

À la carte mad – er det vejen frem?

Et ønske fra Køkkenet Åkanden i Tarm og Ernæringsenheden på Hospitalsenhed Vest var udgangspunktet for et bachelorprojekt udarbejdet i efteråret 2007 af to klinisk diætist-studerende fra Ankerhus Seminarium. Projektets formål var at undersøge, om à la carte-madordningen kunne være vejen frem i løsningen af underernæringsproblematikken, der opleves hos indlagte patienter på danske sygehuse.

Line Stausgaard Laursen



Linda Nygård Pedersen



Baggrund

Sundhedsstyrelsen anslår, at omkring en tredjedel af indlagte patienter på de danske hospitaler er underernærede. Endvidere anslås det, at en femtedel er i risiko for at udvikle underernæring under indlæggelsen, samt at kun en fjerdedel heraf får dækket deres energibehov under indlæggelsen (1). I en undersøgelse, Underernæring På Sygehuse (UPS), af indlagte patienter på tre danske sygehuse, blev det fundet, at kun 25% af patienterne fik dækket 75% eller mere af deres energi- og proteinbehov (2).

Formål

Formålet med projektet er at afdække det samlede energi- samt proteinindtag hos indlagte patienter på Regionshospitalerne Ringkøbing og Lemvig. Målet er at undersøge i hvilken udstrækning, patienterne får dækket deres estimerede energi- og proteinbehov, samt om andelen af patienter ernæret med à la carte mad er større end andelen på 25%, som UPS-undersøgelsen nåede frem til. På den baggrund vurderes det, om à la carte madordningen er en mulig løsning af underernæringsproblematikken.

Metode

Undersøgelsen blev foretaget på henholdsvis en neurologisk, medicinsk og kirurgisk afdeling i udvalgte perioder i 2007. Herved

blev der sikret et bredt udsnit af indlagte patienter med både kirurgiske og medicinske diagnoser. Der blev registreret på alle patienter, som var indlagt i minimum tre døgn. Det blev valgt at medtage såvel de velernærede som de underernærede, da det alene var formålet at undersøge om indlagte patienter fik en sufficient ernæring med à la carte mad.

Datamaterialet bestod af tredøgns målinger samt indsamlede antropometriske data; alder, køn, højde, vægt, aktivitets- og stressfaktor. På den baggrund blev der udregnet BMI og estimeret energi- og proteinbehov. Det var alene de patienter, der udelukkende ernæredes med à la carte mad, der var inkluderet i undersøgelsen.

Åkandens à la carte koncept

- Køkkenet Åkanden er et interessentskab opstartet i 2003 og ejet af Ringkøbing-Skjern kommune samt Region Midtjylland.
- Konceptet er udviklet i samarbejde med Ernæringsenheden samt det øvrige køkken- og ernæringsområde i det daværende Ringkøbing amt og blev implementeret i 2005 på Regionshospitalerne i Tarm, Ringkøbing og Lemvig.
- Åkanden har det mål, at à la carte konceptet skal leve op til anbefalingerne i Veterinær- og Fødeveddirektoratets "Anbefalinger for dansk institutionskost", og grundidéen i konceptet er "Den rigtige mad, til den rigtige patient, på det rigtige tidspunkt".
- Målet er, at konceptet skal være fleksibelt og tilgodese patientens ønsker. Der stilles således ikke krav om hvor, hvad og hvornår der spises. Når maden bestilles, kan den serveres 15 minutter senere.
- À la carte-konceptet fungerer således, at der udarbejdes et menukort med et bredt udvalg af retter, som udskiftes hver anden måned.
- Menukortet indeholder som standard et bredt udvalg af morgenmadsmuligheder, seks forskellige supper, syv småretter, 14 varme retter, to kolde anretninger, diverse smørebrød og sandwich, samt syv desserter og syv slags brød og kager.

Der blev i undersøgelsen valgt at anvende veje-målemetoden samt kostregistrering til at afdække det faktiske energi- og proteinindtag hos patienterne. Patienterne fik serveret alle hovedmåltider samt eftermiddagsmåltidet på en bakke fra à la carte køkkenet, hvorfor det var muligt at veje og måle alt, der blev serveret og leveret hos den pågældende patient. Til disse anvendtes derfor veje-målemetoden. Mellemmåltider, formiddag og sen aften, blev serveret fra en buffetvogn bemandet af plejepersonalet. Veje-målemetoden var her ikke mulig at anvende, hvorfor der i stedet blev valgt kostregistrering til de to måltider.

Resultater

I alt blev der registreret data fra 55 patienter, 28 kvinder og 27 mænd. Aldersmæssigt var den overvejende del af patienterne 70+, mens kun 13 af de 55 patienter var under 50 år. Heraf var 20 indlagt på en neurologisk, 29 på en medicinsk og seks på en kirurgisk afdeling.

15 af patienterne fik ordineret Normalkost, 19 Sygehuskost, 13 Kost til småtspisende, seks Diabeteskost og endelig to på Fedt- og kolesterolmodificeret kost.

Resultaterne af undersøgelsen viste, at 76% af patienterne fik dækket 75% eller mere af deres energibehov ved à la carte madordningen, samt at 40% fik dækket deres behov for protein. Resultaterne viste endvidere, at der ikke var signifikant forskel på, hvem der fik dækket energibehovet ud fra køn, alder, BMI, indlæggelsesafdeling og kostform. Det bør dog nævnes, at der sås en tendens til, at patienter på sygehuskost afveg fra de øvrige kostformer, ved at en større andel på sygehuskost ikke fik dækket deres minimumbehov sammenlignet med patienter på de øvrige kostformer. Ligeledes var der en tendens til, at det særligt var patienter med BMI over 25 og patienter indlagt på medicinsk afdeling, som ikke fik dækket deres minimumbehov for energi. Endeligt kan det nævnes, at ud af de 24% af patienterne, der ikke fik dækket deres estimerede energibehov manglede kun halvdelen mellem 20 og 500 kJ for at få dækket 75% af deres estimerede energibehov.

Diskussion

I alt fik 42 ud af 55 patienter dækket deres minimumsbehov for energi. Dette resultat var positivt sammenlignet med resultater fra lignende undersøgelser. Eksempelvis UPS og KIP-projekterne (4),

hvor henholdsvis 25% og 47% af patienterne fik dækket deres minimumsbehov for energi.

En mulig forklaring på det positive resultat kunne være à la carte konceptets mulighed for fleksibilitet, og at patienternes individuelle præferencer kan tilgodeses. Specielt tager à la carte ordningen hensyn til, at patienternes ønsker er forskellige og giver derved patienten større medbestemmelse om, hvad og hvornår der skal spises.

Hos de patienter, der ikke fik dækket deres estimerede energibehov, ses der som sagt en tendens til, at det er patienter med BMI over 25, patienter på Sygehuskost og patienter indlagt på medicinske afdeling. En forklaring herpå kan være, at der ikke p.t. findes evidens for, hvilken metode der bør anvendes til beregning af estimeret BMR hos patienter med BMI over 25. Det er derfor valgt at anvende den senest fremlagte metode. Metoden blev fremlagt af Bjørn Richelsen på årsmødet i klinisk ernæring i 2007 (5).

Metoden kan dog betyde, at deres estimerede energibehov er overestimeret, og resultatet derfor bliver falsk negativt. Endvidere kan der sættes spørgsmålstegn ved, om patienter på Sygehuskost fik tilbudt den rigtige kostform eller om tilbuddet om mellemmåltider er for mangelfuldt.

Dækningsgraden af protein afviger imidlertid ikke fra andre undersøgelser. Der ses også med à la carte ordningen, at det er svært at dække patienternes proteinbehov. Mere fokus på mellemmåltider samt berigelse af hovedmåltiderne vil være gunstig i forhold til at øge proteinindtaget.

Konklusion

Generelt viste undersøgelsen, at 76% af de indlagte patienter på Regionshospitalet i Ringkøbing og Lemvig fik dækket minimum 75% af deres behov for energi, hvilket er en positiv udvikling sammenlignet med resultaterne fra UPS og KIP-projekterne.

Yderligere viste undersøgelsen ikke overraskende, at kun 40% af patienterne fik dækket deres estimerede proteinbehov.

Det positive resultat i undersøgelsen i forhold til energiindtaget indikerer derfor, at à la carte madordningen kan være en vej frem i forhold til en bedre ernæringsstatus hos indlagte patienter for derved at undgå underernæring og konsekvenserne herved.

liaur@ringamt.dk

lindanygaard@hotmail.com

Referencer

1. Sundhedsstyrelsen: Bedre mad til syge – en fællesrapport, februar 2007, Sundhedsstyrelsen og Center for forebyggelse.
2. Kondrup, J, Johansen, N, Plum LM et al. Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. Clin Nutr (2002);21: 461-68.
3. Sundhedsstyrelsen: Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering: Medicinske patienters ernæringspleje, marts 2005, Sundhedsstyrelsen.
4. Kostindtaget på Herlev (KIP)
5. Referat fra årsmøde om klinisk ernæring, afholdt af Dansk Selskab for Klinisk Ernæring 11. maj 2007, www.dske.dk