

# Kost- og Ernæringspolitik

# Indholdsfortegnelse

<b>1.</b>	<b>Indledning .....</b>	<b>1</b>
<b>2.</b>	<b>Kost- og ernæringspolitik for Region Hovedstaden .....</b>	<b>3</b>
2.1	Formål .....	3
2.2	Mål .....	4
2.3	Målgrupper .....	4
<b>3.</b>	<b>Indsatsområder – måling af indsatsen .....</b>	<b>5</b>
3.1	Alle patienter: Vurdering af ernæringstilstand & kostordination .....	5
3.2	Indsats for underernærede patienter .....	5
3.3	Indsats mod fedme .....	5
3.4	Mad af høj ernæringsmæssig og kulinarisk kvalitet .....	6
3.5	Indsats mod madspild. ....	7
<b>4.</b>	<b>Organisation og implementering .....</b>	<b>7</b>
4.1	Involvering af patienter og pårørende. ....	7
4.2	Koordinering af ernæringsindsatsen ved overflytning af patienter til andre institutioner. ....	8
4.3	Evidensbaseret grundlag for ernæringsindsatsen. ....	8
4.4	Vejledninger for kliniske medarbejdere i Regionen .....	8
4.5	Fokus på uddannelse af klinisk personale .....	8
4.6	Organisering – virksomhedernes ernæringskomiteer .....	9
4.7	Samarbejde med primær sektor .....	9
<b>5.</b>	<b>Oversigt over forslag til opfølgning på kost- og ernæringspolitikken.....</b>	<b>10</b>

# 1. Indledning

Kost- og ernæringspolitikken er udarbejdet af Region Hovedstadens Ernæringskomité, og vedtaget i regionsrådet den 5. februar 2008.

Politikken er udarbejdet i henhold til

- **De sundhedspolitiske hensigtserklæringer for Region Hovedstaden** (november 2006)
- **Hospitalsplan for Region Hovedstaden** (maj 2007)
- **Budget 2008** (september 2007)

Det fremgår af **de sundhedspolitiske hensigtserklæringer:**

At hospitalerne i Region Hovedstaden sammen med det øvrige sundhedsvæsen skal være bedre til at arbejde med sundhedsfremme og forebyggelse. Herunder fremhæves, at "God mad og ernæring skal i fokus. Maden skal ses som en integreret del af behandlingen på hospitalerne, hvor der sikres en velsmagende og nærende mad til patienterne. Der skal udarbejdes en egentlig kost- og ernæringspolitik for regionen. Der skal i særlig grad fokuseres på de ernæringstruede grupper".

Det fremgår af **Hospitalsplanens** omtale af forebyggelse (kapitel 13):

At befolkningens overernæring er et betydeligt problem i befolkningen, mens forebyggelse af underernæring er den primære udfordring blandt indlagte patienter. Systematisk screening for ernæringstilstand samt korrekt ernæring under indlæggelse kan reducere risikoen for sårinfektion, nedsætte indlæggelsestid og medvirke til en hurtigere rekonvalescens.

Det fremgår desuden, at det for alle patienter gælder, at ernæring og god kost skal indgå som en integreret del af behandlingen. Med henblik på at understøtte dette iværksættes følgende:

- Nedsættelse af en Regional Ernæringskomite med reference til det Regionale Kvalitetsråd. Ernæringskomiteen udarbejder en Kost- og ernæringspolitik og bidrager til, at redskaber til at identificere patienter i ernæringsrisiko implementeres
- Initiativer, der kan sikre den rigtige kost til patienter, der ikke selv kan sikre dette.

Endelig fremgår det, at der nedsættes et tværsektorielt sammensat Udviklingsforum, der udover at fokusere på opgavefordelingen i forhold til patientrettet forebyggelse, skal understøtte forebyggelse i forhold til **kost**, rygning, alkohol og motion" (KRAM). For det enkelte hospital vil samarbejdet tage udgangspunkt i det samordningsudvalg, der er nedsat med de kommuner, der navnlig benytter hospitalet, og med repræsentation fra praksissektoren. Der skal i planperioden arbejdes med følgende indsatsområder:

- Kronisk sygdom, herunder forløbsprogrammer, patientuddannelse og tilvejebringelse af et tæt samspil med praktiserende læger og kommuner
- Forebyggelse af risici i forbindelse med elektiv kirurgi
- Ernæring og god kost. Screening for ernæringsstatus og opfølgende kostplaner er elementer i en styrket indsats
- Forskning i og kvalitetssikring af forebyggelsen.

Det fremgår af **Budgettet for 2008**:

At kost og ernæring skal indgå, som en integreret del af den samlede forebyggelse, behandling og pleje.

Der skal foretages en systematisk vurdering og monitorering af patientens ernæringstilstand og ernæringsbehov, så kosten tilrettelægges med udgangspunkt i patientens kliniske tilstand og ernæringstilstand.

Regionens kost- og ernæringspolitik, som forelægges ultimo 2007, skal understøtte dette, og bl.a. indeholde stillingtagen til;

- at patienterne har noget at vælge imellem og kan spise, når de vil
- pårørendes mulighed for at spise med patienter der er indlagt
- kostvejledning ved udskrivelse

Som led i udmøntningen af ernæringspolitikken undersøges mulighederne for i højere grad, at inddrage kliniske diætister og andet ernæringsfagligt personale i opgaveløsningen.

#### **Region Hovedstadens Ernæringskomité.**

Region Hovedstadens Ernæringskomité har 23 medlemmer. Komitéen er sammensat af virksomhedsledere, overlæger, sygeplejersker, kandidater i klinisk ernæring, kliniske diætister, køkkenchefer og repræsentanter for hygiejne, apotek, indkøb, handicapområdet og almen praksis.

Komitéen havde sit første møde den 8. juni 2007. På dette møde besluttedes det, at prioritere

- udarbejdelse af nærværende Kost- og Ernæringspolitik
- udfærdigelse af kliniske vejledninger for ernæringsterapi til underernærede patienter
- deltagelse i tilrettelæggelsen af regionens indsats mod fedme og
- medvirken til at kosttilbudet til patienter vurderes og forbedres.

*Mennesket nødes til at spise for derigennem at opretholde livet, indbydes dertil gennem Appetitten og lønnes derfor gennem Nydelsen.*

- efter J.-A. Brillat-Savarin's V aforisme i Smagens Fysiologi (1826)

## 2. Kost- og ernæringspolitik for Region Hovedstaden

Kost- og ernæringspolitikken er en integreret del af Region Hovedstadens sundhedspolitik og skal løbende tilpasses samfundsudviklingen, nye forskningsresultater og den medicinske teknologi.

Kosten har betydning for velvære og livskvalitet hos både raske og syge.

Region Hovedstaden har mange virksomheder og institutioner, hvor brugere skal indtage deres måltider. En grundlæggende forventning er, at anbefalinger for *Den Danske Institutionskost* (Fødevarestyrelsen, 2000) og anbefalinger i *Den Nationale Kosthåndbog* (Danmarks Fødevareforskning 2005) følges i alle regionens institutioner.

For mange brugere vil kosten understøtte terapien/behandlingen ved at vedligeholde/genopbygge normale fysiske og psykiske funktioner. For andre brugere vil mødet med en sund kost, der kan forebygge eller afhjælpe livsstilssygdomme, være en inspirerende oplevelse til tiden efter kontakten med institutionen.

Kosten skal betragtes som en del af den samlede behandling og skal tilrettelægges for den enkelte bruger med udgangspunkt i brugerens ernæringstilstand og livssituation.

Implementering af en ernæringspolitik er afhængig af medarbejdernes engagement og viden. Gennemførelsen af en ernæringspolitik kræver uddannelse, åbenhed, dialog og samarbejde mellem brugere, pårørende, sundhedsfaglige medarbejdere og ledelser.

### 2.1 Formål

Formålet med kost- og ernæringspolitikken er at angive rammerne for, hvordan kost- og ernæringsindsatsen skal praktiseres i det daglige. Politikken er retningsgivende for ledelsessystemet, som har ansvaret for, at politikken omsættes i det daglige i forhold til brugere, pårørende og medarbejdere. Særligt skal den medvirke til, at alle medarbejdere, der har et terapi/behandlingsansvar for brugerne, påtager sig et fælles ansvar for brugernes kost.

Kost- og ernæringspolitikken

- skal følges op af lokale målrettede strategier, faglige vejledninger, konkrete handlingsplaner og af kvalitetsudvikling
- skal være et redskab til løbende udvikling og kvalitetsforbedring af regionens kost- og ernæringstilbud
- skal medvirke til, at skabe større tilfredshed med regionens ydelser.

## 2.2 Mål

De anførte mål har fokus på indlagte patienter, i overensstemmelse med at ”der skal i særlig grad fokuseres på de ernæringstruede grupper”, f.eks. de svage ældre patienter. Patienterne får herved færre komplikationer, herunder sygehusinfektioner, og mobiliseres hurtigere.

Der henvises til brugere/patienter udenfor hospitalet, hvor det er relevant.

Mål for Region Hovedstadens kost- og ernæringspolitik er;

- at patientens ernæringstilstand og ernæringsbehov systematisk vurderes og monitoreres, medens patienten er i kontakt med Regionens virksomheder
- at der er en klar procedure, opgave - og ansvarsfordeling for kost- og ernæring på alle kliniske afdelinger med hensyn til ordination, rekvirering, servering og opfølgning af kostindtag hos den enkelte patient
- at patienterne tilbydes en kost, der er tilpasset deres ønsker, behov, og spisevaner, på grundlag af en systematisk vurdering af deres ernæringsmæssige behov
- at patienterne oplever, at kosten er en del af behandlingsindsatsen og medvirker til rehabilitering og øget sundhed, herunder at patienterne får en forståelse for kostens betydning i den samlede rehabilitering
- at patienterne oplever, at maden og måltidet er af høj kvalitet, herunder en god æstetisk oplevelse
- at arbejdet med kosten udføres af fagligt kompetent personale
- at ny viden om kost og ernæring indarbejdes i sundhedsfaglig praksis
- at kosten tilberedes af råvarer af høj kvalitet
- at arbejdet med kosten foregår rationelt og effektivt og at madspild søges reduceret
- at krav for ernæringsområdet i den kommende Danske Akkrediteringsmodel opfyldes

## 2.3 Målgrupper

Kost- og ernæringspolitikken i Region Hovedstaden skal være kendt for

- ledelser
- alle sundhedsfaglige medarbejdergrupper

og oplyses for

- patienter
- pårørende
- øvrige personalegrupper.

### 3. Indsatsområder – måling af indsatsen

Kost- og ernæringspolitikken i Region Hovedstaden indeholder følgende indsatsområder for henholdsvis alle patienter, underernærede patienter og overvægtige patienter. Endelig er indeholdt en indsats mod mad spild.

#### 3.1 *Alle patienter: Vurdering af ernæringstilstand & kostordination*

- Ved indlæggelsen skal alle patienter have vurderet deres ernæringstilstand. Det skal ske i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledninger med hensyn til, at identificere evt. underernæring eller fedme.
- Patienter i længerevarende ambulante forløb (mere end 3 kontakter) skal løbende have vurderet deres ernæringstilstand
- Børn vurderes efter andre retningslinier, og der skal udarbejdes fælles kriterier herfor i Region Hovedstaden.
- Alle indlagte patienter skal have en individuel kostordination på baggrund af ernæringsvurderingen og patientens sædvanlige spisevaner.

Kvaliteten af indsatsen skal overvåges.

#### 3.2 *Indsats for underernærede patienter*

Erfaringsmæssigt får ca. halvdelen af de underernærede patienter ikke dækket deres ernæringsbehov ved svær sygdom. Der er derfor brug for et kontinuerligt fokus på disse patienters kostindtag og midler til at forhindre eller reducere yderligere vægttab under indlæggelsen.

Ernæringskomitéen vil understøtte den kliniske indsats med vejledninger, der klart definerer indsatsen og giver hjælp til mål opfyldelsen. Ernæringskomitéen vil samordne eksisterende vejledninger for området, herunder for brug af sondeernæring og intravenøs ernæring.

Vejledningerne ajourføres løbende med aktuel viden på området, for at opnå en så effektiv ernæringsindsats som muligt.

Ernæringskomitéen vil udarbejde redskaber der fremmer korrekt registrering og overvågning af indsatsen, inkl. redskaber til identifikation af årsager til manglende succes i den enkelte afdeling.

#### 3.3 *Indsats mod fedme*

Fedme er et tiltagende samfundsproblem. Indsatsen med forebyggelse og langsigtet behandling af fedme kan ikke løftes i hospitalssektoren. Fedme skal dog identificeres ved indlæggelsen, da mange patienters indlæggelsesforløb påvirkes heraf. Indsatsen vil være afhængig af den kliniske situation.

Fedme kan være årsag til en følgesygdom, som patienten er indlagt for, eller medføre komplikationer til den behandling, som patienten er indlagt for, eller opstå som en bivirkning til behandlingen, som patienten er indlagt for.

- Alle patienter med fedme, eller i risiko for at udvikle fedme, bør oplyses om nødvendigheden af sunde kostvaner og motion, inkl. oplysning om behandlingsmuligheder i almen praksis og kommunalt regi
- Under indlæggelsen skal der være adgang til en særlig kost for patienter med fedme
- Opmærksomhed bør sikres på medikamentelt betinget overvægt særligt hos psykiatriske patienter. Behandlingsforløbet bør omfatte en omhyggelig kostplanlægning og kostuddannelse af patienter og deres pårørende.

Ernæringskomitéen vil etablere en arbejdsgruppe, som kan udarbejde en vejledning i hvordan medarbejderne skal håndtere fedme i forskellige kliniske situationer. Denne arbejdsgruppe vil inddrage relevante Sundhedsfaglige råd og kontinuiteten til kommunalt regi vil blive søgt etableret via det nævnte Udviklingsforum.

### *3.4 Mad af høj ernæringsmæssig og kulinarisk kvalitet*

#### *Mad af høj ernæringsmæssig kvalitet.*

- Sammensætningen af kosten skal følge "Anbefalinger for den Danske Institutionskost" med et næringsindhold som angivet i Nordiske Næringsstof Anbefalinger (NNA).
- Maden fremstilles hygiejnisk ifølge gældende lovgivning og dette dokumenteres ved fortsat egenkontrol.

#### *Mad af høj kulinarisk kvalitet og et godt måltid.*

- Der anvendes råvarer af god kvalitet. Den stigende efterspørgsel i befolkningen efter økologiske produkter tilgodeses, hvor det er praktisk og økonomisk muligt.
- Maden skal være veltillavet og serveres på en appetitvækkende måde, som fører til et godt måltid for patienten
- Her lægges der vægt på patientens egen opfattelse af et godt måltid og patientens egen forståelse af ernæringsproblemet
- Der skal fokuseres på psykologiske faktorer og stemninger i spisesituationen, f.eks. skal unødige forstyrrelser under måltidet undgås
- Hospitalernes menuer skal indeholde valgmuligheder for patienterne. Der skal være tilbud om mad udenfor de normale spisetider, herunder sen aften/nat.

Ernæringskomitéen vil tage initiativ til en drøftelse med de enkelte hospitaler om, hvordan det opnås, at pårørende kan spise sammen med patienten.

Spisemiljøer bør så vidt muligt indrettes så patienter har mulighed for at spise alene eller i selskab med andre efter behov og tilstand.

Ved nybyggeri/ombygninger skal spisemiljøet medtænkes som en faktor, der kan stimulere patienternes appetit.

### 3.5 *Indsats mod madspild.*

Der er fortsat et betydeligt madspild på regionens sygehuse. Der er både tale om 'bakkespild', d.v.s. at der fremstilles flere portioner end svarende til antallet af patienter, og om 'tallerkenspild', d.v.s. at patienterne ikke spiser den serverede portion.

- Madspildet bør følges og "best practice" eksempler drøftes og udbredes.

## 4. Organisation og implementering

Flere hospitaler i Region Hovedstaden har i de senere år markeret sig ved væsentlige fremskridt i retning af et godt måltid. F.eks. ved valgfrie menuer, bedre råvarer og menuer tilpasset patienternes appetit og/eller et styrket samarbejde mellem køkken og afdelinger. Denne udvikling søges støttet af Ernæringskomitéen ved at identificere "best practice" eksempler, som udbredes til andre institutioner, om muligt ved at igangsætte udviklingsprojekter. Komitéen vil løbende vurdere de nye mad koncepter på grundlag af mål opfyldelse (dækkende kostindtag). I de kommende år lægges særlig vægt på udvikling og servering af mellemmåltider uden for de sædvanlige spisetider, herunder om natten.

Ernæringskomitéen vil tage initiativ til at udarbejde et koncept til en samlet vurdering (rating) af råvarer, tilberedelse, kulinarisk kvalitet, servering og spisemiljø, inkl. medarbejdernes engagement i patientens måltid og patientens oplevelse af måltidet. Erfaringer fra f.eks. ratingordningen i Københavns Madhus til de kommunale institutioner vil kunne inddrages. Vurderingen vil inkludere spørgsmål til patienterne om, hvorfor de evt. ikke har spist den mad, der serveres for dem.

### 4.1 *Involvering af patienter og pårørende.*

Det er vigtigt, at inddrage patienten for at opnå accept af den ordinerede kost. Dette bør ikke kun ske ved passiv formidling af generelle oplysninger, men ved aktiv individualiseret handlingsrettet dialog.

Patienten og eventuelle pårørende har krav på at vide, hvorfor en bestemt kost er ordineret i forbindelse med de problemer, der har ført til indlæggelsen og at kosten er en del af rehabiliteringen ved visse behandlingsforløb.

Der gives vejledning om, hvordan kosten skal tilrettelægges efter udskrivelsen, for at modvirke sygdommen/fremme sundheden.

Pårørende undervises og inddrages som ressourcepersoner i det omfang det er relevant.

*Patienters tilfredshed* undersøges med mellemrum, som en del af de generelle tilfredshedsundersøgelser.

Fokus bør være på at;

- patienten har fået information, om kostens betydning for den aktuelle indlæggelse,
- patienten har fået information om vigtigheden af mellemmåltider
- patienten har været tilfreds med kosten.

Pårørende kan evt. inddrages i disse undersøgelser.

#### *4.2 Koordinering af ernæringsindsatsen ved overflytning af patienter til andre institutioner.*

I samarbejde med regionens øvrige virksomheder og kommunerne udarbejdes en vejledning for, hvilken relevant ernæringsinformation der bør følge med patienten, ved overflytning mellem afdelinger og hospitaler og mellem hospitaler og kommunale institutioner.

#### *4.3 Evidensbaseret grundlag for ernæringsindsatsen.*

Tilstrækkelig kost- og ernæring anses for en elementær rettighed, også under sygdom. Den foreliggende evidens fra kontrollerede undersøgelser giver oplysninger om, hvornår tilstrækkelig kost og ernæring har særlig betydning for det kliniske forløb. Initiativerne i forbindelse med kost- og ernæringspolitikken har til formål, som minimum, at implementere denne evidens i den kliniske praksis.

Særligt ved mere ressourcekrævende ernæringsformer (f.eks. kost til småt spisende, sondeernæring, intravenøs ernæring) sikres det, at dette sker i overensstemmelse med medicinsk evidens på ernæringsområdet.

Nuværende ressourcekrævende rutiner med manglende evidens søges afviklet.

#### *4.4 Vejledninger for kliniske medarbejdere i Regionen*

Alle ovenstående elementer samles i regionale vejledninger på grundlag af eksisterende vejledninger for ernæringsterapi, sondeernæring, intravenøs ernæring, fedmebehandling, kosttilskud m.v.

Der udarbejdes nye vejledninger for de elementer, hvor der ikke i forvejen findes vejledninger, f.eks. fedme, mad spild og udveksling af ernæringsinformation. Ernæringskomitéen vil tage initiativet til udarbejdelse af disse retningslinier.

#### *4.5 Fokus på uddannelse af klinisk personale*

Der gennemføres opfølgende uddannelse af de nuværende relevante medarbejdergrupper. Nye medarbejdere skal oplæres i afdelingens særlige ernæringsprocedurer.

Hver afdeling skal have mindst en nøgleperson, enten på afdelingen eller tilknyttet afdelingen, der er særligt kvalificeret til, at vejlede medarbejdere og patienter i spørgsmål om kost og ernæringsmæssige procedurer.

#### 4.6 Organisering – virksomhedernes ernæringskomiteer

Regionens overordnede kost- og ernæringspolitik konkretiseres af den Regionale Ernæringskomité og udmøntes/implementeres af den enkelte virksomheds Ernæringskomité som, (jf. kommissorium for Regionens komitésystem for Ernæring) har følgende opgaver:

- Fastlægge den lokale ernærings- og kostpolitik for institutionen i henhold til klienter/patienters behov og institutionens ydelser
- Understøtte implementering af regionalt fastlagte rekommandationer og retningslinjer på ernæringsområdet
- Understøtte kontinuitet i ernæringsfokus og –indsats ved overgange mellem sektorer
- Indsamle og overvåge lokale data med hensyn til kvaliteten af den ernæringsmæssige vurdering og behandling af patienter/klienter og forbruget af ernæringsprodukter
- Bidrage til uddannelse/undervisning af nøglepersoner i ernæringsindsatsen
- Bidrage i analyser ved utilsigtede hændelser i forbindelse med ernæringsterapi
- Orienterer den regionale ernæringskomité om betydningsfulde lokale forhold på ernæringsområdet, som minimum én gang årligt i form af en standardiseret årsrapport.

#### 4.7 Samarbejde med primær sektor

Mange patienter har ernæringsproblemer, som kræver langvarig behandling (f.eks. fedme) eller kroniske ernæringsproblemer (f.eks. underernæring blandt plejehjemsbeboere, underernæring blandt kronisk syge). Disse patienter indlægges med deres ernæringsproblemer, men for de underernærede sker der ofte en forværring i ernæringstilstanden under indlæggelsen.

Andre patienter indlægges i normal ernæringstilstand, men udskrives som underernærede, hvis ikke en tilstrækkelig ernæringsbehandling er iværksat.

Kost- og ernæringspolitikken har til formål, at undgå en forværring af fedme eller underernæring under indlæggelse/ambulant behandling. Samt i videst muligt omfang at forebygge, at disse ernæringsproblemer opstår under indlæggelsen. En stor del af denne indsats vil dog være forgæves, hvis der ikke følges op i primærsektoren. Ernæringskomitéen vil via eksisterende samarbejdsorganer tage kontakt med primærsektor og almen praksis, med henblik på en målrettet indsats udenfor hospitalet.

## 5. Oversigt over forslag til opfølgning på kost- og ernæringspolitikken

Som en oversigt er her gengivet de forslag til måling af resultater, som er nævnt i de foregående afsnit:

1. Ved audits måles andelen af patienter, der har fået vurderet deres ernæringstilstand ved indlæggelsen og ved ambulante forløb (mere end 3 kontakter).
2. Ved audits måles andelen af indlagte patienter, der har fået individuel kostordination på baggrund af ernæringsvurderingen og patientens sædvanlige spisevaner.
3. Ved besøg på afdelinger med en stor hyppighed af underernærede patienter/patienter i risiko for underernæring undersøges, hvor stor en andel af disse patienter, der har fået dækket et ernæringsmæssigt minimumsbehov. Årsager til manglende målopfyldelse identificeres med henblik på, at støtte afdelingens bestræbelser på målopfyldelse.
4. Ved audits måles andelen af patienter med fedme, der er blevet oplyst om nødvendigheden af sunde kostvaner og motion inkl. oplysning om behandlingsmuligheder i almen praksis og kommunalt regi.
5. Ernæringskomitéen udarbejder i løbet af 2008 et koncept til en samlet vurdering (rating) af råvarer, tilberedelse, kulinarisk kvalitet, servering og spisemiljø inkl. medarbejdernes engagement i patientens måltid og patientens oplevelse af måltidet inkl. spørgsmål til patienterne om, hvorfor de evt. ikke har spist den mad, der serveres for dem.
6. Ernæringskomitéen indsamler i løbet af 2008 oplysninger om mad spild og identificerer "best practice" eksempler.
7. Forhold vedr. kosten indgår i de generelle tilfredshedsundersøgelser. Fokus på 1) patienten har fået information om kostens betydning for den aktuelle indlæggelse, 2) patienten har fået information om vigtigheden af mellemmåltider og 3) patienten har været tilfreds med kosten.
8. Utilsigtede hændelser på ernæringsområdet vurderes løbende med henblik på forbedringer.