og det enkelte interview analyseres i forhold til de seks succeskriterier, der er de styrende temaer for analysen af de kvalitative data (138). I præsentationen af de kvalitative data er det et valg fra forfatterens side, at informanterne ofte direkte kommer til orde gennem citater. Dette valg er truffet ud fra et ønske om at gøre informanternes udtalelser mere nærværende for læseren.

Det skal her pointeres, at sygehusområdet er et område, hvor der sker omfattende organisatoriske ændringer. I Århus og Nordjyllands Amter har amtspolitikerne eksempelvis vedtaget sammenlægninger og lukninger af hele sygehuse eller dele af sygehusfunktioner. Da der oftest ikke fra politisk hold er en klar tilkendegivelse af, hvilke mål man ønsker at nå frem til – ud over at forbedre økonomien – skabes der i disse organisationer stor usikkerhed om fremtiden, og herunder om – og hvordan – køkkenerne i fremtiden skal fungere. Indsamlingen af kvalitative data i projektet har på nogle tidspunkter været påvirket af denne turbulens, da det kan være vanskeligt at interviewe eksempelvis personalegrupper, der ikke kender deres fremtidige »skæbne« på arbejdspladsen. Ved at fokusere på den hidtidige praksis for ernæringsplejen er den fremtidige usikkerhed forsøgt elimineret i dette projekt. Dataene beskriver den på indsamlingstidspunktet gældende praksis, hvilket ikke givetvis er nugældende praksis.

De tre deltagende sygehuse, de deltagende sengeenheder og de deltagende informanter er anonyme i rapporten. Baggrunden er at sikre alle informanter anonymitet, da området undertiden er konfliktfyldt, dels mellem faggrupper og dels mellem forskellige driftsområder i organisationen. Informanternes anonymitet sikres af hensyn til deres arbejdsituation og for at undgå, at deltagelse i projektet efterfølgende er en belastning for informanterne.

5.3 Sygehus A i Århus Amt

5.3.1 Amtspolitiske tiltag i Århus Amt mht. kost til syge

I 1999 igangsætter Sygehusudvalget i Århus Amt et større udredningsarbejde på kostområdet. Resultatet af dette arbejde er to rapporter – dels en rapport vedrørende »Kostforsyningen på sygehusene i Århus« (139), og dels en rapport, der belyser »Ernæringsforskning, ernæringsuddannelse og kostforplejning ved sygehusvæsenet i Århus Amt« (140). Rapporterne har været den røde tråd i amtets arbejde med kost til syge. I førstnævnte rapport skitseres fire forskellige forslag til modeller for den fremtidige struktur for kostforsyningen for Århus-sygehusene (139). Da de fremlagte forslag »alle kræver meget store anlægsudgifter, og da det er vanskeligt at anviser en klar strategi for udviklingen af den fremtidige køkkenstruktur i Århus-området«, inddrages ekstern ekspertbistand (141). Efter den eksterne gennemgang beslutter Sygehusudvalget at »arbejde på en gennemførelse af en decentral model, hvor maden færdigtillberedes så tæt på patienterne som muligt« (142).

I forbindelse med en politisk beslutning om at ændre strukturen på sygehusområdet i Århus Amt overvejer Sygehusudvalget efterfølgende at nedlægge køkkenet på et af Århus-sygehusene og udbyde produktionen af mad til patienterne i licitation. Men »der forventes ingen besparelser ved dette, men det vil skabe plads til udvidelser på sygehuset. Desuden vil en større anlægsinvestering kunne undgås, idet køkkenet på sygehuset står over for en større renovering« (143). Udliciteringsarbejdet er påbegyndt ultimo 2002 i Århus Amt (144). Placeringen af fremtidens køkken uden for sygehusets fysiske rammer kan få den konsekvens, at der i

30 I undersøgelsen er lægegruppen valgt at være repræsenteret ved læger i ledende stillinger, da disse på baggrund af et ledelsesmæssigt ansvar ofte har gjort sig tanker om ernæringen i behandlingen og plejen. Dette valg er taget, da »patienternes ernæring er lavt prioriteret i lægeuddannelsen« (20), hvorfor reserve- og afdelingslægers viden og engagement i ernæringsområdet er af meget individuel karakter, da uddannelse inden for klinisk ernæring ikke er en central del af lægestudiet (21).

31 Se afsnit 1.6.

behandlingen og plejen sker en nedprioritering af kosten grundet en længere kommunikationsvej mellem køkkenet og afdelingerne.

I rapporten »Ernæringsforskning, ernæringsuddannelse og kostforplejning ved sygehusvæsenet i Århus Amt« (140) opridses ernæringsmæssige problemer for hospitalsindlagte. Underernærede patienter er i fokus, og muligheder for at optimere næringsindtagelsen skitseres. Mulighederne, der her er opridset, er samstemmende med de officielle anbefalinger for kost til syge (16). Arbejdsgruppen i Århus konkluderer, at »en stor del af underernæringsproblemerne kan afhjælpes væsentligt ved en generelt større fokusering på tilstanden, der blandt andet bør medføre en screening for ernæringsproblemer i forbindelse med indlæggelsen samt en plan vedrørende den ernæringsmæssige behandling og opfølgning« (140). På baggrund af rapporten udsender gruppen et udkast til en kostpolitik i Århus Amt, hvor:

1. Kosten, der skal sikre den enkelte patients behov for energi og næringsstoffer, skal indgå som en integreret del af behandling og pleje
2. Kosten skal være af høj kvalitet såvel ernæringsmæssigt, hygiejnisk som kulinarisk
3. Kosttilbuddet skal være fleksibelt i sammensætning og udbud og skal tilgodes den enkelte patients behov, præferencer og kultur
4. Patienterne skal sikres et højt informationsniveau vedrørende ernæring/kost, herunder kostens betydning for behandlingsresultatet, samt mulighed for indflydelse på kosttilbuddet (140).

Udkastet til kostpolitik sendes til høring på amtets sygehuse, hvor det bearbejdede udkast med sygehusenes kommentarer i hovedtræk er identisk med det oprindelige udkast. Det reviderede udkast til kostpolitik er medio 2003 tilbagesendt til sygehusene for yderligere bemærkninger. På Sundhedsudvalgets møde i juni 2003 anføres det, at »kostpolitikken har tidligere været behandlet i forbindelse med en generel udredning af kostforsyningen på sygehusene i Århus-området. Men da udredningen vedrørende strukturen for kostforsyningen ikke bliver færdig inden for de nærmeste år, bl.a. som følge af masterplanen for Århus-sygehusene, foreslås det fra det administrative niveau, at kostpolitikken udskilles fra dette arbejde. Der vedlægges derfor et forslag til kostpolitik på sygehusområdet. Derved forventes yderligere fokus på området. Endvidere forventes det, at sygehusene i løbet af efteråret (2003) får udarbejdet systematiske beskrivelser af indsatsen« (145). Sundhedsudvalget forventer således, at sygehusene giver en tilbagemelding til Sundhedsudvalget ved udgangen af 2003 (145). Sundhedsudvalget har i 1999 sat gang i en kostudredning med det resultat, at der primo 2003 er formuleret et udkast til en kostpolitik i Århus Amt, der dog ikke er vedtaget.

Sammenfattende for Århus Amt kan det siges, at der fra politisk og administrativ side er taget initiativ til en drøftelse af kostpolitik på sygehusene i amtet. Dette initiativ forventes fra politisk side at ville give et øget fokus på patienternes ernæringspleje. Men hvordan dette øgede fokus konkret forventes at skulle forme sig og blive implementeret, er ikke nærmere præciseret. Generelt har man fra politisk side meldt ud, at man ønsker en decentral model for kostforplejningen, og samtidig ønskes der fra politisk side en udlicitering af produktionen af mad til patienter på et af Århus-sygehusene for at undgå store anlægsudgifter på køkkenområdet.

5.3.2 Kostrådet på Sygehus A

Sygehus A, der er en del af et universitetshospital, har etableret et kostråd bestående af to overlæger, tre ledende sygeplejersker, en sygeplejerske, en yngre læge, den ledende økonom og en klinisk diætist. Kostrådet, der refererer til sygehusledelsen, afholder ifølge kommissoriet møde to gange årligt eller hyppigere efter behov. Der udarbejdes et mødereferat, som sendes til medlemmer af kostrådet samt til sygehusledelsen (146). Kostrådets opgaver er bl.a. at »rådgive og vejlede sygehusledelse, afdelingsledelse og afdelinger i spørgsmål om kost og ernæring, herunder også vejlede om ernæringsrelaterede aspekter i forbindelse med nybygning, ombygning, indkøb af udstyr m.m., og udarbejde forslag til, hvorledes Århus Amts kostpolitik kan implementeres i daglig klinisk praksis« (146). Det har ikke været muligt ved telefonisk eller skriftlig kontakt til formanden nærmere at få belyst, hvordan kostrådet konkret arbejder, herunder f.eks. hvor ofte der afholdes møder, hvilke emner der er i fokus for øjeblikket, og hvordan kostrådet vil arbejde med at implementere den kommende kostpolitik i daglig praksis på sengeafdelingerne. I den skriftlige kontakt til formanden opfordres denne til at videregive spørgsmålene til næstformanden³², hvis formanden ikke har tid. Det har ej heller været muligt at fremskaffe referater fra møderne gennem andre medlemmer af kostrådet. Denne manglende mulighed for at indsamle informationer om Kostrådets arbejde gør det vanskeligt konkret at beskrive kostrådets arbejde. De manglende informationer kunne tyde på, at kostrådet ikke fungerer optimalt.

32 Andre medlemmer af kostrådet orienterer senere, at kostrådet ikke har konstitueret sig med en næstformand.

5.3.3 Køkkenet på Sygehus A

Produktionssystemet i køkkenet på Sygehus A er en varmholdt produktion med decentral udportionering³³. I gennemsnit produceres der pr. dag mad til ca. 360 patienter. I 2002 producerer køkkenet 128.347 kostdage³⁴, hvoraf ca. 77.000 kostdage er til patienter på »sygehuskost«. Personalenormeringen i køkkenet inkl. personalekantiner er i alt 40,22 stillinger. De kliniske diætister er tilknyttet køkkenet og udgør 2,86 stillinger. Antal nyansatte i 2002 i køkkenet inkl. kantinen er 24 personer, hvoraf 11 er weekendaflødere, dvs. at ca. hver tredje fuldtidsansatte i produktionen er blevet ansat i 2002.

Køkkenets daglige tilbud til middag er menuerne »sygehuskost«, »findelt sygehuskost«³⁵, »normalkost«³⁶ og »vegetarkost«. De tre førstnævnte menuer byder på en varm middagsret bestående af kartofler/kartoffelmos/ris, kød/fisk, sovs og grøntsager og evt. tilbehør som gele el.lign. Til alle fire former for menuer serveres en dessert. Der er ingen valgmuligheder inden for den enkelte kostform. Til aften tilbydes en lun ret, tre forskellige typer smørrebrød og råkost, der er tilpasset patienter på henholdsvis »sygehuskost«, »normalkost« og »vegetarkost«. Til mellemmåltidet om eftermiddagen bages der kage, og til det sene aftensmåltid smøres der franskbrød med pålæg. Hver uge produceres der frugtgrød og flydende dagskost efter en ugeplan. Køkkenet laver desuden en gang om ugen en mindre cook-freeze-produktion³⁷ i form af risengrød, frikadeller, aspargesuppe, millionbøf, minestrone og fyld til tarteletter. Disse frostretter indgår i køkkenets tilbud – tilbud, som sengeafdelingens personale kan tilbyde f.eks. småtspisende patienter uden for de fastlagte spisetider. Herudover producerer køkkenet hjemmelavet proteindrik, koldskål og lign. På baggrund af køkkenets produktion er der en bred vifte af tilbud om mad og drikke til patienterne. Der leveres fra køkkenet tre gange dagligt til sengeafdelingerne.

Kostformen »sygehuskost« er tiltænkt ældre patienter med nedsat appetit og patienter med øget protein- og energibehov. Energiindholdet er 9.000-10.000 kJ – hvor 25% af energiindtaget kommer fra mellemmåltider – og der er tilstræbt et proteinindhold på ca. 90 gram³⁸. »Findelt sygehuskost« er tiltænkt patienter, der har vanskeligt ved at tygge, og kostformen indeholder derfor ikke retter med hele kødstykker og lign., men i stedet frikadeller, bøf og lign. Kostformen »normalkost« er tiltænkt patienter med sukkersyge, patienter, der skal have en kolesterol- og fedtreduceret diæt, samt patienter, der ikke har problemer med nedsat appetit. Energiindholdet pr. døgn er ca. 9.000 kJ, og proteinindholdet er ca. 80 gram. Sammensætningen i disse kostformer tager udgangspunkt i anbefalingerne for kost til syge (44).

Menuerne ændres ifølge en rulleplan over fem uger. Enkelte retter bliver dog ændret i forhold til mærkedage, helligdage og årstiden. Ved hjælp af edb beregner køkkenet det totale energi- og proteinindhold samt energiprocentfordelingerne i menuerne (147). Portionsstørrelserne fastsættes herudfra. Gennem rulleplanen tilstræber køkkenet at producere en varieret kost til patienterne.

Indkøb af råvarer afhænger bl.a. af sæson, pris, kvalitet og arbejdspresset i køkkenet. Ved øget arbejdspress er køkkenet nødsaget til at indkøbe flere retter som frosne helfabrikata og eksempelvis grøntsager som halvfabrikata³⁹. Køkkenet har flere råvareleverandører og indgår ikke i en indkøbsaftale med andre institutionskøkkener. Køkkenet har ikke skriftligt definerede kvalitetskrav til de enkelte leverandører. Råvarebudgettet for køkkenet er i 2002 på 5.831.769 kr. svarende til 35,96 kr. pr. kostdag. Dette råvarebudget skal køkkenet få til at balancere med et krav om at producere kulinarisk attraktive og ernæringsmæssigt dækkende måltider til patienterne.

Som information til personale, patienter og pårørende udsender køkkenet hver 14. dag menuplaner for »sygehuskost«, »normalkost« og »vegetarkost«. Ligeledes formidler køkkenet den faste ugeplan med frugtgrød og flydende dagskost, samt en liste over frostretter, der leveres portionsvis. Som vejledning til plejepersonalet har køkkenet udarbejdet en kosthåndbog, der giver personalet på sengeafsnittene en detaljeret beskrivelse af køkkenets tilbud, bestillingssystem, distribution, kostformer, portionsstørrelser, diæter m.m. (148). I to patientfoldere, »Sygehuskost« og »Normalkost«, informerer økonomaerne patienterne om køkkenets tilbud til de tre hovedmåltider og tre mellemmåltider og om specielle tilbud dels til småtspisende patienter og dels til patienter, der har vanskeligt ved at tygge (149). Økonomaernes mål er, at patientfolderen bliver set af alle

33 Dvs. at maden udportioneres på den enkelte sengeafdeling – hvilket er i modsætning til central udportionering, hvor udportioneringen sker centralt i produktionskøkkenet.

34 Definition af en kostdag = dagens samlede produktion til en patient.

35 Se næste afsnit for forklaring.

36 Se næste afsnit for forklaring.

37 Ved cook-freeze-produktion tilberedes maden, afkøles herefter hurtigt, portionsopdeles og indfrysers straks.

38 Læger og plejepersonale har mulighed for at henvise ernæringstruede patienter, f.eks. småtspisende patienter, til ernæringsterapi. En klinisk diætist udformer herefter en individuel kostplan til patienten. Denne kostplan tager som regel udgangspunkt i »sygehuskost«.

39 Til eksempel kan det nævnes, at de fleste institutionskøkkener indkøber rå vakuumpakkede kartofler, der umiddelbart kan varmebehandles.

indlagte patienter. Køkkenet har gennem seks økonoma- eller køkkenassistenter, der fungerer som kontaktpersoner til et eller to sengeafsnit, personlig kontakt til sengeafdelingerne. I alt har køkkenet på denne måde kontakt til 14 sengeafsnit. Det er op til den enkelte kontaktperson fra køkkenet at afholde møder med afsnittene. Ud over disse møder indkalder køkkenet til kontaktudvalgsmøde to-tre gange om året, hvor den ledende økonoma, de kliniske diætister og kontaktpersoner fra sengeafdelingerne og repræsentanter fra køkkenet deltager. Gennem denne mødeaktivitet formidles information til og fra køkkenet.

5.3.4 Deltagende sengeenhed på Sygehus A

Den deltagende sengeenhed har 18 normerede senge, primært til patienter med akutte og kroniske hjerte-kar-sygdomme. Antal sengedage på den deltagende sengeenhed er 6.346 i 2002. Plejepersonalets normering – inklusive serviceassistenter⁴⁰, men eksklusive studerende og elever – er 23,95 stillinger inklusive vikarer. Dette svarer til 1,3 plejeperson pr. normeret seng. Der er tilknyttet en klinisk diætist til sengeenheden, og diætisten anvender ca. en time ugentligt på sengeenheden⁴¹. Antallet af nyansatte i plejegruppen er i 2002 syv fuldtidsstillinger, hvilket svarer til ca. hver tredje i plejegruppen.

Sengeenheden har et afdelingskøkken med opvaskefaciliteter, køle- og fryseskabe, mikrobølgeovn til opvarmning af frostretter og middagsretter⁴² og maskiner til brygning af kaffe og te. Derudover blandes saftvand, æble- og appelsinjuice og isvand i køkkenet. I afdelingskøkkenet opbevares mælkeprodukter, hjemmelavet proteindrik, kommercielle proteindrikke⁴³ og lign., som personalet kan hente til patienterne. På gangen står drikkevarer som vand, saftvand og juice fremme til fri afbenyttelse.

Det er serviceassistenternes opgave at anrette maden, når portøren har afleveret madvognen til sengeenheden morgen og middag. Om aftenen er det en aftenafløser⁴⁴, der har opgaven. Derudover skal serviceassistenten brygge kaffe og te, blande drikkevarer (saft, juice og isvand) og vaske op efter måltiderne. Maden serveres fra madvognen placeret i sengeenhedens spisestue, og madkardex⁴⁵ bliver brugt som hjælp i serveringen til patienterne. Serviceassistenten deltager på lige fod med plejepersonalet i serveringen og indsamler bakkerne efter måltiderne, hvor hun – og ikke plejepersonalet – kan se, hvor meget patienterne har spist.

Udgangspunktet for bestilling af maden til patienterne er afsnittets madkardex, hvor den enkelte patients kostform er noteret. Herfra tælles op, hvad der skal bestilles til afsnittet til den efterfølgende dag. Bestillingen af maden sendes elektronisk til køkkenet. Bestillingerne foretages i et samarbejde mellem serviceassistenten, en sekretær og en eller flere fra plejegruppen. Hver 14. dag får sengeenheden nye menuplaner for »sygehuskost«, »normalkost« og »vegetarkost« fra køkkenet. Planerne sættes op på opslagstavlen på gangen, på de enkelte sengestuer og i spisestuen. Hvis der på et sengeafsnit opstår et akut behov eller problem, kan personalet kontakte køkkenet telefonisk. Som vejledning kan plejepersonalet anvende kosthåndbogen (148). På den deltagende sengeenhed er der i plejegruppen valgt en kontaktperson, der varetager sengeenhedens kontakt til køkkenet.

På Sygehus A er ansvaret for kostbudgettet decentraliseret til de enkelte sengeafdelinger. I 2002 svarer kostforbruget på den deltagende sengeenhed til 200.146 kr. Den deltagende sengeenhed får dette år leveret i alt 6.730 kostdage (hvoraf 4.547 kostdage er menuen »Sygehuskost«), 421,5 liter hjemmelavet protein-/tilskudsdrik og 994 brikker kommerciel proteindrik. Det svarer til ca. 100 ml proteindrik pr. patient pr. dag. Sengeafdelingen har i 2002 bestilt ca. 1.000 portioner frostretter fra køkkenet, hvilket svarer til, at ca. hver sjette patient dagligt kan få serveret et måltid fra sengeenhedens fryser⁴⁶.

5.3.5 Ernæringsplejen på den deltagende sengeenhed på Sygehus A

På baggrund af de kvalitative data indsamlet gennem individuelle og gruppeinterview beskrives det efterfølgende, hvordan aktørerne i ernæringsplejen arbejder på den deltagende sengeenhed på Sygehus A. De kvalitative data er præsenteret i temaer, der svarer til de seks succeskriterier⁴⁷.

40 En serviceassistent varetager følgende funktioner: Rengøring på afdelingen, rengøring af senge og lign., opvask, håndtering af affald og vasketøj, medvirker til at give omsorg til patienter og pårørende, f.eks. hjælp med mad og drikkevarer, transporterer patienter til og fra undersøgelse og genoptræning og lign., deltager i forflytning af patienter, bestiller depotvarer, medvirker til at bestille og håndtere mad og linned, udfører serviceopgaver i afsnittet, laver personalekaffe, deltager i almindelig oprydning og deltager i personalemøder (152).

41 En vurdering, der er foretaget af afdelingssygeplejersken på den deltagende sengeenhed.

42 Middagsretter, der er sat til side til en patient, der er til undersøgelse, genoptræning og lign.

43 Helfabrikata af proteinrige drikke i brikker a 200 ml, f.eks. Addera (frugtbaseret) og Fortimel (mælkebaseret).

44 På afsnittet er der ansat fem studerende, der varetager denne funktion om aftenen.

45 En oversigt over patienterne med oplysning om kostform, ønsker til portionsstørrelse, brug af specielt bestik og lign.

46 Der er her ikke taget højde for spild af proteindrik og frostretter, som f.eks. ved overskreden holdbarhed og lign. Antallet af serverede portioner er derfor sandsynligvis lavere.

47 Se afsnit 1.6.

5.3.5.1 Er kosten en vigtig del af behandlingen uanset længden af indlæggelsestiden?

Sygehusledelsen på Sygehus A ønsker, at der sker en aktiv indsats i forhold til patienternes ernæringspleje, så kostpolitikken ikke *»kun hænger på en tavle, hvor den ikke gør gavn«*. Derfor har sygehusledelsen nedsat et kostråd, der har udarbejdet et udkast til en kostpolitik på Sygehus A, *»hvor kostpolitikken går meget på, at vi skal sikre os imod underernæring, da vi har så store patientgrupper, hvor der er en stor risiko for underernæring«*, ifølge en repræsentant for sygehusledelsen. Kostpolitikken er dog ikke endeligt bearbejdet og godkendt i kostrådet, men *»... der er ingen tvivl om, at rapporten om kostpolitikken skal godkendes af sygehusledelsen med henblik på at blive sygehusets officielle kostpolitik«*, ifølge repræsentanten for sygehusledelsen.

Kostrådet har i dets opstart – ifølge repræsentanten for sygehusledelsen – primært interesseret sig for den mad, som køkkenet producerer, og for de ernæringsrige drikke, der bliver produceret og indkøbt. Herefter har kostrådet udvidet sit interesseområde til også at sikre sig, at den kost, der bliver produceret, også bliver brugt rigtigt, for *»det, der kommer fra køkkenet, skal selvfølgelig være i orden, men det er ude på afdelingerne, arbejdet skal gøres«*. Repræsentanten for sygehusledelsen påpeger her, at køkkenets produktion er udgangspunktet for ernæringsplejen, men at det er personalet på sengeafdelingerne, der skal præsentere og servere maden for patienterne.

Som optakt til indførelsen af den elektroniske patientjournal har Sygehus A besluttet at anvende et nyt sygeplejefagligt registreringssystem. Formålet er at sikre systematik i sygeplejen – også på de medicinske afdelinger. Men det er *»ikke indført med henblik på at forbedre ernæringen. Men det kommer det til, fordi det ligger som en del af systemet, som ernæring skal gøre!«*. Sygehusledelsen håber, at kravet om systematisk dokumentation i plejen vil øge opmærksomheden på ernæringen, og at denne opmærksomhed vil blive fulgt op af handlinger. Repræsentanten for sygehusledelsen har fra sit arbejde erfaring med, at *»det har ikke været ret godt. Og jeg har gennemgået mange journaler, bare for at se om folk blev vejret. Bare højde og vægt ved indlæggelsen. Det er forsømt ud over alle grænser«*. Denne lægefaglige leder udtrykker her en indsigt i, at ernæringsplejen er et forsømt område i behandlingen og plejen af patienterne.

På den deltagende sengeenhed er alle faggrupperne imidlertid enige om, at ernæring i dag *»bliver mere opfattet som et almindeligt sygeplejefagligt problem på linje med, at man holder øje med, om patienterne har været på toilettet, om de bliver mobiliseret osv.«* Og afdelingssygeplejersken pointerer, at *»vi har besluttet, at kosten er vigtig for patienterne«*. Samtidig udtrykker plejepersonalet, at deres fokus på patienternes ernæring er afhængig af, om patienten er indlagt over længere tid. Men for alle i plejegruppen gælder det, at der er et meget klart fokus på patienternes væskebehov, for *»mange gange, når de er indlagt, så er det jo væske, der er vigtigt – så bliver de tanket op med basisvæske. Det er jo tit her det store problem er, at de har drukket for lidt. Hvis de kun er her et par dage, så er maden ikke så vigtig«*. Sygeplejersken her har fokus på patienternes væskebalance, men ikke på maden, når patienterne er indlagt i kort tid.

Data tyder ligeledes på, at sygeplejerskerne ikke ønsker at blande sig i patienternes måltider, for *»selvhjulpne patienter skal man ikke gøre til handicappede mennesker. De klarer sig selv, spiser selv. De har en alder, hvor man regner med, at de er fornuftige nok til at vide, hvad de skal spise. Så kigger vi ikke så meget på maden«*. Denne tilgang til at overlade ernæringsplejen til de *»selvhjulpne«* patienter kan måske være baggrunden for, at der på den deltagende sengeenhed ikke er nogen fast procedure for, hvem der udfører de forskellige opgaver i ernæringsplejen. Ansvaret er fordelt på plejepersonalet og serviceassistenterne. Sygeplejegruppen har mulighed for at uddelegere arbejdet, hvorved sygeplejerskerne i praksis ikke udfører opgaven. F.eks. er det på sengeenheden serviceassistenterne, der tager bakkerne ud efter alle måltider, hvorved de får indsigt i, hvor meget patienterne har spist. Ligeledes serverer serviceassistenterne – eller deres afløsere – eftermiddagsmåltidet og aftensmåltidet, hvorved de igen får viden om, hvad den enkelte patient spiser.

Der er blandt faggrupperne på sengeenheden og i produktionskøkkenet ikke altid overensstemmelse mellem holdningerne til ernæringens betydning for patienterne. Specielt køkkenpersonalet oplever, at *»maden ikke bliver taget alvorligt«*. Mange informationer fra køkkenet bliver ikke registreret på sengeafdelingerne, da køkkenet *»sender sedler til den ene og den anden, og på trods af det, kan de ringe herover – så er der ikke en, der har set den seddel!«*. Dialogen, som personalet i køkkenet forsøger at etablere til sengeafdelingerne, så kostforplejningssystemet anvendes optimalt på sengeafdelingerne, fungerer tilsyneladende ikke altid.

Parallelt til køkkenpersonalet oplever de kliniske diætister, at deres faglige viden om ernæring ikke anvendes optimalt af plejepersonalet, da *»der bliver brugt mange ressourcer på noget, hvor man godt kunne have startet et niveau højere oppe, hvis man havde haft en diætist på opgaven«*. Den kliniske diætist nævner her f.eks., at plejepersonalet ikke inddrager diætister i arbejdet med at udarbejde standarder for ernæringsplejen. Ligeledes

efterlyser diætister en overordnet koordinerende funktion på ernæringsområdet, hvor der sker en vidensdeling og udveksling af erfaringer på tværs af afdelinger og faggrænser, så ressourcer anvendes optimalt, så alle ikke »sætter sig ned og opfinder den dybe tallerken«. Diætisterne mener her, at *»der er nogle ressourcer, der kunne være blevet brugt bedre ved at videreudvikle det, der allerede eksisterer!«*.

Sammenfattende kan det siges, at de kvalitative data ikke tyder på, at kosten af alle faggrupper betragtes som en vigtig del af behandlingen og plejen uanset længden af indlæggelsen. Repræsentanten for sygehusledelsen er klar over, at ernæringsområdet ikke betragtes som et opprioriteret område, og personalet i produktionskøkkenet og de kliniske diætister oplever, at deres faglighed ikke anvendes optimalt. Den interviewede plejegruppe udtrykker, at de har besluttet, at kosten er vigtig for patienterne, men det er ikke gennem dette interview muligt nærmere at få uddybet, hvordan og om det konkret er omsat til handlinger i plejen.

5.3.5.2 Sammensætter plejepersonalet kosten individuelt efter patientens behov og ønsker?

På den deltagende sengeenhed har plejepersonalet ud over de faste måltider mulighed for at servere små retter fra fryseren beregnet til opvarmning i mikrobølgeovn. Plejepersonalet ser positivt på denne mulighed. Derudover kan sengeenheden via det elektroniske bestillingssystem bestille en række retter som f.eks. »gratinkost« (til patienter, der har vanskeligt ved at synke), »vegetarkost«, »findelt sygehuskost« eller proteindrikke. De tilbud, som gives den enkelte patient, kan dog være afhængige af, hvilket kendskab til maden og hvilken smag den enkelte i personalegruppen selv har. Serviceassistenten har her foreslået plejegruppen at *»bruge kvarkdrik og milkshake, fordi det er noget, der er ovre fra køkkenet, det er ligeså godt, som de kommercielle proteindrikke«*. Serviceassistenten påpeger, at det giver mere variation i tilbuddene, og produkterne, der fremstilles i køkkenet, er billigere. Plejepersonalet mener her, at *»det er nemmere at tage sådan en brik [kommerciel proteindrik]«*.

Plejepersonalet har haft drøftelser omkring det at sammensætte kosten individuelt, da afdelingssygeplejersken vil have mere styr på patienternes kost. Eksempelvis har patienterne fået »normal kost«⁴⁸, uden at årsagen hertil kunne findes. Det har også givet anledning til diskussioner med patienterne om, hvad de må få at spise. Det er nødvendigt, at plejepersonalet kan tage disse samtaler med patienten, så patienten får så optimal en ernæring som muligt. Men ofte bliver serviceassistenten inddraget heri. Det kan være svært, da det ikke er hendes opgave, men hun løser det eksempelvis ved at sige, at patienten må *»prøve at snakke med sygeplejersken, fordi så må I have en snak om, hvad du hellere vil have. Og så giver jeg dem så det, de ønsker«*.

Plejepersonalet udtrykker, at der er mange muligheder for patienterne i den vifte af kosttilbud, der kommer fra køkkenet. Men på baggrund af de gennemførte interview er det ikke muligt at belyse, i hvor høj grad plejepersonalet anvender kosttilbuddene til at individualisere ernæringsplejen.

5.3.5.3 Følges patientens ernæringsstatus under indlæggelsen, og handler afdelingens personale herpå?

Der er på den deltagende sengeenhed fokus på at vurdere og følge apopleksipatienternes ernæringsstatus ved og under indlæggelsen. Til denne patientgruppe er der udviklet guidelines, der følger de kliniske retningslinjer (150, 151). Her kan plejepersonalet i forbindelse med indlæggelsessamtalen bl.a. vurdere patientens evne til at synke og tygge, udarbejde en handleplan og kostregistrere i tre dage for at vurdere, hvor meget næring patienten indtager. Afdelingssygeplejersken giver udtryk for, at det er meget vigtigt for personalet at følge disse patienter tæt ernæringsmæssigt, da personalet tit ser, at patienterne herved får deres energi tilbage, så de eksempelvis kan komme hurtigere i gang med deres genoptræning.

Ca. 11% af patienterne på den deltagende sengeenhed er apopleksipatienter, men det fremgår af interviewene, at disse patienter fylder meget i plejepersonalets bevidsthed. Hovedparten af patienterne (89%) har andre diagnoser, men *»de spiser selv, og dem fokuserer vi ikke så voldsomt meget på. Der kan jo godt være andre, der er truede, dem kan vi også godt finde på at kostregistrere«*. For hovedparten af patienterne er der ikke en formaliseret vurdering af deres ernæringsstatus og dermed heller ikke nogen systematisk kostregistrering i den udførte pleje. Fra den lægefaglige leders side er der en klar opbakning til, at alle patienter bør følges ernæringsmæssigt, da *»det hører med til en indlæggelsesvurdering at vurdere ernæringsituationen. Det hører simpelthen til, at man tager en vægt og en højde og vurderer, om folk er overvægtige og undervægtige, og spørger til deres appetit«*.

Mellem de forskellige faggrupper er der dog ikke enighed om, hvorvidt kostregistreringen fungerer godt nok for de patienter, der bliver kostregistrerede. Serviceassistenterne oplever ofte, at informationer går tabt, når *»plejepersonalet serverer noget mad for en patient inde i dagligstuen, og så glemmer de at skrive på. Så ligger*

48 »Normal kost« er tiltænkt patienter med sukkersyge, patienter, der skal have en kolesterol- og fedtreduceret diæt, samt patienter, der ikke har problemer med nedsat appetit.

skemaet bare der«. At der opstår disse forglemmelser mht. at kostregistrere kan skyldes, at personalet på afdelingerne har mange gøremål og derfor hele tiden må prioritere. Eksempelvis ringer patienter på klokkerne, samtidig med at der skal bæres bakker rundt, og en patient skal hjælpes på toilettet. I relation til alle disse opgaver kan det ske, at personalet f.eks. ikke får noteret mængden af mad og drikke på patientens kostregistreringsskema, da det ikke er den opgave, der efter plejepersonalets vurdering bør løses først. De kliniske diætister har oplevet, at kostplaner til ernæringstruede patienter ikke altid følges op af plejepersonalet. Eksempelvis får patienten ikke serveret alle de mellemmåltider, som patientens kostplan foreskriver. Der kan naturligvis ske forglemmelser her, men en klinisk diætist udtrykker, at hun har oplevet, at når hun kommer og følger ernæringsplejen op hos patienten, så *»mangler patientens vægt – hver gang, synes jeg*».

Sammenfattende kan det siges, at personalet på baggrund af kliniske retningslinjer vurderer og følger ernæringsstatus og kostregistrerer for en mindre gruppe patienter. For hovedparten af patienterne vurderes og følges patienterne ernæringsmæssigt ikke som standard. Plejepersonalet tilegner sig dermed tilsyneladende ikke en systematisk indsigt i den enkelte patients ernæringsstatus, som de kunne handle på f.eks. i forhold til småtspisende patienter.

5.3.5.4 Er der en klar ansvars- og opgavefordeling i ernæringsplejen?

Serviceassistenterne har mange funktioner i forhold til måltiderne, som giver dem en viden om den enkelte patients indtagelse af mad og drikke – f.eks. i forbindelse med at bakker tages ud efter måltiderne – en viden som plejepersonalet ikke får automatisk. Det kan derved siges, at serviceassistenterne gennem denne viden er en del af ernæringsplejen, som de ofte er meget engagerede i, uden at det formelt er en del af deres fag- og ansvarsområde.

Opgaverne og samarbejdet mellem køkkenet og sengeafdelingerne søges reguleret via en kontaktpersonsordning. Her ønsker produktionskøkkenet, at der på hver sengeafdeling er to kontaktpersoner, hvoraf en er sygeplejerske, fordi *»vi formoder, at sygeplejerskerne har lidt større kompetence end f.eks. en serviceassistent eller en husassistent*«. Køkkenet oplever dog, at det ikke altid er let at få etableret denne ordning med sygeplejerskerne som kontaktpersoner. Det er ligeledes vigtigt for afdelingssygeplejersken, at der på den deltagende afdeling er personer, der kan være bindeled til køkkenet, men det bør samtidig være en person, der har lyst til at være kontaktperson, der vælges. Men det har været vanskeligt for afdelingssygeplejersken at få etableret en kontinuitet mht. at have personer, der kan være bindeled til køkkenet, da der har været personaleudskiftning på sengeenheden, så *»nu er der en serviceassistent og mig tilbage*».

Repræsentanten for sygehusledelsen udtrykker, at personen på sengeafdelingen, der har fokus på den praktiske del af patienternes ernæringspleje, ikke behøver at være en sygeplejerske, for *»det mener jeg også kan klares af en serviceassistent. Men hun skal jo lige lære det. Det er ikke nødvendigt, som nogle afdelinger gør, at det kun er en sygeplejerske, der kan bære maden ind, fordi hun er den eneste, der kan se, hvad der kommer ud. Det tror jeg også, at en serviceassistent kan se, hvis hun får at vide, at hun skal se efter det*«. På den deltagende afdeling udfører serviceassistenterne en del af plejeopgaven beskrevet af repræsentanten for sygehusledelsen uden formelt at være oplært hertil, og uden at opgaven er beskrevet for serviceassistenten.

I det elektroniske bestillingssystem er der dagligt mange forhold og detaljer at huske på og tage hensyn til: nogle måltider bestilles på patienternes CPR-nummer, andre produkter bestilles pr. sengeenhed, der er forskellige tidsfrister for bestilling af forskellige måltider osv. Det kan resultere i, at bestillingerne ikke altid stemmer med det, sengeafdelingen rent faktisk skal bruge, *»da afdelingerne har flere patienter, end vores system viser, de har bestilt mad til*«, siger en økonomiassistent. Uoverensstemmelser i bestillingerne kan også hænge sammen med, at der er to steder i systemet, hvor plejepersonalet skal registrere ændringer i bestillingerne, nemlig dels i madkardex, der anvendes som oversigt, når måltiderne serveres, og dels i edb-systemet, der anvendes til bestilling af maden. At der skal rettes i to systemer, kan skabe fejl. Desuden er flere faggrupper involveret i bestillingen af mad, hvilket igen øger risikoen for fejl. F.eks. er det serviceassistenternes opgave at bestille frostvarer og kolonialvarer. Det kan betyde, at plejegruppen ikke altid har overblik over, hvad der findes i fryseren af tilbud til patienterne.

Plejepersonalets samarbejde med den kliniske diætist sker typisk ved, at plejepersonalet henviser en ernæringstruet patient til den kliniske diætist. Oftest beder den kliniske diætist plejepersonalet om at lave en kostregistrering, som er udgangspunktet for hendes videre arbejde. Herigennem *»afdækkes, om der er halve dage, hvor de ikke spiser noget? Hvor lidt spiser de egentlig? Og hvad spiser de?«*. Herefter laver diætisten på skrift en plan sammen med patienten og videregiver den til patienten og sygeplejegruppen, *»og så er det plejegruppen, der har det primære ansvar for at sørge for, at patienten også får tilbudt de ting, som vi har talt om*«. For at dette

system skal fungere, er det centralt, at plejepersonalet påtager sig ansvaret for at følge op på planen. Ud fra det gennemførte interview er det ikke muligt at vurdere, hvordan denne opfølgning sker i plejegruppen.

Plejepersonalets samarbejde med lægerne omkring patienternes ernæringsituation sker via stuegang og konferencer, men det er ikke ud fra de indsamlede data muligt nærmere at beskrive det ansvar, der er pålagt lægerne ud over ordination af sonde og intravenøs ernæring.

De kliniske diætister, der i forbindelse med deres arbejde kommer på sengeafdelingerne på sygehuset, har generelt bemærket, at *»der er en faggruppe i huset, der interesserer sig meget for ernæring – også for den praktiske del – og det er social- og sundhedsassistenterne. De går virkelig op i ernæring og forstår også rent praktisk at gennemføre en handlingsplan«*. Denne fokusering på patientens ernæring fra social- og sundhedsassistenternes side opleves også i produktionskøkkenet, da køkkenpersonalet oplever, at det er nemmere at få en social- og sundhedsassistent end en sygeplejerske til at tage ansvar og være bindeled mellem afdelingen og køkkenet. Køkkenet ønsker dog som tidligere nævnt, at det er sygeplejerskerne, der skal være kontaktpersoner, fordi køkkenet mener, at sygeplejersker har en større kompetence til at varetage dette ansvarsområde, men køkkenpersonalet oplever også, at sygeplejerskerne *»har masser af andet at tage sig af, og de har rigeligt med al deres medicin osv.«*.

Generelt har køkkenet vanskeligt ved at få systemet med kontaktpersoner på sengeafdelingerne til at fungere optimalt. I de gennemførte interview med køkkenpersonalet er der kun en informant, der udtrykker, at det fungerer for hende med kontakt til sengeafdelingerne. De øvrige informanter fra køkkenet ønsker, at denne kontakt kunne etableres til deres respektive sengeafdelinger, men da de har erfaret, at kontakten er vanskelig at etablere og vedligeholde, prioriterer køkkenpersonalet ofte andre gøremål.

5.3.5.5 Er maden kulinarisk attraktiv og ernæringsmæssigt dækkende?

Det er helt grundlæggende for produktionskøkkenets arbejde at sikre, at patienterne ved indtagelse af måltiderne gennem dagen (dagskosten) indtager tilstrækkelig næring. Hvor stor en del af den planlagte dagskost den enkelte patient indtager, har køkkenet imidlertid ikke mulighed for at følge, idet personalet på sengeafdelingen serverer maden. Hvorvidt patienterne finder maden kulinarisk attraktiv, er ikke muligt at vurdere ud fra interview af personalet⁴⁹.

Da køkkenpersonalet ikke har indflydelse på, hvordan maden serveres for patienterne, har køkkenpersonalet i stedet arbejdet med at undervise serviceassistenterne i at anrette maden. Til støtte herfor har køkkenet udarbejdet plakater til afdelingerne, der illustrerer en portionsanretning. Ligeledes har køkkenpersonalet inviteret plejepersonalet til smagsprøver på køkkenets mad. Det har haft den betydning, at når plejepersonalet har smagt på maden, finder de, at den smager godt og er veltillavet. Der kan dog være nogle af menuerne, f.eks. under kostformen »gratinkost«, der ifølge plejepersonalet kan være kedelig at se på, for *»man vender sådan tre bakker ud, den ene er grøn, og den anden er ... – Ja, det kan man da godt forstå, når der ingen pynt er med, så bliver det da kasseret indimellem, det vil patienterne ikke ha'«*. Ifølge køkkenpersonalet skal »gratinkosten« skæres i skiver, anrettes og pyntes, men dette omsættes ikke altid til praksis i serveringssituationen.

I køkkenet laves der fortløbende forsøg med menuerne, og hvordan retterne skal tilberedes, for at maden kan se indbydende ud, når den kommer ud til sengeafdelingerne og patienterne. Det er dog ikke altid, at intentionerne lykkes, så den producerede mad er indbydende, når den når frem til patienterne. Men her går serviceassistenterne, der øser maden op, ind og forsøger at rette op på dette, for *»så må man jo rette lidt salat an, og så ser man ikke, at kødet er lidt trævlet«*. Serviceassistenten påpeger her, hvor vigtigt det er, at der kommer grøntsager og lidt pynt med over fra produktionskøkkenet, for at det kan lade sig gøre at anrette maden pænt. Ligeledes demonstrerer hun her et engagement og ansvar for, at maden serveres på en indbydende måde. På den deltagende sengeenhed har serviceassistenterne eksempelvis også foranlediget, at sengeenheden har indkøbt farvede bakker, så måltidet kan anrettes pænt med en hvid serviet.

Ud fra de gennemførte interview viser det sig, at der er flere eksempler på, at produktionskøkkenets tilbud ikke altid når frem til patienterne. Den ledende økonoma oplevede f.eks. en aften, hvor hun tilfældigt besøgte en sengeafdeling, at *»den varme ret slet ikke var kommet ind, og råkosten stod ude på gangen. Jeg synes ikke, at patienterne fik det tilbud, de kunne forvente at få«*. Den ledende økonoma kontaktede afdelingssygeplejersken, der undskyldte med, at *»der var sygdom i plejegruppen«*. Cheføkonomaens oplevelse underbygger, at alle køkkenets tilbud til patienterne ikke præsenteres for dem. Eksemplet viser også, at opgaverne i ernæringsplejen konstant er i konkurrence om plejepersonalets ressourcer og ofte bliver nedprioriteret.

49 Se afsnit 6.3.4.

5.3.5.6 Giver plejepersonalet patienten optimale forhold i spisesituationen?

De fysiske forhold og det omsorgsfulde rum, der er omkring maden og patienterne, har stor betydning for, hvor meget den enkelte patient får at spise, og om det synes appetitligt at deltage i et måltid. Der kan dog være en række modsatrettede ønsker, som man skal veje op imod hinanden, og her er ledelsens klarhed af stor betydning. Der kan f.eks. være for lidt fysisk plads til personalet, deres arkiver mv., eller der kan være for lidt plads i spisestuerne. Dette er dilemmaer, som kræver ledelsesmæssige beslutninger. Sådanne dilemmaer har afdelingssygeplejersken også stået overfor på den deltagende sengeenhed på Sygehus A, da *»der var snak om, at spisestuen skulle nedlægges, fordi plejepersonalet ikke synes, de har optimale betingelser, når de sidder til morgenkonference og skal skrive papirer. Og de har heller ikke ret meget plads«*. Det ville betyde, at spisestuen skulle nedlægges, men afdelingssygeplejersken modsatte sig dette.

I spisestuen på den deltagende sengeenhed kan det opleves, at der er for lidt plads, da der skal stå en stor madvogn i rummet. Madvognen er med vilje trukket ind i spisestuen for at få patienterne op fra sengene og ned for at se på maden. Samtidig kommer madvognen væk fra gangen, hvor der er passage med fyldte bækkener og lign., når maden øses op. Patientens tilstand er ifølge afdelingssygeplejersken afgørende for, hvor patienten spiser, for *»der er ingen patienter, der spiser i sengen, med mindre det er en del af deres genoptræning, og vi skal jo også tage hensyn til deres træthed. Hvis de kan træne bagefter og spise mere, fordi de får lov til at spise i sengen, så får de lov til det. Men ellers så spiser de oppe, og de allerfleste i spisestuen«*. Når patienterne er i dagligstuen, er det vigtigt, at der er nogen omkring dem, der sørger for, at maden bliver anrettet på en indbydende måde. En situation, som repræsentanten for sygehusledelsen er opmærksom på, idet maden på hospitalets patienthotel får megen ros, da *»det er så dejlig mad, lækker og attraktiv – og det er den samme mad, som kommer over på afdelingen! Men det er simpelthen den måde, den bliver serveret på, at man sidder ved et bord med servietter og fine stole. Det er den samme mad!«*.

På den deltagende sengeenhed er der fokus på at servere maden på en indbydende måde, men det lykkes ikke altid i samme omfang som på patienthotellet. Serviceassistenterne taler f.eks. om, at der er sket nogle ændringer på grund af omlægningen af deres arbejde. I deres tidligere arbejde som husassistenter varetog de rengøring samt håndtering og servering af maden. Efter uddannelsen til serviceassistenter har de fået flere arbejdsopgaver, såsom sengevask og kørsel med afdelingens patienter frem og tilbage til undersøgelser, træning og lign. (152). Det kan nu for serviceassistenterne betyde tidsmæssigt sammenfald af arbejdsopgaver, som f.eks. servering af eftermiddagsmåltidet, samtidigt med at serviceassistenten skal transportere en patient. Serviceassistenten kan her være nødsaget til at bede en anden faggruppe om hjælp, *»så jeg endte med, at jeg bad afdelingssygeplejersken om at servere eftermiddagskaffen, og hun blev jo noget forbauset«*. Serviceassistenterne har her overvejet, hvordan maden serveres: *»Måltiderne er meget hyggelige, men tiden er for kort. Der er for lidt tid til, at patienterne kan få lov at sidde derinde, inden der skal ryddes op og sådan nogle ting«*.

På den deltagende sengeenhed er der i alt afsat 30-45 minutter til at servere middagsmåltidet for sengeenhedens ca. 18 patienter, der oftest er ældre mennesker. Så det har betydning, at plejepersonalet og serviceassistenterne kommer rettidigt i gang med serveringen, da patienterne ellers kan blive presset til at spise hurtigere. Vigtigt er det igen, at serviceassistenterne ikke eksempelvis kaldes til en patienttransport, da arbejdet med f.eks. at anrette maden så nedprioriteres. Men i serviceassistentens arbejde er det indbygget, at arbejdet med servering af mad og lign skal afbrydes, hvis der er en patienttransport. Maden prioriteres lavere end transport af patienter.

5.4 Sygehus B i Nordjyllands Amt

5.4.1 Amtspolitiske tiltag i Nordjyllands Amt mht. kost til syge

Deltagende Sygehus B hører organisatorisk under Nordjyllands Amt. Det amtslige Økonomaråd⁵⁰ har været drivkraften i arbejdet med ernæringspleje. I 1997 henvender Økonomarådet sig til Nordjyllands Amts Sundheds- og Socialudvalg for at få revideret den eksisterende kostpolitik, så kostpolitikken – ud over at omfatte produktionen af kosten – også omfatter kostens pleje- og behandlingsfunktion (153). Samtidig ønsker Økonomarådet at få opprioriteret kostforplejningsområdet, at få præciseret ansvarsområdet vedrørende kostforplejningen og endeligt at få sat fokus på ernæringens betydning for behandlingen. Den amtslige kostpolitik bliver herefter omformuleret, så den lever op til intentionerne i *»Anbefalinger for den danske institutionskost«* (16). Amtsrådet i Nordjyllands Amt vedtager i 1997 den nye kostpolitik, der består af seks hensigtserklæringer (154):

50 Økonomarådet i Nordjyllands Amt er sammensat af de ledende økonomer på de amtslige sygehuse og plejehjem.

- Kosten skal indgå som en integreret del af patientbehandlingen og herunder sikre, at småtspisende patienter får tilstrækkelig ernæring under indlæggelsen
- Kosttilbuddet skal tage udgangspunkt i den enkeltes situation, såvel helbredsmæssigt som kulturelt
- Kosttilbuddet skal være fleksibelt i sammensætning, smag og udbud
- Måltiderne skal kunne indtages i et motiverende spisemiljø
- Patienterne skal sikres en høj grad af medindflydelse på kosttilbuddet
- Patienterne skal sikres et højt informationsniveau vedrørende kostens betydning for helbredelsen.

Amtets Sundheds- og Socialudvalg nedsætter et permanent amtsligt Kostudvalg til at varetage den overordnede kostpolitik og herunder at udstikke vejledende retningslinjer til amtets somatiske og psykiatriske sygehuse. Det amtslige Kostudvalg er tværfagligt sammensat og kostfagligt velfunderet. Det amtslige Kostudvalg har ingen formel kompetence, og ansvaret for kostforplejningen på sygehuse påhviler den enkelte sygehusedelse (154). Til udvalget udpeges fra hvert sygehus i amtet en repræsentant fra sygehusedelsen og behandlergruppen og fra plejegruppen eller personalegruppen i køkkenet. Siden nedsættelsen af udvalget i oktober 1998 har udvalget afholdt en årlig temadag med emner som underernæring og ernæring til småtspisende og udarbejdet en amtslig kosthåndbog. Det er ikke muligt nærmere at beskrive udvalgets arbejde, da statusberetninger om udvalgets og de lokale kostudvalgs aktiviteter til forelæggelse for Amtets Social- og Sundhedsudvalg ikke er udarbejdet p.t. (155).

5.4.2 Kost- og Ernæringsudvalget på Sygehus B

Sygehus B er et lokalt sygehus med akut døgnberedskab på medicinsk afdeling. Det lokale Kost- og Ernæringsudvalg på Sygehus B består af en overlæge (formand), en sygeplejerske, en sygehjælper, den ledende økonom, en køkkenassistent, sygehusdirektøren og en klinisk diætist. I oktober 2001 godkender Kost- og Ernæringsudvalget en lokal kostpolitik for Sygehus B, hvor udgangspunktet er den amtslige kostpolitik, men tilrettet af det lokale Kost- og Ernæringsudvalg til følgende kostpolitik (156):

- Kosten indgår som en integreret del af patientbehandlingen og sikrer, at småtspisende og øvrige patienter får tilstrækkelig ernæring under indlæggelsen
- Patientens ernæringstilstand vurderes ved og under indlæggelsen, og der ordineres en passende kostform
- Der benyttes fastlagte procedurer til afdækning af den enkelte patients ernæringsmæssige behov
- Oplysninger om patientens ernæringstilstand skal noteres i journalen, og for risikopatienten skal såvel energi-, protein og væskebehov som væskeindtag noteres
- Patientens ernæringsplan/-skema ligger i journalen og er en integreret del af denne.
- Fokus på kosten kan implementeres ved at oprette ernæringsteam/ansvarlige personer på alle afdelinger
- Der findes kost- og diætforskrifter i kosthåndbogen på alle afdelinger.

I den lokale kostpolitik på Sygehus B lægges der vægt på, »at kostpolitikken tilgodeser den enkelte patient, hvor målet er at tilbyde patienterne en målrettet kost, som dermed indgår som en aktiv del af behandling og pleje« (157). Mødehyppigheden i det lokale udvalg er efter behov, men udvalget mødes mindst fire gange årligt, hvor det ud fra interne referater fremgår, at specielt drøftelse af ernæringsvurdering af patienterne samt information og kostvejledning til patienterne har været centrale emner på møderne.

5.4.3 Køkkenet på Sygehus B

Produktionen i køkkenet på Sygehus B er en varmholdt produktion tilpasset de lokale forhold, idet der er tale om en kombinationsproduktion bestående af varmholdt, køle- og frostmad. Dagligt leveres der mad til ca. 90 patienter samt middagsmad til ca. 75 plejehjemsbeboere. I perioden november 2001 til oktober 2002 (1 år) producerer køkkenet på Sygehus B i alt 29.528 kostdage. Heraf er de 23.891 kostdage »sygehuskost«⁵¹. Personalnormeringen er i alt på 7,0 stillinger (ledende økonom, økonomer, køkkenassistenter og ufaglærte). Der var ingen nyansatte i 2002. Der er ikke tilknyttet klinisk diætist til køkkenet.

Der produceres varm mad tre dage om ugen til alle ugens dage. Den producerede varme mad (øllebrød, havregrød, middagsmad, lun ret til aften), som ikke serveres samme dag, opbevares som køle- eller frostmad. Desuden fremstilles diverse diæter, beriget kartoffelmos⁵², findelt kost, hjemmelavet proteindrik og et hjemmelavet proteinberigelsesprodukt⁵³. Derudover produceres der retter til småtspisende, såsom fromager, grøntsagssupper, pandekager, is skåret i skiver og tarteletfyld. Retterne fyldes i portionsbægre og indfryses. Hver

51 Se evt. under beskrivelsen af køkkenet på Sygehus A.

52 Her fremstillet af kartofler og beriget med proteinpulver – modsat kartoffelmos, der fremstilles af pulver.

53 Den proteinrige væske udportioneres i små krus og opbevares i køleskab. Personalet på afdelingerne kan anvende dette produkt til berigelse af levnedsmidler efter behov. Produktet fremstilles efter bestilling fra sengeafdelingerne.

dag anrettes der en skål med frisk frugt til alle sengeafdelinger. I køkkenet forberedes produktionen således, at den varme middagsmad om formiddagen kan færdigtilberedes af køkkenpersonale på sengeafdelingerne umiddelbart inden serveringen. Her er brugen af en konvektionsovn⁵⁴ i sengeafdelingernes køkkener helt central. Denne driftsform er unik og sikrer, at maden færdigtilberedes så tæt på patienten som muligt.

Til den kolde aftensmad skæres der tre dage om ugen pålæg til pålægsanretninger, hvor det ene tilbud dog kan være en lun ret. Der produceres dagligt sandwich til patienter, der har været fastende. Der bages alle ugens fem hverdage, og brød og kage fryses ned til de øvrige dage. Der bages alle typer brød med undtagelse af rugbrød og rundstykker. I køkkenet føres bestillinger fra afdelingerne ind i et edb-system, og leverancen til næste dag forberedes herefter. Alle typer madvarer leveres en gang i døgnet til sengeafdelingerne kl. 10.

Overordnet består menuen af »sygehuskost«, »normalkost«⁵⁵ og »normalkost diabetes« til sukkersygepatienter. For patienter på »sygehuskost« er der til middag mulighed for at vælge mellem to forskellige middagsretter, hvoraf den ene oftest er en ret med findelt kød, samt en dessert og frisk frugt. For patienter på »normalkost« er der til middag en mager hovedret og en mager dessert eller frisk frugt⁵⁶. Til aften serveres der diverse pålægsanretninger eller lunt med tilbehør, hvor pålæg til patienter på »normalkost« er magert. Hver aften serveres der derudover grøntsagssuppe, råkost, leverpostej med surt, diverse oste, honning og marmelade. Og der er tilbud som frugtgrød, kærnemælkssuppe og desserter. Ordningen, hvor patienterne har valgmuligheder i spisesituationen, har fungeret siden 1989, hvor den ledende økonomi i samarbejde med sygehusledelsen tog initiativ hertil.

Menuplanen løber overordnet i en rulleplan over seks uger. I køkkenets planlægning af produktionen og menuerne benytter økonomaerne – når det er hensigtsmæssigt – et 14-dages rul. I planlægningen af menuer tages der hensyn til kapaciteten i køkkenet, såsom personale-, ovn-, køle- og pandekapacitet. Økonomaerne foretager løbende justeringer i menuplanen. Køkkenet beregner ikke næringsstofindholdet i menuerne.

I Nordjyllands Amt er det fra politisk side vedtaget, at indkøb af visse råvarer til sygehusene og amtets plejehjem skal ske gennem »Fællesindkøb«. Det er et samarbejde mellem amtets økonomaer, hvor der for diverse varegrupper udarbejdes kravspecifikationer. Råvarebudgettet for køkkenet var 1.314.586 kr. svarende til 27,01 kr. pr. kostdag (nov. 2001-okt. 2002). Kostbudgettet og budgetansvaret er ikke decentraliseret til sengeafdelingerne.

Personalet i køkkenet har udarbejdet informationsmateriale til patienterne om kostformer, tilberedningen, serveringen, spisetidspunkter, køkkenets tilbud til de forskellige måltider og information til patienter og pårørende om kioskvoan, automater, spisebillerter⁵⁷ og kantinen (158). En oversigt over menuerne for middagsmaden og aftensmaden sendes ud fra køkkenet en gang om ugen. Disse informationer samles i en mappe, der findes på alle sengestuerne, og som ajourføres af plejepersonalet. Menuplanen sendes ligeledes ud i A3-format til orientering eksempelvis i sengeafdelingernes spisestuer. Da køkkenpersonalet dagligt kommer på sengeafdelingerne, sker formidlingen og afklaringen af kost- og ernæringsrelaterede spørgsmål oftest gennem denne kontakt.

5.4.4 Deltagende sengeenhed på Sygehus B

Den deltagende sengeenhed på Sygehus B består af to medicinske afdelinger, X1 og X2. Begge afdelinger modtager patienter med almenmedicinske sygdomme. X1 modtager apopleksipatienter, og X2 kardiologiske patienter og lungepatienter. Begge afdelinger har 18 normerede sengepladser. I 2001 er antallet af sengedage på afdeling X1 i alt 4.713 og på afdeling X2 i alt 5.184. Plejepersonalnormeringen (inkl. husassistenter, ekskl. studerende og elever) på afdeling X1 er 18,00 stillinger, og den tilsvarende normering på afdeling X2 er 16,48 stillinger. Dette svarer til en normering på henholdsvis 1,0 og 0,92 plejeperson pr. normeret seng. En klinisk diætist er tilknyttet afdelingerne, men hendes arbejdsområde er kostvejledning til sukkersygepatienter, der kommer til kontrolbesøg i ambulatoriet. Der er således ikke mulighed for, at indlagte medicinske patienter kan få kostvejledning af en klinisk diætist. Antallet af nyansatte i 2001 i plejegruppen på afdeling X1 er otte (heraf fire vikarer) og på afdeling X2 to vikarer. Dvs. at antallet af udskiftninger i den faste plejegruppe er begrænset til mindre end en tredjedel i afdeling X1 og ingen i afdeling X2.

54 En ovntype, der både kan stege og koge.

55 Se beskrivelsen under »Køkkenet på Sygehus A«.

56 I arbejdet med at give patienterne øgede valgmuligheder var det en betingelse fra sygehusledelsens side, at prisen for køkkenets produktion skulle forblive uændret. Dette blev opnået gennem en kombination af kølemad og varm mad, således at der ikke produceres i køkkenet fem, men nu tre dage. Herved er udgifter til f.eks. rengøring blevet reduceret. Udgangspunktet for menuvalgene er en undersøgelse i 1999 af, hvad patienterne synes om maden. Dette resulterer i, at såkaldt »moderne mad« bliver fjernet fra menukortet, og at der i stedet bliver indført to traditionelle middagsretter.

57 Hvis besøgende til indlagte patienter ønsker at spise med, kan de købe spisebillerter i en automat på sygehuset. Der kan købes spisebillerter til alle måltider.

De to sengeafdelinger deler et afdelingskøkken, der rummer kølekapacitet til de levnedsmidler, der dagligt leveres fra køkkenet, og til diverse drikkevarer, frugtgrød, pålæg og lign. Ligeledes findes der en fryser til opbevaring af frostretter til småtspisende patienter, en maskine til brygning af kaffe og te, samt en opvaskemaskine. Til færdigtilberedning af varme retter findes en konvektionsovn⁵⁸, og til opvarmning af enkeltretter findes der en mikrobølgeovn. Begge afdelinger har indrettet en opholds- og spisestue for ikke-rygere. Patienter kan hente drikkevarer som isvand, rødt saftvand og æble- og appelsinjuice fra et rullebord midt på gangen. I køleskabet i køkkenet opbevares mælkeprodukter, kvarkdrik, kommercielle proteindrikke⁵⁹ og lign., som personalet kan hente til patienterne.

Hver sengeafdeling udfylder dagligt en bestillingsseddel til produktionskøkkenet med antallet af patienter på henholdsvis »sygehuskost« og »normalkost« til morgen, middag og aften⁶⁰. For begge afdelinger gælder, at patienter, der får serveret »normalkost«, udgør mellem 5 og 20%, mens patienter, der får serveret »sygehuskost«, udgør hovedparten af patienterne. Hvis der er patienter, der er fastende til middag, bestilles det nødvendige antal »fastende middag«, der ofte er smurte sandwich, som patienterne kan spise senere. Ligeledes bestilles det antal diæter, der er behov for, hvilket er meget begrænset efter indførelsen af »normalkost«. Plejepersonalet bestiller ikke, hvor meget afdelingen skal have af de to valgmuligheder til middag; her vurderer køkkenpersonalet på baggrund af deres erfaringer, hvilke mængder der er behov for.

Arbejdet omkring tilberedningen og anretningen af maden på denne sengeenhed adskiller sig væsentligt fra Sygehus A og C, idet personale fra køkkenet dagligt kommer på sengeenheden for at forberede, færdigtilberede og anrette tilbuddene til middag, rydder op i køleskabet og leverer friske varer til mellemmåltider, aftensmåltidet og morgenmaden. Anretning af morgenmad, fremstilling af kaffe og te, fremstilling af kolde drikke som saftvand og juice, oprydning i køkkenet og opvask efter måltiderne varetages af en husassistent på den deltagende sengeenhed. Plejepersonalet informerer patienterne om tilbuddene, serverer middagsmaden for patienterne og smører til aften det smørebrød, patienterne ønsker. Efter alle måltider tager plejepersonalet bakker ud.

Til afdeling X1 og X2 er der i alt leveret 10.218 kostdage »sygehuskost« og 2.669,5 liter protein-/tilskudsdrik og 699 brikker kommercielle proteinrige drikke i perioden november 2001 til oktober 2002 (1 år). Dette svarer til ca. 275 ml tilskudsdrik pr. patient pr. dag. Antallet af leverede frostretter i samme periode var 1.553, hvilket svarer til ca. en frostret til hver sjette patient dagligt⁶¹.

5.4.5 Ernæringsplejen på den deltagende sengeenhed på Sygehus B

For den deltagende sengeenhed på Sygehus B beskrives herefter på baggrund af de kvalitative data indsamlet gennem individuelle og gruppeinterview, hvordan aktørerne i ernæringsplejen arbejder med området. De kvalitative data er præsenteret i temaer, der svarer til de seks succeskriterier⁶².

5.4.5.1 Er kosten en vigtig del af behandlingen uanset længden af indlæggelsestiden?

I 1998 vedtages en overordnet målsætning for amtets kostpolitik, og der etableres et amtsligt kostudvalg til at understøtte arbejdet på amtets sygehuse. På Sygehus B har det lokale Kost- og Ernæringsudvalg på baggrund heraf formuleret en lokal kostpolitik, som er videresendt til afdelingsledelserne. Ifølge repræsentanten for sygehusledelsen har Kost- og Ernæringsudvalget *»den samme kompetence, som f.eks. hygiejneudvalget har – at de kommer med rekommandationer og anbefalinger, og så vedtager man her i huset, at de anbefalinger, de kommer med, det er lov«*.

Men der er ikke afsat ressourcer til, at Kost- og Ernæringsudvalget kan lave opfølgning på, hvordan disse anbefalinger følges på afdelingsniveau. Tilbagemeldinger på området sker ikke systematisk. Det kan gøre det vanskeligt for sygehusledelsen og Kost- og Ernæringsudvalget konkret at vide, hvordan kostpolitikken efterleveres på afdelingsniveau, og ledelsen *»har ikke en decideret evaluering på det«*. Repræsentanten for sygehusledelsen vurderer dog, at *»det bør vi da egentlig gøre. Men den tanke er nok ikke faldet os ind, at der kan være nogle steder, hvor man måske ikke lige efterlever tingene«*.

Kost- og Ernæringsudvalgets medlemmer, her repræsenteret ved sygehusledelsen, mener, at det er vigtigt, at det er en læge, der er formand for det lokale Kost- og Ernæringsudvalg, *»fordi vi vil præcisere, at det er en del*

58 En ovntype, der både kan stege og koge.

59 Helfabrikata af proteinrige drikke i brikker, f.eks. Addera (frugtbaseret) og Fortimel (mælkebaseret).

60 Til middag og aften ligeledes antal »normalkost diabetes«.

61 Der er her ikke taget højde for spild af proteindrik og frostretter, som f.eks. ved overskreden holdbarhed og lign. Antallet af serverede portioner er derfor sandsynligvis lavere.

62 Se afsnit 1.6.

af behandlingen. Og det er læger, som skal vurdere og ordinere behandlingen«. I forbindelse med et aktuelt formandskifte i udvalget ønsker medlemmerne derfor fortsat en læge som formand. Selvom sygehusledelsen præciserer, at en læge ønskes som formand, har repræsentanten for sygehusledelsen imidlertid erfaret, at det ikke altid er nemt at inddrage lægerne, for *»hvis jeg skal være lidt kritisk, så er det nok desværre lægegruppen, der ikke alle synes at ernæring er vigtig«*. Repræsentanten for sygehusledelsen mener, at *»det hænger sammen med deres generation, hvor de er uddannet, og det, at mange læger behandler sig ud af det«*. Denne erfaring støttes til fulde af den medicinske overlæge, der tidligere har været formand for Kost- og Ernæringsudvalget. Han har i adskillige år forsøgt at få sine kollegaer til at sætte fokus på patienternes ernæringsstatus, men har konstateret, at *»lægerne mente ikke, at det var deres opgave. Jeg skal ikke sige alle læger, nogle læger meldte sig måske, men nogle meldte sig ikke – de ville ikke«*. Overlægens erfaring er, at lægerne har *»accepteret, at ernæring er en vigtig del for patienterne«*, og han tror, de har viden. Men *»en ting er selvfølgelig viden – en anden er jo accept af det – det gælder jo al videnskab i dag. Og tro på, at det er vigtigt – man skal jo også ha' en anden holdning til det«*.

I køkkenet er specielt den ledende økonoma spændt på, hvem der vælges som ny formand for Kost- og Ernæringsudvalget, for *»vi skulle jo gerne have en af lægerne. Men de står jo i hvert tilfælde ikke i kø for at få jobbet – man snupper jo nok det, der er mere prestige i, hvis man ikke lige absolut går ind for det her«*.

Sygehusledelsens ønske om at inddrage lægerne i ernæringsproblemet har ifølge denne medicinske overlæges erfaringer lange udsigter, for han tror, at *»det tager lang tid for måske at få læger til at gå ind for ernæringsproblemet«*. For i alle de år, han har været formand for Kost- og Ernæringsudvalget, synes han ikke at have mødt nogen som helst forståelse fra kollegaer. Så *»det synes jeg ikke, at jeg gider bruge mere tid på«*. Overlægen peger i den forbindelse på nødvendigheden af, at der på afdelingsniveau er engagerede medarbejdere, der tager vare på ernæringsplejen, for *»hvis de ikke tager vare på det, så fungerer det ikke ... Vi har intet system, ingen kontrol, vi har ingen planer, ingenting fungerer«*. Denne overlæge har i mange år været en ildsjæl på ernæringsområdet, men han har nu resigneret, da han har indset, at det ikke er muligt at få kollegaerne inddraget i ernæringsområdet. Han håber, at der i plejegruppen er ildsjæle, der tager hånd om patienternes ernæring, på trods af at der ikke er en fastlagt procedure for udførelsen.

I forbindelse med indførelsen af menuvalg for patienterne på Sygehus B i 1989 begyndte køkkenpersonalet som en del af driftsændringen at færdigtilberede den varme middagsmad på sengeafdelingerne. Det resulterede ifølge flere informanter i, at der kom øget fokus på patienternes ernæring og på køkkenets funktion. Og køkkenpersonalet oplevede med denne ændring, at de blev en synlig del af organisationen. Inden 1989 *»der var vi et sted, hvor de fik mad fra tre gange om dagen. Nu kender alle jo sådan set køkkenet ... Nu er vi en del af sygehuset!«*.

Generelt er der på sengeafdelingerne efterfølgende kommet øget fokus på ernæringsplejen, hvor det f.eks. er plejepersonalet, der serverer for patienterne, og ligeledes rydder bakkerne op – netop for at følge, hvor meget patienterne spiser af den serverede mad. Plejepersonalet har herved erfaret, at *»vi faktisk kan rette op på de der gamle, dårlige folk. I løbet af fem til seks dage kan de pludselig gå, og de er ikke så svimle mere, og de kan en masse ting«*. Kunsten for plejepersonalet er at finde frem til, hvad patienten kan spise og drikke, idet – som en sygeplejerske udtrykker det – *»mange patienter som udgangspunkt siger, at »jeg kan ikke spise noget«, og hvor de så alligevel spiser, hvis vi bare finder ud af, hvad det er de gerne vil ha'. Og måske bare sætter en lille portion ind«*. Hvis fokus på patienternes indtagelse af mad og drikke ikke er til stede, har plejepersonalet ligeledes erfaret, at det *»ofte kan gå hurtigt ned af bakke i løbet af 5-6 dage, hvis man bare siger: »skidt pyt med det, det kan være lige meget«. Det kan jo hurtigt gå ned af bakke med en i forvejen svækket patient, som har et stort næringsbehov i forhold til deres kroniske sygdom«*.

Sammenfattende kan det siges, at plejegrupperne på den deltagende sengeenhed på Sygehus B generelt i deres pleje har fokus på ernæringen, og at de eksempelvis er bevidste om specielt ældre svækkede patienters behov for, at personalet går ind og nøder. Det tyder på, at dette fokus i høj grad kan tilskrives dels køkkenpersonalets arbejde og synlighed, dels tilstedeværelsen af en ildsjæl i sengeenheden. Men i forhold til behandlingen har det for en engageret overlæge ikke været muligt at inddrage sine kollegaer, således at ernæringen generelt indgår som en del af behandlingen.

5.4.5.2 Sammensætter plejepersonalet kosten individuelt efter patientens behov og ønsker?

På Sygehus B er der gennem den tætte kontakt mellem køkkenet og sengeafdelingerne etableret et stort og fleksibelt tilbud om mad og drikke, der giver plejepersonalet mulighed for at imødekomme patienternes ønsker. Repræsentanten for sygehusledelsen er meget tilfreds med, at *»der er mulighed for med de kosttilbud, vi har, at sammensætte på kryds og tværs af forskellige ting. Der er altid to hovedretter og forskellige desserter, der er altid noget salat, der er noget brød og noget suppe. Så plejepersonalet kan ud fra sit personlige kendskab til den*

pågældende patient vejlede patienten eller ta' de ting, som vil være godt for patienten, spørge ind til ønskerne». På baggrund af disse valgmuligheder »kan man sige, at det egentlig ikke er plejepersonalet, der sammensætter kosten, men de sammensætter de tilbud, der kommer fra køkkenet – til lige netop den kost, der bliver indtaget af den enkelte patient«. Disse tilbud findes på sengeafdelingen døgnet rundt, hvilket giver plejepersonalet stor handlefrihed i forhold til at tilbyde patienterne mad og drikke døgnet rundt. Plejepersonalet oplever ligeledes, at der er et stort sortiment, da »du kan næsten ikke nævne noget, der ikke er der. De kan få pandekager, de kan få æblekage, flødeskum, en ostemad midt om natten – der er et stort, bredt sortiment«. Og køleskabet bliver fyldt op af personale fra køkkenet, så at sige »pr. automatik«. Som en sygeplejerske konkluderer, så er »det sådan et køleskab, man kunne tænke sig at have derhjemme – et stort køleskab, der automatisk blev fyldt op ... med rugbrød og pålæg, og det bliver også automatisk taget ud igen, når det er for gammelt!«.

Generelt er der på de to deltagende sengeafdelinger meget stor tilfredshed med samarbejdet med køkkenet – et samarbejde, der giver plejepersonalet store muligheder for fleksibilitet i kostforplejningen, så de f.eks. »kan bestille noget fra time til time« og fremskaffe levnedsmidler, som patienterne har ytret ønske om. Plejepersonalet »oplever aldrig, at køkkenpersonalet siger nej til noget«.

En sygehjælper på den deltagende sengeenhed er en ildsjæl på ernæringsområdet. Hun har igennem snart fire årtier lært sig den kunst at få meget småtspisende patienter til at spise og drikke. En del af hendes hemmelighed er, at »man skal ikke hele tiden gå ind og spørge »hvad har I lyst til at spise?«. Gå i stedet ind og server tre små snitter til dem og måske et glas proteindrik. Og det glider ned. Men hvis man går ind og spørger »hvad har du lyst til at spise?«, jamen det kan være så uoverskueligt for sådan en sølle mand eller kone, der sidder og døjer med at få luft. Og det har jeg et utroligt godt resultat med«. Her har hun erfaret, at »det er nok lidt svært, for de yngre ser ikke helt på det, som vi ældre. Så det kan vi jo godt diskutere lidt. For der er jo nogen, der siger »patienten skal selv bestemme«, og det skal de jo selvfølgelig også. Men jeg synes altså, at vi skal stå som fagpersoner, og så synes jeg godt – når man kan se, at det giver resultat – at man kan gøre det«.

I forbindelse med at køkkenpersonalet kommer på sengeafdelingerne, oplever de i højere grad at blive inddraget i spørgsmål vedrørende kostforplejningen, og specielt omkring småtspisende patienter. »Det betyder meget, at der er ansigter på folk«, ifølge den ledende økonoma. Den service, som produktionskøkkenet tilbyder, værdsætter plejepersonalet i høj grad. Flere sygeplejersker udtrykker, at »hvis man generelt har den opfattelse, at man skal ernære folk så godt som muligt, når de er indlagt, og hvis vi så ikke får de tilbud, vi har i dag, og køkkenet bliver omlagt til noget andet, så står vi i et frygteligt dilemma og får problemer«.

Sammenfattende kan det siges, at plejegrupperne på den deltagende sengeenhed på Sygehus B har særdeles gode muligheder for at sammensætte kosten individuelt efter patienternes behov og ønsker. Køkkenpersonalet sørger for, at der på sengeenheden er tilbud om alle typer mad, der er til rådighed døgnet rundt. Og samarbejdet mellem køkkenet og plejepersonalet betyder, at patienternes ønsker hurtigt kan efterleves.

5.4.5.3 Følges patientens ernæringsstatus under indlæggelsen, og handler afdelingens personale herpå?

I den lokale kostpolitik på Sygehus B er det beskrevet, at patientens ernæringsstilstand skal vurderes ved og under indlæggelsen ved anvendelse af fastlagte procedurer til at afdække patientens behov. Oplysninger om patientens ernæringsstilstand skal noteres i journalen. Repræsentanten for sygehusledelsen mener, at denne kostpolitik bliver bakket op af plejepersonalet på sengeafdelingerne, for »jeg tror ikke, at du kan komme ud nogen steder i en sengeafdeling, uden at du vil opleve, at plejen siger, 'ja men kosten er vigtig', og det er vigtigt at observere, hvad de får at spise og drikke. Og det er vigtigt, at vi sørger for, at de får noget at spise og drikke«. Til at vurdere patienternes ernæringsstatus ved indlæggelsen har den ene af de to deltagende sengeafdelinger deltaget i et pilotprojekt, hvor de skulle anvende et skema til registrering af patientens ernæringsstatus. Plejepersonalet har imidlertid haft store vanskeligheder ved at anvende dette registreringsskema, »fordi kompetencen til at risikovurdere patienterne, den ligger hos lægerne, og de synes ikke, det er så vigtigt. Når vi som plejepersonale har fået skæld ud mange gange for at give dem papiret i hånden, så holder man jo op på et eller andet tidspunkt«.

En af de medicinske overlæger på den deltagende sengeenhed har ligeledes arbejdet med at få introduceret en procedure, hvor patienternes ernæringsbehov vurderes ved indlæggelsen. Og han har en tilsvarende erfaring, idet han har »forsøgt at arbejde med det praktiske i at få registreret patienternes kostbehov. Men det fungerer slet ikke. Vi fik det simpelthen ikke gjort«. Hans konklusion på pilotprojektet var, at »det skal være én person – én person – og formentlig en sygeplejerske, som skal gøre det«. Men for ham er problemet så, at »kosten delvis er lægeordineret, så det er jo sådan et praktisk problem. Vi prøvede, at man skulle gøre det på stuegang, dagen efter eller to dage efter – eller når patienterne nu var så gode, at vi kunne snakke med dem, så skulle vi bruge nogle minutter på at lave en kostplan for patienterne. Men det fungerede ikke. Nej. Jamen hvorfor? Lægerne mente altså

ikke, at det var deres opgave«. I forbindelse med dette arbejde havde han forventet, at de »skulle få mere støtte fra det amtslige kostudvalg. Jeg har ikke set et referat i det sidste år i hvert tilfælde, eller er det nærmere to, måske. Det fungerer tilsyneladende heller ikke«. Han havde eksempelvis snakket med det amtslige kostudvalg om, at de ville udarbejde et registreringskema, og »det skulle komme snart, snart, snart. I hvert tilfælde inden jul, men der kom jo ingenting. Det er ikke kommet endnu! Jeg har aldrig fået noget registreringskema fra amtet. Så vi har lavet vores eget skema«.

Vanskelighederne ved indkøringen af dette skema til ernæringscreening skyldes her tilsyneladende uklarhed eller uoverensstemmelser mellem, hvem der gør hvad, og tilsyneladende ikke en begrænsning i den faglige viden. Sygehjælperen og ildsjælen på området »forstår ikke, at der ikke sker mere. Jeg synes jo bare, at det er så lille en ting at få målene og vægten på den patient der, og få det regnet ud, 'Hvad skal de ha'«. Det varer ti minutter at gøre det. Så jeg kan ikke forstå, hvorfor det kan være så stort et problem«.

Og en sygeplejerske uddyber videre, at »det er jo ikke, fordi det er specielt vanskeligt ... men det er jo fordi, det er beskrevet, at ansvarsområdet er lægeligt, og det er i lægejournalen, der skal stå en vurdering af ernæringsrisikoen«.

På sengeafdelingen, der ikke har deltaget i pilotprojektet mht. at ernæringsvurdere patienterne, er skemaerne til ernæringsvurdering ikke blevet introduceret. Plejepersonalet på denne afdeling udtrykker, at personalet ved indlæggelsen snakker med patienten om, hvad vedkommende er vant til at spise, og vejer patienten. De uddyber det med, at »det giver jo meget ved bare det, vi ser – altså uden måske at udregne BMI⁶³. Som regel kan du godt se, om det er en, der er særdeles velnæret, eller om det er en, der er i risikogruppe. Så er det hyppige måltider og godt med kalorier. Jeg synes, vi skønner det, allerede når de kommer. Vi skal jo også træffe en beslutning – skal de på sygehuskost eller normalkost?. Der ligger den allerede«. Plejepersonalet tillægger ikke selve ernæringscreeningen den store betydning, men fæster i stedet deres lid til det kliniske blik, for som en sygeplejerske siger, så er »BMI jo bare et tal. Det kan du jo sådan set ikke bruge til noget – det er bare for at dokumentere, at nu har vi gjort det. Det er jo mere det kliniske blik – hvad vi synes og hvordan«.

For nogle patientgrupper indgår vejningen dog i den daglige pleje og behandling, specielt for hjertepatienter, for »vi har patienter, som er inkompeniserede⁶⁴, de bliver vejet en gang dagligt ... men det er jo noget helt andet, for det er jo væske«. Det tyder dog på, at hjertepatienter bliver vejet hver dag. Dette kan hænge sammen med, at registrering af vægtændring indgår som en del af lægens vurdering af behandlingen. Det viser imidlertid, at det er muligt at veje patienterne systematisk.

Sammenfattende kan det siges, at det på den deltagende sengeenhed ikke er lykkedes at indføre en systematisk ernæringscreening af patienterne. En vis form for ernæringsmæssig vurdering sker dog gennem plejepersonalets kliniske blik, der vurderer, om patienterne er i risiko for underernæring, hvorefter man så handler derudfra.

5.4.5.4 Er der en klar ansvars- og opgavefordeling i ernæringsplejen?

I kommissoriet for kostpolitikken på Sygehus B er det præciseret, hvilke ansvarsområder de forskellige faggrupper har i ernæringsplejen. Men hvordan opleves denne ansvarsfordeling i det praktiske arbejde? Generelt oplever plejepersonalet, at lægerne ikke involverer sig i patientens ernæring, men at lægerne »er meget fokuserede på det, hvis patientens symptom er afmagring. Så er det ligesom det, de handler på, bruger det som symptombeskrivelse – det er ikke noget, de ser som noget, de skal gå ind og rette op på. Det er ikke noget, der optager dem«. Plejepersonalet oplever, at der ikke tages hånd om patientens ernæring »med mindre vi gør noget ved det«. Ansvaret for at vurdere patienternes ernæringsstatus ligger uformelt i plejegruppen, men »det skulle egentlig være lægen, der skulle lave ernæringsvurderingen, når patienten bliver indlagt. Men det tror jeg også, at vi har snakket om, men det fungerer ikke i praksis«.

Flere i plejegrupperne finder, at ernæring er en naturlig del af sygeplejen, idet de »synes, det er en sygeplejeopgave at sørge for patienternes mad, og så er det en lægelig opgave at gå ind der, hvor vi kan se, at det ikke rækker. Vi har jo et samarbejde – vi går ind og bruger lægen, der hvor vi kan se, der er et problem«. En sygeplejerske efterlyser, at det i kostpolitikken for sygehuset er beskrevet, hvordan sygeplejersken skal følge patientens ernæringsstatus, for »Kost- og Ernæringsudvalget og sygehusledelsen har besluttet, at kompetencen og ansvarsområdet i forhold til vurderingen ligger hos lægen. Der står ikke noget om, at der skal være taget stilling til det i sygeplejejournalen. Vi vil gerne ha' pligt til at skrive, hvordan ernæringstilstanden er. For selve det at opfylde målene er jo en sygeplejeopgave«.

63 Se afsnit 3.6.

64 Patienten er i en uligevægtstilstand, hvor organismens reguleringsevne svigter. Bruges specielt om inkompeniseret hjertelidelse, hvor væske ophobes i kroppen.

Samme sygeplejerske reflekterer over forløbet af pilotprojektet, hvor patienternes ernæringsstatus skulle vurderes: *»Prøv at se pilotprojektet – jeg synes ikke, vi er så kede af at bruge skemaerne, men vi er måske ikke så gode til at få fulgt op på det og få de ordinationer hjem, som giver den støttende ernæring tidligt nok. Og det synes jeg også er et fælles ansvar med lægerne«*. Uklarheden i forhold til ansvaret for ernæringsplejen kan virke frustrerende for plejegruppen, idet de føler, at opgaverne så falder tilbage på dem, *»og det er jo typisk – det falder altid tilbage på sygeplejersken, så er det os, der skal tage ansvaret – sørge for, det hele bliver udført«*. Flere sygeplejersker udtrykker, at opgaven med ernæringsplejen *»falder måske naturligt hos os, men alle er vi jo lidt forsigtige med at sige 'Ja' til alt for meget, for vi kan ikke blive ved med at tage ansvarsområder ind«*. Sygehusledelsens beslutning om, at kompetence og ansvar for ernæring ligger i lægegruppen, synes dog problematisk, idet der i plejegruppen dermed skabes forvirring og uklarhed omkring, hvilken funktion plejegruppen har. Parallelt til denne uklarhed omkring ansvarsfordelingen pointerer flere fra plejegruppen, at *»det er positivt, at vi er så autonome lige præcis på ernæringsområdet. Det er et område, hvor du ikke behøver at have en tilladelse til at sætte noget i værk – der kan vi jo virkelig handle selvstændigt. Det skal ikke lægeordineres, og der skal ikke rykkes i tre forskellige læger for at få noget ført igennem – det er bare noget, vi kan gå i gang med«*.

En af ildsjælene på den deltagende sengeenhed, der arbejder på at få øget fokus på patienternes ernæringspleje, er som nævnt en sygehjælper – *»det er hende, der er foregangskvinde. Hvis der kommer noget nyt, så bliver det introduceret gennem hende«*. Det er et stort ansvar, der hermed er lagt på denne ildsjæl. Og processen med at få hendes kollegaer til at tænke og arbejde med ernæringsplejen som ildsjælen selv, går ikke altid nemt. Hun undrede sig over, at det ene sengeafsnit ingen småtspisende patienter havde, så hun snakkede med afdelingssygeplejersken en dag og sagde: *»Jeg kan bare ikke forstå, I har et apopleksiafsnit, og der er slet ikke nogen småtspisende patienter oppe ved jer? For de skal da netop ha' noget«*. Ildsjælen finder dog, at *»det er blevet bedre, men i starten synes jeg godt nok, at man blev overhørt«*. Denne sygehjælper bud på det fremtidige arbejde er, at *»hvis vi skulle have det til at fungere, så skulle der være en fra plejegruppen på hver afdeling, der havde det overordnede ansvar og overblik over kosten. Måske kom vi lidt længere«*.

Ansvaret, som denne sygehjælper har påtaget sig, bliver i høj grad både påskønnet og værdsat af hendes kollegaer. De mener, at hun er god til at foreslå dem, hvad de kan gøre f.eks. over for småtspisende patienter. Ligeledes fortæller hun kollegaerne, at *»når vi har lungepatienter, som er overvægtige, skal de stadigvæk have deres kalorier og protein dækket – der må vi ikke be' om, at de taber sig på dette tidspunkt«*. Hendes indsats er ligeledes meget værdsat af den tidligere formand for Kost- og Ernæringsudvalget, for *»hvis der ikke var en sygehjælper som hende – hvis de ikke tager vare på det, så fungerer det ikke«*.

Sammenfattende kan det siges, at afdelingens fokus på patienternes ernæringspleje ikke har udgangspunkt i formelle retningslinjer, men i høj grad er båret af engagementet fra en ildsjæl. Som den tidligere formand for Kost- og Ernæringsudvalget udtrykker, er der ikke formelle retningslinjer eller systemer, der tager hånd om ernæringsplejen. Der er således ikke en klar ansvars- og opgavefordeling i ernæringsplejen, om end plejegruppen her i høj grad tager ansvar for patienternes ernæring.

5.4.5.5 Er maden kulinarisk attraktiv og ernæringsmæssigt dækkende?

Udgangspunktet for køkkenets arbejde på Sygehus B er ønsket om at yde patienterne den bedste service, for *»køkkenet vil gerne stå på hovedet for patienterne«*, som en sygeplejerske udtrykker det. Køkkenets drift er unik: alle indlagte patienter får tilbud om flere valgmuligheder i spisesituationen, personalet kan døgnet rundt tilbyde patienterne mellemmåltider, og køkkenpersonalet har deres daglige gang på sengeafdelingerne, hvor de om formiddagen færdigtillbereder den varme middagsmad i sengeafdelingernes køkken. Denne tætte kontakt mellem køkkenpersonalet og sengeafdelingerne har haft en positiv effekt. Ifølge den ledende økonoma er *»kvaliteten af maden højnet ved, at vi selv står derovre ansigt til ansigt med patienterne. Førhen kunne man måske bedre sende en frikadelle, der var lidt mørk i kanten over – bare lukke madvognen og så tænke »vi hører nok ikke noget«. I dag er det ikke så spændende at stå derovre ved siden af og høre, når patienterne kommenterer maden«*.

Driftsformen har også øget køkkenpersonalets engagement, da de følger deres produktion helt frem til patienterne, for *»det betyder mere for os, at det ser pænt ud, end det måske gør for plejepersonalet, fordi det er ikke deres område. Det tænker de ikke meget på. Det er det sidste resultat af det arbejde, vi har gået og lavet«*. Og i denne driftsform har køkkenpersonalet erfaret, at plejepersonalet i højere grad er blevet opmærksomme på at anrette maden på en indbydende måde, hvor der tidligere *»bare blev pøset på tallerkenen«*.

Den daglige kontakt mellem sengeafdelinger og køkken anvender plejepersonalet til at dække patienternes evt. specielle ønsker til maden. Plejepersonalet har mulighed for at kontakte køkkenet, hvor personalet så forsøger at efterkomme disse ønsker.

I køkkenets edb-program på Sygehus B er der ikke mulighed for at lave næringsberegninger på de menuer, der serveres for patienterne. Køkkenpersonalet sammenligner i stedet portionsstørrelserne eksempelvis med angivelserne i »Anbefalinger for den danske institutionskost« (2). Den ledende økonoma savner ikke disse udregninger, for *»det er bedre, at maden er, så patienterne kan li' den, frem for at den er ernæringsrigtig hver dag – så er det måske noget, de ikke gider at spise. Og så mener jeg også, at de får en mere ernæringsrigtig mad ved, at de har valgmuligheder – lidt af hvert, så får de i hvert tilfælde en alsidig kost«.*

Det generelle billede, der tegner sig for Sygehus B, er, at alle informanter er meget tilfredse med kvaliteten og udbuddet fra køkkenet på Sygehus B. Flere i plejegrupperne udtrykker, at *»det vil være en katastrofe for os, hvis køkkenet lukker, og vi skal ha' mad et andet sted fra«.* Det vil sandsynligvis forringe plejepersonalets muligheder for at yde patienterne en god ernæringspleje. Køkkenets unikke drift og samarbejde med sengeafdelingerne har skabt mange valgmuligheder for patienterne og højnet kvaliteten i produktionen. Plejepersonalet udtrykker, at de har et bredt udbud, så de kan yde patienterne en god ernæringspleje. De finder netop, at det tætte samarbejde mellem køkkenet og sengeafdelingerne gør dette muligt.

5.4.5.6 Giver plejepersonalet patienten optimale forhold i spisesituationen?

På den deltagende sengeenhed på Sygehus B er der indrettet spisestuer/dagligstuer til patienter og pårørende. Personalet opfordrer patienterne til at spise i spisestuen, men patienterne har også mulighed for at spise på deres stue, for *»hvis der er en anden patient, der sidder derinde, så vil de andre lige så gerne sidde og hygge sig. Det er ikke alle, der har lyst til at gå i dagligstuen og spise«.* Indretningen af spisestuerne/dagligstuerne gør det muligt for patienterne at hygge sig sammen, og pårørende har mulighed for at købe spisebilletter, *»og så spiser de sammen med deres pårørende, det giver også en hel masse til patienten, der er indlagt«.*

I spisesituationen oplever plejepersonalet, at der i dag er meget mere ro omkring måltiderne, og *»der er nærmest ikke nogen slutning på, hvornår vi er færdige«,* som en sygeplejerske udtrykker det. Inden indførelsen af den nuværende driftsform var spisesituationen meget hektisk, for *»det var nærmest som om, at det var på akkord. Hurtigt ind med den der bakke, knalder den ned i bordet foran patienten. Og så skulle vi bare rende der frem og tilbage, og så stod der en husassistent og holdte op. Og det gik simpelthen bare så hurtigt – der var ikke meget hygge over det. Der synes jeg så, at det er mere hyggeligt nu, hvor det går så stille og roligt«.*

Sammenfattende kan det siges, at de fysiske rammer og køkkenets drift og fleksible adfærd over for sengeafdelingerne giver patienterne optimale forhold i spisesituationen: patienterne har valgmuligheder i forhold til spisested og menu, pårørende kan spise med, og der er tilsyneladende ingen tidsbegrænsning på måltiderne, da madvognen eksempelvis ikke afhentes af en portør på et bestemt tidspunkt.

5.5 Sygehus C i Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S)

Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S) er organiseret i et fællesskab af syv hospitaler – og herunder Sygehus C – i Københavnsområdet. Det overordnede ledelsesansvar varetages af direktionen i H:S (159). Kostpolitikken på Sygehus C tager udgangspunkt i den overordnede kostpolitik for H:S.

5.5.1 Ledelsesmæssige tiltag i H:S mht. kost til syge

H:S Direktionen nedsætter i 1998 en arbejdsgruppe med det formål at formulere en overordnet kostpolitik for H:S. Udgangspunktet for arbejdet er »Anbefalinger for den danske institutionskost« (14) samt kravene i de internationale standarder fra Joint Commission International Accreditation⁶⁵ (160). Målene for indsatsen i H:S i de kommende år definerer arbejdsgruppen på følgende måde:

- At ernæring indgår som en integreret del af den samlede behandling og pleje
- At kosten tilpasses brugernes sundhedsmæssige og æstetiske behov
- At madspildet reduceres inden udgangen af 2000, således at bakkespildet (overflødig produktion) ophører, og at tallerkenspildet reduceres med 20%
- At der tilstræbes en hensigtsmæssig organisering
- At der tilstræbes en større ensartethed af indsatsen på tværs af hospitalerne.

⁶⁵ Joint Commission (JC) er den ældste og største akkrediteringsorganisation i verden. Den har til formål at forbedre kvaliteten af hospitalers pleje og behandling i det internationale samfund. Gennem akkrediteringsprocessen vurderer JC, om den aktuelle organisation lever op til de fastsatte standarder for det område, der ønskes akkrediteret. På sygehusområdet gennemfører JC bl.a. eksterne audits, hvor tilfældige journaler gennemgås, og det vurderes, om der er dokumentation for, at patienternes ernæringsstatus er vurderet og fulgt under indlæggelsen (215).

Arbejdsgruppen vurderer, at de væsentligste forudsætninger for at opfylde målene er, at ernæringstilstanden vurderes ved og under indlæggelsen, at der er en klar placering af ansvar og opgaver på alle niveauer, at der etableres tværfaglige team, samt at patienterne i højere grad bliver inddraget (160). Arbejdsgruppen anbefaler, at fokus rettes mod den store gruppe af patienter, der ved indlæggelsen er underernærede, eller som har en høj risiko for at blive det. I rapporten afslutter H:S Direktionen med at anføre, at »en opprioritering af området bør i første omgang koncentrere sig om, at kostforplejningen opfylder kravene i de internationale standarder samt følger de danske anbefalinger på området. Hospitalsdirektionerne bør derfor snarest tage initiativ til implementering af den foreliggende rapport's anbefalinger« (160).

5.5.2 Ernæringsudvalget på Sygehus C

Sygehus C blev i 2002 indstillet til akkreditering af Joint Commission. H:S er det første sygehusvæsen i Skandinavien, der tager denne metode i brug. Akkrediteringen betyder, at en uvildig ekstern instans vurderer, om Sygehus C lever op til de internationale standarder for ernæring.

For at understøtte akkrediteringen og implementeringen af standarderne for ernæringsplejen er der på Sygehus C udarbejdet en manual for kostforplejningen (161). Manualen beskriver, hvordan det sikres, at patienterne får optimal ernæring, hvordan ansvaret fordeles og placeres, hvordan patienterne vurderes ernæringsmæssigt, og hvordan dette dokumenteres, hvordan maden serveres, hvordan patienterne informeres osv. I september 2002 nedsættes en styregruppe på Sygehus C, der har ansvaret for udarbejdelse samt justering af kliniske retningslinjer og politikker baseret på den seneste evidens inden for ernæringsområdet. Med reference til styregruppen nedsættes et ernæringsudvalg med bred tværfaglig repræsentation til at tage sig af hospitalets ernæringsmæssige behandlingsopgaver (162). Udvalgets opgave er at fastlægge politikker og retningslinjer, bistå med implementering af ernæringspolitik, fastlægge indikatorer og sikre monitorering af data vedrørende ernæringsforhold samt initiere udvikling og forskning. Udvalget er sammensat af to læger, ti sygeplejersker, en klinisk diætist og to økonomer – hvor alle i udvalget har ledelsesfunktioner. Denne organisatoriske model er af nyere dato, og der foreligger ikke til denne rapport informationer om resultatet af arbejdet i udvalget. Det er her værdt at bemærke, at der ved nedsættelsen af udvalget har været fokus på, at medlemmerne har en ledelsesfunktion – et faktum, der på sigt sandsynligvis kan styrke udvalgets gennemslagskraft.

5.5.3 Køkkenet på Sygehus C

Produktionen i køkkenet på Sygehus C er en varmholdt produktion med decentral udportionering⁶⁶. Der produceres dagligt til ca. 850 patienter. Køkkenet producerer i 2002 i alt 303.501 kostdage. Heraf er de 134.646 kostdage »sygehuskost«⁶⁷. Personalnormeringen i køkkenet er i alt 51,7 stillinger, hvoraf mange stillinger er deltidstillinger, specielt til aften- og weekendafløsning. I 2002 er antallet af nyansatte 50 personer i køkkenet pga. mange nye weekendafløserne. Personalegennemstrømningen i personalegruppen i køkkenet må derfor betegnes som høj.

Der produceres dagligt varm mad. Køkkenets daglige tilbud er »sygehuskost« eller »normalkost« med standard-tilbehør eller valg mellem kartofler, løse ris, kartoffelmos og salat/råkost. Ligeledes er der en dessert til hver kostform og tilbud om frugtgrød og dagens suppe. Til aften tilbydes tre forskellige typer smørrebrød til patienter på henholdsvis »normalkost«, »sygehuskost« og »blød sygehuskost«⁶⁸. Til mellemmåltider om eftermiddagen og om aftenen tilbydes kage eller brød, sandwich eller kage uden sukker til henholdsvis patienter på »sygehuskost« og »normalkost«. To dage om ugen producerer køkkenet supper til den kommende uge. I diætafdelingen produceres dagligt beriget kartoffelmos⁶⁹, flydende kostformer, beriget kakao, koldskål og lign. Ud over den nævnte produktion fremstilles der en gang om ugen frostreter som dampet fisk, millionbøf, herregårdsbøf, diverse tarteletfyld, supper og fromager. Disse retter indfryses portionsvis. Vegetarretter og »gratinkost« produceres ligeledes en gang ugentligt og opbevares på frost. En gang ugentligt bages der kage til sukkersygepatienter, men i øvrigt bages der ikke i køkkenet. Køkkenets produktion dækker en bred vifte af tilbud til patienterne.

Menuplanlægningen sker ud fra en rulleplan på fem uger, hvor enkelte retter ændres i forhold til helligdage og årstiden. Ved hjælp af edb-programmer beregnes næringsstofindholdet i menuerne. Alle råvarer indkøbes gennem indkøbsaftaler under H:S. Til disse købsaftaler er der opstillet kravspecifikationer. Råvarebudgettet for køkkenet er i 2002 på 13.718.886 kr. svarende til 34,58 kr. pr. kostdag.

66 Dvs. at maden udportioneres på den enkelte sengeafdeling – hvilket er i modsætning til central udportionering, hvor dette sker centralt i produktionskøkkenet.

67 Se beskrivelse af diverse kostformer under afsnit 5.3.3.

68 I menuen »blød sygehuskost« er rugbrødet typisk udskiftet med franskbrød, og pålægget er nemt at tygge.

69 Berigede måltider eller dele af måltider er i hospitalssammenhæng typisk beriget med smør, fløde, proteinpulver og lign., for at energi- og/eller proteintætheden i måltidet øges.

Som information til personale, patienter og pårørende udsender køkkenet hver femte uge menuplanerne for »sygehuskost«, »normalkost« og »vegetarkost« til opsætning på diverse opslagstavler og lign. Derudover kan køkkenet ved behov udsende anden information til sengeafdelingerne. Den direkte kontakt til sengeafdelingerne foregår primært gennem serviceøkonomaen, der har kontakt til alle sengeafdelinger. Denne kontakt kommer oftest i stand, hvis sengeafdelingerne udtrykker behov for støtte fra køkkenet. Serviceøkonomaen arbejder f.eks. med at reducere omfanget af madaffald. Ca. en gang om året foretager produktionskøkkenet en registrering af mængden af madaffald fra den enkelte sengeafdeling over et nærmere bestemt antal dage. Hvis det registrerede madspild er højt, kontakter serviceøkonomaen afdelingen for at drøfte mulighederne for at reducere spildet. I samarbejde med en klinisk oversygeplejerske og kliniske diætister har køkkenet udarbejdet tre forskellige menukort med tilbud til patienter med lille, stor eller almindelig appetit (163). Menukortene er ikke taget i brug i efteråret 2002.

I køkkenets arbejde er der således fokus på at reducere madspildet, ligesom der er intentioner om at skabe kontakt til sengeafdelingerne gennem en serviceøkonoma. I samarbejde med andre faggrupper vil køkkenet forsøge at formidle deres tilbud til patienterne gennem menukort til patienterne.

5.5.4 Deltagende sengeenhed på Sygehus C

Den deltagende sengeenhed består af to medicinske klinikker (sengeafdelinger), A og B, der begge modtager geriatriske patienter (patienter, der er over 65 år med almenmedicinske sygdomme og med behov for en samlet vurdering af sociale og sundhedsmæssige forhold). Hver klinik har 17 normerede senge. I 2002 er antallet af sengedage på klinik A 6.574 og på klinik B 6.177. I begge klinikker er normeringen i plejepersonalegruppen 16,1 stillinger (ekskl. studerende og elever), hvilket svarer til en normering på 0,95 plejeperson pr. normeret seng. I 2002 er der i plejegruppen på sengeafsnit A fire nyansatte og på sengeafsnit B 12 nyansatte. Personaleudskiftningen er dermed i 2002 ca. hver fjerde på klinik A og tre ud af fire på klinik B. Til det fælles afdelingskøkken er der normeret en køkkenmedhjælp. Til den deltagende sengeenhed er der tilknyttet en klinisk diætist, til hvem plejepersonalet kan henvise patienter, som personalet vurderer har behov for ernæringsstøtte.

De to klinikker har en fælles spisestue og et fælles afdelingskøkken med følgende faciliteter: opvaskefaciliteter, kølekapacitet til leverancer fra køkkenet, frysekapacitet til opbevaring af frostretter til småtspisende patienter, mikrobølgeovn til opvarmning af enkelte portioner, maskine til kaffe- og tebrygning og et komfur (til opvarmning af f.eks. suppe om aftenen). På en fælles opslagstavle noterer plejepersonalet, hvor mange patienter der er på henholdsvis »normalkost« og »sygehuskost«, hvilke patienter der er på diæt, og hvilken mad og til hvilke patienter der evt. skal gemmes mad. Bestillingen af maden til begge klinikker foretages dagligt af en lægesekretær, der får informationer dels fra plejepersonalet vedr. specielle bestillinger (såsom beriget kakao), dels fra køkkenmedhjælpen om behovet for mælkevarer, tørvarer og lign. Bestillingerne sker elektronisk. De fleste patienter på den deltagende sengeenhed får serveret »sygehuskost«, enkelte sukkersygepatienter og overvægtige får serveret »normalkost«. Ud over at der tilbydes drikkevarer til måltiderne, kan personale og patienter hente drikkevarer som isvand, saftvand og juice fra et rullebord midt på gangen. I køleskabet i afdelingskøkkenet opbevares der mælkeprodukter, hjemmelavet proteindrik, kommercielle proteindrikke⁷⁰ og lign., som personalet kan hente til patienterne.

Det er køkkenassistentens opgave at anrette morgen- og aftensmaden, lave kaffe og te og vaske op efter måltiderne. Plejepersonalet anretter middagsmaden. Generelt er det plejepersonalet, der serverer for patienterne og tager bakkerne ud igen. I forbindelse med serveringen af middagsmaden i den fælles spisestue, har plejepersonalet specielle funktioner: det er på forhånd aftalt i plejegruppen, hvem der skal anrette maden på fade, hvem der skal sørge for drikkevarer, hvem der skal hjælpe patienterne i spisesituationen og kostregistrere, og hvem der skal dele bakker ud til patienter på gangen og evt. på stuerne. På den deltagende sengeenhed er der som noget specielt ansat en sygehjælper, der sørger for at servicere patienterne med mad og drikke i forbindelse med aftensmaden.

På Sygehus C er ansvaret for kostbudgettet decentraliseret til de enkelte klinikker (afdelinger). I 2002 er kostforbruget på den deltagende sengeenhed i alt 11.616 kostdage med »sygehuskost«, 1.229 kostdage med »blød sygehuskost« og 1.994 kostdage med »normalkost«. Hertil kommer bl.a. 4.678 liter hjemmelavet protein-/tilskudsdrik og 6.387 brikker kommerciel proteindrik, hvilket svarer til ca. 450 ml proteindrik pr.

70 Helfabrikata af proteinrige drikke i brikker, f.eks. Addera (frugtbaseret) og Fortimel (mælkebaseret).

patient pr. dag. I 2002 er antallet af leverede frostretter fra køkkenet på 158 portioner, hvilket svarer til, at en patient hver 80. sengedag på den deltagende sengeenhed får serveret en ret fra frostsorimentet⁷¹.

I de lokale retningslinjer for ernæringsplejen⁷² er formålet defineret således: »At patienten får den kost, som er velegnet for ham eller hende, og som er i overensstemmelse med hans eller hendes kliniske behandling«. De lokale retningslinjer er gældende for »alle patienter, som forventes at være indlagt mere end tre dage, udviser tegn på fejlnæring, og som ikke er terminale eller i palliativ behandling«. Retningslinjerne beskriver fremgangsmåden for den *primære screening*. Det er sygeplejersken, der har ansvaret for, at patientens ernæringsstatus vurderes, ved at besvare følgende spørgsmål: 1) Er BMI⁷³ <24?, 2) Har patienten haft et nyligt vægttab? 3) Har patienten haft nedsat kostindtagelse inden for den sidste uge inden indlæggelsen? Og 4) Er patienten svært syg?. Hvis svaret er »ja« på et af spørgsmålene, skal sygeplejersken foretage en *grundig screening* ud fra et skema, hvor patientens grad af underernæring og sygdom vurderes (164). Herudfra skal der tages stilling til en evt. forebyggende indsats eller iværksættelse af individuel ernæringsterapi, der udmøntes i en konkret kostform. Klinikledelsen for den deltagende sengeenhed godkender primo 2002, at når »den primære og grundige screening og den ordinerede kost foreligger, skal alle patienter kostregistreres i tre døgn. Derefter vurderes ernæringsplanen på en konsultation, og der ændres evt. i kostordinationen, hvorpå det aftales hvor længe og hvor ofte, der skal kostregistreres, og patienten skal vejes. Vægt- og kostregistrering føres på monitoreringsskemaet« (164).

Hvis patienten ikke er i ernæringsmæssig risiko, følges patientens vægt og ernæringstilstand efter afdelingens retningslinjer, som f.eks. vejning mindst en gang om ugen. For risikopatienter skal sygeplejersken ifølge manualen vurdere ernæringsbehov og kostform og registrere kostindtag og veje patienten. På hver afdeling er der fra plejegruppen udpeget en nøgleperson inden for ernæring, som har til opgave at støtte kollegaer i ernæringsmæssige spørgsmål.

Alle ansatte på den deltagende sengeenhed tilbydes en gang årligt et todages ernæringskursus. Det er et krav fra klinikledelsen, at alle nyansatte i plejegruppen – men ikke i den lægefaglige gruppe – skal følge kurset. Her undervises i generel ernæring, ernæringscreening af patienter, ernæringsbehov ved forskellige sygdomme, køkkenets tilbud og lign. Der er fokus på undervisningen af social- og sundhedsassistenter, da det er erfaringen på Sygehus C, at netop denne faggruppe er god til i det praktiske arbejde at inddrage ernæringsplejen, samt at det er et område, de arbejder selvstændigt med i gruppeplejen.

På denne sengeenhed er der klare instrukser og retningslinjer for, hvordan patienten skal ernæringsvurderes. Ligeledes er der fokus på nøglepersonerne inden for ernæring og på en løbende opdatering af plejepersonalets – og her specielt social- og sundhedsassistenternes – viden om ernæring gennem en fastlagt kursusvirksomhed.

5.5.5 Ernæringsplejen på den deltagende sengeenhed på Sygehus C

På baggrund af de kvalitative data indsamlet gennem individuelle og gruppeinterview beskrives det efterfølgende, hvordan aktørerne i ernæringsplejen arbejder med området på den deltagende sengeenhed på Sygehus C. De kvalitative data er præsenteret i temaer, der svarer til de seks succeskriterier⁷⁴.

5.5.5.1 Er kosten en vigtig del af behandlingen uanset længden af indlæggelsestiden?

På Sygehus C har man i de sidste ti år haft fokus på ernæringen som en vigtig del af patientbehandlingen. Indsatsen har været forankret i sygehusledelsen og har medført en række tiltag, som skal underbygge processen fra målsætningsniveau til konkret handling på afdelingsplan. Det kan dog være vanskeligt at komme fra målsætninger til handlinger ude ved den enkelte patient. Der har i perioden været en række evalueringer, som har vist dette problem. Men som en repræsentant for sygehusledelsen udtrykker det, »så hjælper det os jo gevaldigt, at vi kører den proces omkring akkreditering. Vi har nogle standarder, som vi skal leve op til, og de skal implementeres. Akkrediteringsprocessen har jo været et gevaldigt ledelsesværktøj, fordi der kom nogen og målte og vejede og vurderede, om vi gjorde de her ting, og vi forfølger dem⁷⁵«. Sygehusledelsen forventer således, at indførelsen af akkrediteringen vil give større mulighed for at sætte en ramme op for ernæringsplejen, for sygehusledelsen er »forpligtet til at gå ind og se på de resultater, der ligger, og hvor langt folk er nået, og følge op på de resultater, og det er et godt ledelsesværktøj«.

71 Der er her ikke taget højde for spild af proteindrik og frostretter, som f.eks. ved overskreden holdbarhed og lign. Antallet af serverede portioner er derfor sandsynligvis lavere.

72 Med udgangspunkt i manualen for kostforplejningen på Sygehus C er der udarbejdet tværgående retningslinjer for de medicinske klinikker, som igen er præciseret i lokale retningslinjer for ernæringsplejen (216).

73 Se afsnit 3.6.

74 Se afsnit 1.6.

75 Dette sker ved gennemførelse af interne audits, hvor patientjournaler gennemgås af personale, der ikke i det daglige arbejde er tilknyttet afdelingen. Ud fra denne journalgennemgang vurderes det, om det er dokumenteret, at patientens ernæringsstatus er vurderet og fulgt under indlæggelsen.

I det daglige arbejde på den deltagende sengeenhed er ernæring et centralt område ifølge overlægen, da *»vi har tværfaglig konference på alle patienter på tredje dagen – og der kan ernæring meget vel være et af problemområderne, som man skal satse på«*. Klinikledelsen har ligeledes gennem en årrække haft fokus på uddannelse af personalet gennem afholdelse af et årligt ernæringskursus. Kurset er med til at fastholde ernæringen som en vigtig del af plejen, der skal understøtte behandlingen, og ikke som tidligere, at *»hvis patienten ikke kunne spise, så kunne patienten da bare lade være«*. Opprioriteringen af ernæringen på sengeenheden kommer også til udtryk gennem ansættelsen af en sygehjælper i et fleksjob: hver aften mellem kl. 16 og 20 arbejder hun med at servicere patienterne mht. ernæringsplejen. Sygehjælperens arbejdsområde er, at *»hun skal nøde patienterne, sikre sig, at de sidder godt, at de har det, de skal have, og varme lidt af det varme osv. Og så skal hun registrere de patienter, der skal kostregistreres. Hun går simpelthen og hygger om dem og gør det rart«*.

En af hindringerne for at kunne fokusere på ernæringsplejen er »tid«. Der er to problemstillinger i forhold til tiden: dels er der sket nedskæringer inden for f.eks. rengøringspersonalet og køkkenassistenterne, som tager sig af mange praktiske funktioner i forbindelse med ernæringsplejen, og *»deres arbejde foregår i minutter og sekunder, det er simpelthen talt op«*, ifølge en klinisk oversygeplejerske; dels ser en del af plejepersonalet ernæringsplejen som »noget«, der tager tid fra andre opgaver, der har større betydning. Eksempelvis kan det nævnes, at plejepersonalet ikke mener, at de har tid på sengeafdelingen til at lune en ret om aftenen – en nyt tilbud til patienterne, som køkkenet gerne ville introducere for patienterne. En ledende sygeplejerske udtrykker, at *»det er virkelig, virkelig, virkelig synd, at et supertilbud til patienten skal strande på uvillighed fra personalets side«*. Disse betragtninger omkring »tiden« underbygges ligeledes af de kliniske diætisters erfaringer, idet de har oplevet, at plejepersonalet pga. tidsmangel kan »glemme« at henvise til klinisk diætist, fordi plejepersonalet *»simpelthen har så travlt, og mange har ferie«*.

Spørgsmålet omkring »tid« rammer imidlertid også nogle i plejegrupperne på samvittigheden. En social- og sundhedsassistent udtrykker, at hun *»har dårlig samvittighed nogle gange. Fordi jeg godt ved det, men jeg kan ikke nå det. Det kunne være ideelt. Men jeg synes ikke, det er ideelt, fordi der er ikke tid til det, der burde være tid til. Der er også mange patienter, som vi ved, skal hjælpes, før de får noget, og det gør vi så vidt muligt. Men så kan der være dage, hvor det bare svigter, hvor vi slet ikke kommer hen til tallerkenerne [for at hjælpe patienterne med måltidet], så er det bare sådan ... og så har de ikke fået det måltid, som de måske godt kunne«*. Nogle i personalegruppen oplever således, at de ikke har den tilstrækkelige tid til patienternes ernæringspleje.

De ledende sygeplejersker udtrykker, at det er en væsentlig opgave for dem at have fokus på og dokumentation for, hvordan ernæringsplejen udføres. Men denne opgave kan være vanskelig og giver plejepersonalet forskellige dilemmaer og konflikter i udøvelsen af ernæringsplejen. Eksempelvis finder en sygeplejerske det *»problematisk, at man hele tiden presser og presser og presser, for de er måske vant til at spise en halv kartoffel derhjemme. Og så skal de på tre dage nå op på det der [så vidt muligt fuld dækning af næringsbehovet], før vi er tilfredse«*.

Mht. nøglepersonernes arbejde er der forskel på tilgangen til funktion: interesse eller pligt. En nøgleperson inden for ernæring fortæller, at hun *»synes ikke, ernæring er det allermest spændende. Men når alle de andre er holdt op, så er der nogle andre, der skal overtage. Og så er det endt med, at det er de kliniske specialesygeplejersker, der tager over«*. Nøglepersonen fremhæver, at afdelingen *»har haft en rigtig dygtig social- og sundhedsassistent, som virkelig havde styr på det«*. En sådan person vil nøglepersonen gerne have uddelegeret ernæringsområdet til igen. Funktionen som nøgleperson dækker således over en stor bredde i engagement.

De kliniske diætister, der er tilknyttet klinikkerne, har ligeledes registreret, at plejepersonalet vurderer vigtigheden af ernæringsplejen forskelligt, og at der følgelig er forskel på, hvordan plejepersonalet arbejder med ernæringsplejen. Diætisterne mener, at det skyldes, at *»plejepersonalet har så meget andet og vigtigere at beskæftige sig med«*.

5.5.5.2 Sammensætter plejepersonalet kosten individuelt efter patientens behov og ønsker?

At kosten til patienterne skal sammensættes individuelt bakkes kraftigt op af sygehusledelsen på Sygehus C, for *»det er jo netop den individuelle tilpasning, der er omdrejningspunktet i hele det fokus, vi har på ernæringsområdet. Og det er det, vi prøver at understøtte ved at sige, at der skal være mange differentierede tilbud, og det skal være let tilgængeligt«*. En forudsætning for, at kosten sammensættes individuelt til patienten, er, at personalet kender køkkenets tilbud og gør brug af dem. Her kan der være forhindringer i forhold til at kende tilbuddene og gøre brug af dem, da det kan være vanskeligt for den enkelte i personalegruppen at have dette overblik. Eksempelvis skal sengeenheden have et sortiment af frostretter, som kan tilbydes patienterne på alle tider af døgnet, men som denne social- og sundhedsassistent har erfaret, så *»synes jeg ikke, der har været meget i fryseren til patienter, der virkelig har behov. Hvis man nu er i den situation, at man gerne vil servere et eller andet, måske*

på et dumt tidspunkt, så kunne det jo være godt, at der var et eller andet godt i fryseren, som de kunne li'». Denne social- og sundhedsassistents oplevelser er et eksempel på, at der på klinikken ikke altid er fokus på at sikre, at der i klinikens køkken er et bredt udvalg af køkkenets tilbud. Den manglende viden om bestillingssystemet og tilbuddene fra køkkenet er et emne, som klinikledelsen forsøger at rette op på via ernæringskurserne. Det ser ud til at have en effekt, da flere får øjnene op for køkkenets tilbud, for »jeg fandt ud af på kurset, at der var nogle forskellige tilbud nede fra køkkenet, som jeg ikke lige regnede med, som jeg ikke sådan vidste, især med proteindrikke«. Men denne social- og sundhedsassistent undrer sig efterfølgende over, at der ikke sker nogle ændringer på afdelingen, for »vi talte også om på det kursus, at vi skulle gøre mere brug af det«.

Forudsætningerne for, at produktionskøkkenets tilbud når frem til patienterne, er, at de bestilles til sengeenheden, og at de tilbydes patienterne. Det er ofte en sekretær eller en nattevagt, der bestiller maden. En køkkenassistent tømmer madvognen og anretter maden. En person fra plejegruppen serverer og samler bakker ind efter måltiderne. Så der er flere overgange, hvor der kan ske misforståelser og fejl. Det kan ligeledes være svært, hvis der ikke er kontakt mellem produktionskøkkenet og sengeenheden, så køkkenet ikke kontinuerligt modtager en tilkendegivelse mht., hvordan deres produkter bliver serveret og modtaget af patienterne. Karakteren og hyppigheden af kontakten mellem køkkenet og sengeafdelingerne har her stor betydning, men sygeplejersker har oplevet, at det er vanskeligt at få en positiv kontakt med køkkenpersonalet, for »hvis jeg skal være ærlig – så må jeg indrømme, at de gange, hvor jeg har skullet ringe derover, der har det været en negativ kontakt, jeg har haft med køkkenpersonalet«. Kontakten mellem den deltagende sengeenhed og produktionskøkkenet er formaliseret til at foregå gennem serviceøkonomaen, der er køkkenets bindeled til sengeafdelingerne. Generelt har plejegruppen ikke kendskab til serviceøkonomaen og personalet i køkkenet. Hyppigheden af serviceøkonomaens kontakt er dog af en noget varierende karakter, for »der kan også gå uger, hvor jeg slet ikke er ude på afdelingerne – hvor jeg helliger mig noget helt andet her i Centralkøkkenet«.

Denne ad hoc-mæssige kontakt mellem køkkenet og sengeenheden ser ikke ud til at fremme en positiv dialog og indsigt i de tilbud, som køkkenet kan give. Modsat når de ønsker, som sengeenheden kunne have ikke frem til produktionskøkkenet. Ledelsen i køkkenet ønsker dog en mere systematisk tilbagemelding fra sengeafdelingerne, så der kan ske justeringer og ændringer, der kan bringe kosttilbuddene i overensstemmelse med patienternes ønsker. Plejegruppen ønsker, at der er en fast kontaktperson i produktionskøkkenet, som de kan trække på, for »hvis vi fik en kontaktperson i køkkenet, som kunne komme over en gang om måneden, hvor man lige fik en snak med dem om, hvordan vi synes, det går. Også for at få at vide, hvorfor patienterne altid får kød og fisk. Måske kunne vi få indflydelse på, hvad patienterne kunne få at spise ...«. Så potentialet for en øget kontakt mellem sengeafdelingerne og produktionskøkkenet synes også til stede fra plejepersonalets side.

I forhold til i sengeenheden at tilpasse og individualisere kosttilbuddene til patienterne fremkommer der ofte ressourcemæssige forhindringer i form af mangel på personale. Som en sygeplejerske udtrykker det, så »er problemet, at vi ikke har ressourcer til at stå og lave de forskellige ting til hver enkelt patient. Hvis hver enkelt patient skulle ha' en speciel kost – det kan vi ikke. Det er fint, at vi en gang imellem kan gå ud og ta' en suppe fra fryseren eller et eller andet, men er der fem patienter, der skal ha' suppe varmet i mikrobølgeovnen – det kan vi ikke nå. Derfor kan vi heller ikke bruge frostretterne optimalt«. Så tiden til at individualisere måltidet kan af plejegruppen opleves som begrænset. Plejepersonalet giver klart udtryk for, at sygehjælperen, der kommer i forbindelse med serveringen af aftensmaden, er en stor fordel for patienterne, for »så kan der komme lidt mere hånd om det i stedet for«.

I forhold til bestillings- og leveringssystemet er der på den deltagende sengeenhed et dilemma mht. at individualisere måltiderne. Når plejegruppen har bestilt en særlig kost som f.eks. »blød kost« til en patient, kommer maden til denne patient fra køkkenet med mærkat på med patientens navn. Dette kan ifølge en sygeplejerske blokere for andre individuelle kosttilbud til patienten, for »systemmæssigt er det svært at lave om, fordi patienterne kommer ind i de kategorier. Der mangler jeg noget fleksibilitet for den enkelte patient«.

Sammenfattende kan det siges, at bestillingssystemet og den måde, sengeenheden har valgt at organisere bestillingerne på, virker hæmmende for en individualisering af ernæringsplejen. Manglende tid i personalegruppen og manglende tilstedeværelse af tilbuddene fra køkkenet betyder, at plejepersonalet ikke sammensætter kosten individuelt efter patienternes ønsker og behov.

5.5.5.3 Patientens ernæringsstatus følges under indlæggelsen, og afdelingens personale handler herpå

Den deltagende sengeenhed har en standard for at vurdere patienternes ernæringsstatus ved og under indlæggelsen, hvor »alle patienter bliver vejet, når de kommer ind, og en gang ugentligt – helst i hvert tilfælde – for at se, om de tager på eller taber sig. De fleste patienter er jo noget undervægtige, når de kommer ind, og så kostregistrerer

vi dem for at se, om de får nok at spise, og om vi kan hjælpe dem med noget proteindrik», ifølge en af afdelingens sygeplejersker. Denne standard bliver bakket op af sygehusledelsen og klinikledelsen, for det gælder om at »få fokus på, så man ser ernæring som en vigtig del af behandlingen, at psyken ... eller bilen kan ikke køre uden benzin. At personalet forstår, at det ikke er ligegyldigt, om de spiser eller ej«. De ledende sygeplejersker på afdelingen tillægger samtidig, at det kræver et stort engagement fra personalets side for at det skal lykkes. Og de vedgår, at personalet »nogle gange har været enormt trætte af det og sagt 'Vi gider ikke alt det'. Men modstanden er jo ikke til stede mere, som den var engang. Nu er det bare en del af dataindsamlingen at gå ind og lave en ernæringscreening hos alle patienter«. Der er dog nogle anerkendte problemer med screeningskemaet: det kan være indviklet at føre, det er vanskeligt at få oplysninger om tidligere vægttab, og der er meget tekst på skemaet. »Selve dokumentationen kan sagtens stå på to sider«, ifølge en af ophavskvinderne til skemaet, men udformningen på fire sider skyldes, at »der er så meget pædagogik på og vejledning til, hvordan man bruger det«. Arbejdet med at anvende screeningskemaer, har været – og er – en lang proces, hvor oplysning og pædagogik er vigtige elementer for succes.

Hvis ernæringscreeningen viser, at patienten er i ernæringsmæssig risiko, registrerer plejepersonalet herefter i tre dage, hvad patienten spiser og drikker. På den deltagende sengeenhed er det ikke en bestemt person, der foretager denne registrering. På en kaotisk arbejdsdag med mange afbrydelser kan det derfor ske, at »man kan være uheldig, at man har ført det i hele dagvagten. Nogle gange får aftenvagten det så ikke gjort, fordi de nogle gange er en eller to mennesker i en aftenvagt. Så tidsmæssigt kan det godt nogle gange være svært at få fulgt op på resten af døgnet«. Dette peger på, at der kan være problemer med at få kostregistreret hele døgnet. Det kan skyldes både personalets manglende tid og den prioritering, der sker af deres tid.

Efter tre døgn kostregistreringer skal der ske en vurdering af, hvor meget patienten har indtaget af energi og protein, og der skal lægges en plan. En social- og sundhedsassistent, der er nøgleperson inden for ernæring, har erfaret, at »hvis der ikke er fokus på denne del [ernæringsplejen], så bliver der bare registreret, men der er aldrig nogen, der evaluerer på det [skemaerne hvorpå, der er kostregistreret]. Det kan godt halte lidt«. Men det kan være vanskeligt for nøglepersonerne at påpege ting, der ikke fungerer helt optimalt i ernæringsplejen, fordi de kan føle, at kollegerne opfatter det som en »løftet pegefinger«. Disse nøglepersoner kan komme i et dilemma imellem det faglige i en optimal ernæringspleje og kollegaernes måde at arbejde med ernæringsplejen på.

De kliniske diætister har som nøglepersoner ligeledes oplevet, at der ikke bliver fulgt op på de planer for ernæringsterapi til patienterne, som de udfærdiger, hvis patienten er blevet henvist til diætist. Når diætisterne udfærdiger en ernæringsterapi, »så aftaler man, at plejepersonalet skal tage en vægt og kostregistrere. Når det så ikke er blevet gjort, så synes jeg, at jeg er træt af det«. Den kliniske diætist oplever, at de handlinger, der er en del af den fastlagte dokumentation for ernæringsplejen, ikke altid udføres. I plejegruppen er der dog ikke en samstemmende opfattelse af, hvilke retningslinjer der er for, hvordan den kliniske diætist bør inddrages i ernæringsplejen: en social- og sundhedsassistent udtrykker, at hun tror, at alle patienter, der er meget underernærede, skal henvises til diætisten. Men flere sygeplejersker i gruppen pointerer, at »det jo ikke er noget, man gør rutinemæssigt, for så kunne diætisten jo være her altid!«. Herigennem belyses det paradoks, at der ikke er klarhed over, hvordan personalet inddrager den kliniske diætists faglige kompetencer, samtidig med at underernæring er et stort problem for mange af sengeenhedens patienter.

Sammenfattende kan det siges, at der på papir- og procedureniveau er klare retningslinjer for, hvordan og hvornår patienternes ernæringsstatus skal vurderes og følges. Det fremkommer dog tydeligt, at denne klarhed ikke kommer til udtryk blandt et enigt plejepersonale og i en fælles forståelse af eksempelvis samarbejdet mellem den kliniske diætist og plejepersonalet. Det betyder, at der fremkommer det paradoks, at den kliniske diætist ikke inddrages meget i ernæringsplejen på sengeafdelingen, hvor der er mange underernærede patienter.

5.5.5.4 Er der en klar ansvars- og opgavefordeling i ernæringsplejen?

I de centrale retningslinjer på Sygehus C⁷⁶ er det lægens ansvar at

- vurdere patientens ernæringstilstand
- at ordinere den rette kost til patienten
- at sikre, at ernæringen indgår som et vigtigt led i den medicinske behandling samt
- at motivere afdelingens personale til at have fokus på ernæring.

Men ifølge overlægen har »vi drøftet, hvem der har ansvaret for hvad, men vi har faktisk lagt det ret meget fra lægerne og ud til plejepersonalet, så det er dem, der hiver fat i lægerne, når de mener, de skal ha' lægens vurdering af noget«. Lægerne derimod er »meget opmærksomme på, om der er underernæring, og tager det med ind som et af de væsentlige problemområder eller indsatsområder«. Denne beskrivelse af ansvarsplaceringen er i tråd med de ledende sygeplejerskers opfattelse, for »da vi fik den centrale retningslinje omkring akkrediteringen, stod det jo påpeget, at det var lægens ansvar, at der blev monitoreret og ordineret og gjort ved. Det fandt vi hurtigt ud af, sammen med overlægen, at det var en dårlig idé, for så blev det ikke gjort!«. Disse data belyser, at lægens rolle i ernæringsplejen på den deltagende sengeenhed på Sygehus C ikke fungerede i praksis, og at faggrupperne har diskuteret dette. Resultatet er, at plejegruppen går ind og tager ansvaret for ernæringsplejen, og når de skønner, at der er et behov, inddrager de lægen.

Denne ansvarsfordeling bakkes fuldt op af en repræsentant for sygehusledelsen, »da det ikke er meningsfuldt at definere hele vejen igennem systemet, at en læge skal sikre, at der ligger en hensigtsmæssig ernæringsplan for den enkelte«. Ledelsesrepræsentanten påpeger, at »man ved, at lægerne faktisk ikke arbejder med ernæringsområdet, og at man udmærket kan uddelegere det kompetencefelt til en sygeplejerske eller en social- og sundhedsassistent«. Derfor er det for denne leder vigtigt, at »have fokus på ernæring som en del af behandlingen, så der siger vi også, at det er et lægefagligt område«, hvor man videre frem »skal arbejde med delegerede opgaver. Så vi har gjort meget ud af at lægge det i sygeplejen og har ikke nogen problemer med det, vel vidende, at det selvfølgelig er et tværfagligt fokusområde«.

Ernæringscreeningen foretages således af det sygeplejefaglige personale, og læger inddrages, når plejegruppen vurderer det nødvendigt. På den deltagende sengeenhed har sygeplejeledelsen besluttet, at der udpeges en til to nøglepersoner på hver afdeling. Baggrunden herfor er, at sygeplejeledelsen finder, at ernæringspleje er en naturlig opgave i den daglige sygepleje, og det derfor er urimeligt over for lægerne at give dem hovedansvaret. For sygeplejeledelsen gælder der derfor om »at få gjort plejegruppen bevidst på, at det er deres ansvar, at det er et vigtigt ansvarsområde at have. Og det er et selvstændigt ansvarsområde. Det er ikke kun en uddelegeret opgave for lægen, de her skal varetage, men en de selv skal definere«. I sengeenheden ses prioriteringen af ansvarsområdet f.eks. ved, at det oftest er plejepersonalet, der serverer maden og tager ud efter måltidet. Derved har plejepersonalet mulighed for at registrere, hvad patienten har spist og drukket.

Nøglepersoner i ernæring er enten sygeplejersker eller social- og sundhedsassistenter, men sygeplejeledelsen på den deltagende sengeafdeling har erfaret, at mange social- og sundhedsassistenter er »rigtig, rigtig gode til at være nøglepersoner, og det hører ind under deres grundlæggende kompetence. Det er et godt sted at give dem et stort ansvarsområde«. Repræsentanten for sygeplejeledelsen pointerer, at »det er ikke sådan, at der ingen sygeplejersker er med, men jeg vil sige, at hvis man skal prioritere, så er det det sted, hvor man i hvert fald kan bruge social- og sundhedsassistenterne i forhold til deres kompetence«. Denne opfattelse deles også af mange sygeplejersker, idet de udtrykker, at der er rigtigt mange social- og sundhedsassistenter, som tager sig af ernæringsplejen på glimrende vis. Samtidig mener de ledende sygeplejersker, at der er ledelsesmæssige fordele i denne arbejdsfordeling, idet social- og sundhedsassistenterne »er meget interesserede i ernæring, og fordi man så kan bruge sygeplejerskerne til at være nøglepersoner for nogle andre områder, hvor social- og sundhedsassistenterne ikke kan være det«.

Erfaringerne fra den deltagende sengeenhed og Sygehus C generelt er således, at social- og sundhedsassistenterne er en faggruppe, der er meget engagerede i ernæringsplejen, ligesom de er meget kompetente hertil. Ved behov for en uddelegering af opgaver er det hensigtsmæssigt, at de varetager ernæringsområdet, da sygeplejerskerne dermed kan få rum til at varetage andre områder. Det kan således siges, at der på sengeenheden er arbejdet med at fordele opgaver og ansvar i ernæringsplejen. I forhold til anbefalingerne har lægen en betydeligt mindre – og social- og sundhedsassistenten en betydeligt mere – fremtrædende rolle.

5.5.5 Er maden kulinarisk attraktiv og ernæringsmæssigt dækkende?

Ledelsen på Sygehus C har ansat en kok for at finde nye kreative veje, der kan sikre en tilfredsstillende kulinarisk kvalitet, uden at det hermed går ud over den ernæringsmæssige værdi af måltidet. Repræsentanten for sygehusledelsen finder, at »kombinationen af at have nogle kokke og nogle økonomaer ansat er fremragende. Der kommer så en kok ind her, som stiller nogle andre spørgsmål og tænker på en anden måde. Tænker måske mere på smagen og på, hvordan det ser ud, end lige på ernæringsindholdet«. Ansættelsen af kokken er sket ud fra en erkendelse af og viden om, at patienter, der er småtspisende, har meget vanskeligt ved at få tilstrækkeligt at spise og drikke, hvis patienterne ikke finder maden appetitlig. Men repræsentanten for sygehusledelsen er dog klar over, at »der er nogle konfrontationer i forhold til, hvordan man kan få det til at hænge sammen. Men med lidt samarbejdsvilje fra begge sider, så tror jeg, at konventionen er fantastisk god, og det er noget, man har

brug for på sygehusene». Ansættelsen af kokken giver eksempelvis de ledende sygeplejersker på den deltagende sengeenhed nogle forventninger til, at der kommer et bedre samspil mellem madens duft og udseende og de ernæringsmæssige kvaliteter, som f.eks. at »have en menu, der henvender sig til én gruppe patienter, og en menu, der henvender sig til andre. Så det er da en klar forbedring«.

Her indhenter virkeligheden imidlertid disse ønsker, idet køkkenet f.eks. har indgået langvarige købskontrakter med firmaer for at få prisen så lav som muligt. Køkkenchefen beskriver, at den økonomiske situation i køkkenet *»kører meget stramt. 27 kr. om dagen til en hel kost. Der er ikke ret meget at rutte med. Hvis du deler vores mandskab op, så har vi 15 min. pr. patient til administration, til rengøring, til vareudbringning, til at lave maden, til at regne på kosten osv. – 15 min. Så det bliver meget med halvfabrikata, og hakkebøfferne kommer færdigformede hjem osv. Så der er ikke ret meget at sprælle med, for der er hverken penge eller tid til nogen af de ting, der kunne være lidt mere morsomme at lave«.* Så intentionerne fra sygehusets ledelse mht. kokkens indflydelse på måltidets gastronomiske karakter hæmmes i nogen grad af de organisatoriske og økonomiske forhold for køkkenets produktion.

Der er i organisationen delte meninger om kostens ernæringsmæssige kvalitet. Der er i dag en opdeling mellem »normalkost« og »sygehuskost«, hvor disse kostformer er ernæringsmæssigt dækkende for patienterne, hvis de indtager den fastsatte mængde af hele dagskosten. Men ifølge en oversygeplejerske, der har fulgt ernæringsområdet i mange år, har *»vi dybest set kun et tilbud, fordi 'sygehuskost' og 'normalkost' ligner hinanden til forveksling. Den eneste måde, der kan laves forskel på den mad, er mængden, der kommer op på tallerkenen. Men det bestemmer patienten jo, hvor meget der skal på tallerkenen. Så småtspisende får jo ikke dækket deres behov ved at spise den der mad. Dem skal vi så fodre op ved hjælp af mellemmåltider, så vi bruger jo et hav af de kommercielle drikke⁷⁷«.* Denne sygeplejerskes indsigt peger på, at der ernæringsmæssigt er stor lighed mellem »normalkost« og »sygehuskost«, hvor det bliver mængden af maden, der for patienten resulterer i en større eller mindre indtagelse af næring. De småtspisende patienter kan herved have svært ved at få deres behov dækket gennem de menuer, der serveres.

For at forsøge at sikre at patienterne får tilstrækkelig med næring, anvender plejepersonalet suppe, grød, kommercielle proteindrikke og lign. Netop forbruget af tilskudsrikke er stort på den deltagende sengeenhed på Sygehus C, idet der anvendes 450 ml pr. patient dagligt, hvilket er langt højere end på de to øvrige deltagende sengeheder. Problemet med en manglende kostform til småtspisende har især fået de kliniske oversygeplejersker og de kliniske diætister til at overveje, om man ikke kan indføre en ny kostform til småtspisende patienter. Reaktionen er, at *»køkkenet siger, at det har de ikke hænder til, fordi det er en ny kostform. Det har de jo ganske ret i«.* En af de kliniske oversygeplejersker har imidlertid det forslag, at *»vi afskaffer sygehuskosten og tager en kost til de småtspisende ind. Så har vi stadig kun to kostformer«.* Der er således løbende – om end ikke i praksis, så i tankerne – en proces i gang med at tilrette kostformerne til i højere grad at kunne dække patienternes behov for næring.

Med hensyn til madens kulinariske udseende er der delte meninger. Men for plejepersonalet handler det om at gøre maden så indbydende som muligt. Det kan være vanskeligt, for *»i virkelighedens verden er der 40 patienter, der skal ha' mad. Vi vil meget gerne servere det pænt, men det kan knibe lidt med at stå og finpolere, og hvordan er det nu man skal snitte det hele?«.* Her kan det for plejepersonalet f.eks. også være svært at få tid til at anrette et mellemmåltid såsom frugt, men *»der er mange af vores patienter, der faktisk godt kunne tænke sig et stykke frugt. Men der er vi så stået af... Men så tår vi os sammen en gang imellem og piller en appelsin og laver i både, men det tager for lang tid. Det er meget ærgerligt. For det ville være lækkert for patienterne – i stedet for at få stukket sådan en syntetisk proteindrik i hånden hele tiden, så kunne de få lidt appetitstimulering med et æble eller et eller andet. Det ville klart være en forbedring«.* Plejepersonalet oplever således, at der mangler tid til altid at servere maden på en indbydende måde samt til individuelle mellemmåltider.

I forbindelse med at køkkenet gennemfører kvalitetskontrol for at vurdere, hvordan maden ser ud og smager, efterlyser køkkenledelsen at få tilbagemeldinger fra sengeafdelingerne. Køkkenets oplevelse af, at der ikke er nogen tilbagemelding fra sengeafdelingerne, passer overens med, hvordan plejepersonalet oplever kontakten til køkkenet. Plejepersonalet føler, at der er langt mellem køkkenet og afdelingerne. Ligeledes har der ikke været tradition for, at personalet på sengeafdelingerne giver en tilbagemelding om, hvordan patienterne modtager maden, for ifølge plejepersonalet *»ringer man jo ikke bare ned til køkkenet og siger 'I dag er hakkebøffen ikke i orden'«.* Der er således ikke en formel informationsvej mellem køkkenet og sengeafdeling, som gør det synligt for køkkenpersonalet, hvordan sengeafdelingerne vurderer madens kvalitet og udseende. Denne mang-

77 Helfabrikata af protein- og energirige drikke, der leveres i brikker a 200 ml.

lende dialog betyder, at der ikke er nogen innovativ kraft til at ændre tingene, så der i højere grad bliver overensstemmelse mellem produktion og patienternes behov og ønsker.

5.5.5.6 Giver plejepersonalet patienten optimale forhold i spisesituationen?

Den deltagende sengeenhed har en fælles spisestue/dagligstue. Plejepersonalet motiverer patienterne til at indtage middagsmaden og aftensmaden her, dels ud fra en praktisk begrundelse, for *»hvis vi skal servere på gangen for alle 18 patienter, så bestiller vi ikke andet end at løbe med bakker«*, og dels ud fra et ønske om at skabe en social situation for patienten, *»for nogle patienter synes faktisk, at det er rart at komme i den dagligstue og sidde blandt andre«*. Der er også plejepersoner som synes, at denne ordning kan være en medvirkende årsag til, at patienterne får en bedre appetit og derved mere mad. Plejepersonalet udtrykker ligeledes, at det er godt for patienternes genoptræning at komme op i dagligstuen. Men der er tilsyneladende også en bagside ved, at patienterne spiser sammen. En nøgleperson i ernæring finder, *»at det er enormt tidskrævende. Det er meget tid, det er en hel time for seks mennesker. Det er seks timer, man bruger på middagssituationen. Det synes jeg nogle gange, det er meget ud af det daglige«*.

Det at samle alle patienter i spisestuen kan give plejepersonalet en række dilemmaer, for der *»kan jo være de patienter, der er lidt uhygiejniske og sidder og fedter rundt i maden, det tager jo appetitten fra de andre. Det er jo lidt blandet, fordi nogle gange så tænker jeg også 'for hvis skyld er det?'«*.

Plejepersonalet har diskuteret, hvordan de skal håndtere serveringssituationen, for *»det kan godt være lidt af et kaos oppe i spisestuen, bl.a. fordi patienterne nogle gange begynder at tage af maden, før vi når at få det hele serveret«*. Personalet har ikke opnået en fælles holdning til, hvordan de skal handle, men *»måske idealet om, at det skal serveres pænt, den går lidt fløjten«*. Derved kan det stå lidt hen i det uvisse, hvad der så skal gøres.

Det at give patienterne optimale forhold i spisesituationen fremstår ikke nemt for personalet. Dels er der individuelle hensyn at tage til eksempelvis patienter, der ikke spiser så pænt, og dels kan det være vanskeligt at etablere den ønskede ro og hygge omkring måltiderne, men personalet arbejder fortsat herpå.

5.6 Diskussion og sammenfatning af succeskriterierne

5.6.1 Indledning

De seks specificerede succeskriterier er essensen i anbefalingerne for institutionskost i Danmark og dermed den officielle udmelding om, hvordan ernæringsplejen bør udføres på landets sygehuse. For hvert af de seks succeskriterier sammenfattes efterfølgende, hvordan de tre deltagende sygehuse og sengeenheder efterlever succeskriterierne ved at sammenholde dem med kvalitative data fra individuelle og gruppeinterview. For det enkelte succeskriterium inddrages relevant litteratur, hvor en sådan eksisterer, i diskussionen. Afslutningsvis identificeres forhold i organiseringen af ernæringsplejen, der fremmer henholdsvis hæmmer en efterlevelse af succeskriterierne.

5.6.2 Er kosten en vigtig del af behandlingen uanset varigheden af indlæggelsen?

Dette spørgsmål fungerer som en samlende overskrift for de øvrige succeskriterier. Derfor er det naturligt at se på, hvilke overordnede rammer der er udstukket på de tre sygehuse mht. kostpolitik, da det er frivilligt, om man vil følge de officielle retningslinjer for ernæringsplejen. På sygehusniveau fremgår det tydeligt, at Sygehus C er længere fremme i forhold til Sygehus A og B mht. at have fokus på patienternes ernæring, idet der her er indført et kvalitetssikringsystem for ernæringsplejen. Beslutningen i H:S' bestyrelse om akkreditering, og herunder også akkreditering i forhold til et kvalitetssikringsystem for ernæringsplejen, har resulteret i, at ledelsen har fået et værktøj i form af interne audits til at indsamle viden om kvaliteten af ernæringsplejen på afdelingsniveau. Denne viden indsamles ved, at der ca. to gange årligt gennemføres interne audits, hvor fagpersoner, der ikke tilhører sengeafdelingen, på tilfældige tidspunkter gennemgår et bestemt antal tilfældigt udvalgte journaler. Herigennem registreres, hvilken dokumentation der er mht. patienternes ernæringspleje, hvordan der er handlet, og i hvilken grad målet er nået mht. at dække patienternes ernæringsbehov. Ud fra denne dokumentation er det muligt for sygehusets ledelse at gå i dialog med afdelingsledelsen, hvis sygehusledelsen finder, at der er behov for en optimering af ernæringsplejen. Dette ledelsesværktøj kan siges at være specielt anvendeligt på de sengeafdelinger, der ikke på eget initiativ sætter fokus på ernæringsplejen. På sengeafdelinger, der på eget initiativ sætter fokus på ernæringsplejen, kan systemet anvendes til at arbejde mod en yderligere sikring af, at ernæringsplejen har den ønskede kvalitet. På den deltagende sengeenhed på Sygehus C har ledelsen i mange år haft fokus på ernæringsområdet. Akkrediteringen kom her som en yderligere bekræftelse på, at de var på rette vej, og en støtte til det videre arbejde på ernæringsområdet.

I modsætning til Sygehus C har sygehusledelserne på Sygehus A og B ikke et ledelsesmæssigt værktøj, der på afdelingsniveau konkret kan anvendes til at vurdere, hvordan ernæringsplejen udføres. På Sygehus B sætter sygehusledelsen sin lid til, at den kostpolitik, der er vedtaget i det lokale Kost- og Ernæringsudvalg, også bliver implementeret på afdelingsniveau. På Sygehus A har arbejdet med kostpolitikken ligget i dvale, da udformningen af kostpolitikken fortsat diskuteres i amtet. Den overordnede kostpolitik er derfor endnu ikke formidlet til amtets sygehuse. Repræsentanten for sygehusledelsen på Sygehus A er klar over, at der mangler fokus på ernæringsplejen på afdelingsniveau, og håber, at indførelsen af et kvalitetssikringssystem for sygeplejen vil have en positivt afsmittende effekt på kvaliteten af ernæringsplejen. Dette kvalitetssikringssystem er imidlertid ikke målrettet mod ernæringsplejen, men mod en generel kvalitetssikring af sygeplejen.

På afdelingsniveau på Sygehus A er det tydeligt, at retningslinjerne for apopleksipatienter i høj grad har øget fokus på ernæring for denne patientgruppe. Afdelingssygeplejersken håber, at arbejdet med ernæringsplejen af apopleksipatienterne, der udgør ca. 10% af afdelingens patienter, vil smitte af på plejepersonalets arbejde med de øvrige patienters ernæringspleje. Patienter med kortvarige forløb får tilsyneladende ikke den store opmærksomhed mht. deres ernæringspleje, men overordnet har sygeplejegruppen på foranledning af afdelingssygeplejersken besluttet, at ernæringen er en vigtig del af sygeplejerskernes arbejde. Men i det praktiske arbejde, f.eks. i forhold til kontakten til køkkenet, tyder det på, at sygeplejerskerne prioriterer andre dele af patientplejen og ofte ikke har den fornødne tid til at varetage ernæringsplejen.

Ligeledes kan det undre, at en faglig interesse for patienternes ernæring i plejegruppen ikke udløser en øget kontakt til den kliniske diætist, der er en ressourceperson på ernæringsområdet. Som på de øvrige sygehuse viser det sig på Sygehus A, at personer med relation til ernæringsplejen, men som ikke er en del af plejegruppen (f.eks. kliniske diætister og økonomaassistenter), oplever, at social- og sundhedsassistenterne har et meget stort potentiale mht. at varetage patienternes ernæringspleje. På Sygehus C er der sengeafdelinger, som har taget konsekvensen heraf, da de har valgt social- og sundhedsassistenter som ressourcepersoner inden for ernæring, da denne faggruppe har udvist engagement og kompetence i udførelsen af ernæringsplejen.

På Sygehus B kommer køkkenpersonalet dagligt på sengeafdelingerne for at færdigtilberede og anrette maden. Dette er en unik driftsform. Køkkenpersonalet her udtrykker, at denne synliggørelse af køkkenets faglighed har betydet meget for, hvordan f.eks. plejepersonalet opfatter køkkenfunktionen, idet *»produktionskøkkenet nu ikke kun er et »appendiks« til organisationen, men en synlig og integreret del af organisationen«*. Dette har sandsynligvis resulteret i en øget opmærksomhed i plejegruppen på patienternes ernæringspleje. At patienterne kun er indlagt i kort tid, har tilsyneladende ikke på den deltagende sengeenhed på Sygehus B nogen negativ effekt på, hvilket fokus der er på ernæringsplejen: mange i plejegrupperne hæfter sig f.eks. ved, at ældre patienter selv på få dage med utilstrækkelig ernæring hurtigt kan blive yderligere svækkede, hvorimod tilstrækkelig næring ofte betyder, at patienterne *»kan komme på benene igen«*.

På Sygehus C er det fra sygehus- og klinikledelsens side klart udmeldt, at ernæringen er en vigtig del af behandlingen. På afdelingsniveau bliver »tiden« tilsyneladende den begrænsende faktor for, i hvor høj grad plejepersonalet har mulighed for at inddrage ernæringen aktivt. Den tid, der er til rådighed i plejen, kræver ofte, at plejepersonalet prioriterer opgaverne. Ernæringsplejen må her ofte vige for andre plejemæssige opgaver. For eksempel er nye tiltag fra køkkenet – som f.eks. en lun ret til patienterne om aftenen – strandet på, at plejepersonalet ikke mener, at de har tid til at give patienterne dette tilbud. Da køkkenpersonalet her ikke har den daglige kontakt til sengeafdelingerne, har de ikke selv mulighed for at påvirke anvendelsen af deres tilbud på afdelingsniveau. Måske i erkendelse af det tidsmæssige problem har afdelingsledelsen på den deltagende sengeenhed ansat en sygehjælper, der omkring aftensmåltidet tager ekstra hånd om patienternes ernæringspleje.

Lægernes rolle i ernæringsplejen på Sygehus A synes ikke at være fremtrædende ud fra de gennemførte interview⁷⁸. På Sygehus B er det derimod meget synligt, at det er vanskeligt at få lægerne til at ernæringsvurdere patienterne ved indlæggelsen. Dette indikerer, at lægerne ikke tænker på ernæringen som en del af behandlingen – i stedet *»behandler lægerne sig ud af det«*. På Sygehus C har sygeplejeledelsen i flere år kæmpet for at få lægerne til at inddrage ernæringen i behandlingen, hvilket dog ikke er lykkedes. Her har afdelingsledelsen nu i stedet fastholdt, at ernæringen er en vigtig del af behandlingen, men har klart defineret, at det er plejegruppens ansvar, hvor lægen så inddrages ved ordinationer og lign. På papiret har lægen fortsat det formelle ansvar.

78 Det skal her pointeres, at det ikke har været muligt at etablere interview med en ledende læge eller afdelingslæger på den deltagende sengeenhed.

På alle tre deltagende sygehuse – og i et enkelt amt – er der etableret tværfaglige kostudvalg, hvis overordnede opgave er at styrke arbejdet omkring patienternes ernæringspleje. Ud fra resultaterne i denne undersøgelse tyder det på, at disse kostudvalg i flere tilfælde ikke er synlige mht. at optimere ernæringsplejen på afdelingsniveau, ligesom det kan være vanskeligt at få information om udvalgenes arbejde. Hvis et kostudvalg arbejder aktivt med at optimere ernæringsplejen på afdelingsniveau – som på Sygehus B – viser denne undersøgelse, at deres initiativer i praksis kan være vanskelige at implementere på sengeafdelingerne. At der på et sygehus er nedsat en tværfaglig gruppe i et kostråd og lign., kan derfor ikke umiddelbart tages som et udtryk for, at der i organisationen sker et aktivt og konstruktivt arbejde med at optimere patienternes ernæringspleje.

Ud fra ovennævnte diskussion kan der identificeres flere forhold, der peger på, at behandlere og plejepersonale ikke arbejder ud fra, at kosten er en vigtig del af behandlingen uanset længden af indlæggelsestiden. I litteraturen findes der flere eksempler på, at patientens ernæringsmæssige situation ikke prioriteres højt blandt behandlere og plejepersonale (se f.eks. (165-169)). Nogle forfattere har for adskillige år siden efterlyst, at lægerne øger deres interesse for patienternes ernæringsmæssige tilstand (se f.eks. 170, 171). Ligeledes peger flere indlæg og studier på, at sygeplejegruppen opfatter ernæring som et lavstatusområde, hvor det er vanskeligt at få plejepersonalet aktivt inddraget i ernæringsplejen og gøre brug af køkkenets tilbud (se f.eks. 3, 172, 173). Enkelte forfattere går endda så langt som til at overveje, om det er en tilsigtet politik at sulte ældre patienter (se f.eks. (5)).

Sammenfattende må det konkluderes, at ikke alle faggrupper udviser et engagement mht. at inddrage ernæringen som en væsentlig del af plejen og behandlingen. Variationen i dette engagement – specielt på ledelsesniveau – har betydning for, hvilke rammer personalet på sengeafdelingerne har for at udføre ernæringsplejen. Plejepersonalets handlemuligheder inden for ernæringsplejen er dermed forskellige fra afdeling til afdeling.

5.6.3 Sammensætter plejepersonalet kosten individuelt efter patientens behov og ønsker?

Fleksibiliteten og servicen i patienternes ernæringspleje er i særklasse på Sygehus B på grund af køkkenets drift: køkkenpersonalet kommer dagligt på den deltagende sengeenhed for at færdigtilberede den varme middagsmad i sengeenhedens afdelingskøkken, for at rydde op i køleskabene og for at levere friske varer som brød, pålæg, drikkevarer, proteindrik og lign. Køkkenpersonalet følger maden helt frem til patienterne. Det giver mulighed for et positivt og konstruktivt samarbejde mellem køkkenpersonalet og plejepersonalet, hvor driften kan justeres i forhold til patienternes ønsker, uhensigtsmæssige menuer, kommentarer og lign. gennem den daglige personlige kontakt. Plejegruppen taler her om, at det vil være en katastrofe for deres mulighed for at udføre en optimal ernæringspleje, hvis køkkenets drift ændres.

På Sygehus B har sygehusledelsen for adskillige år siden besluttet, at patienterne skal tilbydes valgmuligheder i spisesituationen, som f.eks. valget mellem to varme retter til middag og to typer desserter. Det betyder, at der er et meget varieret tilbud til patienterne, som »*pr. automatik kommer ind ad døren*« til den deltagende sengeenhed. Ligeledes er det en ledelsesbeslutning, at plejepersonalet om aftenen smører aftensmaden til patienterne. Plejepersonalet erkender her, at de af tidsmæssige årsager har haft en vis modstand imod dette arbejde i starten. Men efterhånden kunne de se, hvilken betydning det havde for patienterne at få frisksmurt smørrebrød, hvor patienterne selv har valgt sammensætningen af brødtype, pålæg, tilbehør m.m.⁷⁹ Den deltagende sengeenhed på Sygehus B modtager et stort udbud af mad og drikke og høj fleksibilitet fra køkkenets side, hvilket resulterer i, at plejepersonalet i meget høj grad har mulighed for at opfylde patienternes individuelle ønsker og behov.

Et dilemma synes dog at tone frem i forhold til, i hvor stor udstrækning de forskellige personer i plejegrupperne mener, at de skal nøde småtspisende patienter. En garvet ildsjæl, der i 40 år har arbejdet på den deltagende sengeenhed på Sygehus B, har erfaret, at plejepersonalet ikke skal spørge småtspisende patienter, hvad de kunne tænke sig at spise. Det kan virke uoverkommeligt for patienten. I stedet skal plejepersonalet prøve sig frem med at servere små og indbydende måltider med et glas proteindrik, da patienten erfaringsmæssigt ofte indtager et sådant måltid. På den måde mener denne ildsjæl, at plejepersonalets faglighed på ernæringsområdet skal bruges. De yngre i plejegrupperne mener her, at det er vigtigt, at patienten selv bestemmer, og at det derfor er vigtigt at spørge patienten først, inden der serveres et måltid.

79 Ud fra de indsamlede data er normeringen på denne sengeenhed 1,0-0,92 plejeperson pr. normeret seng. På den deltagende sengeenhed på Sygehus A er normeringen 1,3 plejeperson pr. normeret seng. På den deltagende sengeenhed på Sygehus C er normeringen 0,95 plejeperson pr. normeret seng (afsnit 5.3.4, 5.4.4 og 5.5.4). Normeringerne er ekskl. studerende og elever.

Udbuddet til patienterne og samarbejdet mellem faggrupperne i køkkenet og på de deltagende sengeenheder på Sygehus A og C står i kontrast til forholdene på den deltagende sengeenhed på Sygehus B. Patienterne på Sygehus A og C har meget begrænsede valgmuligheder i selve spisesituationen – dog undtaget morgenmaden, hvor udbuddet også her er bredt. På Sygehus A kan det siges, at patienterne har en valgmulighed mellem »sygehuskost« og »normalkost«, men oftest har plejepersonalet her på forhånd valgt, hvilken kostform patienten skal have. På den deltagende sengeenhed på Sygehus C får hovedparten af patienterne »sygehuskost«, hvor der fra køkkenets side er valgmuligheder med hensyn til tilbehør som ris, kartoffelmos eller kartofler, men i spisesituationen er der oftest ikke valgmuligheder for patienten.

Modsat sygehusledelsen på Sygehus B har sygehusledelserne på Sygehus A og C ikke besluttet, at patienterne skal præsenteres for reelle valgmuligheder i spisesituationen, men repræsentanten for sygehusledelsen på Sygehus C udtrykker, at ledelsen mener, at patienterne har valgmuligheder gennem differentierede tilbud i frostsorimentet, som plejepersonalet individuelt kan opvarme til patienterne. Men omfanget af tilbuddene i fryseren og personalets tid sætter her ofte en grænse for, hvor optimalt denne mulighed for individuel ernæringspleje fungerer. Dette underbygges af, at den deltagende sengeenhed på Sygehus C anvender en frostret til en patient hver 80. sengedag. Den deltagende sengeenhed på Sygehus A har i 2002 bestilt frostretter fra produktionskøkkenet i et antal, der svarer til en frostret pr. patient hver 6. sengedag. Paradoksalt nok svarer forbruget af frostretter på sengeenheden på Sygehus B til forbruget af frostretter på den deltagende sengeenhed på Sygehus A – på trods af de mange valgmuligheder til måltiderne på Sygehus B.

Fra alle produktionskøkkenernes side udtrykkes der ønske om at yde den bedste service over for patienterne. Men køkkenpersonalet f.eks. på Sygehus C oplever, at eksisterende tilbud og nye tiltag fra produktionskøkkenet ikke bliver indført, da plejepersonalet ikke kan overskue at bruge tid på det. Et eksempel herpå er servering af en lun ret om aftenen, der ikke kan gennemføres i praksis på sengeafdelingerne.

Småtpisende patienter har i høj grad behov for, at en stor del af deres energi- og proteinindtagelse tilbydes som drikkevarer. Ud fra de indsamlede data i produktionskøkkenerne er det muligt at få et indblik i, i hvor høj grad de deltagende sengeenheder anvender tilskudsdrikke. På de deltagende sengeenheder på henholdsvis Sygehus A, B og C er der i gennemsnit pr. patient pr. dag bestilt 100 ml, 275 ml og 450 ml tilskudsdrikke, hvilket svarer til henholdsvis $\frac{3}{4}$, to og tre glas pr. patient pr. dag⁸⁰. Disse tal tyder på, at tilbuddene om tilskudsdrikke fra produktionskøkkenerne til småtpisende patienter ikke udnyttes optimalt på alle deltagende sengeenheder. Som beskrevet af en klinisk oversygeplejerske underbygger dette tal, at der på den deltagende sengeenhed på Sygehus C anvendes »et hav af tilskudsdrikke for at supplere kosten med protein og energi, som personalet er blevet undervist i.

På den deltagende sengeenhed på Sygehus A kan køkkenpersonalet have vanskeligere ved at trænge igennem med deres tilbud til patienterne, da det er plejepersonalet, der skal viderebringe tilbuddene og servere dem for patienterne. Ligeledes kan køkkenpersonalet have svært ved at få tilbagemeldinger vedrørende patienternes mening om maden. Da der på de deltagende sengeenheder på Sygehus A og C ikke er en daglig kontakt – men nærmere en meget sporadisk kontakt – mellem plejepersonalet og køkkenpersonalet, kan det være svært for køkkenpersonalet at udvikle deres service over for patienterne. Her kan det siges, at køkkenpersonalet på Sygehus A og C har vanskeligt ved at få reel indflydelse på, hvordan personalet på sengeafdelingerne anvender den vifte af kosttilbud, som køkkenerne producerer. På Sygehus B derimod indgår køkkenpersonalet aktivt i præsentationen af kosttilbuddene på sengeafdelingerne.

Selve udformningen af bestillingssystemet på sygehus A og C kan yderligere være en faktor, der er begrænsende for, i hvor høj grad produktionskøkkenets tilbud anvendes. På Sygehus C er det hyppigt en sekretær, der forestår en stor del af bestillingerne, uden at hun i arbejdsfunktionen har direkte kontakt til patienterne og produktionskøkkenet. På Sygehus A foretages bestillingerne i samarbejde mellem forskellige faggrupper, hvilket for den enkelte kan gøre det vanskeligt at have overblik over, hvad der er bestilt til hvem og hvornår. På Sygehus B foretager plejepersonalet kun bestilling af antallet af portioner og evt. specielle retter, mens det er køkkenpersonalet, der sørger for, at der leveres forskellige tilbud til patienterne.

Generelt gælder det for alle tre produktionskøkkener på de tre deltagende sygehuse, at der produceres en bred vifte af tilbud til forskellige patientkategorier. Specielt til den småtpisende patient, som måske ikke tygger så godt, er der tilbud som koldskål, hjemmelavet proteindrik, kartoffelmos (evt. beriget med protein og energi),

80 Der er i denne opgørelse ikke taget højde for, om det er en tilskudsdrik, køkkenet har produceret, eller om der er tale om et kommercielt produkt. De kommercielle produkter er typisk tre til fem gange dyrere end tilskudsdrikke fremstillet i sygehusets eget køkken.

findelte middagsretter, grød, suppe osv. Det kræver derfor en vis indsigt og overblik fra plejepersonalets side at kunne anvende dette system optimalt i forhold til patienterne.

5.6.4 Følges patientens ernæringsstatus under indlæggelsen, og handler afdelingens personale herpå?

På Sygehus A fremgår det, at gruppen af apopleksipatienter på den deltagende sengeenhed bliver ernæringsvurderet ved indlæggelsen. Dette sker på baggrund af kliniske retningslinjer, som er udarbejdet på området. For de øvrige patientgrupper (ca. 90% af patienterne) findes der ikke overordnede retningslinjer for at ernæringsvurdere patienterne. I udkastet til kostpolitik på Sygehus A er det præciseret, at patienterne skal vurderes ernæringsmæssigt ved indlæggelsen. Men dels er der ikke sket en endelig bearbejdning og vedtagelse af kostpolitikken, og dels er der ikke fra ledelsesmæssig side taget initiativ til aktivt at implementere indholdet i kostpolitikken. Fra sygehusledelsens side er der håb om, at et kvalitetssikringsprojekt i sygeplejen vil have en positivt afsmittende effekt på ernæringsplejen.

På den deltagende sengeenhed på Sygehus B har plejepersonalet på en sengeafdeling (dvs. halvdelen af den deltagende sengeenhed) i en forsøgsperiode arbejdet med at ernæringsvurdere patienterne ved indlæggelsen. Plejepersonalet er her stødt på det problem, at det er vanskeligt at etablere en aktiv indsats fra lægelig side. Plejepersonalet oplever, at lægerne ikke finder ernæringen vigtig. Plejepersonalet har oplevet det dilemma at opfordre lægen til at ernæringsvurdere en patient og »få skæld ud af lægen« for denne opfordring! En medicinsk overlæge på sengeenheden, der er engageret i ernæring, konkluderer ligeledes, at »ernæringen ikke fungerer med lægerne«. I stedet foreslår han, at det bør være en bestemt person på sengeafdelingen, der dels står for at ernæringsvurdere patienterne, og dels står for at følge op på vurderingerne. En sygehjælper, der er en ildsjæl på området, er den person på den deltagende sengeenhed, der sikrer, at der er fokus på småtspisende patienters ernæring. Overlægen efterlyser i højere grad at få støtte af det amtslige kostudvalg, hvorfra han imidlertid ikke har hørt noget i en meget lang periode. Efter en ihærdig indsats i en årrække på ernæringsområdet har denne medicinske overlæge derfor smidt »klædet i ringen« og resigneret, da han har indset, at det ikke er muligt at inddrage lægerne. Som et alternativ til den manglende ernæringsvurdering udtrykker en del sygeplejersker, at de i stedet sætter deres lid til deres »kliniske blik« som en vurdering af patienternes ernæringsmæssige risiko, som de kan handle på.

I forhold til Sygehus A og B er der på Sygehus C helt klare overordnede retningslinjer, der foreskriver, at alle patienter skal ernæringsvurderes (screenes) ved indlæggelsen. Dette ligger i forlængelse af akkrediteringsprocessen i H:S, som Sygehus C er en del af. På den deltagende sengeenhed på Sygehus C udløser vurderingen af patienternes ernæringsstatus ofte, at patienten efterfølgende skal kostregistreres i tre døgn for at vurdere, hvor meget energi og protein patienten indtager. Disse retningslinjer kræver en del ressourcer af plejepersonalet, idet personalet skal sætte sig ind i anvendelsen af arkene til screeningen og gennemførelsen af kostregistreringen. Mht. kostregistrering er plejepersonalet i dagvagten meget afhængigt af, at aftenvagten fortsætter de kostregistreringer, der er påbegyndt om morgenen. Her tyder det på, at personalet i aftenvagten kan have svært ved at afsætte ressourcer til at gennemføre disse registreringer.

Når kostregistreringerne efter tre hele døgn er gennemført, viser der sig ofte det paradoks, at der ikke bliver evalueret på de indsamlede data vedrørende patienternes næringsindtagelse. På de deltagende sengeenheder på Sygehus B og C forsøger nøglepersoner/ildsjæle i ernæring at komme på banen over for kollegaerne, så der bliver handlet på resultatet af kostregistreringerne. Flere i plejegrupperne udtrykker, at de ikke har tilstrækkelig tid til at tage hånd om patienternes ernæringspleje på en tilfredsstillende måde. Da nøglepersonerne i ernæring fungerer som rådgivere for den øvrige plejegruppe, har de ingen mulighed for konkret at gå ind i kollegaernes arbejde med patienternes ernæringspleje, hvis kollegaerne ikke selv opfordrer hertil – og finder, at der er tid hertil. Nøglepersonerne/ildsjælene udtrykker, at det kan være en vanskelig rolle, hvor de skal balancere mellem at sikre fokus på patienternes ernæringspleje og samtidig bibeholde et positivt forhold til kollegaerne.

Sammenfattende kan det konkluderes, at patienternes ernæringsstatus vurderes systematisk på en af de tre deltagende sengeenheder. De kvalitative data fra denne sengeenhed tyder dog på, at det kan være vanskeligt at få handlet på observationerne. Hvis der handles, serveres der meget ofte proteindrikke. I en danske undersøgelse af kvaliteten på medicinske afdelinger er journaler fra 1.517 medicinske patienter gennemgået (174). For halvdelen (51,5%) af patienternes vedkommende viser det sig, at der ikke »foreligger skriftlige oplysninger om ernæringstilstanden vurderet af læge eller sygeplejerske«, og 48,8% af patienterne er ikke blevet vejret under indlæggelsen. Der foreligger i undersøgelsen ikke oplysninger om, hvordan der efterfølgende er handlet ernæringsmæssigt på den gruppe af patienter, der har fået vurderet deres ernæringsstatus (174). En

manglende dokumenteret vurdering af patienternes ernæringsstatus forekommer således hos en stor del af alle medicinske patienter. I sammenhæng med disse resultater er det relevant at fremføre, at internationale artikler beskriver, at der ikke altid er overensstemmelse mellem det personalet giver udtryk for, de gør for at følge patienternes ernæringsstatus (såsom at veje patienten), og det der rent faktisk bliver udført (se f.eks. (168, 175, 176). En journalgennemgang – evt. gennemført som en intern audit – hvor oplysninger om handlinger med relation til patientens ernæringsstatus indsamles, synes derfor at være en farbar vej for kvalitetssikring på ernæringsområdet.

5.6.5 Er der en klar ansvars- og opgavefordeling i ernæringsplejen?

I »Anbefalinger for den danske institutionskost« (14) er det beskrevet, hvilket ansvar lægen har i forhold til patientens ernæringspleje:

- Lægen skal løbende vurdere patientens ernæringstilstand og ordinere patientens kost
- Lægen skal sikre, at ernæringen betragtes som et lægeligt anliggende og som et vigtigt led i den medicinske behandling
- Lægen skal motivere afdelingens personale i denne henseende
- Lægen skal sikre næringstilførsel til de patienter, der ikke kan spise selv (dvs. sonde- og intravenøsernæring).

På den deltagende sengeenhed på Sygehus C er man – på det ledelsesmæssige plan som i den praktiske udførelse af ernæringsplejen – nået langt i forhold til at arbejde med, hvordan denne ansvarsplacering i *praksis* fungerer. Klinikledelsen har placeret ansvaret for ernæringen i plejegruppen i erkendelse af, at lægerne ikke kan – og ikke bør – gå aktivt ind i patienternes ernæringspleje, når der er tale om en dækning af patienternes behov for næring. En ressourceperson på ernæringsområdet udtrykker det på følgende måde: *»Man behøver ikke at gøre en behovsdækning akademisk«*. Klinikledelsen på den deltagende sengeenhed på Sygehus C arbejder nu på at *»få gjort plejegruppen bevidst om, at det er deres ansvar«*. Men fortsat er der en bevidsthed i hele personalegruppen om, at ernæringen er et tværfagligt fokusområde. Dette træder frem ved, at lægen bliver inddraget, når der kræves en ordination til sonde- eller intravenøs ernæring. På den deltagende sengeenhed er det ofte social- og sundhedsassistenter, der som nøglepersoner varetager specielle funktioner i ernæringsplejen. Det er her erfaringen, at social- og sundhedsassistenterne meget ofte er en faggruppe, der udviser et stort engagement og ansvar i forhold til opgaverne i ernæringsplejen. Klinikledelsen udtrykker, at det ligefrem er en fordel, at social- og sundhedsassistenterne i højere grad har ernæringsplejen som et selvstændigt ansvarsområde, da *»sygeplejerskerne så i højere grad har tid til andre områder i plejen, som social- og sundhedsassistenterne ikke kan varetage«*.

På den deltagende sengeenhed på Sygehus B forsøger plejepersonalet at arbejde ud fra de officielle anbefalinger mht. lægens rolle i ernæringsplejen. Men trods en ihærdig indsats fra forskellige ildsjæle er det ikke lykkedes, da *»lægenes ansvar for ernæring jo aldrig er trængt ind i lægeopgaverne«*. Plejepersonalet efterlyser, at lægerne – i stedet for at se underernæring som et symptom – aktivt handler på at rette op på ernæringstilstanden. Her oplever plejepersonalet, at der ikke bliver taget hånd om patienternes ernæringstilstand, hvis de ikke tager hånd om det. Det oplever de som frustrerende, da de officielle retningslinjer beskriver, at lægerne skal foretage en vurdering af patienternes ernæringsstatus og følge op på denne. Nogle sygeplejersker på den deltagende sengeenhed på Sygehus B vender det positivt, da de her ser et område i patientplejen og behandlingen, hvor de i høj grad kan handle selvstændigt.

Til at skubbe kollegaer i gang og vedholdende huske dem på at have fokus på patienternes ernæringspleje bliver der fra alle informanter på Sygehus B nævnt en sygehjælper som sengeenhedens ressourceperson og ildsjæl inden for ernæring. Af interesse og indsigt har hun påtaget sig et stort ansvar for, at personalet bevarer fokus på ernæring. Det værdsættes i høj grad af hendes kollegaer og den medicinske overlæge, der ønsker øget fokus på ernæringsområdet. Men denne ildsjæl oplever – tilsvarende nøglepersonerne på Sygehus C – at det ikke altid er nemt gennem dialog og forsigtige påmindelser at få ens kollegaer til optimalt at tage hånd om eksempelvis småtspisende patienters ernæringspleje. De informanter, der på Sygehus B er engagerede i ernæringsplejen, har gjort sig nogle tanker om ansvarsplaceringen. De mener, at ansvaret skal placeres hos én engageret person, som ikke nødvendigvis er sygeplejerske, men *»det kan være en køkkenuddannet person eller i virkeligheden hvem som helst, som sættes ind i problemet«*.

På den deltagende sengeenhed på Sygehus A tyder data ikke på, at plejepersonalet bevidst har arbejdet med at inddrage lægerne i ansvaret for ernæringsplejen af alle patienter. Dette er måske et udtryk for, at den overordnede kostpolitik på Sygehus A ikke er endeligt godkendt og derfor ikke formidlet til afdelingerne.

På den deltagende sengeenhed betragtes ernæringspleje som en del af det sygeplejefaglige arbejde, hvori serviceassistenterne imidlertid i høj grad er involverede, og deres arbejdsindsats fremstår som en væsentlig ressource i den praktiske udførelse af opgaver inden for ernæringsplejen. Repræsentanten for sygehusledelsen på Sygehus A udtrykker også, at netop denne faggruppe har et potentiale for i højere grad at indgå i den praktiske udførelse af ernæringsplejen. Serviceassistenterne har dog mange forskelligartede arbejdsopgaver, såsom at klargøre maden i forbindelse med måltiderne, bestille diverse levnedsmidler, rengøring, sengevask, transport af patienter til og fra undersøgelse og genoptræning m.m. Disse arbejdsopgaver falder undertiden tidsmæssigt sammen, hvorfor opgaver inden for kostforplejningen ofte bliver tilsidesat.

Personalet på to ud af de tre deltagende sengeenheder har mulighed for at henvise patienter i ernæringsmæssig risiko til klinisk diætist. Ved en sådan henvisning vil diætisten typisk lave en individuel plan for patientens ernæringspleje. De kvalitative data tyder imidlertid på, at plejepersonalet ikke konsekvent anvender den viden, de kliniske diætister bidrager med, ligesom plejepersonalet ikke konsekvent følger op på den kliniske diætists anvisninger, såsom at følge patientens vægt. Plejepersonalets manglende inddragelse af de kliniske diætister i ernæringsplejen ses både på det praktiske plan i den konkrete ernæringspleje på sengeafdelingerne og f.eks. i udarbejdelsen af dokumentationsmateriale til registrering og vurdering af patienternes ernæringsstatus samt i den udførte ernæringspleje.

På de tre deltagende sengeenheder er der stor forskel på karakteren af kontakten til produktionskøkkenet. På Sygehus B er der en daglig kontakt mellem køkkenpersonalet og sengeafdelingerne. Dette har tydeligvis resulteret i, at der er en gensidig forståelse for de involverede faggruppers arbejde – en forståelse, der anvendes positivt til at sikre, at patienterne får optimale tilbud fra køkkenet. Denne ordning har på Sygehus B fungeret siden 1989, og specielt køkkenpersonalet udtrykker, at der inden denne ændring var *»en stor, stor afstand mellem køkkenet og afdelingerne«*, hvor der *»sådan var lidt krig på kniven, hver gang der blev ringet fra afdelingerne«*. Køkkenpersonalet på Sygehus B følger nu deres produkter fra råvarer og helt frem, til maden præsenteres for patienten. Denne drift har resulteret i en stor ansvarsfølelse hos køkkenpersonalet, der også har fået en øget forståelse for de problemer, plejepersonalet kan have i forbindelse med at servere for patienterne, idet de gennem den daglige kontakt selv oplever sådanne situationer.

På Sygehus A er der derimod en begrænset kontakt mellem produktionskøkkenet og den deltagende sengeenhed. Den hyppigste kontakt kommer i stand ved, at serviceassistenten ringer til køkkenet for at klare diverse spørgsmål og problemer. Kontaktpersonen fra produktionskøkkenet kommer sjældent på den deltagende sengeenhed, da hendes arbejdstid ikke giver mulighed for opsøgende arbejde⁸¹. På den deltagende sengeenhed ønsker afdelingssygeplejersken at have øget fokus på ernæringsplejen og vil derfor gerne fra plejegruppen have valgt nogle kontaktpersoner, som er sengeenhedens bindeled til produktionskøkkenet. På interviewtidspunktet er der imidlertid ikke den store interesse for denne opgave ud over interessen fra afdelingssygeplejersken selv og en serviceassistent. Den sparsomme kontakt mellem produktionskøkkenet og sengeenheden resulterer undertiden i problemer med at få gennemført korrekte bestillinger i det elektroniske bestillingssystem. Mange forskellige personalegrupper skal anvende bestillingssystemet, og fra køkkenets side er der afholdt kurser for nøglepersoner på afdelingen. Herefter forventes det, at disse personer på deres egen sengeafdeling lærer fra sig. Problemer med hyppig udskiftning i personalegruppen, indførelse af nye regler for bestilling osv. er der fra centralt hold ikke taget højde for.

På Sygehus C har kontakten mellem sengeafdelingen og køkkenet en sporadisk karakter, idet produktionskøkkenets kontaktperson besøger sengeafdelingerne, når sengeafdelingerne tilkendegiver behov herfor. Plejepersonalet på den deltagende sengeenhed kender ikke kontaktpersonen eller andre personer i produktionskøkkenet. Eksempelvis giver det sig udtryk i, at personalet på sengeenheden ikke er fortrolig med at give tilbagemeldinger til produktionskøkkenet. Undertiden har plejepersonalet oplevet at få et negativt respons ved kontakt til produktionskøkkenet. Men lidt paradoksalt efterlyser ledelsen i køkkenet i høj grad tilbagemeldinger fra sengeafdelingerne, da produktionskøkkenet uden en tilbagemelding på gode og dårlige *»oplevelser«* i menuerne har vanskeligt ved at optimere køkkenets tilbud til patienterne. Men køkkenet modtager ikke tilbagemeldinger fra plejepersonalet vedrørende eksempelvis menuer, hvor patienterne ikke kan tygge kødet. Følelsen af *»krig på kniven«* mellem køkkenet og sengeafdelingerne, som personalet på Sygehus B beskriver, at de havde tidligere, før køkkenpersonalet fik deres naturlige gang på sengeafdelingerne, kan ikke afvises at være til stede på Sygehus C. Driftsformerne i kostforplejningen på Sygehus A og C synes ikke at styrke kontakten og samarbejdet mellem produktionskøkkenerne og sengeenhederne, mens der på Sygehus B er etableret et fagligt fællesskab, der sikrer, at køkkenets kosttilbud tilrettes patienternes ønsker og behov.

81 Kontaktoordningen mellem køkkenet og sengeafdelingerne på hele sygehuset fungerer kun på to sengeafdelinger, der ikke omfatter den deltagende afdeling. Arbejdstiden, der er afsat til, at køkkenpersonalet kan komme på afdelingerne, er meget begrænset pga. arbejdspresset i produktionskøkkenet.

I »Anbefalinger for den danske institutionskost« spiller lægen som tidligere nævnt en væsentlig og overordnet rolle. Ud fra denne undersøgelse peger flere resultater på, at lægen i praksis ikke påtager sig denne rolle. Dette kan føre til gnidninger og uoverensstemmelser mellem behandlere og plejepersonale, da teori og praksis på området ikke stemmer overens. I det fremtidige arbejde med at definere ansvars- og opgavefordelingen i ernæringsplejen kunne det være frugtbart at se på, hvordan denne fordeling i praksis bedst udmøntes, og herudfra omformulere anbefalingerne. Ved en evt. revidering af ansvarsområderne kunne der eksempelvis opsættes en ramme for de forskellige ansvarsområder og opgaver. Herefter kunne det i den enkelte organisation vurderes og besluttes, hvem der reelt vil og kan påtage sig ansvaret for de forskellige opgaver i ernæringsplejen.

I fordelingen af ansvar og opgaver er det ligeledes centralt at være opmærksom på, at en relativt stor personaleudskiftning sandsynligvis har stor indflydelse på kvaliteten i udførelsen af ernæringsplejen, da der er tale om et kollektivt ansvar. På de deltagende sengeenheder på Sygehus A og C er der i 2002 en personaleudskiftning i plejegrupperne på henholdsvis ca. 30 og 50%. Den viden om udførelsen af ernæringsplejen, der eksisterer på sengeenheden, er fordelt på alle i plejegruppen. Denne viden fastholdes oftest ikke som en samlet viden, der kan videregives til det nye plejepersonale⁸². I et tidligere studie er det netop belyst, at en stor personaleudskiftning i plejegruppen – med deraf følgende vanskeligheder ved at fastholde viden – kan virke hæmmende for udførelsen af en optimal ernæringspleje (3). Det kan derfor for en nyansat være vanskeligt at tilegne sig viden om området – hvis den nyansatte ønsker det, og har tiden hertil – og det kan være vanskeligt for det øvrige personale at videregive denne viden, hvis de ikke selv har overblikket over eksempelvis kostformer, tilskudsdrikke osv., der kan tilbydes patienterne. Da der samtidig sker en prioritering af opgaver i plejepersonalets arbejde, hvor ernæringsplejen oftest ikke prioriteres højest, vil det sandsynligvis i negativ retning påvirke den daglige udførelse af opgaverne i ernæringsplejen, som f.eks. sikringen af, at småtspisende patienter gives hyppige mellemmåltider.

Flere studier peger på, at en ansvarsfordeling i ernæringsplejen, hvor flere har ansvaret, resulterer i, at få i personalegruppen reelt påtager sig ansvaret (se f.eks. (3, 176-178)). En organisatorisk model, hvor én engageret person varetager arbejdsfunktionerne i ernæringsplejen enten for hele afdelingen (178) eller specielt for gruppen af småtspisende patienter (113), kunne være en farbar vej. I litteraturen beskrives det, at det i højere grad er ikke-plejepersonale, der varetager arbejdsfunktioner i forbindelse med at anrette og servere maden for patienterne (3, 5, 166, 173). Herved frigives sygeplejefaglige funktioner, som ikke omfatter ernæringsplejen (se f.eks. (179)).

Som det fremgår af resultaterne, er det ofte social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere eller serviceassistenter, der udviser et stort ansvar og engagement i patienternes ernæringspleje. De skaber f.eks. kontakt til køkkenpersonalet, føler et ansvar for, at maden serveres pænt, er nøglepersoner på ernæringsområdet osv. Arbejdet med at optimere patienternes ernæringspleje på afdelingsniveau kunne derfor med fordel ske gennem øget fokus på at inddrage disse personalegrupper. I rapporten fra indenrigs- og sundhedsministerens rådgivende udvalg »Barrierer for mere effektiv arbejdstilrettelæggelse på sygehusene« påpeges det netop, at der mellem sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter i dag eksisterer en række misforståelser om arbejdsdelingen, og der er et betydeligt potentiale for at ændre denne (180). Arbejdstilrettelæggelsen i forhold til ernæringsplejen kunne her blive et fokusområde, hvor social- og sundhedsassistenter tildeles et selvstændigt ansvar. Hertil skal det nævnes, at nogle sengeafdelinger allerede i dag giver social- og sundhedsassistenterne et selvstændigt ansvar (se f.eks. (181)).

5.6.6 Er maden kulinarisk attraktiv og ernæringsmæssigt dækkende?

Driften i produktionskøkkenet på Sygehus B adskiller sig væsentligt fra de to øvrige produktionskøkkener. I kraft af at køkkenpersonalet på Sygehus B kommer på sengeafdelingerne for at færdigtilberede maden, vurderer køkkenpersonalet, at kvaliteten af den producerede mad er højnet. De ser slutresultatet af deres arbejde – maden – når den serveres for patienterne. Det betyder, at de anstrenger sig for, at maden er kulinarisk attraktiv. På Sygehus B har køkkenpersonalet ikke mulighed for at lave næringsberegninger på deres menuer, men køkkenpersonalet her vil hellere arbejde på, at »maden er, så patienterne kan li' den, frem for at den er næringsrigtig hver dag – så er det måske ikke noget, de gider spise«. Den ledende økonoma på Sygehus B påpeger ligeledes det forhold, at patienternes valgmuligheder i spisesituationen er med til at sikre, at patienterne får en ernæring, der dækker patienternes næringsbehov. De mange valgmuligheder, patienterne har til det enkelte måltid, kombineret med, at køkkenet leverer til sengeenheden en gang i døgnet, betyder, at plejepersonalet 24 timer i døgnet har mulighed for at tilbyde patienterne mange forskellige typer måltider.

82 På den deltagende sengeenhed på Sygehus C sker dette dog gennem obligatoriske ernæringskurser for nyansatte.

I modsætning til Sygehus B bliver der i produktionskøkkenerne på Sygehus A og C beregnet næringsindhold i diverse menuer, for at sikre at næringsindholdet over et døgn stemmer med anbefalingerne for »sygehuskost« og »normalkost«. På Sygehus A og C sendes den producerede mad over til sengeafdelingerne, hvorefter produktionskøkkenerne ikke mere har nogen indflydelse på, hvordan maden bliver anrettet og serveret for patienterne. Disse produktionskøkkener har f.eks. gennem produktion af billedmateriale forsøgt at formidle, hvordan de ønsker, at maden skal serveres. Men hvordan maden serveres, hvor meget patienterne spiser, og hvad patienterne synes om maden, får køkkenpersonalet meget sjældent kendskab til. De teoretiske næringsberegninger, der er udarbejdet i produktionskøkkenerne, er derfor ikke udtryk for, hvordan patienterne får dækket deres næringsbehov i løbet af døgnet.

Valgmulighederne og tilgængeligheden af mange forskellige typer måltider i døgnet 24 timer, som beskrevet på Sygehus B, kan ikke siges at være til stede på Sygehus A og C. Her er der oftest kun det aktuelle måltid til rådighed, som menuplanen fremviser. En del fra plejegrupperne på de deltagende sengeenheder på Sygehus A og C efterlyser også at have flere valgmuligheder til patienterne. Plejepersonalet har her ofte ikke mulighed for at tilbyde andet end frostretter og måske enkelte desserttyper. Hertil kan siges, at produktionskøkkenerne på Sygehus A og C har et stort udvalg af desserter og mellemmåltider, som kan tilbydes patienterne. Men for at patienterne kan opleve denne valgmulighed, kræves det, at plejepersonalet har informeret patienten om valgmulighederne, og at det ønskede måltid (samt evt. tilbehør som tartelet til tarteletfyld) er bestilt til afdelingen og serveres for patienten.

På Sygehus B er det bemærkelsesværdigt, at plejepersonalet om aftenen smører maden efter den enkelte patients ønske. Plejepersonalet udtrykker her klart, at de oplever, at aftensmaden er kulinarisk attraktiv for patienterne, da de får frisksmurt smørrebrød efter eget valg⁸³. På de to øvrige sygehuse fremstilles den kolde aftensmad (smørrebrødet) i produktionskøkkenerne i løbet af arbejdsdagen. Den kulinariske værdi af dette smørrebrød kan ikke altid betegnes som optimal ifølge informanterne, da smørrebrødet kan være »tørt og vende begge ender opad«.

På Sygehus C har sygehusledelsen valgt at ansætte en kok som chef i produktionskøkkenet. Intentionen er, at det over tid gerne skulle resultere i, at maden får et kvalitetsløft. Men det økonomiske, indkøbsmæssige og produktionsmæssige råderum for kokken synes meget begrænset, for »det kører meget stramt« med »27 kroner om dagen til en hel kost«⁸⁴. Ligeledes er der indgået langvarige indkøbskontrakter, der er hindrende for produktionskøkkenets handlefrihed. Men kokken arbejder bevidst ud fra, at køkkenet er »en serviceorganisation på sygehuset«.

Da den kulinariske værdi af et måltid i høj grad er koblet til de økonomiske midler, der er til rådighed, kan det ikke udelukkes, at de økonomiske rammer for produktionskøkkenerne i høj grad er afgørende for slutresultatet. Generelt er økonomien i de tre produktionskøkkener stram. I budgettet har køkkenerne i gennemsnit 32 kroner til indkøb af råvarer pr. patient pr. dag. I forhold til de faste udgifter, der under en indlæggelse kan betegnes som »hotel-omkostningerne«, dvs. mad, pleje, linned, rengøring, bygninger og lign.⁸⁵, udgør udgifterne til råvarer ca. to procent⁸⁶. Når råvarerne tænkes ind som »det brændstof, patienten skal køre på og få kræfter af«, vil det i en optimering af ernæringsplejen være relevant at se på, om fordelingen af ressourcer til produktionskøkkenerne er tilfredsstillende i forhold til ernæringens betydning for patienten.

Mht. om maden er ernæringsmæssigt dækkende, viser denne undersøgelse, at køkkenerne oftest ikke har mulighed for at vurdere, hvordan deres teoretiske næringsberegninger holder i praksis, da de ikke følger deres produktion frem til patienterne. Men behovet for at øge fokus her synes at være til stede, da adskillige undersøgelser peger på, at patienterne ikke indtager tilstrækkeligt med mad og drikke til at dække deres behov for protein og energi (se f.eks. (3, 11, 105)).

5.6.7 Giver plejepersonalet patienten optimale forhold i spisesituationen?

På alle tre deltagende sengeenheder er der indrettet spisestuer til patienterne, hvor plejepersonalet søger at få så mange patienter som muligt til at spise hovedmåltiderne – dog undtaget morgenmaden. Her prøver personalet at skabe en hyggelig atmosfære for patienterne. Personalet lægger megen tid og mange kræfter i at servere hovedmåltiderne.

83 Ud fra de indsamlede data fremgår det ikke, at normeringen af plejepersonale er højere her end på de to øvrige sengeenheder. Se fodnote 79.

84 Pris eksklusive kolonialvarer.

85 Se afsnit 7.4.

86 Hvis udgifter til behandling medtages, udgør udgiften til råvarer en endnu mindre procentdel af omkostningerne.

På Sygehus A – hvor spisestuen er indrettet i en tidligere sengestue – kan middagssituationen være præget af, at der er trang plads til madvognen og kørestolspatienter, og tidsplanen for servering af måltidet kører meget stramt. For nogle patienter er det at spise sin middagsmad i spisestuen en del af genoptræningen. På Sygehus C fremstår det, som om plejepersonalet helst ser, at patienterne indtager deres hovedmåltider (undtagen morgenmaden) i spisestuen, ligeledes som et led i deres genoptræning. Nogle gange er det imidlertid ikke let for personalet at få alle patienter til at indtage måltidet på en hygiejnisk måde, så medpatienter ikke mister appetitten. En nøgleperson på ernæringsområdet på den deltagende sengeenhed på Sygehus C har ligeledes spekuleret over, om personalet opnår det, de ønsker – nemlig at give patienterne selskab og dermed en øget lyst til maden – ved at bede patienterne om at spise i spisestuen, for *»virker det positivt på patienterne, eller er det blot noget personalet tror?«*.

På Sygehus A anvendes følgende driftsform ved middagsmåltidet: madvognen kommer til afdelingen, maden bliver øst op af en serviceassistent, og plejepersonalet går med bakker og serverer for patienterne. Madvognen bliver sendt retur på et bestemt tidspunkt (efter ca. 50 minutter). Det varme middagsmåltid bliver serveret under et vist tidspres. På Sygehus B er man gået bort fra denne driftsform for adskillige år siden: den varme mad serveres i dag over en længere periode, da madvognen ikke skal retur til køkkenet. Plejepersonalet på den deltagende sengeenhed på Sygehus B oplever en større ro omkring måltidet, for nu er *»der nærmest ikke nogen slutning på, for det er, når vi er færdige«*. Patienterne får nu lov til at sidde og spise færdigt. Før *»skulle det simpelthen gå så hurtigt, det var nærmest, som om det var på akkord«*.

I forhold til at give patienten optimale forhold i spisesituationen skiller Sygehus B sig positivt ud på yderligere to punkter: dels har besøgende mulighed for at købe spisebilletter, så de kan spise sammen med patienten – en mulighed, der ikke eksisterer på Sygehus A og C – og dels betyder den tætte kontakt mellem sengeafdelingerne og køkkenet, at det i meget høj grad er muligt at tilrette kosten til patienternes ønsker og at imødekomme patienternes individuelle ønsker til mad og drikkevarer.

5.7 Konklusion

Den foregående analyse af de kvalitative data tegner et billede af, hvordan ernæringsplejen – og herunder produktionskøkkenernes drift – på medicinske sengeafdelinger kan fungere. Beskrivelsen af organiseringen på området på de tre deltagende sygehuse og de deltagende sengeenheder viser, hvor forskelligt sygehusejerne, sygehusledelserne og afdelingspersonalet arbejder med ernæringsplejen. Og det enkelte sygehus og den enkelte sengeenhed har hver sine styrker og svagheder.

Ud fra diskussionen af de enkelte succeskriterier kan det konkluderes, at de deltagende sengeenheder ikke til fulde efterlever de seks specificerede succeskriterier for ernæringsplejen: på et sygehus er det ikke klart meldt ud, at ernæringen er en vigtig del af behandlingen, på to af de deltagende sengeenheder sammensætter plejepersonalet ikke kosten efter patientens behov og ønsker, kun på en af de deltagende sengeenheder følges patienternes ernæringsstatus under indlæggelsen osv. Ved at sammenholde de kvalitative og kvantitative data, der er indsamlet til at belyse de organisatoriske aspekter af ernæringsplejen, fremstår forskellighederne mellem organisationerne tydeligere. Det er herudfra muligt at uddrage forhold, der virker fremmende eller hæmmende for en optimering af ernæringsplejen. Disse forhold er identificeret ud fra sygehusledelsens, sengeenhedens og produktionskøkkenets perspektiv.

Ud fra *sygehusledelsens perspektiv* viser kvalitative data fra denne undersøgelse, at følgende forhold virker fremmende for, at de officielle anbefalinger (her specificeret som de seks succeskriterier) følges:

- Klar tilkendegivelse fra ledelsesniveau af vigtigheden af de indlagte patienters ernæringspleje
- Adgang til ledelsesværktøjer til kvalitetssikring, understøttelse og vurdering af ernæringsplejen
- Ressourcer til opfølgning og understøttelse af implementering af retningslinjer på ernæringsområdet.

Modsat virker følgende forhold hæmmende for en optimal ernæringspleje i organisationen ud fra et ledelsesperspektiv:

- Svag eller mangelfuld udmelding fra ledelsesniveau om betydningen af ernæringsplejen
- Manglende ledelsesværktøjer til at tilegne sig indsigt, så det er muligt at vurdere den udførte ernæringspleje på afdelingsniveau.

Ud fra *sengeafdelingens perspektiv* viser de kvalitative data, at følgende forhold virker fremmende for, at de officielle anbefalinger følges:

- En person på sengeafdelingen arbejder aktivt med ernæringsplejen, er bevidst om sit ansvar og har tiden til i praksis at påtage sig det konkrete arbejde, der følger hermed
- Tilstedeværelse af nøglepersoner/ildsjæle, der fastholder og formidler erhvervet viden om ernæringspleje i afdelingen
- Sengeafdelingerne har tilbud om mad og valgmuligheder til rådighed på afdelingen alle døgnets 24 timer, og personalet serverer disse tilbud til patienterne
- Tværfaglige retningslinjer for opsporing af risikopatienter og for udførelse af ernæringspleje af forskellige patientkategorier (her apopleksipatienter).

Modsat virker følgende forhold hæmmende for en optimal ernæringspleje på sengeafdelingerne:

- Manglende tid til ernæringsplejen og en heraf følgende nedprioritering af området
- Ansvar for den praktiske udførelse af ernæringsplejen er kollektivt placeret, men få er engagerede
- Det overordnede ansvar er formelt placeret hos lægegruppen, som sjældent involverer sig i ernærings-spørgsmål
- De kliniske diætisters kompetence anvendes kun i begrænset omfang
- Plejepersonalets manglende indsigt i kosttilbuddene og valgmulighederne for patienterne uden for de faste måltider.

Ud fra *produktionskøkkenets perspektiv* viser de kvalitative data, at følgende forhold virker fremmende for, at de officielle anbefalinger følges:

- Hyppig kontakt til plejepersonale og patienter
- Følger maden frem, til den serveres for patienten
- Øget synlighed i organisationen og dermed mulighed for øget kendskab og respekt fra andre faggrupper omkring produktionskøkkenets arbejdsområde.

Modsat virker følgende forhold hæmmende for en optimal ernæringspleje ud fra produktionskøkkenets perspektiv:

- Manglende kontakt til plejepersonale og patienter og deraf manglende tilbagemeldinger fra disse
- Ingen føling med og indflydelse på servering af maden til patienterne
- Manglende synlighed i organisationen og deraf manglende viden hos øvrige faggrupper om fagområdet
- Manglende økonomisk råderum.

Ovenstående gennemgang synliggør, at der i organisationerne kan identificeres adskillige forhold, der har en henholdsvis positiv og negativ indflydelse på udførelsen af ernæringsplejen. Men hvordan er det muligt at arbejde videre med en styrkelse af de fremmende og en eliminering af de hæmmende forhold? På sygehusledelsesniveau er det centralt, at der sker en stillingtagen til, hvordan ernæringsplejen ønskes prioriteret i behandlingen og plejen. På den baggrund kan der ske en klar udmelding fra ledelsesniveauet om, hvordan denne prioritering på afdelingsniveau og i faglige udvalg såsom kostråd skal følges op med hvilke handlinger. For at kvalitetssikre og kvalitetsudvikle ernæringsplejen kan ledelsen anvende værktøjer, der indeholder en effektiv feedbackstruktur, der afspejler den reelle situation i ernæringsplejen på afdelingsniveau. Herved får sygehusledelsen en indsigt og viden, der konkret kan handles på.

I de officielle anbefalinger for kost til syge har lægen en fremtrædende rolle. Da lægen i praksis sjældent har denne rolle, men i høj grad overlader det til plejegrupperne, således som det er beskrevet ud fra de kvalitative data i denne rapport, er det centralt, at der skabes en klarhed over, hvordan lægerne deltager og ikke deltager i ernæringsplejen. Hvis der ikke er denne klarhed faggrupperne imellem, kan der skabes utilfredsstillende forventninger, som kan begrunde, at en faggruppe ikke påtager sig sit ernæringsmæssige ansvar. De officielle anbefalinger kunne foreslås tilrettet på dette punkt.

På sengeafdelingerne kan en generel opprioritering af uddannelse og præcisering af opgavefordelingen eliminere en del af de hæmmende faktorer. Eksempelvis kan der ved nyansættelse af plejepersonale ske en fast introduktion til produktionskøkkenets kosttilbud og valgmuligheder. Den kliniske diætist kan inddrages i denne introduktion, ligesom hun eksempelvis flere gange årligt kan undervise på den enkelte sengeafdeling i

ernæringsmæssige forhold, der vedrører netop denne afdelings patientkategorier. Ligeledes kan den kliniske diætist udarbejde vejledninger og retningslinjer til personalet og information om ernæring til patienterne, som de kan modtage under indlæggelsen og i forbindelse med udskrivelser. Den kliniske diætists faglighed kunne således i højere grad bringes til anvendelse og højne øvrige faggruppers arbejde med ernæringsplejen.

Mht. præcisering af opgavefordelingen er det vigtigt, at faggrupperne indbyrdes drøfter, hvordan ernæringsplejen bør udføres, hvilke opgaver det afføder, hvem der har ansvaret for, at de udføres, og hvem der konkret udfører dem. Det er her centralt, at der er et kontinuerligt og fast personale, som tager sig af bestillinger og dialogen med produktionskøkkenet, så dette ansvar ikke fordeles på et kollektiv af flere faggrupper i forskellige vagter. Herved kan der etableres en direkte og fast personlig kontakt mellem sengeafdelingerne og produktionskøkkenet, hvilket virker fremmende for en optimal ernæringspleje. Denne personlige kontakt kan hindre, at der kommer »krig på kniven«, og medvirke til, at produktionskøkkenets faglighed bliver mere synlig og dermed i højere grad anvendes i organisationen. Kontakten mellem dem, der producerer maden, og dem, der aftager maden, kan eksempelvis ske på to måder: køkkenassistenten følger maden fra tilberedning til servering, eller der er en tæt personlig kontakt til sengeafdelingerne via en person fra køkkenet. En øget synlighed af produktionskøkkenet bør indgå i sygehusledelsens udmelding vedrørende prioriteringen af ernæringsplejen, således at produktionskøkkenets arbejde i forhold til sengeafdelingerne bakkes op af sygehusets øverste ledelse.

Ud fra et produktionsmæssigt perspektiv er det fremmende, at maden færdigtillberedes så tæt på serveringstidspunktet som muligt, og at der er fysiske og økonomiske rammer for, at maden, der fremstilles, er kulinarisk attraktiv – også når den serveres for patienten.

Ansættelse af en ernæringsassistent⁸⁷ har vist sig signifikant at øge småtspisende patienters indtagelse af næring. Denne organisatoriske model med ansættelse af en fagligt uddannet person, der udelukkende varetager ernæringsrelaterede opgaver på sengeafdelingen, kan siges at indfri de fire fremmende punkter på afdelingsniveau: ernæringsassistentens arbejdstid bruges på individuel ernæringspleje af småtspisende patienter, hun har et indgående kendskab til og er engageret i ernæringsområdet, hun har et overblik over produktionskøkkenets tilbud og har en tæt kontakt med produktionskøkkenet. Viften af valgmuligheder for patienterne fremkommer ved, at hun anvender alle muligheder fra produktionskøkkenet og foreslår nye tiltag, og i kombination med måltider/mellemmåltider fra produktionskøkkenet fremstiller hun selv mindre måltider, bagværk og lign. i sengeafdelingens køkken. I denne organisationsmodel elimineres de hæmmende faktorer som manglende tid og ansvarsforskydning i forhold til, hvem det er i plejegruppen, der i praksis skal tage sig af eksempelvis at »nøde« de småtspisende patienter. For ernæringsassistenten og det øvrige plejepersonale er der en klar opgavefordeling i deres samarbejde. Denne samarbejdsmodel indebærer, at den øvrige personalegruppe har en forståelse for ernæringsassistentens arbejde, som kan opnås gennem uddannelse og undervisning af det øvrige personale på sengeafdelingen (113). Denne organisationsmodel kan bidrage til sikre en mere effektiv ressourceudnyttelse i ernæringsplejen, dels ved at patienterne i højere grad får dækket deres ernæringsmæssige behov, og dels ved at omfanget af madspildet kan reduceres væsentligt (113). Kravene til de fysiske rammer på sengeafdelingerne til denne organisationsmodel er ikke omfattende⁸⁸, og det vurderes, at disse krav kan opfyldes på hovedparten af de medicinske sengeafdelinger på landets sygehuse.

Som det anføres af indenrigs- og sundhedsministerens rådgivende udvalg, skal »organiseringen af sundhedsvæsenet fremme en effektiv ressourceudnyttelse. Udviklingen i den medicinske teknologi og den demografiske udvikling – med en stigning i antallet af ældre – vil betyde, at efterspørgslen på sundhedsydelser øges. Men da personaleresourcerne imidlertid er begrænsede, sættes der yderligere fokus på nødvendigheden af at anvende ressourcerne i sundhedsvæsenet så effektivt som muligt« (182). De beskrevne forslag til forbedring af organiseringen af ernæringsplejen ved en præcisering af ansvar og opgaver og en øget udnyttelse af forskellige personalegruppers faglige viden og kompetence kan indgå som et bidrag dels til en bedre ernæringspleje af patienterne og dels til en mere effektiv ressourceudnyttelse i ernæringsplejen⁸⁹.

87 Social- og sundhedsassistent, der er efteruddannet inden for ernæringsplejen. Se afsnit 3.8.

88 De fysiske rammer for ernæringsassistentens arbejde er bordplads på $(2 \times \frac{1}{2})$ m², et rullebord af samme størrelse, en ovn, skabsplads til kolonialvarer og køle- og frostkapalet.

89 Den økonomiske analyse i afsnit 7.4.4 og 7.5 belyser de økonomiske aspekter ved ansættelse af en ernæringsassistent til at varetage ernæringsplejen på sengeafdelingerne.

6 Patienten

Karin Ø. Lassen, Filip Kruse og Merete Bjerrum

6.1 Indledning

Dette kapitel belyser patienternes oplevelse af og syn på ernæringsplejen i relation til de seks succeskriterier⁹⁰. Ud fra litteraturen er det ikke muligt at belyse ovenstående aspekt⁹¹.

6.2 Metode

For at indsamle data, der indfanger patienternes erfaringer som »brugere« af ernæringsplejen, har arbejde i felten været inddraget (183).

6.2.1 Spørgeskema

På baggrund af de seks succeskriterier udformes et spørgeskema med standardiserede spørgsmål, der afdækker patientens oplevelser af ernæringsplejen under indlæggelsen. Spørgeskemaet indeholder primært spørgsmål med lukkede svarmuligheder, hvortil patienten under et struktureret interview har mulighed for åbent at kommentere og uddybe alle svar (184). Intervieweren nedskriver patientens evt. kommentarer til spørgsmålene. Validiteten af patientens besvarelser øges dermed, da patienten gennem kommentarerne nuancerer svaret på det lukkede svar (185, 186). Spørgeskemaet er valideret gennem interview med 14 medicinske patienter, mht. om spørgsmålene er entydige, om patienterne forstår spørgsmålene, og om rækkefølgen af spørgsmålene fungerer (187, 188). Spørgeskemaet er herefter justeret, så spørgsmålene er entydige, udtømmende, gensidigt udelukkende og kommer i en logisk rækkefølge for patienterne, med dækkende svarmuligheder for alle tre sygehuse (183, 189, 190). Spørgsmålene til patienterne fremgår af afsnit 6.3.

6.2.2 Kriterier for deltagelse

Medicinske patienter, som har været indlagt i minimum fem døgn (efter hvilken periode de antages at have erfaring som »brugere« af ernæringsplejen), som kan forstå spørgsmålene og besvare disse forståeligt, og som indtager almindelig mad og drikke, deltager i undersøgelsen. Patienter, som får lægeordineret diæt, eller som lider af hukommelsestab, indgår ikke. Der er intet alderskriterium for deltagelse.

6.2.3 Gennemgang af spørgeskemaet

I alt 75 medicinske patienter inkluderes – 25 patienter fra hver deltagende sengeenhed. Dette antal er vurderet ud fra tidligere erfaringer med anvendelse af denne interviewform med udgangspunkt i et spørgeskema (3). Intervieweren har i alt gennemført ti, fem og otte besøg på de deltagende sengeenheder på Sygehus A, B og C for at interviewe det ønskede antal patienter. Plejepersonalet udpeger ved disse besøg, hvilke patienter der den dag opfylder inklusionskriterierne. Intervieweren kontakter herefter patienten for at informere om 1) projektets formål og typen af spørgsmål, 2) frivillighed mht. deltagelse og 3) at deltagelse er anonym. Ved plejepersonalets udvælgelse og interviewerens kontakt til patienterne er der ikke foretaget en bortfaldsanalyse. Interviewene gennemføres et uforstyrret sted på sengeenheden. Intervieweren læser det enkelte spørgsmål og svarmulighederne op. Patientens evt. kommentarer skrives ordret ned. Hvert interview varer ca. 30 minutter.

6.2.4 Bearbejdning af data

På baggrund af spørgeskemaet udarbejdes der et indtastningsprogram til de kvantitative og kvalitative data (SPSS 10.10). Efter første dataindtastning gennemføres der en kontrolindtastning af de kvantitative svar. Fordelingen af patienternes kvantitative besvarelser for de tre deltagende sengeenheder beregnes, mens patienternes kommentarer udskrives og analyseres som en tekst (191).

6.2.5 Deltagende patienter

I tabel 6.1 ses karakteristika for de patienter, der deltog i spørgeskemaundersøgelsen. I tabel 6.2 ses tilsvarende karakteristika for samtlige indlagte patienter i 2001 eller 2002 på de tre deltagende sengeenheder.

⁹⁰ Se afsnit 1.6.

⁹¹ Se bilag B.

TABEL 6.1**Karakteristik af de deltagende medicinske patienter**

Patientgruppe, antal	Patienter på Sygehus A n=25	Patienter på Sygehus B n=25	Patienter på Sygehus C ⁹² n=25
Karakteristik af patienter			
Køn, kvinde/mand (procentvis fordeling)	8/17 (32/68)	12/13 (48/52)	17/8 (68/32)
Alder, gennemsnit (år) (min., maks.)	71 (46, 91)	69 (40, 85)	84 (69, 97)
Indlagt antal døgn på interviewdato ⁹³ , gennemsnit	13,7	15,3	19,9
Nedsat mobilitet ⁹⁴ (%)	84	68	96

* Fast sengeliggende, kørestolsbruger eller gangbesværet.

Ved sammenligning af data fra tabel 6.1 og 6.2 ses matchning på køn og alder at være tilfredsstillende. Kønsfordelingen på sengeenhederne på Sygehus B og C blandt de adspurgte patienter er stort set identisk med fordelingen for alle patienter, der var indlagt i løbet af et år. Aldersmæssigt er de adspurgte medicinske patienter i gennemsnit fra 69 til 84 år, hvor den gennemsnitlige alder for samtlige indlagte patienter i gennemsnit spænder fra 66 til 84 år. Det skal her pointeres, at de deltagende patienter på Sygehus C er indlagt på en geriatrisk sengeenhed, hvor aldersgrænsen for indlæggelse er 65 år. Gennemsnitsalderen for patienter på Sygehus C er derfor højere end på de to øvrige sygehuse, hvor der ingen aldersgrænse er for indlæggelse på de deltagende sengeenheder. Det vurderes ikke at give anledning til bias, da patienterne fra den deltagende sengeenhed på Sygehus C nøje er udvalgt, så de ikke lider af hukommelsestab.

TABEL 6.2**Karakteristik af alle medicinske patienter indlagt på de deltagende sengeenheder i 2001/2002**

Patientgruppe, antal	Patienter på Sygehus A 2002 n=992	Patienter på Sygehus B 2001 n=1457	Patienter på Sygehus C 2002 n=425
Karakteristik af patienter			
Køn, procentvis fordeling	44/56	52/48	70/30
Alder, gennemsnit (år) (min., maks.)	66 (0 ⁹⁴ , 96)	74 (19, 98)	84 (49, 99)
Indlagt antal døgn, gennemsnit	6,7	6,7	30,8

Patienterne har på interviewtidspunktet været indlagt mellem 13 og 20 døgn. De har derfor en erfaring som »brugere« af køkkenets forplejning og sengeenhedens ernæringspleje. De adspurgte patienter på sengeenhederne på Sygehus A og B har været indlagt dobbelt så lang tid som gennemsnittet for alle sengeenhedens patienter. De har derfor en større erfaring som »brugere« vurderet ud fra indlæggelsestiden. Dette faktum er positivt set ud fra spørgsmålenes karakter. På Sygehus C har patienterne i gennemsnit været indlagt 20 døgn mod 31 døgn i gennemsnit for alle sengeenhedens patienter indlagt i 2002. Det vurderes derfor, at disse patienter ligeledes har en stor erfaring som »brugere« af ernæringsplejen.

De deltagende patienter er indlagt på mere eller mindre specialiserede medicinske sengeafdelinger. De præsenterer derfor et meget bredt spektrum af diagnoser⁹⁵ inden for følgende sygdomsgrupper: lungesygdomme, hjerneblødning, blodprop, andre hjerte-kar-sygdomme, infektionssygdomme (f.eks. lungebetændelse), stofskiftesygdomme (f.eks. diabetes), faldulykker (i nogle tilfælde med brækket lårben til følge), længerevarende diarré og rygsmerter på grund af fald. »Diagnosen« anvendes udelukkende til at beskrive patientgruppen og ikke til at præcisere, hvilken eller hvilke diagnoserelaterede grupper (DRG) patienten tilhører, da ernæringsplejen ikke specifikt er relateret til en lægefaglig behandling.

Ud fra ovenstående data er billedet af de adspurgte medicinske patienter og de øvrige patienter indlagt på de deltagende sengeenheder i 2001/2002, at de er ældre patienter mellem 66 og 84 år med en eller flere medicinske diagnoser, med nedsat mobilitet og med en indlæggelsestid på mellem 6 og 31 døgn.

92 Sengeenhed for geriatriske patienter.

93 Den samlede indlæggelsestid kendes ikke, da de deltagende patienter er interviewet under indlæggelsesforløbet.

94 Denne minimumsalder er kontrolleret og er korrekt ifølge dataudtrækket!

95 Diagnosen, som patienten oplyser, er ikke nødvendigvis aktionsdiagnosen.

6.3 Resultat: Spørgeskemaundersøgelsen

Data fra patientundersøgelsen er præsenteret i temaer, der svarer til de seks succeskriterier for ernæringsplejen⁹⁶. Patienternes kvantitative besvarelser nuanceres af deres åbne kommentarer.

6.3.1 Patienternes oplevelse af kosten som en vigtig del af behandlingen

Hvordan oplever patienten, at kosten indgår i behandlingen? Dette belyses ved at spørge til den dialog, patienten har haft med personalet om kosten (tabel 6.3 a). Resultaterne viser, at ca. hver tredje deltagende patient på sygehus A, en ud af de 25 deltagende patienter på Sygehus B og hver femte deltagende patient på Sygehus C har talt med en fra personalegruppen om, hvad der er godt for dem at spise. Denne dialog opleves imidlertid ikke altid af patienterne som en bevidst handling fra plejepersonalets side:

»Jeg synes, de fortæller mig, hvad der er godt at spise – men det er mere tilfældigt, vi snakker om det«.
Patient på Sygehus C

Cirka hver tyvende patient (5%) har talt med en fra personalegruppen om patientens ønsker til kosten (tabel 6.3 b). Nogle af patienterne har selv taget initiativ til at tale med plejepersonalet om kosten:

»Jeg har selv spurgt om det [hvad jeg skal spise] – jeg har så snakket med en sygeplejerske. Men det svæver lidt, hvad der er godt for mig«.
Patient på Sygehus A

På de deltagende sygehuse er der fra produktionskøkkenets side udarbejdet informationsmateriale til patienterne om køkkenets tilbud. Patienterne spørges, om de har fået information om køkkenets tilbud, og om de har set patientfolderen fra køkkenet⁹⁷. Som det fremgår af tabel 6.3 c), har ingen patienter på de deltagende sengeenheder på Sygehus A og Sygehus C fået information om disse tilbud. Nogle patienter har undertiden oplevet forvirring fra personalets side omkring, hvilken kostform de skal have:

»Sommetider siger de, at det er »normalkost«, og nogle gange siger de, det er »sygehuskost« – jeg kan ikke finde ud af det«.
Patient på Sygehus A

TABEL 6.3
Patienternes dialog med personalet

Spørgsmål og fordeling af svar	Patientgruppe, antal	Patienter på Sygehus A n=25	Patienter på Sygehus B n=25	Patienter på Sygehus C n=25
a) Mens du har været indlagt, har du da snakket med nogen om, hvad der er godt for dig at spise? Ja/Nej		7/18	1/24	5/20
b) Mens du har været indlagt, har du da snakket med nogen om dine ønsker til kosten? Ja/Nej/Ved ikke		2/22/1	1/23/1	1/24/0
c) Har du fået noget at vide om de tilbud, køkkenet har til dig om mad og drikke? Ja/Nej		0/25	10/15	0/25
d) Har personalet givet dig indtryk af, om kosten er vigtig for dit helbred? Ja/Nej/Ved ikke		13/11/1	10/13/2	11/10/4

På Sygehus B er der derimod ti patienter, der har kendskab til produktionskøkkenets tilbud gennem informationsmaterialet, der ligger på sengestuen. En del af disse patienter er klar over, at informationerne er tilgængelige, men ønsker, at det skal være dagens overraskelse, hvad køkkenet byder på.

Ud over dialogen om tilbuddene fra køkkenet til patienten spørges patienten, om plejepersonalet har talt med dem om ernæringens betydning for helbredelsen. Resultaterne viser, at ca. halvdelen af patienterne har oplevet, at personalet direkte eller indirekte har givet dem indtryk af, at kosten er vigtig for helbredelsen (tabel 6.3 d), som f.eks.

»Personalet har sagt: Du skal spise og drikke noget«.
Patient fra Sygehus C

»Det er en fornemmelse, jeg har – de siger det ikke direkte«.
Patient fra Sygehus A

⁹⁶ Se afsnit 1.6.

⁹⁷ Patienterne på Sygehus A og B præsenteres under interviewet for patientfolderen. Anvendelsen af patientfolderen var på undersøgelsestidspunktet ikke påbegyndt på Sygehus C.

Det peger på, at en abstrakt henvisning til, at ernæring er vigtig, er slået igennem i personalegruppen, hvorimod de øvrige data peger på, at patienterne ikke oplever nogen individuel ernæringspleje. Tabel 6.3 illustrerer derfor, hvor dybtgående misforholdet er mellem teorien i anbefalingerne og den praksis, som patienterne oplever under en indlæggelse.

Hvilken holdning har patienten selv til ernæringens betydning for helbredelse? Da patienternes holdning til spørgsmålet ikke antages at have relation til det enkelte sygehus, præsenteres resultaterne samlet for alle adspurgte patienter, hvoraf over 90% udtrykker, at kosten har betydning for at komme til kræfter (tabel 6.4 a). Halvdelen af disse patienter tænker selv på at gøre noget i forhold til kosten (tabel 6.4 b). De fleste patienter tilkendegiver, at de prøver at spise så meget, de overhovedet kan, eller som en patient udtrykker det:

»Man er nødt til at spise og drikke – ellers er det godnat«.

Patient på Sygehus C

TABEL 6.4

Patienternes holdning til ernæringens betydning for helbredelse

Spørgsmål	Procent	»Ja«	»Nej«	»Ved ikke«
a) Mener du, at kosten betyder noget for at komme til kræfter?		93	4	3
b) Hvis ja, har du selv tænkt på at gøre noget i forhold til kosten?		51	41	8

Ved spørgsmålet om, hvilken betydning kosten har for patienterne under indlæggelsen, udtrykker ca. hver fjerde patient, at kosten har »stor betydning« (tabel 6.5). Hver tredje patient siger, at kosten har »nogen betydning«, og hver fjerde patient, at kosten har »næsten ingen betydning«. For hver tiende patient har kosten »ingen betydning«. På spørgsmålet om patienterne har tænkt på noget, der kan hjælpe dem til at spise og drikke mere under indlæggelsen, er der kun et fåtal af patienter, der har ønsker hertil:

»En gang imellem at få en is – et kræmmerhus med is is«.

Patient på Sygehus B

»At få ro til at spise – at have det godt i sin mund – ikke miste appetitten«.

Patient på Sygehus A

»Nogle [patienter], som næsten ikke spiser noget – der bliver ikke spurgt om andet, de kunne tænke sig«.

Patient på Sygehus C

Disse patienter ønsker dels et større udbud til mellemmåltider, ro i spisesituationen, god mundhygiejne og en forbedret »nødning« til småtspisende patienter.

TABEL 6.5

Kostens betydning for patienterne under indlæggelsen

Spørgsmål	Procent	»Stor betydning«	»Nogen betydning«	»Næsten ingen betydning«	»Uden betydning«	»Ved ikke«
Hvilken betydning har kosten for dig under indlæggelsen?		24	34	24	11	7

Generelt oplever patienterne ikke, at kosten er en vigtig del af behandlingen. Patienternes udgangspunkt er, at »kosten har betydning for at komme til kræfter«, men plejepersonalet synes ofte at være fraværende i dialogen om patientens ernæringspleje, da kun et fåtal af patienterne har talt med personalet om, hvad der er godt for patienterne at spise, og hvilke ønsker de har til kosten i forhold til tilbuddene fra køkkenet.

Oplever patienterne, at plejepersonalet sammensætter kosten individuelt?

Under dette spørgsmål belyses det, om patienterne har haft mulighed for at vælge mellem forskellige retter til den varme middagsret (tabel 6.6 a). Hver tredje patient på den deltagende sengeenhed på Sygehus A mener at have haft mulighed herfor:

»Det kan godt være, der en sjælden gang er valgmuligheder – hvis der ikke er nok af den ene ret, kan der være valgmuligheder. Jeg har spurgt efter kartoffelmos – jeg fik en skefuld – det er til nogle andre patienter, siger de«.

Patient på Sygehus A

Fire ud af de 15 patienter, der ikke har haft valgmuligheder på den deltagende sengeenhed på Sygehus A, ville gerne have haft dette. På den deltagende sengeenhed på Sygehus B har næsten alle patienter haft valgmulighed til den varme middagsret. Dette resultat afspejler, at produktionskøkkenet på Sygehus B dagligt – til forskel fra Sygehus A og C – tilbyder to forskellige hovedretter, en dessert og frisk frugt til patienter, der er på »sygehuskost« – hvilket hovedparten af de medicinske patienter er. På den deltagende sengeenhed på Sygehus C mener ingen af de adspurgte patienter, at de har haft valgmulighed til den varme middagsret. Ti ud af 25 patienter på Sygehus C ønsker at have valgmuligheder til det varme middagsmåltid:

»Men det er nok for svært – på sygehus X kunne vi vælge – vi skulle bestille dagen før. Her er det bare noget, der skal overstås!«. Patient på Sygehus C

Generelt mener de interviewede patienter, at de bør være tilfredse med kostforplejningen:

»Vi kan jo ikke forlange alverden. Det er sådan noget moderne noget. Når man er sådan et sted, må man indordne sig – man kommer jo hjem igen«. Patient på Sygehus C

På alle tre sygehuse laver produktionskøkkenet en oversigt over den ugentlige menuplan, der sendes over til sengeenhederne til orientering. Hvor mange patienter har imidlertid kendskab til »dagens menu«? Resultaterne viser, at kun få patienter på de deltagende sengeenheder på Sygehus A og C kender til dagens menu:

»Jeg spiser det, der kommer – hvis jeg ikke kan li' det, springer jeg over«. Patient på Sygehus A

I modsætning hertil kender ca. 80% af patienterne fra den deltagende sengeenhed på Sygehus B »dagens menuer«, for »maden er det eneste, vi har at gå op i – vi snakker om det på stuen«. Patienterne har her valgmuligheder i spisesituationen (tabel 6.6 b):

TABEL 6.6
Patienternes valgmuligheder til middag

Spørgsmål	Patientgruppe, antal	Patienter på Sygehus A n=25	Patienter på Sygehus B n=25	Patienter på Sygehus C n=25
a) Har du haft mulighed for at vælge mellem forskellige retter til middag? Ja/Nej/Ved ikke		8/15/2	23/1/1	0/24/1
b) Ved du som regel på forhånd, hvad der er dagens menu? Ja/Nej		5/20	19/6	4/21

Kan patienterne tygge og synke den mad, de får serveret? Ca. 80% af patienterne kan tygge maden, mens 20% angiver, at de ikke kan (tabel 6.7 a). De fleste patienter tilkendegiver, at det skyldes dårlig tandstatus. Et gennemgående træk for de patienter, der ikke kan tygge maden, er, at kun få af dem har talt med plejepersonalet herom (tabel 6.7 b). Cirka 90% af de deltagende patienter kan synke maden, og to ud af de fem patienter, der ikke kan, har talt med plejepersonalet herom (tabel 6.7 c,d). For at få et billede af hvor mange af de adspurgte patienter der har – eller har haft – nedsat appetit, spørges patienterne, om der har været dage, hvor de ikke har spist så meget. Her mener henholdsvis 72, 36 og 84% af de adspurgte patienter på de tre sengeenheder, at der har været dage, hvor de ikke har spist så meget (tabel 6.7 e). Mellem 1/4 og 2/3 af disse patienter tilkendegiver, at de har talt med plejepersonalet om, at de ikke har spist så meget de dage (tabel 6.7 f).

TABEL 6.7
Patienternes mulighed for at tygge og synke maden, og om der har været dage, hvor patienten ikke har spist så meget

Spørgsmål	Patientgruppe, antal	Patienter på Sygehus A n=25	Patienter på Sygehus B n=25	Patienter på Sygehus C n=25
a) Kan du tygge maden? Ja/Nej		21/4	22/3	21/4
b) Hvis nej, har du talt med personalet om det? Ja/Nej		0/4	1/2	1/3
c) Kan du synke maden? Ja/Nej		22/3	25/0	23/2
d) Hvis nej, har du talt med personalet om det? Ja/Nej		1/2	0/0	2/0
e) Har der været dage, hvor du ikke har spist så meget? Ja/Nej		18/7	9/16	21/4
f) Hvis ja, har du talt med personalet om det? Ja/Nej/Ved ikke		6/9/3	6/2/1	5/16/0

I de officielle anbefalinger for kost til syge anføres det, at »mellemmåltiderne til småtspisende patienter skal idrage med ca. 50% til den samlede energiindtagelse. Småtspisende patienter skal have hyppige måltider, hvilket vil sige seks til otte måltider inklusive energi- og proteintilskud⁹⁸ pr. døgn« (2). Men hvor mange hovedmåltider og mellemmåltider tilbydes og indtager patienterne på de deltagende sengeenheder? Som standard serveres der tre hovedmåltider (kl. 8, 12 og 17.30) og to mellemmåltider (kl. 14 og 20). På de tre deltagende enheder tilbydes der ikke som standard et mellemmåltid om formiddagen eller et måltid efter det sene aftensmåltid. Tilbuddene uden for de faste spisetider vil derfor oftest bestå af drikkevarer. Over 90% af alle patienter spiser hovedmåltiderne – enkelte spiser dog ikke morgenmaden, og en enkelt patient på Sygehus C spiser ikke middagsmaden, og en anden ikke aftensmaden (tabel 6.8 a,c,e). Flere patienter kommenterer, at »det tit er for meget med både hovedret og dessert bagefter«, og de spiser derfor ikke begge retter. Mange patienter nævner, at de gerne til aftensmaden vil have suppe – »det vil de hellere ha' end rugbrødet«.

På Sygehus B leverer produktionskøkkenet som det eneste af de tre deltagende sengeenheder brød, pålæg, småretter til at lune, pynt m.m. til sengeafdelingerne. Om aftenen opvarmer plejepersonalet den lune ret og smører det smørbrød, som den enkelte patient har lyst til ud fra tilbuddene:

»Om aftenen bliver man spurgt, hvad man har lyst til – nysmurte madder. Det er lækkert. Jeg har skønnet på aftensmaden«.
Patient fra Sygehus B

Generelt fravælges de to faste mellemmåltider af flere patienter (tabel 6.8 d,f), cirka hver fjerde patient fravælger eftermiddagsmåltidet, da »middagen er for tæt på«, og cirka hver anden patient fravælger det sene aftensmåltid, da mange patienter på dette tidspunkt kun vil have kaffe eller te. Antallet af de fastlagte mellemmåltider er derved for mange patienter reduceret til intet eller et mellemmåltid i stedet for de anbefalede tre til fem mellemmåltider. Det er derfor relevant at spørge patienterne, om de indtager mellemmåltider på andre tidspunkter? I tabel 6.8 b) ses, at ca. hver sjette patient får et mellemmåltid om formiddagen. På sengeenheden på Sygehus A og C ses cirka halvdelen af patienterne at spise eller drikke andet i løbet af dagen ud over de tidligere nævnte måltider (tabel 6.8 g). Hovedparten af patienterne nævner her »proteindrik« – i alt 18 patienter af alle 75 adspurgte – og seks patienter nævner »frugt«. En enkelt patient nævner »ekstra franskbrøds-madder«.

TABEL 6.8
Patientens indtagelse af de faste måltider

Spørgsmål	Patientgruppe, antal	Patienter på Sygehus A n=25	Patienter på Sygehus B n=25	Patienter på Sygehus C n=25
a) Spiser du morgenmad? Ja/Nej		23/2	24/1	24/1
b) Spiser du noget om formiddagen? Ja/Nej		4/21	4/21	4/21
c) Spiser du middagsmaden? Ja/Nej		25/0	25/0	24/1
d) Spiser du eftermiddagsmåltidet? Ja/Nej		20/5	20/5	17/8
e) Spiser du aftensmåltidet? Ja/Nej		25/0	25/0	24/1
f) Spiser du det sene aftensmåltid? Ja/Nej		14/11	10/15	8/17
g) Spiser eller drikker du andet i løbet af dagen? Ja/Nej		11/14	1/24	13/12
h) Får du som regel noget at drikke mellem de faste måltider? Ja/Nej – Hvis ja, hvor mange nævner proteindrik, mælk, koldskål og lign.		24/1 3	24/1 2	25/0 8

For at indkredse hvor mange patienter der får serveret energi- og proteindrikke, spørges patienterne, om de har fået noget at drikke mellem de faste måltider, og i givet fald hvilken type drikkevarer. Cirka hver tiende patient på de deltagende sengeenheder på Sygehus A og B og hver tredje patient på den deltagende sengeenhed på Sygehus C har fået energi- og proteingivende drikke (tabel 6.8 h). For nogle patienter er dette tilbud om energi- og proteindrikke af vekslende hyppighed:

»I starten fik jeg proteindrik – men nu skal jeg spørge efter det – det kommer jeg ikke lige i tanke om. Så det får jeg ikke så tit mere«.
Patient på Sygehus A

Andre patienter føler sig omvendt pressede til at drikke meget – herunder også proteindrik – hvilket kan blive en dårlig oplevelse for patienten:

98 Svarer oftest til energi- og proteindrik.

»Jeg kunne ikke blive fri for proteindrik – de pressede mig til det – det havde jeg helst været fri for«.

Patient fra Sygehus C

En del patienter udtrykker, at tidsrummet mellem den sene aftensservering kl. 20 og frem til morgenmaden kl. 8 – i alt 12 timer – forekommer langt, da »det sommetider er lidt længe, fordi jeg har en mave, der kræver lidt mad. Men det kan man måske ikke indrette – eller kan man?«. Med hensyn til dette tidsrum er der ud af de 75 patienter tre patienter – alle fra Sygehus B – der fortæller, at de får noget at spise om natten, f.eks. som denne patient: »Jeg fik natmad i går – to halve stykker rugbrød. Det var dejligt. Jeg er oppe 3-4 gange om natten«.

Generelt har patienterne ikke oplevet, at personalet sammensætter kosten individuelt. På Sygehus A og C har et fåtal af patienterne kendskab til middagsmenuen, og der er ikke valgmuligheder i forbindelse med middagsmaden. Flere patienter mener, at de ikke kan forlange, at der tages individuelle hensyn. Eksempelvis er der patienter, der ikke kan tygge maden, men som ikke har talt med personalet herom. I tilbuddene fra produktionskøkkenet er der imidlertid mulighed for at tilpasse måltidet individuelt til patienten, f.eks. ved at bestille kostformen »findelt«, der netop skal tilbydes patienter, der har vanskeligt ved at tygge. På Sygehus B er der – i modsætning til de øvrige sygehuse – valgmuligheder med hensyn til den varme middagsret i spisesituationen. Og på Sygehus B gør denne vifte af valgmuligheder sig ligeledes gældende til aftensmåltidet.

I forhold til de fem faste måltider, der serveres i løbet af dagen, tyder data på, at patienterne indtager den del af måltidet, de kan/har lyst til, men derudover er der ikke en klar tendens til at individualisere ernæringsplejen, f.eks. i form af energi- og proteingivende mellemmåltider. Undtagelsen er dog på Sygehus B, hvor nogle patienter udtrykker, at de har fået serveret mellemmåltider f.eks. om natten. De anbefalede tre til fem mellemmåltider i døgnnet til småtspisende patienter er der kun et fåtal af de interviewede medicinske patienter, der får.

6.3.2 Oplever patienterne, at deres ernæringsstatus følges, og at personalet handler herpå?

For at vurdere patientens ernæringsstatus bør patienten vejes minimum en gang (44). Ca. 20% af patienterne mener ikke, de er blevet vejet (tabel 6.9 a). Samtidig har ca. 80% af patienterne kendskab til deres egen vægt (tabel 6.9 b) og ved, om de har tabt sig (tabel 6.9 c,d,e).

TABEL 6.9

Vejning af patienterne og uønsket vægttab

Variabel	Patientgruppe, antal	Patienter på Sygehus A n=25	Patienter på Sygehus B n=25	Patienter på Sygehus C n=25
a) Antal patienter, der mener, at de ikke er blevet vejet under indlæggelsen indtil interviewtidspunktet		3	9	5
b) Antal patienter, der mener at kende deres egen vægt		24	20	17
c) Antal patienter, der angiver uønsket at have tabt sig i den seneste tid		7	7	16
d) Antal patienter, der kan huske vægttab over en periode		7	6	10
e) Disse patienters gennemsnitlige vægttab (kg/måned)		3,5 ⁹⁹	0,8	2,1
f) Antal patienter, der har talt med afdelingspersonalet herom		4 (af 7)	2 (af 7)	10 (af 16)

Vægttab som følge af sygdom er skadelig for alle ældre mennesker, hvad enten de er tykke eller tynde (46). Hvis patienterne har haft et uønsket vægttab i den seneste tid, kan det indkredses, om de kan betegnes som værende i ernæringsmæssig risiko. Henholdsvis 28, 28 og 64% af de adspurgte patienter mener, at de har haft et uønsket vægttab i den seneste tid (tabel 6.9 c). En stor del af patienterne kender vægttabet over tid, og det gennemsnitlige vægttab er estimeret til 0,8-3,5 kg/måned (tabel 6.9 e). Omfanget af selvvrurderet vægttab hos tilfældigt udvalgte patienter giver et billede af, at vægttab under sygdom er et reelt og stort problem for mange patienter.

Hvor ofte har patienten talt med personalet om deres vægttab? På sengeenheden på Sygehus B har under halvdelen af patienterne talt med personalet herom – mens det på Sygehus A og C er over halvdelen af patienterne (tabel 6.9 f). Nogle patienter kommenterer, at personalet er bevidst om, at patienterne ikke skal tabe sig:

99 To patienter angiver her at have tabt sig fem kilo på 14 dage, hvilket resulterer i det høje gennemsnit. En hjertepatient er her ekskluderet fra gruppen pga. væske i kroppen.

»Først tabte jeg mig, men så er jeg kommet mig – og har taget på – jeg får sådan nogle drikke med piskefløde i.«
Patient fra Sygehus C

Nogle patienter oplever, at personalet følger patientens vægtstatus, men dette gælder ikke generelt. Samtidig viser data, at patienterne selv er meget opmærksomme på deres vægtstatus.

6.3.3 Hvordan oplever patienterne ansvars- og opgavefordelingen i ernæringsplejen?

I de officielle anbefalinger for kost til syge er ansvars- og opgavefordelingen i forhold til kostforplejningen og ernæringsplejen beskrevet (2). I undersøgelsen af patienternes ernæringspleje er det interessant at have en viden om, hvilken faggruppe patienterne mener har dette ansvar. En stor del af patienterne har en klar mening herom (tabel 6.10). Ca. hver tredje patient mener, at ernæringsplejen er køkkenpersonalets ansvar, da »dem i køkkenet har de bedste forudsætninger. Jeg regner ikke med, at lægen ved noget om det«. Fyrrer procent mener, at det er plejepersonalets ansvar, da »det er plejepersonalet, der kender mit almenbefindende«. Hver tiende patient mener, at det er lægens ansvar, da »han [lægen] må anbefale, hvilken kost man skal have«. Få patienter mener, at det er deres eget ansvar. Enkelte patienter mener, at det er et politisk spørgsmål, da »det er dem, der har det sidste ord at skulle have sagt, men hvem det er, ved vi ikke. Til sidst må man sige, at det er regeringen«. Patienterne besvarer dette spørgsmål ud fra den viden og de oplevelser, de har vedrørende organiseringen af ernæringsplejen. Flere patienter udtrykker, at de formoder, at der er en faggruppe, der tager hånd om deres ernæringspleje, da de »går ud fra, at der er kontrol på, så det fungerer som det skal«.

TABEL 6.10

Patienternes holdning til ansvars- og opgavefordeling i ernæringsplejen

Spørgsmål	Ansaret hos	Køkken- personalet	Pleje- personalet	Lægen	Mig selv	Andet*	Ved ikke
Hvem synes du skal sikre, at du får den kost, du har brug for, når du er indlagt? (%)		31	40	11	6	3	9

* »Regeringen« eller »hospitalets ledelse«.

Sammenfattende kan det siges, at hovedparten af patienterne har en mening og formodning om, at der er »nogen«, der tager hånd om ernæringsplejen, men de peger ikke entydigt på én bestemt faggruppe.

6.3.4 Oplever patienterne, at maden er kulinarisk attraktiv?

For at sikre patienterne optimal ernæringspleje er det vigtigt, at patienterne finder maden indbydende, at portionsstørrelsen er passende osv. Hver tredje patient på Sygehus A og B og hver femte på Sygehus C mener, at portionerne er for store (tabel 6.11 a):

»De er meget for store. Jeg siger det, men de [personalet] glemmer det nemt. Man får mere appetit ved at se en lille portion.«
Patient på Sygehus A

De deltagende patienter på Sygehus A og B er tilfredse med serveringstemperaturen af den varme mad, og de finder, at maden ser indbydende ud (tabel 6.11 b,c). På Sygehus C mener ca. hver fjerde patient, at maden ikke ser indbydende ud, og at serveringstemperaturen af den varme middagsmad ikke er tilfredsstillende¹⁰⁰. På Sygehus A og B har henholdsvis otte og ni patienter oplevet at få to varme retter serveret samtidigt, når menuen byder på to varme retter til middag. På den deltagende sengeenhed på Sygehus C er der ingen af patienterne, der har oplevet at få to varme retter samtidigt, idet patienterne i spisestuen får serveret retterne efter hinanden.

Hovedparten af patienterne er tilfredse med, at den varme mad serveres midt på dagen (tabel 6.11 d). Nogle patienter kommenterer, at de derhjemme ikke får varm middagsmad midt på dagen, og hellere vil have den varme mad om aftenen – og gerne senere; som en patient fra Sygehus A siger: »Jeg er vant til at spise ved 7-8 tiden om aftenen«.

¹⁰⁰ På den deltagende sengeenhed på Sygehus C spiser patienterne sammen i en spisestue, hvor maden inden serveringen anrettes på fade, i skåle og lign., der ikke varmholdes. Dette kan have betydning for den – af patienterne oplevede – lave serveringstemperatur.

TABEL 6.11
Kvaliteten af måltidet og serveringen

Variabel	Patientgruppe, antal	Patienter på Sygehus A n=25	Patienter på Sygehus B n=25	Patienter på Sygehus C n=25
a) Hvordan er portionsstørrelserne? Passende/For store/For små/Ved ikke		17/8/0/0	17/7/0/1	20/5/0/0
b) Er den varme mad tilpas varm? – Ja/Nej/Ved ikke		24/1/0	24/1/0	19/6/0
c) Ser maden indbydende ud? – Ja/Nej/Ved ikke		24/0/1	25/0/0	19/5/1
d) Er du tilfreds med, at den varme mad serveres midt på dagen? Ja/Nej/Ved ikke		22/1/2	24/1/0	21/3/1
e) Har du fået den kost, du har lyst til under indlæggelsen? Ja/Nej/Ved ikke		19/3/3	24/0/1	14/4/7

På spørgsmålet om, hvorvidt patienterne har fået den kost, de har haft lyst til (tabel 6.11 e), er Sygehus B topscorer, idet næsten alle patienterne udtrykker, at de har fået den mad, de har ønsket, da »*hvert måltid er en oplevelse. Det smager godt og ser lækkert ud*«. På Sygehus A mener ca. fire ud af fem deltagende patienter, at de har fået den kost, de har haft lyst til, og en patient her siger, at »*der er et mundheld, at hvis du har været indlagt på Sygehus A, så har du fået god mad*«. På Sygehus C tilkendegiver ca. halvdelen af patienterne, at de har fået den kost, de har haft lyst til under indlæggelsen. Men en del af disse patienter har dog en uddybende – forsigtig, men nuancerende – kommentar til deres positive besvarelse, som »*når man er indlagt, er kosten dagens højdepunkt – men jeg ved ikke rigtig ...*«.

Disse kommentarer belyser, at på trods af at patienterne svarer, at de har fået den kost, de ønskede under indlæggelsen, modererer de svaret i en efterfølgende kommentar. Her tilkendegiver de f.eks., at de finder frem til dele af menuen, de har lyst til at spise, og at det er deres egen skyld, hvis de ikke bryder sig om maden. Bemærkelsesværdigt er det, at ca. hver tredje patient på den deltagende sengeenhed på Sygehus C her viger uden om spørgsmålet (tabel 6.11 e), som f.eks. denne patient, der finder, at »*det er et svært spørgsmål. Hvis man er syg, må man underkaste sig de regler, der er – men det tager lang tid, inden jeg kommer mig*«.

I denne undersøgelse er det ikke registreret, hvor meget patienterne spiser og drikker. Det er derfor ikke muligt at belyse, i hvor høj grad patienternes næringsbehov er blevet dækket. For at få et fingerpeg om i hvor høj grad personalet fokuserer på, om patienterne tilbydes energi- og proteinholdige levedsmidler, spørges patienterne om, hvad de som regel får at drikke til den varme middagsmad. Størstedelen af patienterne får vand¹⁰¹ til den varme middagsmad (tabel 6.12), og »*de serverer altid vand. De spørger ikke hvad man har lyst til – man kan selv hente saft på gangen, men det er ikke nemt i kørestol*«. På de deltagende sengeenheder på Sygehus A og B får 16% af patienterne mælk til den varme middagsmad, hvor det på Sygehus C er mere end 50% af de deltagende patienter, der får mælk eller lignende til den varme middagsmad, og som en patient udtrykker det: »*Jeg er begyndt på kærnemælk – jeg kan jo ikke leve af vand*«.

TABEL 6.12
Drikkevarer til den varme middagsmad

Hvad får du som regel at drikke til den varme middagsmad?	Patientgruppe, antal	Patienter på Sygehus A n=25	Patienter på Sygehus B n=25	Patienter på Sygehus C n=25
Vand		18	17	15
Saftevand		2	6	3
Skummetmælk		2	2	2
Letmælk		2	2	5
Sødmælk		0	1	7
Sodavand		1	2	0
Andet ¹⁰²		6	4	11

Sammenfattende kan det siges, at ikke alle de deltagende patienter finder, at maden er kulinarisk attraktiv og serveres i passende portioner. Patienternes opfattelse af madens kvalitet spænder fra en optimal vurdering på Sygehus B over en god vurdering på Sygehus A til en mindre god vurdering af den serverede mad på Sygehus C. Kommentarer peger på, at patienterne til en vis grad indordner sig og spiser det, de kan og har lyst til af de måltider, der tilbydes dem. På afdelingsniveau tyder data på, at personalet på de deltagende sengeenheder på Sygehus C har øget fokus på drikkevarer som en kilde til protein og energi.

¹⁰¹ Vand bidrager ikke til næringsindtagelsen.

¹⁰² »Andet« dækker her primært over kærnemælk, men der nævnes også hvidtøl og lys og alm. pilsner.

6.3.5 Giver plejepersonalet patienterne optimale forhold i spisesituationen?

Optimale forhold i spisesituationen dækker over de fysiske rammer, som måltidet kan indtages i, den personlige hygiejne, hjælp til at spise og øvrige personalegrubbers funktioner såsom stuegang. I spørgeskemaet er der sat fokus på to forhold: 1) om patienten gør brug af spisestuen¹⁰³, og i benægtende fald hvorfor ikke, og 2) om patienten har brug for hjælp til måltidet og modtager denne hjælp. Cirka 75% af patienterne gør brug af spisestuen, og mange patienter udtrykker, at det er en positiv oplevelse, som f.eks. at »der er en hyggelig atmosfære derinde«.

På Sygehus C udtrykker en del patienter imidlertid i de åbne kommentarer, at de føler sig pressede til at spise i spisestuen: »Jeg er jo nødt til at gå ned i spisestuen, men jeg får ikke appetit af at se andre næsten spise tallerkenen«. Den væsentligste årsag til, at patienter ikke spiser i spisestuen, er, at de helst vil spise alene (tabel 6.13 b), for »hvis jeg er træt, vil jeg helst sidde alene«, og »når man føler, at man ikke spiser så pænt, som man plejer, vil man helst spise for sig selv«. Nogle patienter udtrykker omvendt, at de mener, at patienterne kan hjælpe plejepersonalet ved at gå hen i spisestuen til måltiderne, for »når man kan gå, synes jeg også, at man skylder personalet, at de ikke skal herop og servere«. Ca. halvdelen af patienterne på den deltagende sengeenhed på Sygehus A har brug for hjælp til at få skåret maden i stykker, brug for ergonomisk bestik og lign. (tabel 6.13 c). På de deltagende sengeenheder på Sygehus B og Sygehus C har hver femte patient behov for hjælp. Næsten alle patienter har talt med personalet om disse behov i spisesituationen (tabel 6.13 d).

TABEL 6.13

Patienternes anvendelse af spisestue og behov for hjælp

Spørgsmål	Patientgruppe, antal	Patienter på Sygehus A n=25	Patienter på Sygehus B n=25	Patienter på Sygehus C n=25
a) Benytter du muligheden for at spise sammen med andre?				
– Ja		19	16	19
– Nej		6	9	6
b) Fordi jeg helst vil spise alene		heraf 5	heraf 6	heraf 3
c) Har du brug for hjælp, når du skal spise din mad? Ja/nej		14/11	4/21	5/20
d) Hvis ja, har du talt med personalet om det? Ja/Nej		13/1	4/0	4/1

Antallet af sengepladser på de deltagende patienters sengestuer kan give et billede af, hvordan rammerne for spisesituationen kan se ud for patienten, da mange indtager f.eks. morgenmad og mellemmåltider på sengestuen. På Sygehus A var 18 ud af 25 patienter indlagt på en tre- til seks sengestue, på Sygehus B var 22 ud af 25 patienter indlagt på en tre- eller fires sengestue, og på Sygehus C var 20 ud af 25 patienter indlagt på en tres sengestue. Mange patienter er således indlagt på store sengestuer.

Sammenfattende kan det siges, at de adspurgte patienter, der har behov for hjælp til at spise, har fået denne hjælp. Mange patienter finder det hyggeligt at spise sammen med andre, men en mindre gruppe patienter foretrækker at spise alene, f.eks. fordi de ikke selv føler, at de spiser så pænt, eller fordi de mister appetitten ved at se andre spise på en – for dem – ikke tiltalende måde.

6.4 Diskussion

Resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen blandt 75 patienter belyser, hvordan ældre medicinske patienter oplever ernæringsplejen under indlæggelsen. Overordnet peger data på, at patienterne ikke oplever, at personalet handler ud fra, at **kosten er en vigtig del af behandlingen**. Få patienter har talt med personalet om, hvad der er godt for dem at spise, og om deres ønsker til kosten. Cirka halvdelen af patienterne har gennem personalet fået det indtryk, at kosten er vigtig for helbredet. Dette indtryk har patienterne ofte dannet sig gennem direkte eller indirekte bemærkninger fra personalet til dem selv eller medpatienter, om at »de skal spise og drikke«, men ikke gennem en egentlig samtale om ernæring som en del af behandlingen. Det illustrerer misforholdet mellem teorien i anbefalingerne og den praksis, patienterne oplever under en indlæggelse.

Patienternes egen holdning er, at kosten har betydning for at komme til kræfter, og mange patienter har indsigt i, om de har tabt sig i den seneste tid. Dataene peger på, at der er et potentiale for at inddrage patienterne i ernæringsplejen for at sikre dem en optimal ernæring. I et dansk studie er det vist, at aktiv inddragelse af ældre ortopædkirurgiske patienter i egen ernæringspleje resulterer i, at der sker en signifikant

103 På alle tre deltagende sengeenheder er der indrettet spisestue, hvilket ikke er generelt på landets medicinske sengeafdelinger.

stigning i deres energi- og proteinindtagelse (115). Dette potentiale synes også til stede hos ældre medicinske patienter. En inddragelse af ældre medicinske patienter i deres egen ernæringspleje kan have stor betydning, da mange er småtspisende, og der er behov for, at der gøres en aktiv indsats for at få dækket deres behov for protein og energi. Men mange ældre patienter udtrykker, at de må indordne sig under forholdene på sengeafdelingen. Potentialet ved at inddrage patienten forbliver derved skjult, når plejepersonalet ikke aktivt inddrager patienterne. En øget patientinddragelse vil imidlertid kræve, at patienterne informeres om, hvilke tilbud produktionskøkkenet har til dem som dagens menu, og om mulige mellemmåltider såsom energi- og proteinrige drikke. Ingen af patienterne på de deltagende sengeafdelinger på Sygehus A og C er blevet informeret herom – hvorimod ca. halvdelen af patienterne på Sygehus B er blevet informeret.

Hovedparten af patienterne udtrykker, at maden er vigtig for at komme til kræfter, mens kun hver fjerde patient udtrykker, at maden har stor betydning under selve indlæggelsen. Denne tilsyneladende uoverensstemmelse kan tolkes således, at patientens situation her og nu er af betydning for svarene på spørgsmålene om kostens betydning under indlæggelsen. Det er her overført mere den generelle patientsituation – det at være syg – der spiller ind i patientens svar angående kostens betydning for at komme til kræfter, hvor patienten sandsynligvis ikke fokuserer på selve indlæggelsen.

Hvorvidt patienterne oplever, at **plejepersonalet sammensætter kosten individuelt**, synes afhængigt af, om der »pr. automatik« fra produktionskøkkenet f.eks. en gang i døgnet sendes valgmuligheder til patienterne, som tilfældet er på Sygehus B. Patienterne her har valgmuligheder i spisesituationen til middag, de får frisksmurt smørrebrød om aftenen, som de selv udvælger sammensætningen af hos plejepersonalet, og der er generelt valgmuligheder tilgængelige hele døgnet. Mange patienter på den deltagende sengeenhed på Sygehus B er informeret om valgmulighederne, så de har en viden at handle ud fra. På de to øvrige sygehuse er der ikke valgmuligheder, ligesom informationsniveauet er lavt. Patienterne har her ingen viden om, hvad de kan vælge og bede om at få serveret.

Hvorvidt patienterne får en individuel ernæringspleje belyses ved 1) om patienterne har talt med personalet, om patienterne kan tygge og synke maden, og 2) om der har været dage, hvor patienterne har haft nedsat appetit. Den deltagende sengeenhed på Sygehus B viser sig her igen at have den bedste dialog med patienterne, hvorimod denne ikke synes optimal på de deltagende sengeenheder på Sygehus A og C. Det peger på, at dialogen mellem plejepersonalet og patienterne kan styrkes, så plejepersonalet bliver opmærksomt på, om patienterne kan tygge og synke maden. Herved kan det sikres, at patienterne får en kostform, de kan indtage, hvorved muligheden for, at de indtager tilstrækkelig næring, øges. Til patienter, der har vanskeligt ved at tygge maden, producerer køkkenerne en egnet kostform (findelt sygehuskost). Men denne kostform skal bestilles specielt til patienten. Når patienten ikke er informeret om de eksisterende tilbud fra køkkenet, og personalet ikke tilbyder patienterne disse muligheder, sker der en blokering for at anvende tilbuddene fra køkkenet optimalt i forhold til patienternes behov for mad og drikke.

Individualiseringen af ernæringsplejen kan også ske gennem servering af energi- og proteinrige drikke. Den deltagende sengeenhed på Sygehus C anvender i høj grad disse drikke til at individualisere ernæringsplejen. På de to øvrige sengeenheder anvendes disse tilbud ikke i så høj grad. Der kunne her være et potentiale for at øge patienternes energi- og proteinindtagelse gennem et forbedret tilbud om servering af energi- og proteinrige drikke – igen tilbud, som alle tre køkkener dagligt producerer. Men levering af disse drikke til sengeenhederne kræver, at produktet bliver bestilt. I tidligere undersøgelser er det vist, at småtspisende patienter hovedsageligt får dækket deres energi- og proteinbehov gennem drikkevarer (192;193). Denne viden er imidlertid af ældre dato, da man i Hospitalstidende fra 1963 kunne læse, at *»det fremgår i alle tilfælde, at indtagelsen af fast føde ikke medførte en sufficient næringsindtagelse. Ved supplerung med de proteinrige flydende ekstraservinger kunne man derimod i de fleste tilfælde opnå en acceptabel tilførsel af kalorier og protein. Drikkevarerne og den øvrige kost bidrog med omtrent lige mange kalorier, men drikkevarerne leverede den største del af proteintilførslen«*. De proteinrige drikke var eksempelvis kakaomælk beriget med æggeblomme og ymer med kærnemælk, æggeblomme, sukker og frugtsaft (194). Dengang som i dag er det nødvendigt for den ældre småtspisende patient, at disse drikke – serveret på alle tider af døgnet – udgør en væsentlig del af næringsindtagelsen, for at patientens næringsbehov dækkes så optimalt som muligt.

En del patienter på de deltagende sengeenheder på Sygehus A og C udtrykker, at fordelingen af måltider over døgnet ikke er optimal: de fem standardmåltider, der serveres mellem kl. 8 og kl. 20, ligger tæt på hinanden, hvorimod der sjældent tilbydes patienterne mellemmåltider i tidsrummet fra kl. 20 til kl. 8. Standardtilbudene fra produktionskøkkenerne dækker kun tidsrummet fra kl. 8 til kl. 20 – en periode på 12 timer. I de øvrige 12 timer er det op til plejepersonalet individuelt at tilbyde patienterne mellemmåltider. Hvis plejeperso-

nalet ikke er opmærksom på at tilbyde patienterne mellemmåltider i dette tidsrum, eller hvis der ikke findes tilbud om mad og drikke på afdelingen, er det ikke som anbefalet muligt for den ældre småtspisende patient at få dækket sit næringsbehov gennem små hyppige måltider seks til otte gange i døgnet.

Patienternes oplevelse af, hvorvidt deres **ernæringsstatus følges under indlæggelsen, og om personalet handler herpå**, tyder ikke på, at dette sker tilfredsstillende på nogle af de deltagende sengeenheder. For at følge patientens ernæringsstatus er det som udgangspunkt nødvendigt at kende patientens vægt ved indlæggelsen. Ca. hver femte patient mener ikke at være blevet vejret efter af have været indlagt i minimum fem dage. Mange af patienterne mener, at de har tabt sig inden for den seneste tid, men ca. halvdelen af disse patienter har ikke talt med personalet om dette vægttab. Der synes her at være et stort potentiale for at optimere ernæringsplejen ved at vurdere patienternes ernæringsstatus ved indlæggelsen og tale med patienterne eksempelvis om tidligere vægttab og følge op herpå.

Med hensyn til **hvordan patienterne oplever ansvars- og opgavefordelingen i ernæringsplejen**, har de fleste patienter en forventning om, at der »er nogen«, der tager hånd om deres ernæringspleje, men der fremkommer i undersøgelsen ikke et entydigt billede af, hvem det er. Hovedparten af patienterne (40%) mener, at det er plejepersonalets ansvar.

Spørgsmålene til patienterne med hensyn til, om **maden er kulinarisk attraktiv**, er her rettet mod serverings-situationen. Hver fjerde patient mener, at portionerne er for store. På de deltagende sengeenheder på Sygehus A og B finder patienterne maden indbydende, og de er tilfredse med serveringstemperaturen. På Sygehus C mener ca. hver fjerde patient, at maden ikke ser indbydende ud, og at den ikke er tilpas varm. Sidstnævnte kan skyldes, at man her fra madvognen anretter den varme mad på fade og skåle, før den serveres for patienterne. Denne serveringsmåde kan sandsynligvis resultere i en uønsket afkøling af den varme middagsmad. På de to øvrige sengeenheder serveres der direkte fra madvognen (Sygehus A) eller fra en varmholdt serveringsvogn (Sygehus B). I forhold til om et måltid er kulinarisk attraktivt, er det en forudsætning, at måltidet opleves varmt på serveringstidspunktet. Ved serveringen af to varme retter samtidigt – hvilket forekommer på sengeenhederne på Sygehus A og B – vil den kulinariske værdi af den anden varme ret mindskes ved afkølingen. Alle patienter på den deltagende sengeenhed på Sygehus B er meget tilfredse med og roser den mad, de har fået serveret. På Sygehus A er fire ud af fem patienter meget tilfredse med maden, mens kun lidt over halvdelen af patienterne på den deltagende sengeenhed på Sygehus C udtrykker, at de har fået den mad, de har lyst til. Mange af patienterne på den deltagende sengeenhed på Sygehus C tilkendegiver endog – selvom de udtrykker, at de har fået den mad, de ønsker – at *»de jo må indordne sig og ikke kan forlange alverden«*.

Denne undersøgelse belyser ikke, i hvor høj grad patienterne har fået dækket deres behov for protein og energi, men det er et generelt problem, at mange ældre patienter ikke får dækket deres behov herfor. Andre undersøgelser viser, at energi- og proteinrige drikkevarer bidrager væsentligt til småtspisende patienters indtagelse af næring. De deltagende patienter spørges derfor om, hvad de får serveret af drikkevarer til middag. Mere end halvdelen af patienterne på den deltagende sengeenhed på Sygehus C får serveret mælk til den varme middagsmad. Det tyder på, at den deltagende sengeenhed på Sygehus C har øget fokus på at sikre energi- og proteinindtagelsen hos patienterne, f.eks. gennem valg af drikkevarer til måltiderne. På de øvrige sengeenheder er der et potentiale for at øge patienternes indtagelse af energi og protein ved at erstatte det obligatoriske glas isvand til måltiderne med f.eks. mælk. Generelt er der på de tre deltagende sengeenheder et stort potentiale for at øge patienternes indtagelse af energi og protein ved »ekstraserveringer« af f.eks. protein- og energigivende drikke som beskrevet i anbefalingerne.

Det sidste af de seks succeskriterier omhandler patienternes oplevelse af, om plejepersonalet giver dem **optimale forhold i spisesituationen**. På alle tre deltagende sengeenheder har patienterne mulighed for at indtage deres måltider i en spisestue. De fleste patienter er positive heroverfor, om end der er patienter fra Sygehus C, der føler sig pressede til at spise i spisestuen. Når patienterne f.eks. er trætte, ikke føler de spiser så pænt, eller når de har svært ved at styre maden, vil patienterne gerne spise alene. I denne sammenhæng må det være vigtigt, at patienterne føler, at de har en valgmulighed, da et pres om at spise sammen med andre i en spisestue evt. kan resultere i, at patienterne ikke får den nødvendige tid og uforstyrrelse til at indtage så meget af måltidet som muligt eller evt. mister appetitten ved at være i selskab med andre patienter, der efter deres mening spiser på en frastødende og uappetitlig måde.

Mange af de adspurgte patienter har nedsat mobilitet. I et tidligere studie er det påpeget, at der kan være en sammenhæng mellem patienternes mobilitet, og i hvor høj grad deres næringsbehov bliver dækket (3). Når

patienter har nedsat mobilitet, er de i meget høj grad afhængige af plejepersonalet og pårørende, da patienterne i stor udstrækning er forhindret i selv aktivt at gøre brug af sengeafdelingens tilbud i kostforplejningen såsom selv at gå til madvognen, hente drikkevarer på gangen og lign.

Mange patienter indtager deres morgenmad og mellemmåltider på sengestuerne. Nogle patienter indtager alle måltider her. Jo større sengestue patienten ligger på, des større er risikoen for, at patienten i spisesituationen bliver negativt påvirket af medpatienter, såsom fra opkastning, hosten, luft i maven, brug af bækken osv. Spisesituationen kan ligeledes påvirkes negativt af blodprøvetagning, stuegang, skiftning af sår etc. Specielt på meget store sengestuer er risikoen for disse påvirkninger høj. Det er derfor væsentligt, at plejepersonale og behandlere i disse situationer er opmærksomme på, at sådanne aktiviteter mindst muligt påvirker patienterne i spisesituationen, og at de hjælper patienterne til at skabe rammer, hvor måltidet kan indtages uden at blive påvirket negativt heraf. De fysiske rammer sætter dog her ofte grænser for, hvilke muligheder plejepersonalet har herfor.

6.5 Konklusion

Sammenfattende for de seks succeskriterier kan det konkluderes, at de ikke ud fra patientens perspektiv opfyldes til fulde på de tre deltagende sengeenheder. Patienterne oplever og registrerer mangler i ernæringsplejen. Patienternes kvantitative og kvalitative svar belyser forskelle på de tre sengeenheder med hensyn til ernæringsplejen, men generelt er der på alle tre sengeenheder potentiale for et øget fokus på ernæringsplejen, så den ældre medicinske patient oplever at få en individuel ernæringspleje. Dette er vigtigt set i lyset af, at patientgruppen er i stor risiko for at blive underernæret, f.eks. pga. nedsat appetit og dårlig tandstatus. Ud fra patienternes synspunkt er følgende forhold identificeret som *fremmende* for en optimal ernæringspleje:

- At patienten har mulighed for et reelt menuvalg i spisesituationen
- At måltidet er individuelt tilpasset f.eks. med hensyn til konsistens og portionsstørrelse
- At patienten modtager information om køkkenets tilbud
- At patienten har en dialog med plejepersonalet om måltiderne, valgmuligheder og ernæringens betydning for helbredelse
- At maden er kulinarisk attraktiv.

På tilsvarende vis kan følgende forhold ud fra patienternes synspunkt identificeres som *hæmmende* for en optimal ernæringspleje:

- At patienten ikke tilbydes mellemmåltider som f.eks. energi- og proteingivende drikke i 12 af døgnet 24 timer
- At patienten ikke informeres om produktionskøkkenets tilbud
- At dialog mellem patienten og personalet om individuelle behov og ønsker om mad og drikke er fraværende
- At patientens ernæringsstatus ikke følges, og patienternes indsigt i eget vægttab ikke anvendes af plejepersonalet
- At patienten ikke gives mulighed for at vælge menuer, der er tilpasset f.eks. præferencer og evne til at tygge.

Ud fra patientens perspektiv kan ernæringsplejen optimeres, så patienten i højere grad ernæres optimalt. Centrale områder er en højnelse af informationsniveauet vedrørende produktionskøkkenets tilbud, tilstedeværelse af en dialog med patienten om behov og ønsker i forhold til disse tilbud og servering af små hyppige måltider/drikkevarer – fordelt over hele døgnet – til den småtspisende patient. Alt i alt tiltag, der modarbejder en standardisering af ernæringsplejen og i stedet giver mulighed for at individualisere måltidet og dermed øge patientens næringsindtagelse, så underernæring aktivt modarbejdes under indlæggelsen.

7 Økonomien

Jens Olsen

7.1 Indledning

I de officielle anbefalinger vedrørende kost til syge fremgår det, at kosten og ernæringsplejen er en vigtig del af behandlingen i forbindelse med sygehusindlæggelse¹⁰⁴. Anbefalingerne for kost til syge beskriver kostformer, principper, ansvars- og opgavefordeling m.m. (14). På baggrund af spørgeskemaundersøgelser blandt patienter og interview af personale på de deltagende sengeenheder på tre sygehuse konkluderes det, at ingen af de tre sengeenheder¹⁰⁵ efterlever anbefalingerne fuldstændigt. Der er dog forskel på, hvordan ernæringsplejen i praksis udføres på de tre deltagende sengeenheder, og der henvises til konklusionerne i kapitel 5 og 6. Sammenfattende konkluderes det, at der er forskel på *den nuværende praksis for ernæringspleje* og *ernæringsplejen i henhold til anbefalingerne*, og – som det væsentligste – det vurderes, at der er muligheder for at forbedre ernæringsplejen. De følgende økonomiske analyser tager udgangspunkt i dette.

Formålet med nærværende kapitel er at beskrive og estimere de økonomiske effekter af en forbedret ernæringspleje af den medicinske patient, hvor fokus er på de deltagende sengeenheder og på det nationale niveau, hvor samtlige medicinske indlæggelser i Danmark inkluderes.

7.2 Metoder

I en sundhedsøkonomisk analyse i en medicinsk teknologivurdering (MTV) er formålet at tilvejebringe information om det nødvendige ressourceforbrug og mulige gevinster ved en medicinsk teknologi. I sundhedsøkonomiske analyser vurderes der på henholdsvis effekterne og omkostningerne ved en given intervention (teknologi), og interventionen holdes op mod et alternativ (typisk nuværende praksis) – dvs. to alternativer sammenlignes. I dette MTV-projekt har der ikke været tilrettelagt et studie af en sådan karakter, at omkostningerne ved og effekterne af ernæringspleje i henhold til anbefalingerne har kunnet sammenlignes med nuværende praksis (et randomiseret, kontrolleret studie, »før-efter«-studier eller lign.). Analyserne baserer sig derfor på beregninger ud fra resultater i den videnskabelige litteratur¹⁰⁶, hvor data er overført fra de tre deltagende medicinske sengeenheder.

I den økonomiske analyse ses der på ernæringspleje af den medicinske patient, der kan indtage almindelig mad og drikkevarer, der tilbydes fra produktionskøkkenet¹⁰⁷. Desuden gælder det, at den økonomiske analyse afgrænses til gruppen af medicinske patienter på 60 år og derover, som har været indlagt i minimum syv dage. Denne patientgruppe udvælges, da problemer med underernæring primært gør sig gældende for ældre mennesker (3), og da der er øget risiko for underernæring ved en lang indlæggelsestid (195). Mht. diagnose defineres en medicinsk patient som en patient, der indlægges på en afdeling, hvor grunderspecialt er intern medicin, og hvor der kan være et eller flere grespecialer, dvs. geriatri, hepatologi, hæmatologi, infektionsmedicin, kardiologi, medicinsk allergologi, endokrinologi, gastroenterologi, medicinske lungesygdomme, nefrologi eller reumatologi¹⁰⁸.

De økonomiske aspekter af ernæringsplejen er belyst ud fra den omfattende videnskabelige litteratur, der findes vedrørende ernæringspleje af hospitalsindlagte (afsnit 7.3 og 7.3.1). Formålet hermed er at give en vurdering af de helbredsmæssige gevinster og de omkostningsmæssige implikationer af en forbedret ernæringspleje af den medicinske patient. På baggrund af indsamlede data vedrørende aktivitetsniveauet på de tre deltagende sengeenheder vurderes besparelspotentialet ved en forbedret ernæringspleje (afsnit 7.4). Estimeringen af potentialet tager udgangspunkt i tre forhold: 1) dels forventes en forbedret ernæringspleje at medføre en gevinst i form af forbedret helbredstilstand for patienterne, 2) dels forventes eventuelle besparelser udmøntet i form af reducerede omkostninger (sparede indlæggelsesdage samt sparede omkostninger som følge af reduceret risiko for komplikationer og reduceret dødelighed), og 3) dels mulige øgede omkostninger, såfremt

¹⁰⁴ Se afsnit 1.6.

¹⁰⁵ »En sengeenhed« på Sygehus A er et sengeafsnit, på Sygehus B to sengeafdelinger og på Sygehus C to klinikker (sengeafdelinger). Disse enheder er valgt, da de i praksis hver fungerer som en enhed mht. kostforplejningen fra køkkenet.

¹⁰⁶ Se bilag C.

¹⁰⁷ Se afsnit 5.3.3 for beskrivelse af kostformer, tilskudsrikke og lign.

¹⁰⁸ Nogle af disse grespecialer findes kun på lands- og landsdelsafdelinger.

efterlevelse af anbefalingerne for ernæringspleje kræver ressourcetilførsel. Det forudsættes i beregningerne, at reduktionen i indlæggelsestiden kun kan opnås for patienter over 60 år, som er indlagt i mindst syv dage.

I afsnit 7.4 er resultaterne fra den udenlandske litteratur anvendt på data fra de tre deltagende sengeenheder. Beregningerne bygger på en række forudsætninger, hvorfor de er forbundet med en vis usikkerhed. Derfor gennemføres der følsomhedsanalyser, hvor der varieres på forudsætningerne for beregningerne (afsnit 7.4.4). I resultatafsnit 7.5 anvendes resultaterne fra den udenlandske litteratur på samtlige medicinske indlæggelser i 2001 i Danmark. Herved estimeres der et besparelspotentiale, hvis der på nationalt niveau antages at ske en optimering af ernæringsplejen af alle indlagte medicinske patienter.

7.3 Økonomiske aspekter af ernæringsplejen

Der er generelt enighed om og evidens for, at ernæringsplejen er en vigtig del af behandlingen af hospitalsindlagte. Underernæring medfører nedsat immunforsvar, øger modtageligheden for infektioner og forsinket sårheling m.m. (196). Fremkomst af moderne teknologier og medicin til kirurgiske og medicinske patientgrupper har imidlertid fjernet fokus fra ernæringsplejen (196).

I de udvalgte artikler er der præsenteret en række resultater, som beskriver problemets omfang, og som vurderer gevinsterne ved en forbedret/optimal ernæringspleje¹⁰⁹. For det første gælder det, at en række patienter er under- eller fejlnærede allerede ved indlæggelsen. Der rapporteres om en prævalens af underernærede patienter på 20-50% umiddelbart ved indlæggelsen (92, 195-202). Endvidere ses det, at en række patienters ernæringsmæssige tilstand forværres under hospitalsindlæggelsen (195), og at en lang indlæggelsestid øger risikoen for underernæring (196). Forbedret/optimal ernæringspleje medfører en signifikant kortere indlæggelsestid (103, 197, 200, 203, 204). I enkelte studier af udvalgte ernæringsinterventioner findes der ikke en signifikant kortere indlæggelsestid (205).

Nogle studier rapporterer om signifikant højere andel af komplikationer hos underernærede patienter (70, 195, 196, 206). Andre studier finder ikke en signifikant reduktion i risikoen for komplikationer hos patienter, som modtager forbedret/optimal ernæringspleje (204). Forbedret/optimal ernæringspleje medfører en reduceret dødelighed (92, 196, 204). I et studie findes der en tendens til højere genindlæggelsesfrekvens hos underernærede patienter (197). Endelig er der resultater, der indikerer bedre funktionsniveau som følge af forbedret/optimal ernæringspleje (204). Det fremgår altså, at der er en betydelig forekomst af underernæring blandt hospitalsindlagte, og med en stigende andel af ældre i befolkningen forventes dette problem også at være aktuelt i fremtiden, idet der forudses et stigende indlæggelsespres på de medicinske afdelinger i de kommende år (207). Det fremgår også, at der er et potentiale for at spare indlæggelsesdage og for at reducere dødeligheden samt muligvis også genindlæggelsesfrekvensen og forekomsten af komplikationer, såfremt ernæringsplejen forbedres/fungerer optimalt.

Der er ikke fundet studier, hvor der er analyseret på gevinsterne i form af forbedret helbredstilstand for patienterne som følge af forbedret ernæringspleje. Kvalitetsjusterede leveår (QALY=quality-adjusted life-years) anses i denne sammenhæng for et godt mål for gevinst i helbredstilstand¹¹⁰. Der er heller ikke fundet studier, hvor der er estimeret gevinst i levetid som følge af en forbedret ernæringspleje. I et Cochrane-review (204) rapporteres det, at for få data og for kort tidshorisont i de fleste studier gør det umuligt at påvise nogen ændring i livskvaliteten.

7.3.1 Ernæringsplejens effekt på indlæggelsestiden

Implikationen af manglen på relevante effektmål er, at f.eks. reduceret indlæggelsestid bliver surrogatmål for kliniske outcome-mål og helbredstilstanden¹¹¹. Men der er selvfølgelig også en sammenhæng mellem reduceret indlæggelsestid som følge af forbedret ernæringspleje og helbredstilstand: når patienten udskrives tidligere, må det – alt andet lige – betyde, at patienten hurtigere får det bedre, og dermed er der en gevinst i form af forbedret helbredstilstand.

¹⁰⁹ De resultater, som præsenteres her, baserer sig på den litteratursøgning, der er gennemført, men det skal bemærkes, at de referencer, som angives for de enkelte resultater, ikke er udtømmende.

¹¹⁰ Der henvises til (183) eller (217) for en nærmere beskrivelse af QALY.

¹¹¹ Det kan dog godt hævdes, at reduceret dødelighed og en reduktion i komplikationsfrekvensen er endelige og relevante effektmål – også i en sundhedsøkonomisk henseende.

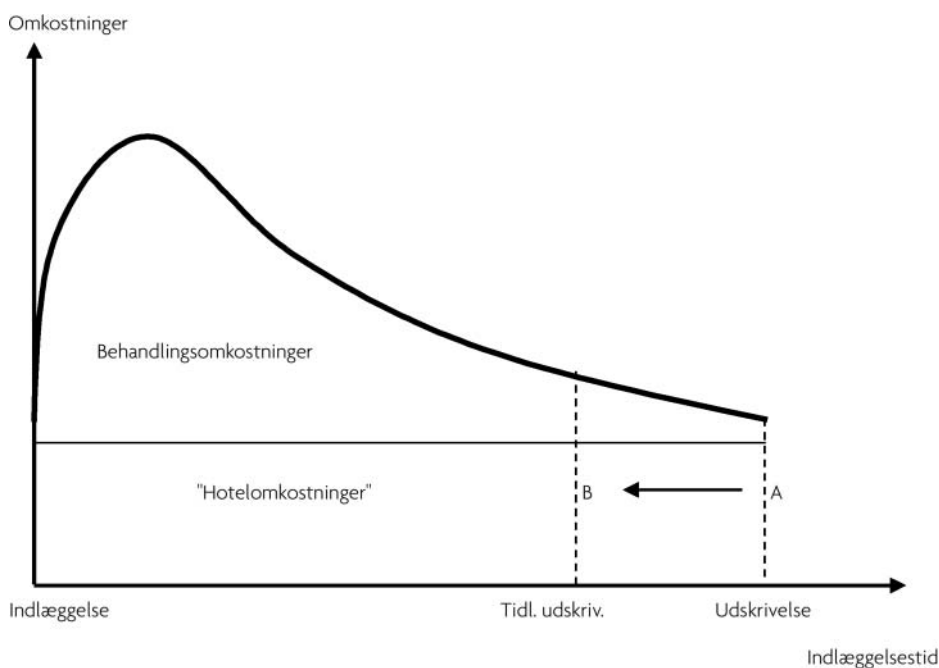
Der er gennemført et Cochrane-review (204), hvor der findes en signifikant kortere indlæggelsestid blandt de patienter, som har fået en forbedret/optimal ernæringspleje, med en gennemsnitlig ændring i indlæggelsestiden på **-3,4 dage** (95%-konfidensinterval: -0,69 dage til -6,12 dage). Reviewet omfatter 31 randomiserede, kontrollerede forsøg, og inklusionskriterierne har bl.a. været 1) studier, hvor patienternes gennemsnitsalder var 65 år eller derover, 2) alle patientgrupper undtagen ældre patienter »in critical care« og kræftpatienter, og 3) studier, hvor ernæringsinterventionen var øget indtag af protein og energi på normal vis (dvs. mad og væske, som spises og drikkes), og denne intervention er så sammenlignet med sædvanlig praksis. Bortset fra at reviewet også inkluderer kirurgiske patientgrupper, er inklusionskriterierne og dermed resultaterne relevante for nærværende MTV. Anvendelse af og overførelse af resultaterne fra dette review skal dog ske med forbehold, da der til at estimere ændringen i indlæggelsestiden i en metaanalyse i reviewet er brugt resultater fra ni studier, hvoraf kun ca. halvdelen vedrører medicinske patienter. Endvidere gælder det, at tolkning af indlæggelsestiden for ældre patienter skal ske med varsomhed, idet indlæggelsestiden også afhænger af andre forhold, såsom varsling af hjemmeplejen, familiens mulighed for at hjælpe og iværksættelse af evt. boligændringer.

I et studie med fokus på geriatriske patienter rapporteres der om en potentiel ændring i indlæggelsestiden på **-11 dage**, idet underernærede patienter gennemsnitligt var indlagt 11 dage længere end patienter, som ikke var underernærede, men som var i risiko for at blive underernæret (197). Det er dog ikke i studiet belyst, om denne forskel primært hidrører fra forsømmelse af ernæringsplejen eller udelukkende som følge af sygdom.

7.4 Resultater: Besparelspotentialet lokalt

I det følgende præsenteres der beregninger for de tre deltagende sengeenheder, hvor det forudsættes, at ernæringsplejen forbedres, således at ernæringsplejen sker i henhold til anbefalingerne. Derved antages det, at der vil ske en reduktion i indlæggelsestiden. Litteraturgennemgangen viser, at problemer med underernæring primært gør sig gældende for ældre mennesker (3), og at der er øget risiko for underernæring ved en lang indlæggelsestid (195). Derfor forudsættes det i beregningerne, at reduktionen i indlæggelsestiden kun kan opnås for patienter over 60 år, som er indlagt mindst syv dage. Når indlæggelsestiden reduceres som følge af en forbedret ernæringsindsats, er det de sidste indlæggelsesdage i indlæggelsesforløbet, der spares. Dette er illustreret i figur 7.1, idet udskrivelsestidspunktet f.eks. kan ændres fra tidspunktet A til B.

FIGUR 7.1 Illustration af sammenhængen mellem indlæggelsestid og omkostninger. Kilde: Side 63 i (217).



Populært sagt består omkostningerne ved en hospitalsindlæggelse af behandlingsomkostninger og hotelomkostninger, dvs. omkostninger til mad, pleje, linned, rengøring, bygninger og lign. Hotelomkostningerne vurderes at være ens for hver indlæggelsesdag, mens behandlingsomkostningerne ofte er højest i starten af indlæggelsen, hvor der pågår en intensiv indsats med udredning, diagnosticering, behandling m.m.

I økonomiske analyser er det ofte ændringer på »marginalen«, der analyseres på, hvorfor de marginale omkostninger er interessante. Ved en forbedret ernæringspleje vil der ske en reduktion i indlæggelsestiden i slutningen af forløbet, og der kan derfor argumenteres for, at det omkostningsestimater, der anvendes, bedst muligt skal afspejle marginalomkostningen ved en lidt kortere indlæggelsestid, og at disse marginalomkostninger ikke er meget større end hotelomkostningerne. Som omkostningsestimater anvendes en takst på 1.477 kr. pr. indlæggelsesdag (2003-prisniveau). Denne senge dagstakst anvendes i DRG-systemet til afregning for indlæggelsesdage, som ligger ud over den øvre grænse for den normale indlæggelsestid (trimpunktet) (208). Det vurderes, at denne takst afspejler omkostningerne for de indlæggelsesdage, der ligger i slutningen af et indlæggelsesforløb.

7.4.1 Deltagende sengeenhed på Sygehus A

Den deltagende sengeenhed på Sygehus A er et sengeafsnit med 18 normerede senge. Afsnittet modtager kardiologiske patienter. I 2002 var belægningsprocenten på afsnittet 99,1% svarende til i alt 992 indlæggelser, hvoraf de 249 drejede sig om patienter på 60 år og derover, der var indlagt i mindst syv dage. Hvis det antages, at 35% af disse patienter var underernærede¹¹², svarer dette til 87 indlæggelser. Overføres dernæst resultaterne fra Cochrane-reviewet (204), vil der for hver af disse indlæggelser gennemsnitligt kunne spares 3,4 indlæggelsesdage, såfremt ernæringsplejen optimeres. Dette betyder $(3,4 \text{ dage} \cdot 87 \text{ indlæggelser}) = 296$ sparede indlæggelsesdage i 2002. Med et omkostningsestimater på 1.477 kr. pr. indlæggelsesdag giver det $(296 \text{ sparede indlæggelsesdage} \cdot 1.477 \text{ kr.}) = 437.650$ kr. i besparelse i 2002.

7.4.2 Deltagende sengeenhed på Sygehus B

Den deltagende sengeenhed på Sygehus B er en generel internmedicinsk afdeling bestående af to sengeafdelinger – X1 og X2, begge med 18 normerede senge. Afdeling X1 modtager apopleksipatienter, og afdeling X2 modtager kardiologiske patienter og lungepatienter. I 2001 var belægningsprocenten på de to afdelinger henholdsvis 82,7% (X1) og 86,0% (X2). Af de 1.457 indlæggelser i 2001 drejede i alt 440 indlæggelser sig om patienter på minimum 60 år, der var indlagt i mindst syv dage. Hvis det igen antages, at 35% af disse patienter var underernærede, svarer dette til 154 indlæggelser. Igen forudsættes det, at der for hver af disse indlæggelser i gennemsnit kan spares 3,4 indlæggelsesdage, såfremt ernæringsplejen optimeres. Dette betyder $(3,4 \text{ dage} \cdot 154 \text{ indlæggelser}) = 524$ sparede indlæggelsesdage i 2001. Med et omkostningsestimater på 1.477 kr. pr. indlæggelsesdag giver det $(524 \text{ sparede indlæggelsesdage} \cdot 1.477 \text{ kr.}) = 773.357$ kr. i besparelse i 2001.

7.4.3 Deltagende sengeenhed på Sygehus C

Den deltagende sengeenhed på Sygehus C består af to klinikker (sengeafsnit), A og B, der begge har 17 normerede senge. Sengeenheden modtager geriatriske patienter (patienter ældre end 65 år). I 2002 var belægningsprocenten på de to klinikker henholdsvis 98,8% (A) og 96,3% (B). I 2002 drejede i alt 371 indlæggelser på den deltagende sengeenhed på Sygehus C sig om patienter på minimum 60 år, der var indlagt i mindst syv dage. Antages det igen, at 35% af disse patienter var underernærede, svarer dette til 130 indlæggelser. Forudsættes det ligeledes igen, at der for hver af disse indlæggelser gennemsnitligt vil kunne spares 3,4 indlæggelsesdage, såfremt ernæringsplejen optimeres, betyder det $(3,4 \text{ dage} \cdot 130 \text{ indlæggelser}) = 441$ sparede indlæggelsesdage i 2002. Med et omkostningsestimater på 1.477 kr. pr. indlæggelsesdag giver det $(441 \text{ sparede indlæggelsesdage} \cdot 1.477 \text{ kr.}) = 652.081$ kr. i besparelse i 2002.

7.4.4 Følsomhedsanalyser for besparelspotentialer

I tabel 7.1 er resultaterne fra de foregående afsnit opsummeret. Konklusionen er, at en forbedret ernæringspleje i henhold til anbefalingerne vil medføre en besparelse på alle tre sengeenheder. Dertil skal lægges en forventning om en gevinst i form af en forbedret helbredstilstand for patienterne med en reduceret dødelighed og bedre funktionsevne til følge.

TABEL 7.1

Besparelspotentiale ved ernæringspleje i henhold til anbefalingerne for de tre deltagende sengeenheder (hovedresultat)

Deltagende sengeenhed på	Sparede indlæggelsesdage	Årlig besparelse (kr.) ¹⁾	Forudsætninger
Sygehus A	296	437.650	35% underernærede, 3,4 dages reduktion pr. indlæggelse, ingen ekstra ressource tilførsel
Sygehus B	524	773.357	35% underernærede, 3,4 dages reduktion pr. indlæggelse, ingen ekstra ressource tilførsel
Sygehus C	441	652.081	35% underernærede, 3,4 dages reduktion pr. indlæggelse, ingen ekstra ressource tilførsel

1) 2003.prisniveau.

¹¹² Af afsnit 7.3 fremgår det, at mellem 20% og 50% af patienterne er underernærede ved indlæggelsen (92, 195-202).

Cochrane-reviewets (204) resultat om en forventet reduktion i indlæggelsestiden på 3,4 dage er direkte overført til de danske forhold. Resultaterne i (204) vedr. indlæggelsestiden bygger på en metaanalyse af i alt ni studier, og det kan ikke umiddelbart antages, at udenlandsk klinisk praksis og ernæringspraksis kan overføres til danske forhold. Eksempelvis vides det ikke, hvordan den *nuværende praksis for ernæringsplejen* i de udenlandske studier er, og om det »forbedringspotentiale«, der er fundet i udlandet, er det samme i Danmark. Imidlertid er det væsentligt, at målet for en optimal ernæringspleje er at øge protein- og energiindtagelsen, så patientens næringsbehov dækkes¹¹³. Dette mål er fælles for ernæringsplejen i alle lande, og målet er uafhængigt af den specifikke ernæringspleje. Som tidligere nævnt gør det sig også gældende, at den nuværende praksis for ernæringsplejen på de tre deltagende sengeenheder er forskellig, ligesom patientkategorierne er forskellige. Da hovedresultatet bygger på en række forudsætninger, præsenteres der derfor i det følgende en følsomhedsanalyse med variation i følgende parametre: 1) den forventede reduktion i indlæggelsestiden (tabel 7.2), 2) forbedret ernæringspleje under forudsætning af ressource tilførsel (tabel 7.3), 3) andelen af underernærede patienter (tabel 7.4) og 4) reduceret madspild (tabel 7.5).

TABEL 7.2

Besparelsespotentiale ved ernæringspleje i henhold til anbefalingerne for de tre deltagende sengeenheder med variation i den forventede reduktion i indlæggelsestiden

Deltagende sengeenhed på	Sparede indlæggelsesdage	Årlig besparelse (kr.) ¹⁾	Forudsætninger
I Sygehus A	60	88.817	35% underernærede, 0,7 dages reduktion pr. indlæggelse, ingen ekstra ressource tilførsel
II Sygehus B	106	156.946	35% underernærede, 0,7 dages reduktion pr. indlæggelse, ingen ekstra ressource tilførsel
III Sygehus C	90	132.334	35% underernærede, 0,7 dages reduktion pr. indlæggelse, ingen ekstra ressource tilførsel
IV Sygehus A	533	787.770	35% underernærede, 6,1 dages reduktion pr. indlæggelse, ingen ekstra ressource tilførsel
V Sygehus B	942	1.392.043	35% underernærede, 6,1 dages reduktion pr. indlæggelse, ingen ekstra ressource tilførsel
VI Sygehus C	795	1.173.745	35% underernærede, 6,1 dages reduktion pr. indlæggelse, ingen ekstra ressource tilførsel
VII Sygehus C	1.428	2.109.673	35% underernærede, 11 dages reduktion pr. indlæggelse, ingen ekstra ressource tilførsel

1) 2003-prisniveau.

Af tabel 7.2 fremgår det, at såfremt besparelsespotentialet kun er 0,7 dages reduktion pr. indlæggelse¹¹⁴, vil der være tale om en væsentlig mindre årlig besparelse på de tre afdelinger (jf. række I-III). Tilsvarende vil den årlige besparelse ved en 6,1 dages reduktion pr. indlæggelse være højere. Som nævnt fandt et enkelt studie frem til, at der gældende for geriatriske patienter var en forskel på 11 dage mellem indlæggelsestiden for henholdsvis underernærede patienter og patienter, som ikke var underernærede (197). I række VII i tabel 7.2 er det vist, at såfremt indlæggelsestiden reduceres med 11 dage for alle underernærede patienter – måske en noget optimistisk antagelse – vil det medføre sparede senge dage svarende til godt 2 millioner kr. for den deltagende sengeenhed på Sygehus C.

I beregningsresultaterne, der er præsenteret i tabel 7.1 og 7.2, er det forudsat, at en forbedret ernæringspleje kan ske uden tilførsel af ressourcer til afdelingerne eller produktionskøkkenerne. Med andre ord er det forudsat, at ernæringsplejen kan forbedres inden for de givne økonomiske rammer ved ændring af arbejdstilrettelæggelsen, ansvarsfordelingen m.m. Her viser erfaringer, at det primært er på de kliniske afdelinger, at der evt. er behov for ressource tilførsel (210). I forhold til produktionskøkkenerne viser resultaterne fra nærværende studie, at de i princippet lever op til anbefalingerne, dvs. at kosten til patienten planlægges og produceres, så den er ernæringsmæssigt dækkende, såfremt patienten spiser alle de fra køkkenet planlagte måltider, ligesom køkkenerne producerer og leverer f.eks. portionsopdelte frostretter, grød og energi- og tilskudsdrikke. Med hensyn til valgmuligheder og den kulinariske attraktion, så er problemstillingen lidt mere kompleks. Resultaterne fra organisationsanalysen peger på et behov for at forbedre samarbejde og kommunikation mellem produktionskøkkenerne og afdelingerne, og samtidig har produktionskøkkenerne behov for et vist økonomisk råderum for at kunne producere måltider, der er varierede og kulinarisk attraktive.

¹¹³ Se kapitel 3.

¹¹⁴ Jf. den nedre grænse i 95%-konfidensintervallet (204).

TABEL 7.3

Besparelsespotentiale ved ernæringspleje i henhold til anbefalingerne for de tre deltagende sengeenheder under forudsætning af tilførsel af én social- og sundhedsassistent pr. afsnit*

Deltagende sengeenhed på	Sparede indlæggelsesdage	Årlig besparelse (kr.) ¹⁾	Forudsætninger
Sygehus A	296	172.532	35% underernærede, 3,4 dages reduktion pr. indlæggelse, ressourcetilførsel*
Sygehus B	524	243.121	35% underernærede, 3,4 dages reduktion pr. indlæggelse, ressourcetilførsel*
Sygehus C	441	121.845	35% underernærede, 3,4 dages reduktion pr. indlæggelse, ressourcetilførsel*

1) 2003-prisniveau.

* Det er forudsat, at den deltagende sengeenhed på Sygehus A tilføres en social- og sundhedsassistent, de deltagende sengeenheder på Sygehus B og C, der hver består af to afsnit, tilføres to social- og sundhedsassistenter. Det vil sige en stilling pr. afsnit. Bruttoårslønnen for en social- og sundhedsassistent er 265.118 kr. (211) (2003-prisniveau).

I beregningerne i tabel 7.3 er det derfor forudsat, at ernæringsplejen kun kan forbedres, såfremt der tilføres afdelingerne økonomiske ressourcer. Erfaringer fra et ortopædkirurgisk sengeafsnit på Bispebjerg Hospital viser, at ansættelse af en social- og sundhedsassistent som ernæringsassistent, der udelukkende har ansvar for ernæringsplejen af småtspisende patienter, giver markante forbedringer. Inden ansættelse af ernæringsassistenten fik kun 50% af patienterne dækket 90% af deres ernæringsbehov. Ansættelsen af ernæringsassistenten og den fokus på ernæringsplejen, som det har medført, har bevirket, at 92% af patienterne nu får dækket 90% af deres ernæringsbehov. Endvidere er madspildet reduceret fra 30% til 8,5% (113, 209, 210).

I resultaterne præsenteret i tabel 7.3 er det således forudsat, at hvert sengeafsnit tilføres én social- og sundhedsassistent med særligt ansvar for ernæringsplejen, hvorved det implicit forudsættes, at ernæringsplejen forbedres i henhold til anbefalingerne¹¹⁵. Når de øvrige forudsætninger fra hovedresultatet ikke ændres (hvilket bl.a. implicerer fastholdelse af antagelsen om 3,4 dages reduktion i indlæggelsestiden), ses det, at der fortsat er tale om en besparelse for alle tre sengeenheder. Igen gælder det, at ud over de omkostningsmæssige implikationer (besparelser) forventes den forbedrede ernæringspleje også at medføre en gevinst i form af forbedret helbreds-tilstand for patienterne. Såfremt en forbedret ernæringsindsats kun vil resultere i 0,7 dages reduktion i indlæggelsestiden, og såfremt der samtidig skal tilføres én social- og sundhedsassistent pr. afsnit, vil der ikke være tale om besparelser på nogen af de tre deltagende sengeenheder.

I litteraturen er det anført, at mellem 20% og 50% af patienterne er underernærede ved indlæggelsen, jf. afsnit 7.3. I tabel 7.1 er det forudsat, at 35% af patienterne er underernærede. Af tabel 7.4 fremgår det, at såfremt kun 20% af patienterne er underernærede, er besparelsespotentialet mindre, mens en andel på 50% underernærede patienter vil betyde en større besparelse i forhold til hovedresultatet.

TABEL 7.4

Besparelsespotentiale ved ernæringspleje i henhold til anbefalingerne for de tre deltagende sengeenheder med variation i andelen af underernærede patienter

Deltagende sengeenhed på	Sparede indlæggelsesdage	Årlig besparelse (kr.) ¹⁾	Forudsætninger
I Sygehus A	169	250.086	20% underernærede, 3,4 dages reduktion pr. indlæggelse, ingen ekstra ressourcetilførsel
II Sygehus B	299	441.918	20% underernærede, 3,4 dages reduktion pr. indlæggelse, ingen ekstra ressourcetilførsel
III Sygehus C	252	372.618	20% underernærede, 3,4 dages reduktion pr. indlæggelse, ingen ekstra ressourcetilførsel
IV Sygehus A	423	625.214	50% underernærede, 3,4 dages reduktion pr. indlæggelse, ingen ekstra ressourcetilførsel
V Sygehus B	748	1.104.796	50% underernærede, 3,4 dages reduktion pr. indlæggelse, ingen ekstra ressourcetilførsel
VI Sygehus C	631	931.544	50% underernærede, 3,4 dages reduktion pr. indlæggelse, ingen ekstra ressourcetilførsel

1) 2003-prisniveau.

Erfaringer fra Bispebjerg Hospital (113, 209) viser, at en forbedret ernæringspleje kan reducere madspildet (210). Det er således påvist, at det er muligt at reducere madspildet fra 30 til 8,5%. Madspild i sig selv udgør en omkostning, idet hospitalskøkkenerne er forpligtede til at skaffe sig af med spildet via godkendte renovationsordninger¹¹⁶. I den affaldsordning, der gjaldt før 1. august 2003, blev der afregnet pr. kg., så et reduceret madspild vil reducere denne omkostning. Analyser viser, at madspildet er ca. 0,33 kg. pr. kostdag (12), og med en afskaffelsespris på 1,81 kr. pr. kg. er der et besparelsespotentiale for hospitalskøkkenerne.

¹¹⁵ Det skal imidlertid bemærkes, at ansættelse af ernæringsassistenten 32 timer ugentlig på en ortopædkirurgisk afdeling på Bispebjerg Hospital er funderet inden for afdelingens eget budget – dvs. uden ekstra tilførsel af ressourcer (218).

¹¹⁶ Før 1. november 2002 var det lovpligtigt for storkøkkenerne, der producerede mere end 100 kg affald/uge, at afhænde dette affald gennem en obligatorisk indsamlingsordning. Det indsamlede madaffald blev varmebehandlet og anvendt som foder til husdyr. Fra 1. november 2002 har det været forbudt at anvende varmebehandlet madaffald fra storkøkkener som foder til husdyr, og madaffaldet er i stedet blevet kørt til godkendte biogasanlæg. Fra 1. august 2003 ophæves denne afskaffelsesmetode. Herefter er det kommunerne, der afgør, på hvilken måde madaffaldet skal indsamles og behandles, f.eks. som dagrenovation, kildesorteret dagrenovation eller separat ordning for affald fra storkøkkener (219). Da ordningen nyligt er vedtaget, kendes prisen for bortskaffelse af madaffald ikke.

Desuden må det forventes, at en optimering af ernæringsplejen, hvorved ernæringen bliver mere målrettet og individuel, vil betyde, at råvareforbruget bliver mindre, hvilket igen vil betyde, at prisen pr. kostdag muligvis kan reduceres, dog afhængigt af det økonomiske niveau for produktionen.

TABEL 7.5

Besparelsespotentiale ved ernæringspleje i henhold til anbefalingerne for de tre deltagende sengeenheder med reduceret madspild og råvareindkøb

Deltagende sengeenhed på	Sparede indlæggelsesdage	Årlig besparelse (kr.) ¹⁾	Forudsætninger
Sygehus A	296	464.734	35% underernærede, 3,4 dages reduktion pr. indlæggelse, ingen ekstra ressourcetilførsel
Sygehus B	524	805.334	35% underernærede, 3,4 dages reduktion pr. indlæggelse, ingen ekstra ressourcetilførsel
Sygehus C	441	697.225	35% underernærede, 3,4 dages reduktion pr. indlæggelse, ingen ekstra ressourcetilførsel

1) 2003-prisniveau.

Bemærkninger: Det er forudsat, at en kostdag svarer til 1100 g mad (12), at madspildet reduceres fra 30% til 8,5%, og at prisen for bortskaffelse af mad er 1,81 kr. pr. kg (oplysninger fra Sygehus C). Prisen pr. kostdag er oplyst af køkkenerne på de tre sygehuse, og det er forudsat, at prisen pr. kostdag reduceres med 10% som følge af mere målrettet og individuel ernæring.

Når der tages højde for et reduceret madspild og et bedre tilpasset råvareforbrug, stiger besparelsespotentialet, hvilket fremgår af tabel 7.5. Men det ses, at der i forhold til hovedresultatet (tabel 7.1) er der tale om relativt beskedne stigninger i besparelsesmulighederne. I øvrigt gælder det, at det er antagelsen om et reduceret råvareindkøb, der bidrager mest til de øgede besparelsesmuligheder. I stedet kunne de økonomiske ressourcer, der frigives ved en reduktion af madspildet, tilføre køkkenerne et øget økonomisk spillerum, hvorved kvaliteten og variationen af de indkøbte råvarer og dermed den kulinariske kvalitet af tilbuddene til patienterne kunne højnes, hvilket igen kunne bidrage til at disses næringsindtagelse øgedes.

7.5 Resultater: Besparelsespotentiale nationalt

Generelt er fokus i analysen rettet mod den medicinske patient, og resultater fra den udenlandske litteratur er direkte anvendt på de tre deltagende sengeafsnit/afdelinger. Denne analyse gentages i det følgende for hele landet.

TABEL 7.6

Antal indlæggelser på medicinske afdelinger i 2001 af patienter på 60 år eller derover af en varighed på mindst syv dage (212)

	Medicinske patienter
Antal indlæggelser	81.705
Gennemsnitlig liggetid (min.=7 dage)	17,8 dage
Gennemsnitsalder (min.=60 år)	76 år

Af tabel 7.6 fremgår det, at der i 2001 var i alt 81.705 indlæggelser på medicinske afdelinger af patienter på 60 år eller derover af en varighed på mindst syv dage. Antages det igen, at 35% af disse patienter er underernærede, svarer det til 28.597 indlæggelser. Forudsættes det videre, at der for disse indlæggelser kan spares 3,4 indlæggelsesdage, såfremt ernæringsplejen optimeres, medfører det en årlig besparelse på 97.229 indlæggelsesdage. Det giver et samlet besparelsespotentiale på 143,6 millioner kr. årligt (2001-data og 2003-prisniveau). Denne reduktion i antal sengedage er estimeret til 6,7% af det totale antal sengedage for denne patientkategori. I tabel 7.7 præsenteres en følsomhedsanalyse, hvor der varieres på antagelsen om reduktion i indlæggelsestiden (række I-III). Den potentielle besparelse på landsplan ses at ligge i størrelsesordenen fra 29,1 til 258,5 millioner kr.

Såfremt det forudsættes, at en forbedring af ernæringsplejen ikke kan implementeres uden tilførsel af ressourcer, betyder det, at besparelsespotentialet reduceres. Det fremgår af række IV i tabel 7.7, hvor det er forudsat, at der på de medicinske afdelinger ansættes personer (social- og sundhedsassistenter) med ernæringsplejen som deres ansvarsområde¹¹⁷. Det gør sig desuden gældende, at såfremt en forbedret ernæringsindsats kun

¹¹⁷ Beregningsforudsætningerne her er de samme som i tabel 7.3. I tabel 7.3 forudsættes det, at den ekstra ressourcetilførsel svarer til i alt fem social- og sundhedsassistenter årligt (én pr. sengeafsnit). Omregnes denne ressourcetilførsel – vha. antal sparede indlæggelsesdage – til hele landet, svarer dette til 389 social- og sundhedsassistenter (i tabel 7.3 »sparer« fem social- og sundhedsassistenter ca. 1.250 indlæggelsesdage, hvilket svarer til, at 389 social- og sundhedsassistenter »sparer« 97.229 indlæggelsesdage (jf. tabel 7.7, række I).

medfører en gennemsnitlig reduktion i indlæggelsestiden på 0,7 dage, og hvis det samtidig forudsættes, at der skal tilføres ressourcer i form af social- og sundhedsassistenter, vil der ikke være tale om en besparelse.

TABEL 7.7

Besparelsespotentiale for hele landet ved forbedret ernæringspleje af udvalgte medicinske patienter på 60 år eller derover, som har været indlagt i mindst syv dage. Det antages, at 35% af patienterne er underernærede ved indlæggelsen. Øvrige forudsætninger fremgår af tabel (2001-data)

Sparede indlæggelsesdage	Årlig besparelse (kr.) ¹⁾	Forudsætninger
I 97.229	143,6 mio.	3,4 dages reduktion pr. indlæggelse. Ingen ekstra ressource tilførsel
II 19.732	29,1 mio.	0,7 dages reduktion pr. indlæggelse. Ingen ekstra ressource tilførsel
III 175.012	258,5 mio.	6,1 dages reduktion pr. indlæggelse. Ingen ekstra ressource tilførsel
IV 97.229	40,5 mio.	3,4 dages reduktion pr. indlæggelse. Ekstra ressource tilførsel

1) 2003-prisniveau.

Beregninger viser, at forbedringen af ernæringsplejen – alt andet lige – skal medføre en gennemsnitlig reduktion i indlæggelsestiden på mindst 2,5 dage for patienter på 60 år og derover, der er indlagt i minimum syv dage, når der samtidig tilføres ressourcer i form af social- og sundhedsassistentstillinger (389 stillinger). Hvis disse forudsætninger ikke er til stede, overstiger meromkostningerne værdien af reduktionen i indlæggelsestiden (dvs. 2,5 dage er et »break even«-punkt).

7.6 Diskussion

Den videnskabelige litteratur viser, at forekomsten af underernæring blandt ældre indlagte patienter er høj. Litteraturen viser endvidere, at den gennemsnitlige indlæggelsestid kan reduceres signifikant, såfremt ernæringsplejen til disse patienter forbedres. På baggrund af denne viden er der gennemført beregninger for de tre deltagende sengeenheder, og man har for disse fundet et besparelsespotentiale i form af sparede senge dage, såfremt ernæringsplejen forbedres i henhold til anbefalingerne (jf. tabel 7.1-7.5). Det er vigtigt at understrege, at der er tale om et besparelsespotentiale, og besparelserne vil kun blive reelle, hvis de sparede senge dage omsættes til en nedlæggelse af senge og efterfølgende reduktion af personalenormeringen og det øvrige budget. Men – alt andet lige – vil besparelsespotentialet kunne ses udmøntet i form af en lavere belægningsprocent. En række medicinske afdelinger – f.eks. de deltagende sengeenheder på Sygehus A og C – har i dag endog meget høje belægningsprocenter. Det ønskelige for en hensigtsmæssig drift i forhold til patientudskiftning m.m. er en belægningsprocent på under 85-90% (207). Prognoser for udviklingen i befolkningssammensætningen peger på, at andelen af ældre vil stige i de kommende år (182, 213), hvilket for de medicinske afdelinger vil resultere i et øget pres og mangel på sengepladser (214). Set i det lys ville et bidrag til en lavere belægningsprocent gennem optimering af ernæringsplejen være ønskelig. Endvidere må det forventes, at en lavere belægning vil medføre et kvalitetsløft i pleje og behandling.

Det er vigtigt at påpege, at der er tale om relativt »grove« beregninger i den gennemførte økonomiske analyse. Der antages eksempelvis en gennemsnitlig reduktion i indlæggelsestiden for alle indlæggelser for den udvalgte patientgruppe¹¹⁸. Der er ingen tvivl om, at beregningerne kunne forfines og detaljeres i mere detaljerede studier, hvorved der kunne opnås et mere sikkert estimat for besparelsespotentialet. Ligeledes er det i analysen en approksimation, at resultater fra udenlandske studier overføres til danske forhold. Det vides ikke, om praksis for ernæringsplejen i Danmark er den samme som beskrevet i de udenlandske studier, og om »forbedringspotentialet« er det samme. Endvidere gør det sig gældende, at den nuværende praksis inden for ernæringsplejen på de tre danske involverede sengeenheder er forskellig, ligesom patientsammensætningen på de deltagende sengeenheder diagnosemæssigt er forskellig. Reelt vides det ikke, om besparelsespotentialet på én afdeling er en gennemsnitlig reduktion i indlæggelsestiden på 3,4 dage, mens besparelsespotentialet på en anden afdeling kun er 1,0 dag. Men i forhold til ovennævnte usikkerhedsmomenter er det vigtigt at slå fast, at fokus i denne rapport ikke er en diagnoserelateret ernæringspleje, men en ernæringspleje, der kan sikre den ældre og oftest småtspisende medicinske patient den mest optimale indtagelse af næring.

Normalt bør perspektivet for en sundhedsøkonomisk analyse være det samfundsmæssige perspektiv, dvs. at alle relevante omkostninger og effekter ved en given intervention – her en optimeret ernæringspleje – bør medtages. Fokus i analysen har været hospitalsniveauet, og analysen har været koncentreret omkring omkost-

118 Indlagte medicinske patienter på 60 år og derover, som er indlagt i minimum syv dage.

ningssiden. Perspektivet for nærværende analyse har således ikke været det samfundsmæssige, idet en række omkostninger og effekter specielt uden for hospitalet ikke er tilstrækkeligt afdækket. F.eks. gælder det, at en forbedret ernæringspleje under hospitalsindlæggelse måske kan eller bør medføre ændringer i det kosttilbud, som den udskrevne patient eventuelt får via den primærkommunale hjemmepleje. I det omfang en optimeret ernæringspleje også har eller bør have konsekvenser i den primærkommunale hjemmepleje, er det ikke medtaget her. Desuden gælder det, at en forbedret ernæringspleje – ud over besparelser – for patienterne forventeligt vil medføre en forbedring af den helbredsrelaterede livskvalitet. Som nævnt er denne gevinst ikke værdisat i f.eks. kvalitetsjusterede leveår (QALY). I litteraturen er der heller ikke fundet eksempler på studier, der påviser en ændring i livskvaliteten, da der er for få data, og tidshorizonten ofte er for kort (204). Men det skal dog bemærkes, at nogle studier finder, at en forbedret ernæringspleje medfører en reduceret dødelighed, hvilket indirekte implicerer en forbedret livskvalitet.

Givet at afgrænsningen er medicinske patienter på 60 år eller derover indlagt i mindst syv dage, vurderes det samlede besparelspotentiale for hele landet at være 143,6 millioner kr. årligt (2003-prisniveau). Der er tidligere gennemført lignende beregninger, hvor besparelspotentialet vurderedes at være ca. 600 millioner kr. årligt (1997-prisniveau) (20). De to analyser er ikke direkte sammenlignelige, da der i (20) er inddraget både kirurgiske og medicinske patienter, ligesom sonde- og intravenøs ernæring er medtaget. Desuden er det antaget, at indlæggelsestiden kan afkortes med fire dage, der er anvendt en *gennemsnitlig* sengedagstakst på 2.100 kr. (1997-niveau), og der er ikke analyseret på en reduktion af de *marginale* omkostninger, hvilket oftest er det relevante.

Diskussionen angående anvendelsen af resultater fra udenlandske studier i beregninger over danske patientforløb, samt det forhold, at dokumentationen for en forbedring i den helbredsrelaterede livskvalitet er mangelfuld, bekræfter, at der også fremover er behov for flere (prospektive) studier inden for dette felt (70) – også i Danmark. Disse studier kan f.eks. have karakter af mere detaljerede analyser, der sammenligner specifikke programmer for ernæringspleje.

7.7 Konklusion

Fokus i nærværende analyse har været på den medicinske patient. Litteraturen viser, at underernæring blandt ældre hospitalsindlagte patienter er udtalt (20-50%). Resultater fra litteraturen viser, at indlæggelsestiden kan reduceres signifikant, såfremt ernæringsplejen forbedres. Et Cochrane-review estimerer reduktionen til gennemsnitlig at være $-3,4$ dage (95%-konfidensinterval: $-0,69$ dage til $-6,12$ dage).

Når disse resultater anvendes på danske forhold, viser beregninger fra tre medicinske sengeenheder, at besparelspotentialet ligger i størrelsesordenen 88.817 kr. til 1.173.745 kr. (jf. tabel 7.2, 2003-prisniveau) afhængigt af patientsammensætning og beregningsforudsætninger. Der kan dog tænkes scenarier, hvor der ikke vil være et besparelspotentiale, f.eks. hvor reduktionen i indlæggelsestiden er beskedent, samtidig med at der skal tilføres afdelingerne ressourcer for at forbedre ernæringsplejen. Det er vigtigt at understrege, at der er tale om et besparelspotentiale, hvor besparelserne kun vil blive reelle, såfremt de sparede sengedage kan omsættes til nedlæggelse af senge og efterfølgende reduktion af personalenormeringen og det øvrige budget, hvorved ressourcerne frigøres til alternativ anvendelse.

Samtidig er det vigtigt at pointere, at der er et stort pres på medicinske sengeafdelinger, og besparelspotentialet vil – alt andet lige – kunne ses udmøntet i form af lavere belægningsprocenter. I dag er belægningsprocenterne meget høje på medicinske afdelinger, og presset på afdelingerne kan forventes yderligere øget på grund af en stigende andel af ældre i fremtiden.

Økonomiske beregninger af denne karakter, hvor resultater fra udenlandske studier anvendes på dansk klinisk praksis, er forbundet med en vis usikkerhed, hvorfor der er gennemført følsomhedsanalyser. Ligeledes er patientsammensætningen på de tre sengeenheder meget forskellig. Men samtidig gør det sig gældende, at ernæringsproblemet for den ældre medicinske patient er et generelt problem, der oftest er uafhængigt af diagnose.

Overføres beregningsforudsætningerne til alle medicinske patientforløb i Danmark, hvor patientgruppen afgrænses til patienter på 60 år eller derover, som er indlagt i mindst syv dage, vurderes besparelspotentialet at være 143,6 millioner kr. årligt på landsplan (2003-prisniveau). Hvis beregningsforudsætningerne, såsom

andelen af underernærede patienter og reduktionen i antal sengedage, ændres, vil besparelspotentialet ligge i størrelsesordenen 29,1 til 258,5 millioner kr.

Afslutningsvis skal det understreges, at det primære sigte med en forbedring af ernæringsplejen bør være en forbedring af patienternes pleje og behandling. En forbedret kvalitet af ernæringsplejen skal ikke som udgangspunkt gennemføres, fordi det forventes at resultere i besparelser! Men gevinsterne ved at optimere ernæringsplejen kan siges at være dobbeltsidig, idet patienterne vil opleve en forbedret kvalitet under indlæggelsen, og denne positive påvirkning af patienternes indlæggelsesforløb vil sandsynligvis have en positiv effekt på driften af de medicinske afdelinger som beskrevet i dette kapitel.

8 Sammenfattende diskussion

I denne medicinske teknologivurdering (MTV) sættes der fokus på medicinske patienters ernæringspleje. Baggrunden herfor er en undren over, at der eksisterer en kløft mellem den kliniske viden om syges behov for næring – formuleret som officielle anbefalinger – og den ofte manglende inddragelse af ernæringen i behandlingen og plejen af patienterne. På baggrund af seks specificerede succeskriterier, som tager udgangspunkt i de officielle anbefalinger for kost til syge, underbygger organisationsanalysen og analysen af patienternes perspektiv, at denne kløft mellem teori og praksis eksisterer i forskellige former på de deltagende medicinske sengeenheder. Den enkelte sengeenhed efterlever hvert af de seks succeskriterier i forskellig grad, og hver sengeenhed har sine styrker og svagheder i forhold til at give patienterne en optimal ernæringspleje. Men ingen af de deltagende sengeenheder kan siges at efterleve de seks succeskriterier til fulde. Der ses flere eksempler på, at der ikke arbejdes specifikt med indholdet i succeskriterierne: eksempelvis vurderes patienternes ernæringsstatus kun systematisk på én af de deltagende sengeenheder, kun på én af sengeenhederne sammensættes kosten individuelt efter patienternes ønsker og behov, og kun på én sengeenhed informeres patienterne om produktionskøkkenets tilbud om mad og drikke.

Gennemgangen af de officielle tiltag og landspolitiske drøftelser om kost til syge tydeliggør, at ernæringen på sygehuse har haft – og stadig har – en vis politisk opmærksomhed. Der er f.eks. udarbejdet anbefalinger og vejledninger vedrørende ernæringsplejen på sygehuse samt en betænkning om offentlig kostforplejning. Fra politisk side har der flere gange været lagt op til en dialog og samarbejde med sygehusejerne¹¹⁹ om kosten til patienterne. Baggrunden er, at man fra politisk side ønsker, at ernæringsplejen af syge opprioriteres på landets sygehuse. Da indlagte patienters ernæringspleje er sygehusejernes ansvar – og ikke Folketingets, har landspolitikerne holdt sig tilbage fra at lovgive på området. Fra landspolitisk side håber man på, at sygehusejerne »opfatter signalerne«, så anbefalingerne for ernæringsplejen til syge omsættes til praksis.

Organisationsanalysen anskueliggør, at »signalerne« fra Folketingets side opfattes på forskellig måde af sygehusejerne: én sygehusejer har iværksat en drøftelse af, hvilken kostpolitik der bør være gældende på amtets sygehuse, men en overordnet opprioritering af ernæringsområdet og en implementering af en kostpolitik – f.eks. støttet af sygehusets kostråd – synes fraværende. En anden sygehusejer har gennem et amtsligt kostråd formuleret en overordnet kostpolitik, som på det deltagende sygehus er udmøntet i en lokal kostpolitik. Her tydeliggør organisationsanalysen, at det på afdelingsniveau er meget vanskeligt for ildsjælene at få disse retningslinjer for ernæringsplejen implementeret, og at sygehusledelsen ikke har redskaber til at få indsigt i, hvordan kostpolitikken fungerer på afdelingsniveau. Den tredje sygehusejer har overordnet fokus på ernæringsplejen som en del af en akkrediteringsproces, og på afdelingsniveau følger sygehusledelsen ernæringsplejen gennem et løbende kvalitetssikringssystem.

En væsentlig forskel mellem de tre deltagende sygehuse skal her fremføres: på Sygehus A er kostpolitikken ikke endeligt vedtaget, og på Sygehus B er kostpolitikken vedtaget, men implementeringen af denne politik er ikke understøttet af sygehusledelsen. På disse to sygehuse er beslutningen om, hvordan ernæringsplejen skal udføres, således placeret decentralt, og kvaliteten af ernæringsplejen bliver derved afhængig af afdelingspersonalerne ressourcer og holdning til, hvordan ernæringsplejen bør udføres. På sygehus C er det fra ledelsesmæssig side klart udmeldt i organisationen, at ernæringsplejen er en vigtig del af behandlingen og plejen, som personalet skal forholde sig til. Afdelingspersonalet har her klare retningslinjer for ernæringsplejen at arbejde efter, og det besluttes derfor ikke decentralt på den enkelte sengeafdeling, hvordan ernæringsplejen bør udføres. Organisationsanalysen afdækker dog andre forhold på Sygehus C, der kan virke hæmmende for en optimal ernæringspleje, såsom manglende kontakt mellem produktionskøkkenet og sengeafdelingerne samt plejepersonalets manglende tid til ernæringsplejen.

Ud fra den historiske beskrivelse af ernæringsplejen på danske sygehuse i 1950'erne fremgår det, at ansvarsplaceringen dengang var entydig: overlægen havde ansvaret for at ordinere kostformen til alle patienter, og afdelingssygeplejersken havde overblikket og sikrede sig, at ordinationerne blev fulgt til punkt og prikke. De øvrige personalegrupper havde ansvaret for at udføre diverse rutiner i forbindelse med måltiderne, såsom at lufte ud på stuerne, følge patienter på toilettet inden måltidet osv. I den nuværende organisering af ernæringsplejen på sengeafdelingerne synes en klar ansvarsfordeling og ovennævnte fastlagte rutiner omkring måltiderne ikke længe at være til stede. Formelt er der gennem de officielle anbefalinger klare retningslinjer for, at lægen har et centralt ansvar for ernæringsplejen, men organisationsanalysen belyser, at disse retningslinjer ikke følges i organisationer-

119 Amterne og Hovedstadens Sygehusfællesskab (H.S), hvor H.S er et fællesskab mellem syv hospitaler i Københavnsområdet.

ne. På den deltagende sengeenhed på Sygehus C har afdelingsledelsen – i erkendelse af, at lægegruppen er vanskelig at inddrage i ernæringsplejen – omdefineret ansvaret for ernæringsplejen til primært at være plejepersonalets ansvar, da det mere naturligt indgår i plejepersonalets arbejde. I et historisk perspektiv er der således uformelt sket et skred i ansvaret, idet lægen i dag ikke indgår aktivt i patientens ernæringspleje, men ofte kun inddrages, når der er behov for ordination af sonde- eller intravenøs ernæring. Moderne teknologier og medicinsk behandling har sandsynligvis fjernet lægernes fokus fra ernæringsområdet.

I forbindelse med udsendelsen af »Betænkning om offentlig kostforplejning« i 1997 fremfører daværende sundhedsminister Birte Weiss, at det er vigtigt med en diskussion af, hvordan det offentliges kostpenge bruges optimalt: *»Der produceres en halv million måltider om dagen i offentligt regi, og den årlige udgift til offentlig kostforplejning ligger omkring fire milliarder kroner. Derfor er det ikke det rene lommeuld vi taler om«.* Ernæringsplejen af medicinske patienter, der udgør ca. en tredjedel af samtlige indlagte patienter i Danmark, udgør en væsentlig del af den offentlige kostforplejning. I denne MTV-rapport har det derfor været centralt at belyse den økonomiske effekt af en optimeret ernæringspleje af denne patientgruppe. Organisationsanalysen afdækker, at ingen af de deltagende sengeenheder til fulde efterlever de seks succeskriterier for ernæringsplejen, og der fremstår et væsentligt potentiale for en optimering af området. Videnskabelige studier viser, at hvis ernæringsplejen optimeres, kan antallet af sengedage for medicinske patienter, der ikke er kritisk syge, i gennemsnit reduceres med 3,4 dage, forudsat at patienterne er indlagt i mindst syv dage.

I 2001 var der i Danmark i alt 81.705 indlæggelser på de medicinske afdelinger af patienter på 60 år eller derover af en varighed på mindst syv dage. Hvis det – på baggrund af den tilgængelige viden om hyppigheden af underernæring – antages, at 35% af disse patienter var underernærede, var antallet af underernærede patienter i alt 28.597. Med en reduktion i indlæggelsestiden på 3,4 dage kan reduktionen i antal sengedage estimeres til 97.229. I 2001 var den gennemsnitlige indlæggelsestid for denne patientgruppe 17,8 dage med i alt 1.450.000 sengedage. Den estimerede reduktion i antallet af sengedage svarer således til 6,7%, og det årlige besparelspotentiale for hele landet vurderes at være 143,6 millioner kr. (2003-prisniveau). Disse beregninger underbygger til fulde, at en utilstrækkelig ernæringspleje resulterer i øgede omkostninger til pleje og behandling. Samtidig påviser andre studier, at et øget fokus på ernæringsplejen kan mindske omfanget af madspild væsentligt. Ernæringsplejen af denne patientgruppe – og generelt på danske sygehuse – rummer således et væsentligt potentiale for at optimere ressourceanvendelsen. Som det understreges i økonomikapitlet, er det vigtigt at fremhæve, at det nævnte besparelspotentiale imidlertid kun er reelt, hvis de sparede sengedage omsættes til en nedlæggelse af senge og efterfølgende reduktion i personalenormeringen og det øvrige budget. Men – alt andet lige – kan dette besparelspotentiale udmøntes i form af en lavere belægningsprocent på de medicinske afdelinger. Det skal ses i lyset af, at mange medicinske sengeafdelinger i dag har uhensigtsmæssigt høje belægningsprocenter, og at der vil være et stigende behov for sengepladser, da andelen af ældre vil vokse i de kommende år.

Under Folketingets debat i 1997 vedrørende forslaget til folketingsbeslutning om forbedring af kosten på sygehuse fremstår der ikke generel enighed om, hvordan det »står til« med ernæringsplejen på de danske sygehuse. Nogle politikere udtrykker, at mange sygehuse er langt fremme med at optimere ernæringsplejen, mens andre politikere påpeger, at målet ikke er nået, så længe det ikke er generelt, at personalet er opmærksomt på de småtspisende patienter. Endnu andre politikere udtrykker skepsis over for, hvor langt sygehusene er kommet med at sætte fokus på ernæringsplejen, da det er *»spredte initiativer«*, der ikke er koordinerede, og at *»der er oplysninger om, at det ikke står så godt til i amterne, som nogle vil påstå«*. Alt i alt udsagn, der afspejler, at det fra landpolitisk niveau kan være vanskeligt at få indsigt i, hvordan virkeligheden udspiller sig i forhold til patienternes ernæringspleje på sygehusene. Den historiske gennemgang af ernæringsplejen i 1950'erne viser, at Sundhedsstyrelsen gennem Statens Praktisk-sundhedsmæssige Undersøgelser dengang havde direkte kontakt til det enkelte sygehus gennem vejledende besøg, hvor kostforholdene og ernæringsplejen blev gennemgået. Hvis man fra politisk hold ønsker at skabe øget indsigt i ernæringsplejen på danske sygehuse, kunne denne historiske model fungere som inspiration i en kvalitetssikring af ernæringsplejen. I dag udføres der lovpligtige hygiejnetilsyn i produktionskøkkenerne, men ikke vejledende »ernæringsbesøg« på afdelingsniveau.

Under ovennævnte folketingsdebat bliver det ligeledes udtrykt, at *»det er jo ret katastrofalt, hvis det passer, at mange indlagte patienter ikke får dækket deres behov for næring«*. På baggrund af den systematiske gennemgang af litteraturen på området kan det konkluderes, at mange medicinske patienter også i dag underernæres på sygehusene. Studier viser, at mellem 20 og 50% af patienterne på danske sygehuse er underernærede ved indlæggelsen. Andre studier viser, at de medicinske patienter under indlæggelsen i gennemsnit kun får dækket 60-75% af deres behov for energi og protein. Specielt medicinske patienter, der oftest er ældre mennesker, har en øget risiko for at blive underernærede. Så Folketingets debat afspejler, at det er centralt at få formidlet

denne viden bl.a. til det lands-, amts- og lokalpolitiske niveau, således at beslutninger her – med relation til den ernæringsmæssige pleje – kan træffes på et vidensbaseret grundlag.

Men hvor skal den primære årsag findes til, at mange patienter ikke får dækket deres behov for energi og protein under en indlæggelse? Fra politisk side er der flere gange givet udtryk for, at årsagen primært skal findes i patienternes tilstand og deres fravær ved måltiderne pga. undersøgelser og lign. Patienternes tilstand er naturligvis afgørende for evne og lyst til at spise og drikke. Organisationsanalysen og patienternes udsagn i denne rapport peger imidlertid på, at plejepersonalet ikke til fulde påtager sig ansvaret for at sikre patienten en ernæringspleje ud fra den enkelte patients situation. Pga. mangel på tid til ernæringsplejen i forhold til andre plejefunktioner nedprioriteres området, ligesom det ikke prioriteres højt, at der er valgmuligheder mht. mad og drikke til patienterne – også uden for de faste måltider. Under sygdom, hvor kroppens behov for næring er øget, og hvor appetitten ofte er nedsat, er det helt centralt for en optimering af næringsindtagelsen, at småtspisende patienter tilbydes hyppige og små måltider og tilskudsdrikke. Ifølge de officielle anbefalinger skal mellemmåltiderne give et bidrag på 50% af den samlede energiindtagelse – mellemmåltider, som i dag ikke indgår som en indarbejdet del af driften i ernæringsplejen på de deltagende sengeenheder. Produktionskøkkenerne fremstiller diverse retter og drikkevarer, der af plejepersonalet kan anvendes til individuelle mellemmåltider, men ofte har patienterne ikke kendskab til disse kosttilbud fra produktionskøkkenet, og plejepersonalet anvender kun tilbuddene i begrænset omfang.

Der eksisterer således i driften et potentiale for at optimere ernæringsplejen, ved at plejepersonalet i højere grad tilbyder og serverer produktionskøkkenernes tilbud for patienterne, så der er mulighed for måltider og tilskudsdrikke i løbet af hele døgnet. På en af de deltagende sengeenheder har plejepersonalet mulighed for døgnet rundt at tilbyde patienterne diverse måltider, da produktionskøkkenet én gang i døgnet leverer alle levnedsmidler til sengeenheden. Tilbuddene kommer så at sige pr. automatik til sengeenheden. På de to øvrige deltagende sengeenheder leveres maden fra produktionskøkkenet tre gange om dagen, og sengeenheden har her ikke automatisk et stort udvalg af tilbud til patienterne. Plejepersonalet taler her om, at de mangler tilbud til de småtspisende patienter. Hvis der skal være mulighed for at servere mellemmåltider, kræves det, at disse måltider er bestilt dagen før fra køkkenet. Det kan her være vanskeligt for plejepersonalet at have overblik over behovet, hvilke muligheder der er i køkkenet osv., hvilket betyder, at produktionskøkkens tilbud ofte ikke anvendes fuldt ud.

Patienternes oplevelser af ernæringsplejen under indlæggelsen viser, at mange patienter ikke har oplevet at have en dialog med plejepersonalet dels omkring tilbud om mad og drikke fra køkkenet, og dels omkring patienternes evt. ønsker til kosten, og hvilken ernæring der er optimal for dem. Disse data underbygger, at produktionskøkkenernes tilbud om mad og drikke ikke præsenteres for patienterne, og dermed ikke anvendes optimalt i ernæringsplejen. Samstemmende med at plejepersonalet på de deltagende sengeenheder på Sygehus A og C mener, at de mangler tilbud uden for de fastsatte spisetider, efterlyser patienterne at have mulighed for at få serveret et måltid i tidsrummet fra kl. 20 om aftenen frem til kl. 8 om morgenen. På Sygehus B, hvor der er diverse måltider til rådighed på sengeenheden døgnet rundt, udtrykker patienterne tilfredshed med eksempelvis at få serveret natmad. I køkkendriften på dette sygehus følger køkkenpersonalet middagsmaden helt frem, til den serveres for patienterne, og gennem denne kontakt sker der en kontinuerlig justering af menuerne i forhold til patienternes ønsker. Som det eneste deltagende sygehus har patienterne på Sygehus B valgmuligheder i spisesituationen. Patienterne her udtrykker meget stor tilfredshed med kostforplejningen. Denne driftsform, der i høj grad er indrettet efter patienternes behov og ønsker, værdsættes og påskønnes i høj grad af patienterne og plejepersonalet.

På de to øvrige deltagende sengeenheder på Sygehus A og C afleverer produktionskøkkenet tre gange dagligt måltiderne til sengeenheder. Køkkenpersonalet følger her ikke maden frem til patienterne, og der er ingen valgmulighed for patienten i spisesituationen. Køkkenpersonalet har her ingen føling med, hvordan maden bliver serveret, og de har vanskeligt ved at få tilbagemeldinger på, om patienterne kan lide maden osv. På en af de deltagende sengeenheder udtrykker kun halvdelen af patienterne, at de har fået den kost, de har haft lyst til under indlæggelsen, og hver fjerde patient er ikke tilfreds med serveringstemperaturen. På denne sengeenhed anretter plejepersonalet maden på uopvarmede fade, hvorved maden afkøles, inden den serveres for patienterne, der er samlet i spisestuen. Da køkkenpersonalet ikke er inddraget i denne del af serveringen, og da plejepersonalet sjældent kontakter køkkenet, har produktionskøkkenet vanskeligt ved at tilrette driften, så f.eks. serveringstemperaturen kunne optimeres.

Mange af de medicinske patienter – hvis gennemsnitsalder er 74 år – udtrykker, at de på sygehuset må »underkaste sig de regler, der er«. Mht. ernæringsplejen betyder det sandsynligvis, at den ældre patient indordner

sig og ikke stiller de store krav, men spiser det, vedkommende nu kan – og har lyst til – af den mad, der serveres, og beder ikke yderligere om noget. Som det fremgår af organisationsanalysen, er ernæringsplejen ofte ikke et opprioriteret område i plejen, og det afspejles i, at ingen patienter tilkendegiver, at de har haft en egentlig samtale med personalet om ernæring som en del af behandlingen. Ca. halvdelen af patienterne har imidlertid fået det indtryk fra personalet, at kosten er en vigtig del af behandlingen – oftest udtrykt gennem direkte eller indirekte bemærkninger fra personalet. Patienternes egen holdning er imidlertid, at kosten har betydning for at komme til kræfter, ligesom mange patienter eksempelvis er meget opmærksomme på, om de har tabt sig. Dette potentiale for at inddrage patienterne i ernæringsplejen forbliver sandsynligvis skjult, når plejepersonalet ikke aktivt går ind i en dialog med patienten på området. Det kunne være relevant i den daglige drift i højere grad at inddrage den kliniske diætist i en formaliseret formidling af viden om ernæring til plejepersonalet.

I kapitel 3, der belyser teknologien, er der beskrevet forskellige handlemuligheder for at optimere patienternes indtagelse af næring, såsom servering af små energitætte måltider og ansættelse af en ernæringsassistent til udelukkende at have fokus på småtspisende patienter. Ud fra den gennemførte organisationsanalyse og analysen af patienternes oplevelser af ernæringsplejen fremgår det, at der er potentiale for i langt højere grad at sikre patienternes ernæringsmæssige behov gennem en opprioriteret og optimeret drift i ernæringsplejen. Ud fra ernæringsassistentens erfaringer handler en sådan optimering af ernæringsplejen om nærvær, lydhørhed samt viljen og evnen til at servicere patienten, således at ernæringsplejen individualiseres.

Organisationsanalysen og belysningen af patienternes perspektiv peger på, at der i den nuværende ernæringspleje er forhold, der kan optimeres, så patienterne i større grad får dækket deres ernæringsmæssige behov. Disse forhold er indkredset som henholdsvis fremmende og hæmmende forhold af betydning for efterlevelsen af de officielle anbefalinger. Ud fra et ledelsesmæssigt perspektiv er det f.eks. fremmende, at der er en klar tilkendegivelse fra sygehusledelsen om, at ernæringsplejen er et prioriteret område, samt at der er adgang til ledelsesværktøjer til kvalitetssikring samt understøttelse og vurdering af ernæringsplejen på afdelingsniveau. Ud fra sengeafdelingens perspektiv virker det fremmende, at der er en engageret person i plejegruppen, der har tiden til konkret at udføre ernæringsplejen, at sengeafdelingen har tilbud om næringsrig mad og drikke 24 timer i døgnet, samt at personalet serverer disse tilbud. Ud fra produktionskøkkenets perspektiv er det fremmende, at der er en hyppig og positiv kontakt til plejepersonalet, samt at køkkenet har mulighed for at følge maden frem, til den serveres for patienten. Af hæmmende faktorer, der er identificeret på ledelsesniveau, kan nævnes mangelfuld udmelding om betydningen af ernæringsplejen og manglende »værktøjer« til at vurdere kvaliteten af ernæringsplejen på afdelingsniveau. På afdelingsniveau er det f.eks. en hæmmende faktor, at plejepersonalet mener, at der mangler tid til ernæringsplejen, samt at ansvaret er kollektivt placeret, samtidigt med at kun få i personalegrupperne er engagerede i ernæringsplejen. Ud fra produktionskøkkenets perspektiv er det f.eks. en hæmmende faktor, at køkkenpersonalet ikke har indflydelse på, hvordan og i hvor høj grad køkkenets forskellige tilbud om mad og drikke anvendes på afdelingsniveau.

Alt i alt viser ovenstående henholdsvis fremmende og hæmmende forhold på forskellige niveauer i organisationerne, at der på de deltagende sengeenheder – på forskellig vis – er et væsentligt potentiale for at optimere ernæringsplejen til de medicinske patienter. Da sygehuse arbejder på forskellig vis med ernæringsområdet, kan der ikke gives et standardsvar på, hvordan ernæringsplejen optimeres. Men ernæringsplejen på hovedparten af de danske sygehuse består af en lang kæde af arbejdsfunktioner og processer fra produktionskøkkenet og frem til patienten, hvor den overordnede organisatoriske placering og prioriteringen af ernæringsplejen ikke er væsensforskellige. I det videre arbejde kan der derfor i den enkelte organisation tages udgangspunkt i de identificerede fremmende henholdsvis hæmmende forhold, hvor den udførte ernæringspleje vurderes i forhold til disse. Det er her centralt, at der fra ledelsesmæssig side sker en klar udmelding om ernæringens betydning for behandlingen og plejen. Ligeledes er det centralt, at der sker en aktiv involvering fra ledelsesmæssig side, hvorved ledelsen fortløbende tilegner sig indsigt i udførelsen af ernæringsplejen og handler på forhold, der er uhensigtsmæssige.

9 Konklusion og perspektivering

I 1950'erne var ernæringsplejen i praksis en vigtig del af behandlingen og plejen af medicinske patienter, hvilket ikke alment er kendetegnende i dag. Udførelsen af ernæringsplejen af medicinske patienter er et område, der ikke generelt har været under udvikling i de seneste år – snarere tværtimod. Nærværende MTV-rapport viser, at ernæringspleje af medicinske patienter er et område, der i dag på mange områder kan optimeres til gavn for patienternes helbredelse. I den politiske verden har ernæringsplejen til syge flere gange været i fokus, men resultatet er oftest pæne ord, og sjældnere ændringer, der har forankret sig og permanent gavnet indlagte patienter.

Ud fra de økonomiske analyser vurderes der at være mulighed for et besparelspotentiale gennem en reduktion i antallet af indlæggelsesdage for ældre medicinske patienter, hvis ernæringsplejen optimeres. Dette besparelspotentiale kan udmøntes i en lavere belægningsprocent, som kan mindske presset fra et stigende antal patienter på de medicinske afdelinger, da prognoser for udviklingen i befolkningssammensætningen peger på, at andelen af ældre vil vokse i de kommende år.

For det enkelte sygehus kan der ikke gives et standardsvar på, hvordan den ernæringsmæssige pleje af indlagte medicinske patienter kan forbedres. Dels foregår dette arbejde i de enkelte sygehusorganisationer på forskellig måde – som belyst i denne rapport – og dels er udførelsen af ernæringsplejen afhængig af mange aktører på forskellige niveauer i organisationerne. Disse aktører har hver forskellige handlemuligheder for at optimere ernæringsplejen. Men overordnet er det centralt, at der sker en ledelsesmæssig stillingtagen til, om ernæringsplejen skal opprioriteres. Hvis der ikke sker denne ledelsesmæssige involvering og klare støtte til udvikling af ernæringsplejen, er det vanskeligt for de forskellige aktører at arbejde med og sikre en *permanent forankring* af en optimeret ernæringspleje på afdelingsniveau.

Hvis man fra ledelsesmæssig side vælger at opprioritere ernæringsplejen, kan udgangspunktet for at udvikle dette område være de fremmende henholdsvis hæmmende forhold, der i denne rapport er udledt for henholdsvis patientens, produktionskøkkenets, sengeafdelingens og sygehusledelsens perspektiv. På afdelingsniveau er det eksempelvis centralt, at ansvaret og opgaverne i ernæringsplejen er placeret entydigt, samt at det er få og engagerede personer, der sikrer småtspisende patienters næringsindtagelse. Herigennem sikres det, at der er en person/personer omkring patienterne, der bl.a. har overblik over patienternes ernæringsstatus, kender deres ønsker til mad og drikke, kender til alle køkkenets tilbud, kan justere bestillinger af mad, så spild minimeres osv. Det er ligeledes centralt, at produktionskøkkenet i højere grad kommer i dialog med plejepersonalet og patienterne for løbende at kunne tilrette produktionen så optimalt som muligt i forhold til patienternes behov og ønsker.

Det videre perspektiv for arbejdet med ernæringspleje af medicinske patienter er i en *koordineret og systematisk form* at inddrage den eksisterende viden på området – teoretisk som praktisk. En sådan overordnet koordinerende funktion, der udspringer fra centralt hold eller fra den enkelte sygehusejer, kunne her sikre, at kræfterne anvendes på aktivt at implementere en levedygtig organisationsform, der sikrer, at patienternes indtagelse af næring bliver så optimal som muligt. Her er den præsenterede organisationsmodel med ansættelse af en ernæringsassistent på sengeafdelingen til at varetage småtspisende patienters ernæringspleje en dokumenteret anvendelig model. En sådan *aktiv* implementering kan være vejen frem til at reducere kløften mellem den eksisterende viden om syges behov for næring og kvaliteten af den ernæringspleje, som medicinske patienter får på danske sygehuse. I denne implementeringsproces er det ligeledes centralt – generelt gennem formidling og uddannelse – at øge forståelsen for betydningen af en optimal ernæringspleje i eget hjem, på plejehjem og på sygehuse, således at ernæringsplejen indgår som en ligeværdig – og ikke en underordnet – del af plejen og behandlingen af alle ældre og syge i den primære og sekundære sektor.

Det centrale er dermed at sikre, at der sker en professionel, målrettet indsats i alle led for at sikre en optimal kvalitet af medicinske patienters ernæringspleje. I dag anvendes kræfterne ofte på isolerede og spredte ernæringsprojekter på sengeafdelingerne, hvor der ofte »opfindes« nye tiltag til at sikre patienterne tilstrækkelig næring. Disse tiltag sikrer sjældent en permanent forankring af en optimal ernæringspleje. Oftest har disse tiltag en begrænset levetid – en levetid, der ofte er afhængig af de enkelte ildsjæle på området. Underernæring på danske sygehuse fremstår derfor som et dagsaktuelt problem, der kræver en opprioritering på ledelsesniveau og en heraf følgende langsigtet planlægning og implementering.

Europarådets resolution fra november 2003 vedrørende mad og ernæringspleje på hospitaler (220) har yderligere aktualiseret, at der sættes fokus på problemstillinger i ernæringsplejen. I resolutionen, som Danmark har tilsluttet sig, er patienters adgang til et udvalg af sikre og sunde måltider en fundamental menneskeret. Under en indlæggelse sikres patienten dette gennem en velfungerende måltidsservice og en individuel ernæringspleje, således at næringsbehovet dækkes så optimalt som muligt.

10 Bilag

Bilag A. Søgestrategi: Teknologien

Til at belyse den kliniske betydning af underernæring, hyppigheden af underernæring, betydningen af optimal ernæringspleje og handlemuligheder i forhold til optimal ernæringspleje er der gennemført en systematisk litteratursøgning med anvendelse af følgende søgeprofil:

((health care quality) AND (patient? OR hospitalization?) AND (nutrition? OR malnutrition? OR undernutrition?) AND aged) OR ((patient? OR hospitalization?) AND nutrition? w/2 (requirement? OR status OR assessment? OR support?) OR dietary intake OR protein deficiency? AND aged) OR ((patient? OR hospitalization?) AND (nutrition? OR malnutrition? OR undernutrition?) AND (patient care OR nursing OR health care quality) AND aged)

Fællessøgningen er fra følgende databaser:

File 155: MEDLINE(R) 1966-2001/Dec W4
File 73: EMBASE 1974-2001/Nov W4
File 34: SciSearch(R) Cited Ref Sci 1990-2001/Nov W4
File 50: CAB Abstracts 1972-2001/Oct
File 51: Food Sci.&Tech.Abs 1969-2001/Jan W4
File 53: FOODLINE(R): Food Science & Technology 1972-2001/Nov 28.

Resultatet af søgningen var, at ca. 80 artikler blev bestilt til nærmere gennemlæsning, hvoraf de centrale artikler vedrørende medicinske patienter blev udvalgt. Herudover er der inddraget kildemateriale ved hånd søgning i danske fagtidsskrifter som »Sygeplejersken« og »Økonomaen«.

Bilag B: Søgestrategi: Patientens perspektiv

Der er gennemført en systematisk litteratursøgning med anvendelse af følgende søgeprofil til at belyse patientens perspektiv af ernæringsplejen:

S1 175324 HOSPITAL(2N)PATIENT? OR INPATIENT?
S2 328428 NUTRITION? OR (DIET OR FOOD?)(2N)SERVICE? OR FOODSERVICE? – OR HOSPITAL(2N)FOOD?
S3 3360 S1 AND S2
S4 3679527 INFORMATION? OR COMMUNICATION? OR EDUCATION? OR PSYCHOLOG? OR ETHIC? OR BEHAVIO? OR ATTITUDE? OR NURSING? OR PATIENT(2N) – CARE?
S5 5496548 INFORMATION? OR COMMUNICATION? OR EDUCATION? OR PSYCHOLOG? OR ETHIC? OR BEHAVIO? OR ATTITUDE? OR NURSING? OR PATIENT(2N) – CARE?
S6 1061 S3 AND S5
S7 781 RD (unique items)

I søgeprofilen står »S3« for tredje søgning, der er fremkommet ved at søge på fællesmængden mellem søgning 1 (S1) og søgning 2 (S2).

Der er søgt i følgende databaser:

SYSTEM:OS – DIALOG OneSearch

File 155: MEDLINE(R) 1966-2002/Jan W4

File 73: EMBASE 1974-2002/feb W1 (c) 2002 Elsevier Science B.V.

*File 73: For information about Explode feature please see Help News73.

File 11: PsycINFO(R) 1887-2002/Jan W3 (c) 2002 Amer. Psychological Assn.

File 37: Sociological Abstr. 1963-2002/feb (c) 2002 Cambridge Scient. Abstr.

File 7: Social SciSearch(R) 1972-2002/feb W3 (c) 2002 Inst for Sci Info

File 34: SciSearch(R) Cited Ref Sci 1990-2002/feb W3 (c) 2002 Inst for Sci Info

File 434: SciSearch(R) Cited Ref Sci 1974-1989/Dec (c) 1998 Inst for Sci Info.

Resultatet af søgningen er 742 referencer, hvor duplikater forekommer. Resultatet af søgningen var, at ca. 50 artikler blev bestilt til nærmere gennemlæsning, hvoraf de få relevante artikler blev inddraget i arbejdet. Ud fra litteraturen er det ikke muligt at belyse de seks specificerede succeskriterier. Kildematerialet er centreret om plejepersonalets arbejde med og udførelse af ernæringsplejen, hvorfor disse referencer er inddraget i diskussionen i organisationskapitlet. Ligeledes er der foretaget søgning i danske og nordiske databaser (f.eks. LIBRIS, SveMed og Norart).

Bilag C: Søgestrategi: Økonomiske aspekter

I forskellige databaser er der gennemført en systematisk litteratursøgning inden for områderne ernæring og økonomi (tabel 1).

TABEL 1
Søgestrategi og afgrænsning

Database: MEDLINE (PubMed)	
Søgeord	Afgrænsninger
nutrition AND economic impact	1998-2003 og engelsksprogede artikler
nutrition AND length of stay	1998-2003 og engelsksprogede artikler
nutrition AND cost	1998-2003 og engelsksprogede artikler
nutrition AND hospital cost	1998-2003 og engelsksprogede artikler
nutrition AND readmission	1998-2003 og engelsksprogede artikler
food AND hospital cost	1998-2003 og engelsksprogede artikler
Database: Den Danske Forskningsdatabase	
Søgeord:	
ernæring kost	
Database: CINAHL	
Søgeord:	
nutrition AND length of stay	
food AND length of stay	
Database: NHS Economic Evaluation Database	
Søgeord	
nutrition AND length of stay	
nutrition AND economic impact	
nutrition AND cost	

Resultatet af litteratursøgningen var, at i alt 47 artikler blev bestilt til nærmere gennemlæsning. Blandt disse udvalgte de artikler, som (primært) vedrørte medicinske patienter i henhold til afgrænsningerne. Artikler, som udelukkende vedrørte kirurgiske patientgrupper, eller som vedrørte sonde- eller intravenøs ernæring, blev ekskluderet.

Referenceliste

1

Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering. Medicinsk Teknologivurdering. Hvorfor? Hvad? Hvornår? Hvordan? Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering, 2000; 1-36.

2

Pedersen AN, Ovesen L. Kost på sygehuse. I: Anbefalinger for den danske institutionskost. København: Økonomaskolen i København og Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri, Veterinær- og Fødevedirektoratet, 1999; 59-78.

3

Lassen KØ. Medicinske patienters ernæring – et interventionsstudie. Ph.d.-afhandling, Aarhus Universitet, 2001. Publikation: Lassen KO, Kruse F, Bjerrum M, Jensen L, Hermansen K. Effect on dietary intake and the occupational groups' perspectives of intervention. Nutrition Journal 2004, 3:12. Lassen KO, Kruse F, Bjerrum M. Nutritional care of Danish medical inpatients – patients perspectives. Scand J Caring Sci 2005; 19:1-9.

4

Ljungqvist O. Nutritional care in hospitals. Clin Nutr 2002; 21(6):449.

5

Association of Community Health Councils for England and Wales. Hungry in Hospital? London: Association of Community Health Councils for England and Wales, Health News Briefing, 1997, 1-28.

6

Steen B. Malnutrition hos ældre patienter. Forbisett fenomen i svensk sjukvård. Läkartidningen 1994; 91(1-2):26-27.

7

Stellfeld M, Gyldendorf B. Kostundersøgelse på en intern medicinsk afdeling: seksoghalvtreds patienters energi-, protein- og zinkindtagelse under hospitalsindlæggelsen. Ugeskr Læger 1988; 150(25):1537-1540.

8

Charles R, Mulligan S, O'Neill D. The identification and assessment of undernutrition in patients admitted to the age related health care unit of an acute Dublin general hospital. Ir J Med Sci 1999; 168(3):180-185.

9

Bøhmer T. Underernæring hos ældre ved akutt innleggelse i indremedisinsk afdeling. Tidsskrift for den norske lægeforening 1992; 1(112):46-48.

10

Barton AD, Beigg CL, Macdonald IA, Allison SP. High food wastage and low nutritional intakes in hospital patients. Clin Nutr 2000; 19(6):445-449.

11

Kondrup J, Johansen N, Plum LM, Bak L, Larsen IH, Martinsen A et al. Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. Clin Nutr 2002; 21(6):461-468.

12

Dansk Catering Center, Institut for Teknologi og Samfund, Levnedsmiddelkontrollen. Mad på sygehuse. Teknologivurdering. 1995.

13

Sundhedsstyrelsen. Sygehusenes virksomhed 2001 (foreløbig opgørelse). Nye tal fra Sundhedsstyrelsen 2002; 6(9):1-17.

14

Økonomaskolen i København, Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri, Veterinær- og Fødevedirektoratet. Anbefalinger for den danske institutionskost. Pedersen AN, Ovesen L (red.). Fødevarer rapport 1999:01, 1-155. 1999.

15

Beck AM, Balknas UN, Furst P, Hasunen K, Jones L, Keller U et al. Food and nutritional care in hospitals – How to prevent undernutrition. Report and guidelines from the Council of Europe. Clin Nutr 2001; 20(5):455-460.

16

Levnedsmiddelstyrelsen og Økonomaskolen i København. Anbefalinger for den danske institutionskost. Pedersen AN, Ovesen L (red.). 233, 1-139. 1995.

17

Jespersen J, Baastrup A, Gade S, Møller KR. Forslag til folketingsbeslutning om forbedring af kosten på sygehuse. Folketingets edb-register over lovforslag BSF 89. 22-1-1997.

18

Folketingets førstebehandling af beslutningsforslag nr. B 89: Forslag til folketingsbeslutning om forbedring af kosten på sygehuse. B 89, 3959-3968. 7-2-1997.

19

Folketingets præsidium. Folketingstidende. Årbog & registre. Folketingsåret 1996-97. Informations- og dokumentationsafdeling F (red.). 264-264. 1997.

20

Levnedsmiddelstyrelsen. Offentlig kostforplejning i Danmark. Betænkning fra udvalget om offentlig kostforplejning. Betænkning nr. 1334. Bind 1. 5-146. 1997.

21

Levnedsmiddelstyrelsen. Offentlig kostforplejning i Danmark. Betænkning fra udvalget om offentlig kostforplejning. Betænkning nr. 1334. Bind II (Bilag). 5-181. 1997.

22

Nye veje i den offentlige kostforplejning. Sundhedsministeriet. 1997.

23

Weiss B. Redegørelse om forebyggelse af sundhedsministeren. 1997-98 R 9. 13-1-1998.

24

Jespersen J. Tale 4, SF. R 9 BEH1. 21-1-1998. Folketinget.

25

Weiss B. Tale 10, Sundhedsministeren. R 9 BEH1. 21-1-1998. Folketinget.

26

Sundhedsministeriet. Folkesundhedsprogrammet 1999-2008. www.folkesundhed.dk. 1999.

27

Koch C. Svar fra sundhedsministeren om redegørelse om kosten til patienterne på hospitalerne. Svar (2/6 98) på Spm. nr. S 457. 2-6-1998. Folketinget.

28

Koch C. Redegørelse om regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008. Redegørelse nr. R 4, 1-11. 28-10-1999.

29

Kongsted G. Spørgsmål til sundhedsministeren om en overordnet koststrategi for hospitaler. Spm. nr. S 1154. 20-1-2000. Folketinget.

30

Koch C. Svar fra sundhedsministeren om en overordnet koststrategi for hospitaler. Svar (3/2 2000). 3-2-2000. Folketinget.

31

Kondrup J. Projektbeskrivelse »Underernæring på sygehuse: UPS«. 1999.

32

Bjerregaard RJ. Regeringens Fødevarepolitiske Redegørelse II. Redegørelse R 11, 1-8. 27-2-2001.

33

Rolighed A. Regeringens plan for »Mad til syge«. 1-5. 25-6-2001. København, Sundhedsministeriet.

34

Skaarup B. Spørgsmål til indenrigs- og sundhedsministeren om kostområdet på landets sygehuse. Spm. nr. S 3079. 30-8-2002. Folketinget.

35

Rasmussen LL. Svar fra indenrigs- og sundhedsministeren om kostområdet på landets sygehuse. 2-10-2002. Folketinget.

36

Regeringen. Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10. 4-79. 2002. København, Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

37

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Konference om bedre ernæring på sygehuse – fra politik til handling. Mødeindkaldelse. 27-2-2003.

- 38
Sundhedsstyrelsen. Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister. Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko. 3-35. 1-4-2003.
- 39
Sundhedsstyrelsen: Bedre mad til syge. Hvorfor? Hvordan? 1-4-2003.
- 40
Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark. Ernæringsrigtigt sygehus. Patientdel. Definition og strategi for implementering. 1-22. 1-4-2003.
- 41
Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark. Ernæringsrigtigt sygehus. Personaledel. Definition og strategi for implementering. 1-4-2003.
- 42
Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Konference om bedre ernæring på sygehuse. Deltagerliste. 2003.
- 43
Nightingale F. Taking Food. I: Nightingale F (red.). Notes on nursing. 1860: 63-69.
- 44
Pedersen AN, Ovesen L. Ernæring i klinikken. I: Anbefalinger for den danske institutionskost. København. 1999: 79-86.
- 45
Garby L, Astrup A, Stender S. Legemets funktioner og sammensætning. I: Astrup A, Garby L, Stender S (red.). Menneskets ernæring fra molekylærbiologi til sociologi. 1997: 18-29.
- 46
Matzen LE, Hendriksen C, Schroll M, Puggaard L, Christy M, Pedersen KD. Forebyggelse og behandling af funktionstab hos ældre. Klaringsrapport. 5, 2-24. 2003.
- 47
Brozek J. Bibliographical note on behavioral aspects: on the margin of the 50th anniversary of the Minnesota starvation-nutritional rehabilitation experiment. Percept Mot Skills. 1995; 81(2):395-400.
- 48
Keys A, Brozek J, Henschel A, Michelson O, Taylor HL. The biology of human starvation. 1950; 1+2:703 og 819-748 og 918.
- 49
Allison S. Malnutrition in hospitalized patients, an assessment of nutrition support. I: Payne-James J, Grimble G, Silk D (red.). Artificial nutrition support in clinical practice. 1995: 115-126.
- 50
Ogawa AM. Macronutrient requirements. I: Shikora SA, Blackburn GL (red.). Nutrition Support. Theory and Therapeutics. 1997: 54-65.
- 51
Munro HN, Crim MC. The proteins and amino acids. I: Shils ME, Young VR (red.). Modern nutrition in health and disease. 1988: 3-37.
- 52
Stein TP. Protein metabolism. I: Torosian MH (red.). Nutrition for the hospitalized. 1995: 19-35.
- 53
Young VR, Marchini JS, Cortiella J. Assessment of protein nutritional status. J Nutr 1990; 120 Suppl 11:1496-1502.
- 54
Roitt I. Essential immunology. 1984: 21-46.
- 55
Garby L, Kondrup J. Proteiner. I: Astrup A, Garby L, Stender S (red.). Menneskets ernæring fra molekylærbiologi til sociologi. 1997: 99-105.
- 56
Sandstrom B, Aro A, Becker W, Lyhne N, Pedersen JJ, Porsdottir I. Nordiske næringsrekommandationer. Nordisk Minister-råd, 1996.

57

Campbell WW, Crim MC, Dallal GE, Young VR, Evans WJ. Increased protein requirements in elderly people: new data and retrospective reassessments. *Am J Clin Nutr* 1994; 60(4):501-509.

58

Still C, Apovian C, Jensen GL. Malnutrition and related complications. I: Shikora SA, Blackburn GL (red.). *Nutrition Support. Theory and Therapeutics*. New York: Chapman & Hall, 1997: 21-29.

59

Yeh SS, Schuster MW. Geriatric cachexia: the role of cytokines. *Am J Clin Nutr* 1999; 70(2):183-197.

60

Kirby DF, DeLegge MH. Nutritional assessment: The high tech and low tech tour. I: Kirby DF, Dudrick SJ (red.). *Practical Handbook of Nutrition in Clinical Practice*. 1994: 1-18.

61

Hessov I. *Klinisk ernæring*. 1998: 19-22.

62

Kondrup J, Ovesen LF. Ernæring på sygehuse (se kommentarer). *Ugeskr Læger* 1997; 159(24):3755-3759.

63

Webber J, Macdonald IA. Energy metabolism. *Artificial Nutrition Support in Clinical Practice*. 1995: 43-57.

64

Astrup A, Garby L. Energi og energiomsætning. I: Astrup A, Garby L, Stender S (red.). *Menneskets ernæring fra molekylærbiologi til sociologi*. 1997: 70-79.

65

Berry SM, Bower RH. Nutrition in critical illness and sepsis. I: Torosian MH (red.). *Nutrition for the hospitalized patient*. 1995: 381-392.

66

Hill JO, Melby C, Johnson SL, Peters JC. Physical activity and energy requirements. *Am J Clin Nutr* 1995; 62(5 Suppl):1059S-1066S.

67

Nutritional assessment. I: The American Dietetic Association (red.). *Handbook of Clinical Dietetics* 1992: 5-39.

68

Payne-James J, Grimble G, Silk D. *Artificial nutrition support in clinical practice*. 1995: 1-11.

69

Lennard-Jones JE. *A positive approach to nutrition as treatment*. King's Fund Publishing 1992.

70

Green CJ. Existence, causes and consequences of disease-related malnutrition in the hospital and the community, and clinical and financial benefits of nutritional intervention. *Clin Nutr* 1999; 18(Supplement 2):3-28.

71

Weinsier RL, Hunker EM, Krumdieck CL, Butterworth CE Jr. Hospital malnutrition. A prospective evaluation of general medical patients during the course of hospitalization. *Am J Clin Nutr* 1979; 32(2):418-426.

72

Klein S, Kinney J, Jeejeebhoy KN, Alpers D, Hellerstein M, Murray M et al. Nutrition support in clinical practice: review of published data and recommendations for future research directions. *Am J Clin Nutr* 1997; 66(3):683-706.

73

Jeejeebhoy KN. Rhoads lecture – 1988. Bulk or bounce – the object of nutritional support. *J Parenter Enteral Nutr* 1988; 12(6):539-549.

74

Lopes J, Russell DM, Whitwell J, Jeejeebhoy KN. Skeletal muscle function in malnutrition. *Am J Clin Nutr* 1982; 36(4):602-610.

75

Bourdel-Marchasson I, Barateau M, Rondeau V, Dequae-Merchadou L, Salles-Montaudon N, Emeriau JP et al. A multi-center trial of the effects of oral nutritional supplementation in critically ill older inpatients. *GAGE Group. Nutrition* 2000; 16(1):1-5.

76

Bernstein LH, Shaw-Stiffel TA, Schorow M, Brouillette R. Financial implications of malnutrition. *Clin Lab Med* 1993; 13(2):491-507.

77

Holmes R, MacChiano K, Jhangiani SS, Agarwal NR, Savino JA. Combating pressure sores. *American Journal of Nursing* 1987; 10:1301-1303.

78

Arora NS, Rochester DF. Respiratory muscle strength and maximal voluntary ventilation in undernourished patients. *American Revue of Respiratory Disease* 1982; 126:5-8.

79

Sullivan DH. The role of nutrition in increased morbidity and mortality. *Clin Geriatr Med* 1995; 11(4):661-674.

80

Elpern EH. Pulmonary aspiration in hospitalized adults. *Nutr Clin Pract* 1997; 12(1):5-13.

81

Langmore SE. Risk factors for aspiration pneumonia. *Nutr Clin Pract* 1999; 14(5 suppl.):S41-S46.

82

Heymsfield SB, Bethel RA, Ansley, JD, Gibbs DM, Felner JM et al. Cardiac abnormalities in cachectic patients before and during nutritional repletion. *American Heart Journal* 1978; 95:584-594.

83

Lesourd B. Protein undernutrition as the major cause of decreased immune function in the elderly: Clinical and functional implications. *Nutr Rev* 1990; 53(4):S86-S94.

84

Chandra RK. The relation between immunology, nutrition and disease in elderly people. *Age and ageing* 1990; 19(Suppl.):S25-S31.

85

Hussain M, Oppenheim BA, O'Neill P, Trembath C, Morris J, Horan MA. Prospective survey of the incidence, risk factors and outcome of hospital-acquired infections in the elderly. *J Hosp Infect* 1996; 32(2):117-126.

86

Anderson CF, Moxness K, Meister J, Burritt MF. The sensitivity and specificity of nutrition-related variables in relationship to the duration of hospital stay and the rate of complications. *Mayo Clin Proc* 1984; 59(7):477-483.

87

Sullivan DH, Sun S, Walls RC. Protein-energy undernutrition among elderly hospitalized patients: a prospective study. *JAMA* 1999; 281(21):2013-2019.

88

Cederholm T, Jagren C, Hellstrom K. Outcome of protein-energy malnutrition in elderly medical patients. *Am J Med* 1995; 98(1):67-74.

89

Larsson J, Unosson A-C, Nilsson L, Thorslund S, Bjurulf P. Effects of dietary supplement on nutritional status and clinical outcome in 50 geriatric patients – a randomised study. *Clin Nutr* 1990; 9:179-184.

90

Davies L. Socioeconomic, Psychological and Educational Aspects of Nutrition in Old Age. *Age and Ageing* 1990; 19(Suppl.):S37-S42.

91

Brozek J. Effects of generalized malnutrition on personality. *Nutrition* 1990; 6(5):389-395.

92

Bettany GE, Powell-Tuck J. Malnutrition: incidence, diagnosis, causes, effects and indications for nutritional support. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1995; 7(6):494-500.

93

McWhirter JP, Pennington CR. Incidence and recognition of malnutrition in hospital [se kommentarer]. *BMJ* 1994; 308(6934):945-948.

- 94
Bistran BR, Blackburn GL, Vitale J, Cochran D, Naylor J. Prevalence of malnutrition in general medical patients. *JAMA* 1976; 235(15):1567-1570.
- 95
Naber TH, Schermer T, de Bree A, Nusteling K, Eggink L, Kruijmel JW et al. Prevalence of malnutrition in nonsurgical hospitalized patients and its association with disease complications. *Am J Clin Nutr* 1997; 66(5):1232-1239.
- 96
Kamath SK, Lawler M, Smith AE, Kalat T, Olson R. Hospital malnutrition: a 33-hospital screening study. *J Am Diet Assoc* 1986; 86(2):203-206.
- 97
Holmes S. The incidence of malnutrition in hospitalised patients. *Nurs Times* 1996; 92(12):43-45.
- 98
Potter J, Klipstein K, Reilly JJ, Roberts M. The nutritional status and clinical course of acute admissions to a geriatric unit. *Age Ageing* 1995; 24(2):131-136.
- 99
Lipschitz DA. Approaches to the nutritional support of the older patient. *Clin Geriatr Med* 1995; 11(4):715-724.
- 100
Mowe M, Bohmer T. The prevalence of undiagnosed protein-calorie undernutrition in a population of hospitalized elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39(11):1089-1092.
- 101
Tierney AJ. Undernutrition and elderly hospital patients: a review. *J Adv Nurs* 1996; 23(2):228-236.
- 102
Gyldendorp B, Stellfeld M. Proteinkalorisk ernæringstilstand hos patienter indlagt på intern medicinsk afdeling: bedømt ved antropometriske målinger og serum-proteiner. *Ugeskr Læger* 1988; 150(25):1540-1542.
- 103
Isaksson B. How to avoid malnutrition during hospitalization? *Hum Nutr Appl Nutr* 1982; 36(5):367-373.
- 104
Beck AM, Rasmussen AW, Ovesen LF. Ernæringstilstanden hos yngre og ældre patienter indlagt på hospital. *Ugeskr Læger* 2000; 162(22):3193-3196.
- 105
Almdal T, Viggers L, Beck AM, Jensen K. Food production and wastage in relation to nutritional intake in a general district hospital – wastage is not reduced by training the staff. *Clin Nutr* 2003; 22(1):47-51.
- 106
Barton AD, Beigg CL, Macdonald IA, Allison SP. A recipe for improving food intakes in elderly hospitalized patients. *Clin Nutr* 2000; 19(6):451-454.
- 107
Kondrup J, Bak L, Hansen BS, Ipsen B, Ronneby H. Outcome from nutritional support using hospital food. *Nutrition* 1998; 14(3):319-321.
- 108
Olin AO, Osterberg P, Hadell K, Armyr I, Jerstrom S, Ljungqvist O. Energy-enriched hospital food to improve energy intake in elderly patients. *J Parenter Enteral Nutr* 1996; 20(2):93-97.
- 109
Potter J, Langhorne P, Roberts M. Routine protein energy supplementation in adults: systematic review [se kommentarer]. *BMJ* 1998; 317(7157):495-501.
- 110
Tucker HN, Miguel SG. Cost containment through nutrition intervention. *Nutr Rev* 1996; 54(4):111-121.
- 111
Gall MJ, Grimble GK, Reeve NJ, Thomas SJ. Effect of providing fortified meals and between-meal snacks on energy and protein intake of hospital patients. *Clin Nutr* 1998; 17(6):259-264.
- 112
Stratton RJ, Elia M. A critical, systematic analysis of the use of oral nutritional supplements in the community. *Clin Nutr* 1999; 18(Supplement 2):29-84.

- 113
Villadsen B, Strøm B. Ernæringsprojekt afsnit M4, Ortopædkirurgisk afdeling M, H:S Bispebjerg. 1-12. 2001.
- 114
Eskesen B, Rossen H. Ernæring – et sygeplejefagligt problem. En evaluering af ernæringen. Organ- og Plastikkirurgisk afdeling. Vejle. 1-45. 2000.
- 115
Pedersen PU, Cameron U, Jensen L. Aktiv inddragelse af ældre ortopædkirurgiske patienter i egen kostforplejning øger energi- og proteinindtagelsen postoperativt. Sygeplejersken 1999; 21/99:28-35.
- 116
Olsen A. Madaffald fra et sengeafsnit på et hospital. 1-22. 1996. Økonomaforeningen.
- 117
Meulengracht. Diætetik. I: Funding I, Rydgaard F (red.). Lærebog og Håndbog i Sygepleje. København: Dansk Sygeplejeråd, 1950: 583-597.
- 118
Vermehren A. Ernæringslære og diætetik. Dansk Sygeplejeråd, 1956.
- 119
Bork D. Kongevejshospitalet – 1894 til 1975. 2001.
- 120
Statens Praktisk-sundhedsmæssige Undersøgelser S. Kostordning for danske sygehuse. Sundhedsstyrelsen med støtte af Amdraad og købstæder. 3-80. 1937.
- 121
Fridericia LS. Om grundlaget for udarbejdelsen af kostordninger og om det nye forslag til kostordninger for danske sygehuse. Særtryk af »Sygehusvæsen«, 1-24. 1942. København, Stat.Vit.Medd.,1:9.
- 122
Statens Praktisk-sundhedsmæssige Undersøgelser. Beretning om orienterende besøg på Haderslev bys sygehus april 1960. Sundhedsstyrelsen. Journal nr. 74-1/1960-61, 1-26. 1960.
- 123
Diætvejledninger (Proteinrig, Purekost, Skånekost, Affedning 800 kalorier, Affedning 1200 kalorier, Antiobstipation). 1966. Københavns Kommunes Hospitalsvæsen, Ernæringsfysiologisk Laboratorium, Kommunehospitalet.
- 124
Kostseddel for Sukkersyge-Patienter. 1951. Kolding Sygehus.
- 125
Lou H. Plejeinstruks for medicinsk afdeling, Kolding Sygehus. 1950.
- 126
Medicinsk afdeling, Haderslev Bys Sygehus. Vejledning for Overvægtige Patienter. 1955.
- 127
Medicinsk afdeling, Haderslev Bys Sygehus. Vejledning for patienter med sukkersyge. 1955.
- 128
Bork D. Et sygehus – en helhed. Haderslev Bys Sygehus 1896-1975. 1999: 66-70.
- 129
Eppenstein A, Kofoed-Hansen B, Høyrup E, Bang J. Servering af mad til patienterne. I: Aalkjær V, Jensen K, Eppenstein A, Kofoed-Hansen B (red.). Sygeplejelære – Mentalhygiejniske betragtninger i forbindelse med en patients indlæggelse – Arbejdsteknik i Sygeplejen. København: Dansk Sygeplejeråd, 1963: 149-155.
- 130
Warming K. Madtransport, Servering og opvask. I: Københavns Amts Sygehusvæsen (red.). Sygehusvæsen II. Administration og Drift. København: Sygehusinspektørforeningen i Danmark, 1939: 33-46.
- 131
Lov om fødevarer m.m. (fødevareloven). Lov nr. 471 af 1/7 1998. 1998. 1-7-1998.
- 132
Morgan DL. The uses of focus groups. Focus groups as qualitative research. 1997: 17-30.

- 133
Krueger RA. Developing questions for focus groups. California, SAGE 1998: 1-82.
- 134
Morgan DL. Planning and research design for focus groups. Focus groups as qualitative research. London: SAGE, 1997: 31-45.
- 135
Morgan DL. Planning focus groups. London, SAGE 1998: 1-131.
- 136
Banner DK, Gagné TE. Organizational Culture. I: Banner DK, Gagné TE (red.). Designing Effective Organisations. 1995: 369-394.
- 137
Bakka JF, Fivelsdal E. Anvendelse af organisationskultur. Organisationsteori: struktur, kultur, processer. 2001.
- 138
Morgan DL. Conducting and analyzing focus groups. Focus groups as qualitative research. 1997: 45-64.
- 139
Bro C. Kostforsyningen på sygehuse i Århus. 2000. Århus Amt.
- 140
Richelsen B, Borre M, Bülow L, Hansen HV, Hessov I, Kjærgaard V et al. Ernæringsforskning, ernæringsuddannelse og kostforplejning ved sygehusvæsenet i Århus Amt. 1-15. 20-6-2000.
- 141
Status vedrørende udredning af kostforsyning i Århus området. 5-9-2001. Sygehusudvalget. Århus Amt.
- 142
Udredning af kostforsyningen på Århus sygehuse. 21-2-2001. Sygehusudvalget. Århus Amt.
- 143
Endeligt forlig vedr. sygehusstrukturen i Århus Amt. 19-11-2002. Sundhedsudvalget. Århus Amt.
- 144
Vedr. kostbud – fremsendelse af udbudsmateriale. Sundhedsudvalgsmøde. 25-6-2003. Sundhedsudvalget. Århus Amt.
- 145
Forslag til kostpolitik. 25-6-2003. Sundhedsudvalget. Århus Amt.
- 146
Cheflægen. Kostrådet ved Sygehus A. 1-2. 2001.
- 147
Dansk Catering Center. Dankost 2000, Program til næringsberegning med brugerhåndbog. 1998.
- 148
Kliniske diætister. Kosthåndbog. Sygehus A. 1999.
- 149
Økonomapersonalet. Sygehuskost/Normalkost. Sygehus A. 1999.
- 150
Indikatorgruppen for apopleksi. Det Nationale Indikatorprojekt, Danmark. 2001.
- 151
Sekretariatet for Referenceprogrammer. Referenceprogram vedrørende apopleksi. 2002.
- 152
Service konsulent. Stillings- og funktionsbeskrivelse fra serviceassistenter på Sygehus A. 2002.
- 153
Sundhedsudvalget Nordjyllands Amt. Overordnet fælles kostforplejningspolitik i Nordjyllands Amt samt kommissorium for Det amtslige kostudvalg. 22-2-1999.
- 154
Sundhedsudvalget Nordjyllands Amt. Udskrift af beslutningsprotokollen for Nordjyllands Amtsråd. 21-8-1998.

- 155
Sekretær for Det amtslige Kostudvalg i Nordjyllands Amt. Spørgsmål om udarbejdelse af statusrapporter. Personlig kommunikation. 10-1-2002.
- 156
Sygehus B. Kommissorium for Kost- og ernæringsudvalget. 1-2-1999.
- 157
Kost- og ernæringsudvalget. Kostpolitik. Sygehus B. 2001.
- 158
Patientinformation om kosttilbud. Sygehus B. 2001.
- 159
Lov om Hovedstadens Sygehusfællesskab. Lov nr. 1132, kapitel 4. 1994.
- 160
Hovedstadens Sygehusfællesskab. Kostforplejning i H:S – forslag til fremtidige indsatsområder. 1-56. 2001.
- 161
Manual for Kostforplejning på Sygehus C. 1-18. 7-11-2001.
- 162
Direktionen. Ernæringsorganisationen på Sygehus C. 2002.
- 163
De kliniske diætister. Menukort. Ernæringstilbud til patienter med lille/stor/almindelig appetit. Sygehus C. 2002.
- 164
Vurdering af ernæringsrisiko. Grundig screening. Sygehus C. 2002.
- 165
Perry L. Fishing for understanding: nurses' knowledge and attitudes in relation to nutritional care. *Int J Nurs Stud* 1997; 34(6):395-404.
- 166
Edwards SL. Malnutrition in hospital patients: where does it come from? *Br J Nurs* 1998; 7(16):954-954.
- 167
Olsson U, Bergbom-Engberg I, Åhs M. Evaluating nurses' knowledge and patients' energy intake after intervention. *Clinical Nurse Specialist* 1998; 12(6):217-225.
- 168
Rasmussen HH, Kondrup J, Ladefoged K, Staun M. Clinical nutrition in Danish hospitals: a questionnaire-based investigation among doctors and nurses. *Clin Nutr* 1999; 18(3):153-158.
- 169
Palmvang K. »Vil du skære min fiskefilet ud?« – om kostens, madens og måltidets sociale organisering og betydning under indlæggelse på hospital. Speciale. Københavns Universitet. 2002.
- 170
Isaksson B, Hulten B, Nilsson U, Sandstrom B, Warnold I. Läkaren måste öka sitt intresse för patientens näringstillstånd och kostvanor. *Lakartidningen* 1985; 82(7):498-501.
- 171
Roubenoff R, Roubenoff RA, Preto J, Balke CW. Malnutrition among hospitalized patients. A problem of physician awareness. *Arch Intern Med* 1987; 147(8):1462-1465.
- 172
Hoffmann O. Svært at få personalet med på ideen. Indlæg i »Nye veje i den offentlige kostforplejning«. Sundhedsstyrelsen. 8-8, 1997:8.
- 173
Grunske D, Kirkhøj K. Vi sulter patienterne. *Sygeplejersken* 1996; 9:11-15 » 38.
- 174
Hellebek A, Lippert S, Zimakoff J, Jensen BA, Hansen MGJ, Tønnesen J et al. Den gode medicinske afdeling. Resultater fra en national undersøgelse af kvalitet i 1998. *Ugeskr Læger* 2003; 164:4431-4437.

- 175
Perry L. Nutrition: A hard nut to crack. An exploration of the knowledge and activities of qualified nurses in relation to nutritional nursing care. *Journal of Clinical Nursing* 1997; 6:315-324.
- 176
Dudek SG. Malnutrition in hospitals. Who's assessing what patients eat? *Am J Nurs* 2000; 100(4):36-42.
- 177
Almdal T, Jensen K, Viggers L. Kvalitetssikring og forbedring af kostforplejningen på Hvidovre Hospital. 1-9-1998.
- 178
Viggers L, Almdal T, Jensen K. En kostansvarlig på hver afdeling. *Journal for Sundhedsvæsenet* 1999; 11:26-29.
- 179
Kowanko I. The role of the nurse in food service: a literature review and recommendations. *Int J Nurs Pract* 1997; 3(2):73-78.
- 180
Pedersen KM, Due J, Forsom L, Gregersen E, Jylling E, Koch C et al. Barrierer for mere effektiv arbejdstilrettelæggelse på sygehuse. Indenrigs- og sundhedsministerens rådgivende udvalg. 100 dages opgaven. 2002: 3-85.
- 181
Assisterter redder sygeplejen. *Sygeplejersken* 7, 8-9, 2003.
- 182
Pedersen KM, Due J, Forsom L, Gregersen E, Jylling E, Koch C et al. Sundhedsvæsenets organisering – sygehuse, incitamen-ter, amter og alternativer. Rapport fra Indenrigs- og Sundhedsministerens rådgivende udvalg. 2003: 9-158.
- 183
Kristensen FB, Hørder M, Poulsen PB. Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering. 2001.
- 184
Timm HU. Patienten i centrum – Brugerundersøgelser, lægerspektiver og kvalitetsudvikling. 1997.
- 185
Vuori H. Patient satisfaction – does it matter? *Qual Assur Health Care* 1991; 3(3):183-189.
- 186
Foddy W. The open vs. closed questions debate. *Constructing Questions for Interviews and Questionnaires*. Cambridge University Press, 1994: 126-152.
- 187
Foddy W. Checks to ensure that questions work as intended. *Constructing Questions for Interview and Questionnaires*. 1994: 181-188.
- 188
Foddy W. Formulating intelligible requests for information. *Constructing Questions for Interviews and Questionnaires*. Cambridge University Press, 1994: 38-51.
- 189
Juil S. Take good care of your data. Department of Epidemiology and Social Medicine, University of Aarhus 2001: 1-56.
- 190
Rasmussen NK. Faldgruber og vanskeligheder ved spørgeskemaundersøgelser med særlig henblik på patienttilfredshedsundersøgelser. 22-2-1993.
- 191
Koch L, Vallgård S. Samfundsmedicinske forskningsmetoder. 1996.
- 192
Projektstyregruppe på Fåborg sygehus. BMI's betydning for ernæringsindtagelse. Træthedseffekt på 7. dagen. 2001.
- 193
Nyholm R, Holle CC. Forførelsens kunst. *Sygeplejersken* 1994; 34:4-7»31.
- 194
Olesen ES, Sprechler M, Amdrup E. Oral proteintilførsel hos patienter i dårlig ernæringstilstand. *Hospitalstidende Danmark* 1963; 8. VIII.

195

Edington J, Boorman J, Durrant ER, Perkins A, Giffin CV, James R et al. Prevalence of malnutrition on admission to four hospitals in England. The Malnutrition Prevalence Group. *Clin Nutr* 2000; 19(3):191-195.

196

Waitzberg DL. Efficacy of nutritional support: evidence-based nutrition and cost-effectiveness. *Nestle Nutr Workshop Ser Clin Perform Programme* 2002; 7:257-271.

197

Thomas DR, Zdrowski CD, Wilson M-M. Malnutrition in subacute care. *Am J Clin Nutr* 2001; 75:308-313.

198

Bernstein LH. Managing nutritional care is essential for managing total care. *Am Clin Lab* 2001; 20(7):8, 10-8, 12.

199

Pennington CR. Nutritional management: when and how should we become involved? *Clin Nutr* 2002; 21(3):191-194.

200

Symreng T, Anderberg B, Kagedal B, Norr A, Schildt B, Sjodahl R. Nutritional assessment and clinical course in 112 elective surgical patients. *Acta Chir Scand* 1983; 149(7):657-662.

201

Schmidt L, Holstein B. Kvalitative forskningsmetoder. I: Andersen D (red.). *Sundhedsvidenskabelig forskning*. 1999.

202

Kostudvalget i samarbejde med Udviklingsafdelingen HC. Er patienterne tilfredse med kosten på Herning Centralsygehus? 1992.

203

Smith PE, Smith AE. High-quality nutritional intervention reduce costs. *Healthcare Financial Management* 1997; 51(8):66-69.

204

Milne AC, Potter J, Avenell A. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; (3):CD003288.

205

Vlaming S, Biehler A, Hennessey EM, Jamieson CP, Chattopadhyay S, Obeid OA et al. Should the food intake of patients admitted to acute hospital services be routinely supplemented? A randomized placebo controlled trial. *Clin Nutr* 2001; 20(6):517-526.

206

Braunschweig C, Gomez S, Sheean PM. Impact of declines in nutritional status on outcomes in adult patients hospitalized for more than 7 days. *J Am Diet Assoc* 2000; 100(11):1316-1322.

207

Gøtzsche C-O, Mulvad T, Andersen E. Indlæggelsespresset på de medicinske afdelinger 1998-2000. *Ugeskr Læger* 2001; 163:5871-5873.

208

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. *Takstsystem 2003 – Vejledning*. 2002.

209

Hogarth MB, Marshall P, Lovat LB, Palmer AJ, Frost CG, Fletcher AE et al. Nutritional supplementation in elderly medical in-patients: a double-blind placebo-controlled trial. *Age Ageing* 1996; 25(6):453-457.

210

Hägel A. Lokker maden i de småtspisende. *NYH:S, Blad for Hovedstadens Sygehusfællesskab* 1, 8-9. 2003.

211

Det fælleskommunale Løndatakontor. *Løn- og personalestatistik for amter og kommuner*. 2001.

212

Olsen J. *Egne dataanalyser på Landspatientregistret*. 2003.

213

Sundhedsministeriet. *Den ældre medicinske patient*. 2-63. 2001.

214

Medicinerledelsesgruppen Århus Amt. Rapport vedrørende akutte patienter på de intern medicinske afdelinger i Århus Amt. 1-43. 2001.

215

Knudsen JK, Rix BA, Rohde S. Akkreditering af H:S – som fælles udfordring og ledelsesværktøj. Ugeskr Læger 2003; 164:4416-4427.

216

Deltagende sengeenhed på Sygehus C. Lokal retningslinie i klinikken med udgangspunkt i tværgående retningslinier. 2002.

217

Drummond MF, O'Brien B, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the economic evaluation of health care programmes. 1997.

218

Villadsen B. Spørgsmål vedr. ansættelse af ernæringsassistent. Personlig kommunikation 2003.

219

Fødevaredirektoratet. Orientering om bortskaffelse af madaffald fra storkøkkener. 1-3. 24-7-2003.

220

Council of Europe CoM. Resolution ResAP (2003)3 on food and nutritional care in hospitals. 12-11-2003. Fra <https://wcm.coe.int/rsi/CM/index.jsp>.