

# DSKE

## Dansk Selskab for Klinisk Ernæring

03-12-2009

Formand: Overlæge, lektor Jens Rikardt Andersen  
Institut for Human Ernæring, Københavns Universitet,  
Rolighedsvej 30, I, 1958 FC, tlf. 3528 2504, [jra@life.ku.dk](mailto:jra@life.ku.dk)  
Ernæringsenheden 5711, Rigshospitalet, Blegdamsvej 9,  
2100 Ø, tlf. 3545 1034, mobil 2334 6654

Sekretær: Klinisk sygeplejespecialist Mette Holst, MKS, PhD-studerende (2004/2006/2008), Center for  
Ernæring og Tarmsygdomme, Med. Gastroenterologisk afdeling. Aalborg Sygehus Syd,  
9932 6267, 2711 3236, [mette.holst@rn.dk](mailto:mette.holst@rn.dk)

Til: IKAS

### **Høringssvar vedrørende Den Danske Kvalitetsmodel for det kommunale sundhedsvæsen**

Særligt relateret til indholdet om ernæring.

Vi ved at undervægt og vægttab er et udbredt problem blandt ældre (danskere) i hjemmepleje og på plejehjem. Vi ved også at konsekvenserne er alvorlige, og at der er god gevinst af en indsats (Milne, A.C., et al. 2006, 2009, Volkert, D et al. 2006). Desværre ser det ud til at det kun er de færreste danske beboere og klienter der får tilbudt en målrettet indsats. Forklaringerne er bl.a. manglende viden om de ernæringsmæssige aspekter, manglende ansvarsfordeling, samt manglende redskaber til at håndtere screening og ernæringsterapi (Bygholm, L., et al. 2006). De samme barrierer har tidligere været vidt udbredt blandt sygehuspersonale i forhold til ernæringsterapi til patienter indlagt på danske sygehuse (Rasmussen, H.H., et al. 1999). Siden har der været en række initiativer på sygehusområdet: Bl.a. inddrog Den Gode Medicinske Afdeling og Det Nationale Indikatorprojekt ”ernæring” i deres arbejde med kvalitetssikring. Et arbejde der siden er videreført af IKAS. For nylig er det vist at initiativerne tilsyneladende har haft en positiv effekt på, hvordan danske sygehuse i dag håndterer screening og ernæringsterapi (Lindorff-Larsen K., et al. 2007). I en række andre lande (Holland, UK, Sverige, USA, Finland, Island) findes der allerede nationale initiativer med henblik på kvalitetssikring af ernæringsindsatsen i primærsektoren. Resultaterne heraf er bl.a. at flere ældre screenes og får udarbejdet planer for en ernæringsindsats (Meijers, J.M.M., et al., 2008, Meijers, J.M.M., et al. 2009). Allerede i 2006 konkluderede Danmarks Fødevareforskning, at der burde tages initiativ til at udvikle nationale retningslinjer med standarder og indikatorer for god ernæringspraksis i primærsektoren til brug for kvalitetssikring (Bygholm, L., et al. 2006). IKAS initiativ hilses derfor varmt velkommen.

### **Mere specifikke kommentarer:**

Standard 2.7.1 Beskrivelse og ernæringsberegning af kostform:

- Standardens formål bliver meget mere aktivt og meningen mere klar, når ordet ”sikre” fjernes.
- Under trin 3 bruges ordet ”overvågning”, defineret på s. 137 som; ”Overvågning: Undersøgelse, der foretages systematisk og gentages ved samme proces”. Selve ordet ”overvågning” kan godt have en negativ klang og ordet ”evaluering” kunne være mere positivt klingende. Set i lyset af at DDKM er et kvalitets dokument, der bygger på kvalitetsudviklingscirklen/PDSA-cirklen og at kvalitetsarbejde er en aktiv proces, hvor medspillerne indsamler data og vurderer/evaluere (study) om der skal foretages forbedringer (act), mener jeg at ordet evaluerer er mere velvalgt. Ordet ”overvågning” anvendes for øvrigt ikke i DDKM for sygehusene.

#### Standard 2.7.2 Ernæringscreening og ernæringsplan

- Standardens formål bliver meget mere aktivt og meningen mere klar, når ordet ”sikre” fjernes.
- Under indikator 1:
  - Savnes et punkt om, at retningslinjen indeholde en beskrivelse af screeningsværktøjet, det vil være naturligt ift., at retningslinjen handler om at ernæringscreenere borgeren.
  - Nævnes ”Anbefalinger for den danske institutionskost” og vi undrer os over, at det ikke er Sundhedsstyrelsens vejledning der nævnes, da denne er angivet under referencer og den der oftest refereres til.
  - Et punkt omhandler ”ordination af kostform” og ordinations retten kan som begreb diskuteres, samt hvem der skal udfører denne ordination. Traditionelt har ordinationsretten hørt til lægen og med den forståelse er det så lægen, der skal ud til borgeren og ordinerer kostformen? Det er ikke hensigtsmæssigt og i stedet foreslås det at ”kostformen dokumenteres”.
  - Et punkt omhandler ”revurdering” og i stedet foreslås at anvende ”re-screening”, hvis det er det, der menes med revurdering. Ellers revurdering af forløbet eller revurdering af effekten.
  - Punktet, der omhandler kompetenceudvikling, mener vi skal slettes, da der ligger i standarden ”1.4.2 Kompetenceudvikling” og det er således en gentagelse at nævne det under denne standard. Hvis det nævnes under denne standard, bør det nævnes under alle standarder og det vil stadig være gentagelser.
- Under indikator 3: mangler der en indikator i forhold til ernæringsplan, se evt. DDKM for sygehusområdet hvor der er 2 indikatorer på 2.14.2 Ernæringsplan og opfølgning.

Vi ser frem til at følge den videre udvikling i projektet, herunder afprøvningen i pilotprojektet.

På Selskabets vegne

Jens Rikardt Andersen, formand

