

Kost og ernæringsforbundet var som naturlig høringspartner, inviteret til dialogmøde af IKAS, om version 2 af DDKM. Følgende punkter blev diskuteret under dialogmødet.

Til IKAS

Kost og Ernæringsforbundet

Nørre Voldgade 90

1358 København K

Kost og Ernæringsforbundets høringssvar vedr. vers. 2 af DDKM til sygehuse.

16.2.2012

1.4.1

Standardens formål: det bør være stillings- og funktionsbeskrivelse og ikke kun funktionsbeskrivelse

Trin 3 - Indikator 5: Forslag at der indføres vejledning om, at dette kan udføres ved stikprøver.

1.4.3 Introduktion af nyt personale

Trin 1 - Indikator 2: Forslag at man skriver vejledning til, hvad et introprogram kan indeholde

1.4.4 Arbejdstilrettelæggelse

Standardens formål: Sætningen bør ændres til

At sikre, at arbejdstilrettelæggelsen tager hensyn til faglig kvalitet, uddannelse/kompetencer og patienternes behov.

(Menes der kompetencer?)

1.4.6 Bemyndigelse af klinisk personale med forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed

Standardens indhold:

Hvorfor nævnes kun de 4 professioner, når der er flere autoriserede behandlere?

1.5.1 Hygiejnepolitik og -organisation

Standardens indhold: punkt c

Der er jo også lovgivning, men det er måske det de mener med de nationale krav?

2.14.1 Ernæringscreening, plan og opfølgning

Standard: Patienters ernæringsmæssige risiko vurderes, og de får en tilpasset ernæring.

Sufficient bør ligeledes nævnes. Et minimums indtag på 80% på 3. dagen er acceptabelt

Standardens formål:

Det er uklart hvad der bør forebygges - komplikationer?

Standardens indhold:

Ernæringsmæssig risiko omfatter både underernæring og svær overvægt

Der bør tilføres "fejlernæring".

Der mangler en angivelse for hvornår screening skal iværksættes, re-screening udføres, hvornår ptt skal være sufficient ernæret.

Retningslinjerne for iværksættelse..

"kostform i punkt b)" = der henvises til punkt c),

d) svarer "plan", indeholdende monitorering, kostindtag og vægtudvikling til en "Ernæringsplan" Indikator 4?

Gængs/korrekt betegnelse for tilskudsdrikke er ernæringsdrikke, som omfatter fuld- og ikke fuldgyltige præparater.

Indikator 6. "Sygehuset har gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten af ernæring eller for at fastholde et allerede højt niveau" Henvises der her til den enkeltes pt ernæringsstatus, kvaliteten af maden, % delen af sufficient ernærede ptt?

2.15.1

Ernæring/kostvejledning bør fremgå som en del af rehabilitering/genoptræning¹.

¹ <http://begrebsbasen.sst.dk/concept/191483f2-27c9-4252-81ea-7d1333cef392.htm>

2.16.2

Standardens indhold:

"denne standard indeholder ikke kost og ernæring da dette er dækket af standard 2.14.1.

Forebyggelse og sundhedsfremme henviser til livsstilsfaktorerne – og der ligger her op til at man kan henvises til et tilbud, som kan hjælpe på livsstilsfaktorerne.

Standarden omkring ernæringscreening, plan og opfølgning 2.14.1 er afgrænset til underernæring og svær undervægt. I Term-listen omfatter ernæringsmæssig risiko også fejlnæring og uhensigtsmæssig fødeindtag, men også her afgrænses det til undervægt og svær overvægt.

Vi mener ikke at formuleringen i standard 2.14.1 dækker kost i et livsstilsperspektiv, som de øvrige KRAM faktorer dækkes af 2.16.2.

Det vil være hensigtsmæssigt i et sundhedsfremmende og forebyggende perspektiv, at der er mulighed for at blive vejledt / henvist til vejledning hos eksterne samarbejdspartnere i omlægning af en uhensigtsmæssig kost, som de øvrige KRAM-faktorer i 2.16.2.

2.17.4 information ved overflytning...

Tilføje ernæringsplan

2.17.5: udskrivelsesplanlægning i samarbejde med pt.

Pt. Have kendskab til hensigtsmæssig ernæring efter udskrivelse. Der er tit en diskrepans mellem hvad pt får tilbudt under indlæggelsen og hvad der er hensigtsmæssigt efter fuld ernæringsmæssig rehabilitering. Pt, bør derfor instrueres i hvorledes kosten bør være i rekonvalescensperioden og hvorledes den bør være efterfølgende set i et sundhedsfremmende og forebyggende perspektiv.

Dette alternativt skrevet ind i enten 2.15.1 eller 2.16.2

2.19.1

Vi mener umiddelbart at der mangler en klarere definition af palliation, terminal pt og uværgelig døende – evt. i term.

Dette er relevant, da pt. – bl.a. ifølge ESPEN guidelines² bør tilbydes ernæringsterapi så længe det vurderes at pt. Har gavn af dette.

² <http://www.espen.org/documents/ENOncology.pdf>

Vores medlemmer oplever at mange i palliativ behandling ikke får præsenteret hvilke muligheder der findes indenfor ernæringsterapi. Det være sig i forhold til diætistbistand, tilbud om grøn recept, PEG-sonde, sondeernæring generelt og ligeledes parenteral ernæring. Vi mener derfor at ernæring bør fremgå tydeligere, som en del af palliativ behandling.