

Anbefalinger for fremtidens hospitalsforplejning

Anbefalingerne er udarbejdet af:

Charlotte Ancker, Køkkenchef på Sygehus Lillebælt
Anna Marie Østergaard Andersen, Køkkenchef i Fælleskøkkenet I/S
Gitte Breum, Køkkenchef på Glostrup Hospital
Birgit Drost, Cheføkonoma i Hospitalsenheden Vest
Palle Erbs, Køkkenchef på Hvidovre Hospital
Ole Hoffmann, Cheføkonoma på Århus Universitetshospital/Risskov
Hanne Jensen, Køkkenchef i Koncernservice - Holbæk
Mona Carøe Jensen, Cheføkonoma på Regionshospitalet Randers
Bodil Jessen, Cheføkonoma på Regionshospitalet Viborg/Skive
Vibeke Jochumsen, Køkkenchef på Sydvestjysk Sygehus
Vibeke Kjærgård, Ledende økonoma på Regionshospitalet Silkeborg
Kirsten Rytter Knudsen, Ledende økonoma på Regionshospitalet Horsens
Carsten Larsen, Køkkenchef på Sygehus Himmerland
Birgitte Lund, Køkkenchef på Odense Universitetshospital og Svendborg Sygehus
Sune Læborg, Køkkenchef på Bispebjerg Hospital
Susanne C. Løje, Køkkenchef i Koncernservice - Slagelse
Trine Mossman, Køkkenchef på Gentofte Hospital
Bruno Nielsen, Servicechef på Sygehus Vendsyssel
Mie Nielsen, Cheføkonoma på Sygehus Thy-Mors
Michael Allerup Nielsen, Køkkenchef på Herlev Hospital
Pernille Nørbak, Cheføkonoma på Ålborg Sygehus
Anne-Lis Olsen, Køkkenchef på Rigshospitalet
Lis Sjørup Petersen, Leder af ernæringservice på Sygehus Sønderjylland
Helle Steen Petersen, Driftsleder på Hillerød Hospital
Lilian Rasmussen, Kostfaglig leder på Kong Christians X's Gigthospital
Bente Sloth, Cheføkonoma på Århus Universitetshospital
Hanne Stuhr, Ledende økonoma på Bornholms Hospital
Hanne Østergaard, Markedschef i KRAM A/S

I samarbejde med:



kost & ernæringsforbundet
mestre i mad & sundhed

Indledning

I dag er ca. 40 % af patienterne på danske hospitaler underernærede. Under indlæggelse bliver den ernæringsmæssige tilstand forværret for tre ud fire af de allerede underernærede patienter. Underernæring betyder, at patienterne i gennemsnit er indlagt 3,4 dage mere, end det ellers er nødvendigtⁱ. Det har enorme menneskelige konsekvenser og betyder milliardomkostninger for det danske sundhedsvæsen i kraft af bl.a. længere indlæggelsestider, mere komplekse operationer og flere genindlæggelserⁱⁱ. Samtidig er den offentlige forplejning på danske hospitaler under pres. Etableringen af nye supersygehuse i regionerne indebærer strukturelle og logistiske omlægninger inden for områder som madproduktion, transport af maden og samarbejde mellem køkken og afdelinger. Fra regionernes side tilkendegives intentionen om, at maden skal indgå som en del af behandlingen, men samtidig betyder nye sparekrav en risiko for, at køkkenfaciliteterne på de kommende sygehuse indskrænkes. Dette gælder såvel arealer til spisemiljøer, arealer til klargøring af måltider i afdelingsafsnit, som produktionsfaciliteter til professionel forplejning til patienter, deres pårørende og personale.

Et realistisk scenarie er, at flere af regionerne vil indføre store centralkøkkener. Dette vil indebære en række nye udfordringer – bl.a. logistiske og kommunikationsmæssige - med at behandle de 40 % af patienterne, der er underernærede. Med de kommende omlægninger er der derfor behov for at tænke i nye innovative løsninger, der understøtter indsatsen med at dække patienternes individuelle behov for veltilberedt og velsmagende mad og drikke, og få dækket behovet for energi og protein.

For at få et optimalt behandlingsforløb er det afgørende, at sundhedsvæsenets aktører på tværs af sektorer - både før, under og efter indlæggelse - har et grundigt samarbejde om og kendskab til den enkelte borgers individuelle behov. Herigennem opnås en vellykket ernæring som en del af behandlingen. Det er i mange undersøgelser dokumenteret, at mad og ernæring har en central betydning for behandlingsforløb, rekonvalescens og rehabiliteringⁱⁱⁱ. Samtidig viser fremskrivninger, at en stadig større andel af patientgrundlaget vil udgøres af ambulante patienter^{iv}. Det stiller sundhedssystemet over for store udfordringer i forhold til regionernes intention om, at maden skal indgå som en del af behandlingen. Erfaringerne viser, at der på ernæringsdelen er langt fra ord til handling, og at mange barrierer – strukturelle, kulturelle, ledelsesmæssige og holdningsmæssige – skal overvindes. For at komme underernæringen blandt patienter til livs, er det derfor nødvendigt at sidestille ernæringen med den medicinske behandling. Det er i lyset af disse udfordringer, at vi som køkkenchefer på landets hospitaler er gået sammen og har udarbejdet en række anbefalinger, der skal medvirke til at styrke ernæringsindsatsen i sundhedssektoren.

Vi anbefaler tiltag inden for fire centrale indsatsområder:

- Ledelsesmæssig forankring - fra service til sundhed
- Ernæringsjournaler - øget tværsektorielt samarbejde
- Den fælles opgave - tværprofessionelt fokus
- Ernæring som behandling - måltidet på hospitalet

Ledelsesmæssig forankring – fra service til sundhed

Et kendetegn ved hospitalsforplejningen er, at den organisatorisk er placeret under serviceområdet på linje med portør- og rengøringsydelserne – typisk med en driftschef som øverste leder. Dermed betragtes mad og måltider organisatorisk som en serviceydelse og ikke en del af kerneydelsen i patienternes behandlingsforløb. Det udgør en væsentlig organisatorisk og strukturel barriere for at nedbringe andelen af underernærede patienter. En organisatorisk omstrukturering og ledelsesmæssig opprioritering på alle niveauer af ernæringsfeltet, fra direktion, til afdelinger og køkken, bidrager til en systematisk implementering og opfølgning på væsentlige ernæringsmæssige indsatsfelter – f.eks. opnået via tværfaglige udviklingsprojekter – og at positive erfaringer og resultater således forankres på tværs i sygehusorganisationen.

Vi anbefaler derfor:

- At mad, måltider og ernæring skifter strategisk platform – fra en servicefaglig til en sundhedsfaglig tilgang, hvor sundhedsaftaler, mad- og måltidspolitikker, kliniske retningslinjer m.v. udgør det strategiske grundlag for ernæringsindsatsen.
- At organiseringen af mad, måltider og ernæring forankres ledelsesmæssigt i hospitalets topledelse i form af en ernæringsfaglig chef, som indgår på linje med den læge- og sygeplejefaglige ledelse. På den måde sikres, at de kost- og ernæringspolitiske målsætninger indgår i hospitalets behandlingsstrategi, og at disse får et kontinuert ledelsesmæssigt fokus i forhold til blandt andet strategiske, udviklingsmæssige, tværfaglige og kommunikationsmæssige dispositioner.
- At den ernæringsfaglige chef er formand for en Ernæringsenhed, hvori der indgår ledende fagpersoner indenfor medicin, kirurgi, pleje, fysio- og ergoterapi, farmaci, diætetik og professionel forplejning. Ernæringsenheden skal fungere som koordinerende organ, der sikrer opfølgning såvel som samarbejdet internt mellem hospitalets afdelinger og eksternt på tværs af sektorer.
- At den ernæringsfaglige ledelse medvirker til, at der på tværs af afdelinger, ambulatorier mv. sikres en tilstedeværelse af kost-, ernærings- og sundhedsfaglige kompetencer, der konkret kan bistå i at implementere hospitalets kost- og ernæringspolitiske målsætninger.
- At den ernæringsfaglige ledelse afsætter ressourcer til løbende uddannelses- og forskningsmæssig udvikling af mad og måltidernes understøttende rolle i behandlingsforløbet.

Ernæringsjournaler – øget tværsektorielt samarbejde

Fremtidens sundhedsvæsen vil i stigende grad være kendetegnet ved, at patienter og deres pårørende stiller krav til og har forventninger om et sammenhængende behandlingsforløb. Vi forventer, at borgeren fremover i højere grad skal ses som en samarbejdspartner i behandlingsforløbet – såvel på hospitalet som i eget hjem. En udvikling, der samtidig indebærer, at de sundhedsprofessionelle aktører i såvel sekundær som primær sektoren i langt højere grad samarbejder og kommunikerer på tværs. I den forbindelse er det vigtigt, at de ernæringsmæssige faktorer tænkes ind i det samlede patientforløb. Der er derfor et behov for, at der på ledelsesplan løbende foregår en koordinering og opfølgning på de indsatser, aftaler, procedurer og aktiviteter, der vedrører ernæringsdelen.

Vi anbefaler derfor:

- at der indføres en ernæringsjournal som redskab for tværsektorielt og tværprofessionelt samarbejde. Journalen skal her tænkes ind i eksisterende teknologiske løsninger, som eksempelvis den elektroniske patientjournal, det fælles medicinkort eller udskrivningsjournalen. Ernæringsjournalen skal indeholde løbende ernæringsvurderinger og oplysninger om iværksatte indsatser, herunder klare retningslinjer og ansvarsfordeling i forhold til at sikre patienten den rette ernæringsindsats før, under og efter indlæggelse. Her skal ligeledes registreres informationer om screening, ordineret kostform, kostregistreringer, ernæringspræparater, diætplaner, sondeplaner etc. Alle relevante parter, på tværs af afdelinger, sygehuse og sektorer, skal have adgang til ernæringsjournalens data. Vi anbefaler, at ernæringsjournalen forankres i den foreslåede ernæringsenhed, som sikrer tværprofessionel vidensdeling, instrukser og kvalitetssikring.
- At den tværsektorielle koordinering og kommunikation vedr. ambulante patienters behandlingsforløb styrkes. Herunder gælder f.eks. screening, ordineret kostform, evt. diætplan og sikringen af korrekt og tilgængeligt forplejningstilbud.
- At ledelsen på alle niveauer er med til at skabe og understøtte optimale rammer for det tværsektorielle samarbejde – herunder en patientorienteret kultur med fælles mål og fælles forståelse af kerneopgaven.
- At der udarbejdes tværfaglige instrukser, som bidrager til systematisk stillingtagen til ernæringens betydning for øvrige iværksatte indsatser. F.eks. at patienter op-ernæres forud for kirurgisk indgreb, eller at fysisk træning følges op med proteinberigede mellemmåltider, der øger udbyttet af træningen.

Den fælles opgave – tværprofessionelt fokus

Det er afgørende, for at nedbringe andelen af underernærede patienter, at hospitalskøkkenets arbejde bliver integreret og anerkendt som en del af de tværprofessionelle sundhedsfaglige teams, der samarbejder om den ernæringsmæssige del af patientbehandlingen. Vi deltager i mange perspektivrige udviklingsprojekter på tværs af hospitalsorganisationen, men vi ønsker os, at ny viden og erfaring fra disse projekter også bliver forankret i behandlingsstrategien og bragt i anvendelse.

Vi anbefaler derfor:

- at der fremadrettet prioriteres tværfaglige implementerings og forankringsprocesser på baggrund af de mange projektresultater som praksisnær og anvendt forskning erfarer, udvikler og afdækker. Forankringsprocesser, som sikrer vedvarende fokus på koordinering, dokumentation og opfølgning omkring ernæringsterapi og patientvejledning i de forskellige typer af behandlingsforløb.
- At mad- og måltidskonsulenter forstærker den koordinerende kommunikation mellem fagpersoner for at sikre korrekt brug og fuldt udbytte af forplejningstilbuddets muligheder.
- Udvikling og implementering af "følge-hjem ordninger", hvor en klinisk diætist sikrer kontinuitet i ernæringsindsatser for den enkelte patient. Ordningen skal understøtte overlevering til primærsektoren og sammenhængen i patientforløb.

Ernæring som behandling - måltidet på hospitalet

Ernæringstruede patienter: Det er essentielt at patienten tilbydes den rette ernæringsindsats fra starten, herunder mulighed for individuel ernæringsterapi. Tilstrækkelig ernæring har betydning for behandlingsforløbet, og ernæringsvurderingen er afgørende for den videre indsats. Patientens ernæringstilstand har en betydning for patienters sundhedstilstand og dermed for udvikling af eksempelvis tryksår, infektioner, og dermed brugen af antibiotika, effekt af medicinsk behandling, indvirkning på funktionsevne, og effekt af genoptræning og rehabilitering.

Vi anbefaler derfor:

- at alle patienter, på relevante afdelinger, betragtes som værende ernæringstruede, og at der etableres et tæt samarbejde mellem plejepersonale, afdelingskøkkener og centralkøkkenet om at tilrettelægge forplejningstilbud, der passer til patientgruppen.
- at der sættes øget fokus på muligheden for ernæringsindsatser overfor ernæringstruede ambulante patienter, suppleret af forplejningstilbud i tilknytning til patienters ambulatoriebesøg.
- at frontpersonalet, f.eks. pleje- og omsorgspersonale, kan fungere som mad- og måltidsværter for patienten, da disse har indgående kendskab og forståelse for brugen af forplejningstilbuddene herunder muligheder for individuelle ernæringshensyn. Derudover kan de vurdere, hvornår der skal ordineres individuel diætvejledning af en klinisk diætist, og kan videregive informationer om patienterne til køkkenet. Det kan fremover også være personale med ernæringsfaglig baggrund, da dette med fordel vil understøtte opgaven.
- at der indrettes indbydende sociale områder og spisemiljøer, som bidrager til at øge spiselysten
- at pårørende i fremtiden inddrages i ernæringsindsatsen, og fungerer som vejleder for patienten.

Ikke-ernæringstruede patienter og pårørende samt pleje- og servicepersonale: Det drejer sig konkret om f.eks. gravide og fødende kvinder, nogle plastic- og ortopædkirurgiske patienter og nogle psykiatriske patienter. Dertil kommer raske pårørende, som besøger eller ledsager indlagte og ambulante patienter, samt hospitalernes personale. Gruppen forventes samlet set selv at kunne tage vare på egen sundhed i forhold til deres indtag af mad og drikke, dette på baggrund af deres viden om de officielle kostråd og sund livsførelse.

Vi anbefaler derfor:

- At der arbejdes målrettet med fokus på patient-empowerment, som styrker patientcentreret kommunikation og metoder, og involvering af patienter, borgere og pårørende i forbindelse med håndtering af patientforløb.
- At der sikres lettilgængelig adgang til attraktive og sunde forplejningstilbud hele døgnet, under hensyn til at afstandene internt på hospitaler ofte er store.
- Regional implementering af attraktive sundhedsfremmende og forebyggende forplejningsløsninger, der giver mulighed for at vælge Nøglehulscertificerede måltider.

ⁱ Sundhedsstyrelsen: "Medicinske patienters ernæringspleje", Medicinsk Teknologivurdering, 2005

ⁱⁱ Sundhedsstyrelsen, "Bedre mad til syge. Hvorfor? Hvordan?", 2003

Rasmussen HH, Kondrup J et al: "Prevalence of patients at nutritional risk in Danish hospitals", Clinical Nutrition (2004) 23, 1009-1015

Sundhedsstyrelsen, "Bedre mad til syge – Fællesrapport", 2007

Russel C.A, Elai M: "Nutrition Screening Survey in the UK and Republic of Ireland in 2010", BAPEN 2011

ⁱⁱⁱ Socialstyrelsen, "National handlingsplan for måltider og ernæring til ældre i hjemmeplejen og plejeboligen, maj 2013

^{iv} http://www.kl.dk/ImageVault/Images/id_53357/scope_0/ImageVaultHandler.aspx

<http://www.dst.dk/pukora/epub/Nyt/2012/NR610.pdf>