

TIDSSKRIFT FOR DANSK

Sundhedsvæsen

83. årgang / Nr. 9 / November 2007



*Dansk Selskab
for ledelse i
Sundhedsvæsenet*

- **Psykiatriens udfordringer**
- **Klinisk ernæring**
- **Måling af servicekvalitet**

Noter

Data er indsamlet i forbindelse med en masterafhandling (Fortællinger om en fusion i forbindelse med etableringen af en Kirurgisk Enhed i et Amt, 2006) som forfatterne har skrevet sammen med Jan Roland Petersen

Referencer

Boje, D M (1995). Stories of the storytelling organizations: A postmodern analysis of Disney as "Tamara-Land". *Academy of Management J* 38(4):997-1035.
 Gabriel, Y (2000). *Storytelling in Organisations. Facts, Fictions, and Fantasies.* side 59-86. (Kapitel 3: Poetic Modes: Characters, Plots, and Emotions). Oxford University press, Oxford.
 Greiner, LE og Schein, VE (1988). *Power and Organization Development. Mobilizing Power to Implement Change, Part I,* side 13-56. Addison-Wesley Publishing Company. Reading, Massachusetts
 Rosholm, G og Højbjerg J (2004). *Historier, der overbeviser.* Side 21-52 I Kjærbeck S (red) *Historie-fortælling i praktisk kommunikation.* 1. udg., Roskilde Universitetsforlag. Frederiksberg.

Klinisk ernæring kræver større ledelsesfokus

Ca. 25 procent af danske og europæiske patienter er underernærede

Af *Anne Marie Beck*
og *Jens Rikardt Andersen*

Klinisk ernæring (= ernæring af patienter) har fået stigende bevågenhed siden årtusindeskiftet, bl.a. pga. en indsats fra danske forskere, der har præget den europæiske debat om screening, fastlæggelse af individuelle ernæringsbehov og ledelsesmæssige tiltag (1, 2, 3, 4).

Denne indsats har ført til europæiske anbefalinger fra hhv. Europarådet og ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism)(5, 3). Endvidere er der nu massiv evidens for, at underernærede patienter har længere liggetid, får flere komplikationer og har øget dødelighed (6), hvilket gør

området særdeles relevant, og så ledelsesmæssigt.

Hyppigheden af underernæring på sygehusafdelinger er afhængig af speciale, definitioner og henvisningsmønstre, men både fra Danmark (4) og det øvrige Europa (7) findes resultater, der tyder på, at der er tale om 25-30% af indlagte patienter. Endvidere er det veldokumenteret, at patienters ernæringsstatus forringes under indlæggelse (6).

Manglende ledelsesmæssig involvering er en af de væsentligste barrierer når det handler om at sikre at europæiske patienter får tilstrækkeligt at spise og drikke (7). De ledelsesmæssige problemer forbundet med underernæringen er i Danmark illustreret i (8), hvor en målrettet indsats i 5 måneder på et universitetssygehus øgede patienters indtagelse af protein og energi med ca. 25% i et sengeafsnit, medens indtagelsen blev reduceret i et andet.

Et andet eksempel er UPS-studiet (Underernæring På Sygehuse) (9), hvor det i den første fase viste sig at de primære problemer var ukendskab til handlemuligheder og manglende kompetencer. Undersøgelsen omfattede tre sygehuse, universitetssygehus, centralsygehus og firedelt sygehus. Der var ikke afgørende forskelle på de registrerede grundproblemer mellem sygehusene. Det særlige ved denne undersøgelse var, at den omfattede et tilfældigt udsnit af patienterne, og således ikke var begrænset til et enkelt speciale eller selektion af patienter på anden vis. De angivne begrundelser for et dårligt resultat er meget ens i disse to undersøgelser.

Et efterfølgende, randomiseret forsøg (10) viste gavnlig effekt af ernæringsteam for underernærede patienter bestående af specialuddannet sygeplejerske og klinisk diætist i tilgift til den eksisterende nor-

mering. Dette var sammenholdt med den kliniske rutine, som var markant forbedret ved omfattende undervisning i forhold til udgangspunktet i UPS (9).

Dette var således en indikation på, at organisering kan have indflydelse på både indtag af energi og protein hos den enkelte patient, og også på deraf følgende effekter på komplikationsrater mv. Det er bekræftet i et observationsstudie, hvor reorganiseringen af serveringssystemet på et universitetssygehus betød af patienterne spiste mere og at spildet af mad blev reduceret (11).

Til trods for øget opmærksomhed og stigende evidens for effekten af indsatsen både direkte og ledelsesmæssigt ser det ikke ud til, at forholdene bedres på danske sygehus generelt set (12).

Danmarks nye regioner skal nu i gang med at reorganisere sygehusvæsenet, og som udgangspunkt for disse bestræbelser har vi ønsket at illustrere den ledelsesmæssige organisering af klinisk ernæring, som den ser ud før regionsdannelsen.

Materiale og metoder

Spørgeskema udsendtes til alle danske somatiske sygehuse (+ Færøerne), i perioden maj-juni 2006 med efterfølgende rykker i august. Forespørgsel blev sendt til ledelsen (i alt 33 steder, heraf 19 steder hvor mellem to og fem sygehuse var organiseret under samme ledelse). I tilfælde af fælles ledelse på flere geografier, blev ledelsen bedt om at svare for hver geografi for sig (i praksis har mange dog sendt en fælles besvarelse).

Skemaet bestod af i alt 35 spørgsmål med en række ja/nej spørgsmål og supplerende spørgsmål med forslag til svarmuligheder. Skemaet var opdelt i tre overordnede temaer:



*Klinisk diætist, seniorforsker **Anne Marie Beck**. Klinisk diætist og seniorforsker ved Fødevareinstituttet, Søborg. Dansk Selskab for Klinisk Ernæring.
E-mail: ambe@food.dtu.dk*



***Jens Rikardt Andersen**. Overlæge, lektor ved Institut for Human Ernæring, Det Biovidenskabelige Fakultet for Fødevarer, Veterinærmedicin og Naturressourcer, Københavns Universitet. Ernæringsenheden 5711, Rigshospitalet. Dansk Selskab for Klinisk Ernæring.
E-mail: jra@life.ku.dk*

A) Det politiske, organisatoriske niveau, B) Ernæring i praksis samt det tværfaglige samarbejde og C) Aktuelle projekter om ernæring. Skemaet blev pilottestet hos tre sygehusledelser og justeret en smule på baggrund heraf. Svarene fra pilottesten indgår i de samlede resultater.

Sygehusene blev inddelt efter størrelse og evt. universitetstilknytning. En opdeling på regioner var derimod ikke mulig på grund af opsplitting af nogle amter. Som følge af de relativt lave antal i de forskellige grupper blev der ikke foretaget nogle statistiske analyser.

Resultater

Der indløb svar fra 32 af 33 sygehuse/sygehus-systemer (97%). Af de 32 bestod de 18 af en fælles besvarelse fra 2-5 sygehuse, som var organiseret under samme ledelse. Karakteristik af deltagerne fremgår af tabel 1 på næste side.

Fordelingen af svar på ja/nej spørgsmål på hhv. universitetssygehuse og øvrige sygehuse fremgår af tabel 2, og

fordelingen af svar på ja/nej spørgsmål på forskellige størrelser af sygehuse (<300 senge, 300-600 senge, >600 senge) af tabel 3.

Svarene i tabel 2 tyder ikke på nogle systematiske forskelle mellem universitetssygehuse og øvrige sygehuse. Langt de fleste steder er der en overordnet politik og en dertil hørende overordnet struktur. Egentlig akkreditering er sjældent forekommende (43% af universitetssygehuse og 20% af øvrige), men er på vej flere steder. I flertallet af afdelinger er der dog vedtagne standarder og 2/3-3/4 angiver, at der er sat ressourcer af til formålet.

Egentlige ernæringsenheder er sjældent forekommende, men der er en betydelig aktivitet på det praktiske niveau vedrørende undervisning og information. Tabel 3 viser fordelingen på sygehusstørrelse. Der er ingen systematiske forskelle på store og mellemstore sygehuse, mens de mindre (< 300 senge) slæber efter på visse områder, specielt hvad angår kvalitetssikring. Også i

besvarelser vedrørende den decentrale organisation ses de mindre sygehuse at stå svagest i denne undersøgelse.

Diskussion

Resultaterne viser, at der ikke er store forskelle på den ledelsesmæssige organisering af den kliniske ernæring på danske somatiske sygehuse. Kun få sygehuse er akkrediteret, men mange afventer formodentlig den danske kvalitetsmodel.

I denne artikel er der kun medtaget resultater om eksistensen af funktionen (ja/nej).

Endvidere omfatter data ikke spørgsmål om patienttilfredshed, tilstrækkelig indsats eller resultatet af indsatsen for patienterne. Det er således ikke muligt at vurdere kvaliteten eller kvantiteten af funktionen på de enkelte geografier.

En ulempe ved den valgte inddeling efter ledelser er, at bygningsgeografierne kan variere meget. Ved at samle alle sygehuse i et amt til en enhed fås en række små geografier, der ikke har samme organisatoriske vilkår som en stor enhed. På den anden side er det den ledelsesmæssige virkelighed mange steder i landet.

Det er således langt fra sikkert, at samme organisering er at foretrække overalt. Dette er specielt sandt for afdelinger, måske mindre for regioner. Vi mangler viden om dette, men vi ved, at en ledelsesmæssig fastholdelse af fokus på ernæring er en nødvendig, men ikke tilstrækkelig betingelse for et godt resultat (5).

Vores resultater viser at der mange steder er en overordnet politik og en dertil hørende overordnet struktur (tabel 2 og 3). Der findes ikke sammenlignende undersøgelser af forskellige måder at organisere patienternæringen på, så det kan ikke danne grundlag for fremtidige anbefalinger. På den anden side er det rimeligt

Store sygehuse, > 600 senge, N= 14	Medicinsk center (Aalborg Sygehus m.fl.), Århus Sygehus, Sygehusene i Ringkøbing Amt, Odense Universitetshospital, Roskilde Amts Sygehus, Sygehus Vestsjælland, Amtssygehuset i Herlev, Rigshospitalet, Bispebjerg Hospital, Hvidovre Hospital, Sygehus Vendsyssel, Frederiksborg Amts Sygehuse, Storstrømmens Sygehus, Amager Hospital
Mellemstore sygehuse, 300-600 senge, N=11	Skejby Sygehus, De Sønderjyske Sygehuse, Amtssygehuset i Glostrup, Sygehus Viborg, Vejle-Give Sygehus, Horsens-Brædstrup Sygehus, Sygehus Fyn, Frederiksborg Hospital, Randers-Grenå Centralsygehus, Sydvestjysk Sygehus, Silkeborg Centralsygehus
Mindre sygehuse, < 300 senge, N=7	Sygehus Himmerland, Sygehus Nord Nykøbing-Thisted, Hørsholm Sygehus, Bornholms Centralsygehus, Kolding Sygehus, Fredericia Sygehus, Dronning Alexandrines Hospital Torshavn

Tabel 1. Inddeling af deltagende sygehuse/sygehuseenheder efter størrelse. Universitetssygehuse er markeret med fed (N=7).

Spørgsmål	Universitets-sygehus	Andet
Antal	7	25
> 600 senge	6/7 (86)	8/25 (32)
A. Det politiske, organisatoriske niveau		
A1. Har sygehuset et kostudvalg ?	7/7 (100)	24/25 (96)
A3. Har sygehuset en kostpolitik ?	7/7 (100)	23/25 (92)
A5. *) Har amtet et kostudvalg ?	4/5 (80)	8/20 (40)
A7. *) Har amtet en kostpolitik ?	4/6 (67)	7/19 (37)
A9. Er sygehuset akkrediteret ?	3/7 (43)	5/25 (20)
A10. Er sygehuset i færd med at blive ?	0/4 (0)	4/20 (20)
A11. Er der planer om akkreditering ?	3/4 (75)	15/16 (94)
A12. Indgår standarder for ernæring ?	6/6 (100)	19/24 (79)
A13. Findes system til kvalitetsvurdering ?	1/1 (100)	4/4 (100)
A14. Er der ressourcer til implementering ?	4/7 (57)	17/23 (74)
A15. Kostpolitik (alle/nogle afd.) ?	6/7 (86)	20/24 (83)
B. Ernæring i praksis samt det tværfaglige samarbejde		
B1. Er der en Ernæringsenhed ?	2/7 (29)	6/25 (24)
B3. Tværfagl. ernæringsgrp. (alle/nogle afd.) ?	7/7 (100)	17/24 (71)
B4. Ressourcepersoner (alle/nogle afd.) ?	7/7 (100)	24/25 (96)
B6. Kostkonsulenter i køkkenet ?	6/7 (86)	24/25 (96)
B9. Ansat kliniske diætister ?	7/7 (100)	24/25 (96)
B13. Undervisning i klinisk ernæring ?	7/7 (100)	23/25 (92)
B15. Introduktion af nyansatte vedr. ernæring ?	3/7 (43)	14/24 (58)
B16. Info. af pt. om betydning af ernæring ?	6/7 (86)	18/23 (78)
B17. Info. af pt. om køkken tilbud ?	5/7 (71)	21/25 (84)
C. Aktuelle projekter om ernæring		
C1. Igangværende projekter ?	4/4 (100)	11/23 (48)

Tabel 2. Organisatorisk struktur af klinisk ernæring på danske sygehuse/sygehuseenheder i 2006. Antal ja (%) fordelt på universitetssygehuse og andre. Til universitetssygehuse er kun medregnet de, hvor universitetsfunktionen er centraliseret.

Spørgsmål	<300 senge	300-600 senge	> 600 senge
Antal	7	11	14
A. Det politiske, organisatoriske niveau			
A1. Har sygehuset et kostudvalg ?	7/7 (100)	10/11 (91)	14/14 (100)
A3. Har sygehuset en kostpolitik ?	5/7 (71)	11/11 (100)	14/14 (100)
A5. *) Har amtet et kostudvalg ?	1/6 (17)	3/9 (33)	8/10 (80)
A7. *) Har amtet en kostpolitik ?	2/5 (40)	7/10 (70)	7/10 (70)
A9. Er sygehuset akkrediteret ?	0/7 (0)	2/11 (18)	6/14 (43)
A10. Er sygehuset i færd med at blive ?	2/7 (29)	2/9 (22)	0/8 (0)
A11. Er der planer om akkreditering ?	5/5 (100)	6/7 (86)	7/8 (88)
A12. Indgår standarder for ernæring ?	4/7 (57)	9/10 (90)	12/13 (92)
A13. Findes system til kvalitetsvurdering ?	3/3 (100)	1/1 (100)	1/1 (100)
A14. Er der ressourcer til implementering ?	3/7 (43)	6/9 (67)	12/14 (86)
A15. Kostpolitik (alle/nogle afd.) ?	5/7 (71)	9/10 (90)	12/14 (86)
B. Ernæring i praksis samt det tværfaglige samarbejde			
B1. Er der en Ernæringsenhed ?			
B3. Tværfagl. ernæringsgrp. (alle/nogle afd.) ?	1/7 (14)	3/11 (27)	4/14 (29)
B4. Ressourcepersoner (alle/nogle afd.) ?	4/7 (57)	9/11 (82)	12/14 (86)
B6. Kostkonsulenter i køkkenet ?	6/7 (86)	11/11 (100)	14/14 (100)
B9. Ansat kliniske diætister ?	5/7 (71)	10/11 (91)	13/14 (93)
B13. Undervisning i klinisk ernæring ?	6/7 (86)	11/11 (100)	14/14 (100)
B15. Introduktion af nyansatte vedr. ernæring ?	5/7 (71)	11/11 (100)	14/14 (100)
B16. Info. af pt. om betydning af ernæring ?	3/6 (50)	6/11 (55)	8/14 (57)
B17. Info. af pt. om køkken tilbud ?	4/6 (67)	8/10 (80)	12/14 (86)
	5/7 (71)	8/11 (73)	13/14 (93)
C. Aktuelle projekter om ernæring			
C1. Igangværende projekter ?	2/7 (29)	6/10 (60)	7/10 (70)

Tabel 3. Organisering af klinisk ernæring på det enkelte sygehus/sygehusenhed i Danmark i 2006. Antal ja (%) fordelt på sygehusstørrelse vurderet ved antallet af sengepladser.

dokumenteret, at manglende ledelsesmæssig og organisatorisk indsats også medfører meget dårlige resultater (13).

Der er nogen evidens for, at resultatet af ernæringsindsatsen afgøres tæt på patienten, dvs. ved organisering og udførelse af opgaven (10, 13). Vores resultater viser at der er en betydelig aktivitet vedrørende undervisning og information, mens andre områder står noget svagere, f.eks. patientrettede aktiviteter og introduktion af nyansatte (tabel 2 og 3).

I den fremtidige planlægning bør der derfor lægges megen vægt på den decentrale organisering, specielt på de mindre sygehuse. Der er en del evidens for at organisering med ernæringsteams har bedre effekt på patientens ernæring end diffust ansvar (10), men andre former som organisering med nøglepersoner

med særlige ansvarsområder eller andre er ikke videnskabeligt undersøgt.

I den randomiserede undersøgelse af effekten af ernæringsteams (10) er det også værd at bemærke, at der var tale om en ekstra ressource-tilførsel, og ikke en omlægning af ansvar mv. indenfor eksisterende, økonomiske rammer.

Konklusion

Ernæring af patienter bør være et vigtigt fokusområde i regionernes planlægning, ikke kun med fokus på køkken og forarbejdning, men også med hensyn til politikudformning, decentral organisering og fastholdelse af ledelsesmæssigt fokus.

Resume

Introduktion: Der er tiltagende dokumentation for værdien af ernæring af indlagte patienter,

og samtidig er nødvendigheden af en ledelsesmæssig indsats dokumenteret.

Materiale og metoder: Et spørgeskema udsendtes til alle sygehusledelser i Danmark og på Færøerne for at kortlægge den ledelsesmæssige indsats og organiseringen af samme.

Resultater: Alle sygehusledelser på nær én svarede (97%). Intet tyder på systematiske forskelle mellem universitetssygehuse og øvrige sygehuse. Langt de fleste steder er der en overordnet politik og en dertil hørende overordnet struktur. Egentlig akkreditering er sjældent forekommende. I flertallet af afdelinger er der dog vedtagne standarder, og der er sat ressourcer af til formålet. Der er en betydelig aktivitet på det praktiske niveau vedrørende undervisning og information, uden systematiske forskelle på store og

mellemstore sygehuse, mens de mindre (< 300 senge) slæber efter på visse områder, specielt hvad angår kvalitets sikring.

Konklusion: Ernæring af patienter bør være et vigtigt fokusområde i regionernes planlægning, ikke kun med fokus på køkken og forarbejdning,

men også med hensyn til politikudformning, decentral organisering og fastholdelse af ledelsesmæssigt fokus.

Referencer

1. Beck AM, Ovesen LF. Vurdering af ældre indlagte patienters ernæringsmæssige risiko. Ugeskr Læger 1999;161:6477-9.
2. Kondrup J. Can food intake in hospitals be improved? Clin Nutr 2001;20(suppl 1):153-60.
3. Kondrup J, Rasmussen HJ, Hamberg O et al. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. Clin Nutr 2003;22:321-36.
4. Rasmussen HH, Kondrup J, Staun M et al. Prevalence of patients at nutritional risk in Danish hospitals. Clin Nutr 2004;23:1009-15.
5. Council of Europe. CoM. Resolution ResAp (2003) 3 on food and nutritional care in hospitals. 2003
6. Stratton RJ, Green CJ, Elia M. Disease-related malnutrition. Oxon and Cambridge: CABI Publishing, 2003:143-50.
7. Council of Europe. Food and nutritional care in hospitals. How to prevent undernutrition. Council of Europe Publishing: Strasbourg 2002.
8. Lassen KO, Kruse F, Bjerrum M et al. Nutritional care of Danish medical inpatients: Effect on dietary intake and the occupational groups' perspectives of intervention. Nutr J 2004;3:12-25.
9. Kondrup J, Johansen N, Plum LM et al. Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. Clin Nutr 2002;21:661-8.
10. Johansen N, Kondrup J, Plum LM et al. Effect of nutritional support on clinical outcome in patients at nutritional risk. Clin Nutr 2004;23:539-50.
11. Freil M, Nielsen MA, Biltz C, Gut R, Mikkelsen BE, Almdal T. Reorganisation of a hospital catering system increases food intake in patients with inadequate intake. Scand J Food Nutrition 2006;50:83-8.
12. Mikkelsen BE, Beck AM, Lassen A. Do recommendations for institutional service result in better food service? A study of compliance in Danish hospitals and nursing homes from 1995 to 2002-2003. Eur J Clin Nutr 2007;61:129-34.
13. Lassen KO, Grinderslev J, Melchiorsen E et al. Medicinske patienters ernæringspleje: En medicinsk teknologivurdering, Sundhedsstyrelsen 2005:1-122.
http://www.sst.dk/publ/publ2005/CEMTV/ernaeringspleje/ernaeringspleje_final.pdf

**Announce i
Tidsskrift for
Dansk Sundhedsvæsen?
– ring 70 22 40 88**

