

Årsmøde 2006 – sygeplejerskesession Auditorium 1

Program

14.00-14.20: Muskeldepletering hos patienter med kronisk hjerteinsufficiens

Sygeplejerske Cand.Scient. San. Pia Windstrup

**14.20-14.45: Evaluering af bemandet buffet på sygehuset og
Saft med kraft – hjemmeblandet saftdrikke i Karkirurgisk Center, Kolding Sygehus**

Udviklingssygeplejerske Betina Eskesen og Social- og Sundhedsassistent Karin Møller, Karkirurgisk center Kolding Sygehus

14.45-15.15: Kaffe

15.15-15.35: Ernæringsstatus blandt ældre Skandinaviske patienter

Forskningsygeplejerske Mette Holst, Ålborg Sygehus

15.35-15.55: Programledelse for ernæring –evaluering af 21 anbefalinger til indlagte patienter

Projektleder, sygeplejerske Betina Eskesen

15.55-16.00: Afslutning

Muskeldepletering hos patienter med kronisk hjerteinsufficiens

Pia Winstrup, Sygeplejerske Cand.Scient.San.

Baggrund

I den kliniske hverdag syntes patienter med CHF ikke at indtage adækvat ernæring, hvilket har betydning for gruppens livskvalitet. Årsagen til det reducerede ernæringsindtag er bl.a. at gruppen er småtspisende pga. hurtig mæthedsfornemmelse, kvalme, ascites og udtalt træthed(1). Undersøgelser angiver at hos ca. 15 % af pt. er vægttabet så stort, at tilstanden betegnes som kardiell kakeksi (2;3). Kardiell kakeksi er et multifaktoriel metabolisk problem, som kan skyldes både nedsat fødeindtag og specifikke metaboliske forstyrrelser. Vægttabet hos patienter med kronisk hjerteinsufficiens er forbundet med reduceret overlevelse, idet et vægttab større end 6 % giver øget mortalitet(2-4).

Formål

Undersøgelsens primær mål var at undersøge om patienter med CHF var muskeldepleterede, sekundært at screene patienter med CHF efter Sundhedsstyrelsens screeningsmetode(5) og det tertiære formål var at sammenligne de to metoder.

Metoden

Undersøgelsen blev gennemført som en konsekutiv tværsnitsundersøgelse af indlagte patienter med CHF 36(72%) mænd og 14(48%) kvinder. Undersøgelsens reference var 24-h urinopsamling for kreatinin, samt screening efter Sundhedsstyrelsens screeningsmetode, hvorefter de to metoder er blevet sammenlignet.

Resultater

50 patienter med fuldt data sæt indgik i undersøgelsen. Gennemsnitsalderen på undersøgelsespopulationen var $57,6 \pm 14,2$ år (Rang 14-81 år). 58 % af populationen havde iskæmisk hjertesygdom, 72 % har en LVF på <30 % og 56 % befinder sig i NYHA-klasse III. S-albumin var 557 (95 % CI:532-582). Der er ingen signifikant association imellem alder og sygdomslængde $r_s = 0,23$ (95 % CI :-0,06 - 0,47). UCR for populationen var 48,59mg/dL (29-82 mg/dL, 10 % og 90 % percentiler). CHI var 6,8(95 % CI: 6,1-7,4), KHI(Ideel) var 95,7 (95 % CI: 86,9-104,5) og KHI(habituel) var 70,9 (95 % CI: 64,3 – 77,4). Sundhedsstyrelsens screeningsmetode for ernæringsintervention anvendt på CHF pt. havde en sensitivitet på 0,5 og en specificitet på 0,6.

Konklusion

UCR er et validt mål for graden af muskeldepletering hos patienter med CHF, metoden svækkes af at der ikke findes valide referenceværdier, hvor der er stratificeret for alle de parametre, som UCR afhænger af. 3 ud af 4 tests viste, at patienter med CHF er muskeldepleterede i middel til svær grad, mens den 4. viste, at de var muskeldepleterede i mindre grad.

SST screeningsmetode kan ikke anvendes til at detekterer risiko for ernæringsmæssige problemer hos patienter med CHF.

- (1) Kondrup J, Johansen N, Plum LM, Bak L, Larsen IH, Martinsen A, et al. Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. Clin Nutr 2002 Dec;21(6):461-8.
- (2) Anker SD, Chua TP, Ponikowski P, Harrington D, Swan JW, Kox WJ, et al. Hormonal changes and catabolic/anabolic imbalance in chronic heart failure and their importance for cardiac cachexia. Circulation 1997 Jul 15;96(2):526-34.
- (3) Anker SD, Negassa A, Coats AJ, Afzal R, Poole-Wilson PA, Cohn JN, et al. Prognostic importance of weight loss in chronic heart failure and the effect of treatment with angiotensin-converting-enzyme inhibitors: an observational study. Lancet 2003 Mar 29;361(9363):1077-83.
- (4) Anker SD, Ponikowski P, Varney S, Chua TP, Clark AL, Webb-Peploe KM, et al. Wasting as independent risk factor for mortality in chronic heart failure. Lancet 1997 Apr 12;349(9058):1050-3.
- (5) Sundhedsstyrelsen. Vejledning til læger, sygeplejersker, social-og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister. Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko. 2003.

Evaluering af bemanded buffet på sygehuset

Betina Eskesen, Udviklingssygeplejerske, Karkirurgisk Center, Kolding Sygehus.

Baggrund

Flere sygehuse har de seneste år forsøgt med buffetbemanding og oplever, at patienterne indtager mere mad, at hygiejnen forbedres, at madspildet reduceres og at patienterne synes at det, at der er en person ved buffeten gav velvære og stimulerede appetitten. Udokumenterede konsekvenser af den manglende bemanding af buffeten peger bl.a. på manglende hjælp til patienter og i sidste ende, at patienterne ikke får dækket deres ernæringsbehov. Systematisk litteratursøgningen viser, at betydningen af, at indføre buffeten ikke har været videnskabeligt

Formål

undersøgt før eller efter at buffeten blev indført for ca. 10 år siden.

At undersøge betydningen for patienterne og sygehuset af, at plejepersonalet bemander buffeten i spisestuen ved hovedmåltiderne.

Delformål:

1. At sammenligne patientens ernæringsindtag og køkkenets madspild med og uden bemanding af buffeten.
2. og 3. En driftsøkonomisk analyse af konsekvenser af buffetbemanding og en CEA af sammenhængen mellem omkostning ved bemanding og kliniske konsekvenser (resultater under udarbejdelse).

Metoder

Et kvasi-eksperimentelt studie af indlagte karkirurgiske patienter med follow up af et morgen-, frokost- og aftenmåltid, indtaget ved mobilisering til en buffet og et studie af madspildet i 4. 5. og 6 uge, Kolding Sygehus, i perioden 3. januar - 3. juli 2005.

Resultater

220 patienter fik vejret og beregnet deres ernæringsindtag ved et morgen-, frokost- og aftenmåltid, fordelt på 107 patienter i interventionsperioden og 113 i ikke-interventionsperioden. For morgen- og frokostmåltidet viste resultatet en signifikant ($P < 0,05$) forøgelse af patienternes korrigerede middelindtag på 14-40 % i interventionsgruppen. Ved aftenmåltidet var middelindtaget kun signifikant for væskeindtaget.

Madspildet opdelt i madtyper og tallerkenspildet er vejret før og efter servering, dvs. 21 vejninger af hver af de tre hovedmåltider i hver studieperiode. Resultatet viser, at bemanding af buffeten med plejepersonalet betyder en generel reduktion af madspildet ved de tre hovedmåltider, men ingen af resultaterne er signifikante. På morgenmåltidet er madspildet gennemsnitlig reduceret med 1 %, ved frokost måltidet med 18 % og ved aftenmåltidet er madspildet reduceret med 9 %.

Konklusion

Bemanding af buffeten betyder, at patienterne indtager signifikant mere mad- og væske ved morgen- og frokostmåltiderne. Ved aftenmåltidet findes ingen signifikant forskel og bemanding af buffeten betyder generelt ikke at madspildet reduceres signifikant.

Saft med kraft- hjemmeblandet saftdrikke i Karkirurgisk Center, Kolding Sygehus

Baggrund

Indlagte Karkirurgiske patienter får ikke dækket deres ernæringsbehov. Flere har ernæringsindtag mindre end 60 % af deres beregnede behov. På patienternes kost- og væskeskema kan det ses, at patienterne drikker en del saft og juice. Derfor ses det som en mulighed, at lave blandinger indeholdende kommercielle ernæringsdrikke og afdelingens saft, æble- og appelsin juice, for at forøge patienternes ernæringsindtag.

Formål

- at patienterne indtager mere ernæring via specialblandet saftvand og juice.

Metode

Kommercielle ernæringsdrikke(Addera og Ensini) blandes sammen med afdelingens saftvand, æble- og appelsinjuice, således at blandingerne smager som afdelingens nuværende saft, æble- og appelsinjuice men indeholder fra 443-725 kJ energi og 2-5 g protein/200 ml. Den almindelige saft og juice og de blandede drikke smagstestes af 10 patienter.

Resultat

Resultatet viser, at 50 % af patienterne bedst kan lide blandingerne med Addera og Addera+. Det er overraskende at se at den almindelige saft og juice generelt scorer dårligst. I det blandingerne med Ensini i to af smagstestene scorede førstepladsen med 40 % af patienterne. Med det få antal patienter skal resultatet tages med forbehold.

Konklusion

Det bør overvejes om blandingerne skal implementeres i praksis, da patienterne i smagstesten kan lide blandingerne frem for den almindelige juice og saftvand. Ligeledes indeholder blandingerne ernæringsmæssigt fra 2-5 g protein/glas og dobbelt så meget energi end almindelige drikke.

Nuværende er blandingen med Addera afprøvet på patienterne og resultatet er under analyse.

Udarbejdet af Betina Eskesen, udviklingssygeplejerske og Karin Møller, Social- og Sundhedsassistent.

E-mail: betesk@fks.vejleamt.dk

Ernæringsstatus blandt ældre Skandinaviske patienter.

Sammenligning af screeningsredskaber og risikofaktorer.

¹Holst M, ²Yifter Lindgren E, ¹Jacobsen B, ⁶Arveschou A, ³Surowiak M, ⁴Mowe M, ¹Nielsen K R, ⁵Cederholm T, ¹Rasmussen H H.

¹Medicinsk Gastroenterologisk Afdeling og ⁶Klinisk Fysiologisk Afdeling Ålborg Sygehus Århus Universitetshospital, ²Geriatrisk Centrum Umeå Universitetssygehus Sverige, ³Geriatrisk Klinik Huddinge Universitetssygehus Stockholm Sverige, ⁴Geriatrisk Afdeling Aker Universitetshospital Norge, ⁵Almengeriatrik Sektion Huddinge Universitetssygehus Stockholm Sverige.

Baggrund.

Omkring 40% af patienterne i de medicinske senge på hospitalerne er underernærede. Mange faktorer påvirker den ældres ernæringstilstand, og samtidig øger alderdom komplikationsraten ved underernæring. Populationen af ældre patienter i hospitalssengene er stigende. ESPEN guidelines rekommanderer flere screeningsredskaber, herunder MNA (Mini Nutritional Assessment) til hurtig identifikation af ernæringsstruede patienter. Redskaberne retter sig ikke specifikt imod ældre hospitalsindlagte patienter.

Formålet med projektet

- At estimere forekomsten af ernæringsmæssig risiko hos ældre (65+) nyindlagte patienter, på 3 Skandinaviske afdelinger.
- At sammenligne **tre metoder**, MNA, NRS 2002 (Nutritional Risk Screening) og MUST (Mini Universal Screening Tool) til identifikation af ældre, indlagte patienter i ernæringsmæssig risiko.
- At evaluere redskabernes validitet mod objektive ernæringsmæssige indikatorer.
- At identificere mulige sociale og psykologiske risikofaktorer blandt ældre patienter i ernæringsmæssig risiko.

Metode

Alle nyindlagte patienter (65+) blev på de 3 afdelinger i Danmark og Sverige, over en 6 mdr's periode, screenet for ernæringsmæssig risiko med screeningsredskaberne MNA, MUST og NRS-2002. Der gennemførtes interview m.h.p. demografiske data, spiseproblemer, funktionelle, sociale og psykologiske forhold. Patienternes kropssammensætning blev vurderet ved BMI, hudfoldsmåling, omkreds af overarms- og lægmuskel, samt DEXA-scanning og Bioimpedansmåling. Muskelstyrke blev målt med hånddynamometer.

Resultater

I alt inkluderedes 233 patienter (mean alder 80 år). Gennemsnitlig var 54% af patienterne i ernæringsmæssig risiko (20-91%) ifølge de tre redskaber. Samlet set var der enighed mellem redskaberne i 67% af tilfældene. Objektive ernæringsmæssige markører som ernæringsmæssig status som fedt fri masse var nedsat hos alle patienter i ernæringsmæssig risiko vurderet ved alle screeningsredskaber, mens det at have tandprotese, tyggeproblemer og svamp i mund / svælg ikke relateredes til MUST. Øget stressmetabolisme hos risikopatienter fandtes mest korreleret til MNA og NRS. Funktionelle forhold som muskelstyrkemåling og gang, var relateret til ernæringsmæssig risiko ved alle screeningsværktøjerne. Som risikofaktor for underernæring af sociale og psykologisk karakter fandtes depression ved alle screeningsværktøjer (68-98%).

Konklusion

Hypigheden af ernæringsmæssig risiko hos ældre nyindlagte patienter er betydelig. Der ses stor variation i hypigheden på de forskellige afdelinger, og afhængig af screeningsredskab. MNA synes mest sensitiv, MUST mindst sensitiv. MNA og NRS synes at være mere relaterede til funktionelle og metaboliske forhold end MUST. MNA er mere relateret til sociale og psykologiske risikofaktorer. Alle redskaber er associeret til kropssammensætning. Depression ses som mest betydende psykologiske risikofaktor.

Undersøgelsen har baggrund i et fælles nordisk uddannelsessamarbejde under Skandinavisk Nutritions Akademi- SNA, som er et samarejde mellem Karolinska Institut og Fresenius Kabi.

Programledelse for Ernæring - Evaluering af de 21 anbefalinger til indlagte patienter

Baggrund

I 2002 startede den tværfaglige Programledelse for Ernæring, Vejle Amt og i 2003 udkom programledelsens 21 anbefalinger for ernæring til indlagte patienter opdelt under punkterne;

- Kosten
- Opgave og ansvar
- Screening, intervention, monitorering og dokumentation
- Viden

Implementeringen fandt sted 2003 og begyndelsen af 2004.

Formålet

- At forbedre ernæringen til indlagte patienter. Fokus er patienter, hvor ernæringen har sammenhæng med deres helbredsmæssige tilstand og som har eller kan risikere at få et ernæringsmæssigt problem

Metode

Implementeringen er evalueret via struktureret og semistruktureret spørgeskema og stikprøvemåling.

Resultater og konklusion

Overordnet kan det konkluderes, at de organisatoriske strukturer er på plads mht. kostudvalg, nøglepersoner og kostpolitik. Ligeledes er de skriftlige redskaber f.eks. retningslinier, screeningsskema, kost- og væskeskema og til dels informationsmateriale udarbejdet. Det er i forhold til. anvendelsen af retningslinierne, udfyldelsen af screeningsskemaet og interventionen for at dække patientens ernæringsbehov, at der fortsat er et forbedringspotentiale.

Projektleder Betina Eskesen

E-mail: betesk@fks.vejleamt.dk

Årsmøde – diætistsessionen: Auditoriet, afsnit 2112 opgang 2, 11. etage.

Program

14.00-14.20: "Effekt af forskellige mængder proteiner på fysiologisk funktion og proteinomsætning hos raske voksne" - et Ph.d. projekt

Klinisk diætist, cand. scient. i klinisk ernæring, Ph.d. studerende Lene Holm

14.20-14.40: Ernæringsindsats på Omsorgscentret Fælledgården

Klinisk diætist Malene Isling Hansen, Omsorgscentret Fælledgården

14.45-15.15: Kaffe

15.15-15.35: Undersøgelse om ernæringscreening af patienter og andre ernæringsrelaterede emner

Klinisk diætist Marie Feldskov Hansen, Amtssygehuset i Herlev

15.35-15.55: Udviklingsdiætister – Hvem, hvad, hvor og hvorfor ?

**Udviklingsdiætist, stud scient. i klinisk ernæring Anette Martinsen,
Storstrømmens Sygehus**

”Effekt af forskellige mængder proteiner på fysiologisk funktion og proteinomsætning hos raske voksne” - et Ph.d. projekt

Klinisk diætist, cand. scient. i klinisk ernæring, Ph.d. studerende Lene Holm

Indledning

Det primære formål med Ph.d. projektet er at undersøge spørgsmålet om et højt proteinindtag påvirker fysiologiske funktioner (muskel- og mental funktion, immunrespons samt celfunktion og -mængde) i forhold til anbefalet proteinindtag.

Problemformulering og baggrund

De nuværende anbefalinger for proteinindtag er baseret på nitrogenbalance studier og det habituelle proteinindtag i befolkningen (FAO/WHO/UNU 1985). Nitrogenbalance kan imidlertid opnås efter en adaptationsperiode og efter en bred variation i proteinindtag (Garlick et al 2000) (Millward 2004). Kun få studier har undersøgt om hvorvidt der er mulige funktionelle konsekvenser af forskelligt proteinindtag f. eks svækkelser eller forbedringer af fysiologiske funktioner (Castaneda et al 1995) (Campbell et al 2001). De få studier publiceret inkluderer studier med fokus på et minimum protein indtag til at opretholde nitrogen balance. I et studie af Castaneda et al, hvor nitrogenbalancen blev opretholdt, fandt man signifikant tab af LBM, immun respons og muskel funktion efter en periode med marginal protein indtag i sammenligning med et sufficient protein indtag (Castaneda et al 1995). Der er dog ingen studier der har undersøgt de mulige funktionelle fordele af et proteinindtag højere end anbefalet over en længere tidsperiode. Endvidere forefindes der ikke evidensbaseret dokumentation for om hvorvidt der er en øvre grænse for proteinindtaget og om der vil fremkomme bivirkninger derved.

Derfor mangler følgende spørgsmål at blive undersøgt:

Kan et højt proteinindtag over en længere tidsperiode:

- Forbedre udvalgte funktionelle målinger såsom muskel- og mentalfunktion, immunrespons samt celfunktion og -mængde hos raske individer?
- Have nogen bivirkninger?

Referencer

- Campbell WW, Trappe TA, Wolfe RR and Evans WJ. The recommended dietary allowance for protein may not be adequate for older people to maintain skeletal muscle. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56:M373-80.
- Castaneda C, Charnley JM, Evans WJ, Crim MC. Elderly women accommodate to a low-protein diet with losses of body cell mass, muscle function, and immune response. *Am J Clin Nutr* 1995; 62: 30-39.
- FAO/WHO/UNU. Energy and protein requirements - report of a joint FAO/WHO/UNU expert consultation. World Health Organization, Switzerland, 1985.
- Garlick PJ, McNurlan MA and Patlak CS. Adaptation of protein metabolism in relation to limits to high dietary protein intake. *Eur J Clin Nutr* 1999; Suppl 1;S34-S43.
- Millward DJ. Macronutrient Intakes as Determinants of Dietary Protein and Amino Acid Adequacy. *J Nutr* 2004; 143:S1588-96.

Ernæringsindsats på Omsorgscentret Fælledgården

Klinisk diætist Malene Isling Hansen, Omsorgscentret Fælledgården

Omsorgscenteret Fælledgården er en selvejende institution i Københavns Kommune. Fælledgården har en plejehjemsafdeling og en afdeling med beskyttet boliger.

Registreringen af beboernes ernæringsstatus er begrænset til plejehjemsafdelingen, idet beboerne i beskyttet bolig dels er friskere end plejehjemsbeboerne, men samtidig fordi det er meget individuelt, hvilke ydelser beboerne i de beskyttede boliger modtager fra køkkenet.

Baggrunden for registreringen af beboernes ernæringsstatus er en formodning om, at en stor del af beboerne er i dårlig ernæringstilstand. Endvidere er registreringen af beboernes ernæringsstatus et arbejdsredskab, der kan/skal anvendes i det videre arbejde med at implementere Københavns Kommunes nye kostpolitik på ældreområdet¹.

Formålet med registrering af beboernes ernæringstilstand er at:

- vurdere beboernes ernæringstilstand
- opnå tidlig identifikation af beboere i dårlig ernæringstilstand eller i risiko for at komme det.
- iværksætte individuel ernæringsterapi for at begrænse væggtab og tab af funktionsevne.
- udarbejde redskaber, der kan anvendes i forbindelse med vurdering af beboernes ernæringstilstand.
- undervise/vejlede plejepersonalet i identifikation af beboere i dårlig ernæringstilstand samt opfølgning på individuel ernæringsterapi.
- sikre fuld udnyttelse af køkkenets tilbud, således at beboernes behov opfyldes bedst muligt.

Udgangspunktet for registreringen er, at alle beboer skal vejes, med undtagelse af de beboere, som ikke selv ønsker det.

Registreringen er foretaget af plejepersonalet. Der er anvendt vejestol eller beboerens egen badevægt ved vejningen.

Vejningen og registreringen er foregået i november/december 2003 og igen i august/september 2005

I 2003 blev det registeret at hele 65 % af de registrerede beboere på Fælledgårdens plejehjemsafdeling var i en ernæringsmæssig risikogruppe.

I 2005 blev det konstateret at 59 % af de registrerede beboere på Fælledgårdens plejehjemsafdeling var i en ernæringsmæssig risikogruppe.

Af de registrerede beboer i 2005 er der kun 48 %, som også deltog i 2003. Denne registrering viser at der både i 2003 og i 2005 er 63 % af de 48 % som stadig er undervægtige, men antallet af de kritisk undervægtige er faldet med 5 %.

Det kan konkluderes, at den samlet ernæringsstatus for 2005 på Fælledgården fortsat ikke er optimal da 59 % fortsat er undervægtige. Der skal fortsat arbejdes videre med implementeringen af ernæringsterapi.

patienter og andre ernæringsrelaterede emner

Baggrund

Når den kliniske diætist har udarbejdet en kostplan til en patient på en sengeafdeling på Amtssygehuset i Herlev, er det plejens ansvar at bestille den pågældende mad og sikre om planen overholdes. Men der var en opfattelse blandt diætisterne, at der ofte skete fejl med bestillingen af disse kostplaner, og at dette især skyldtes bestillingsformen i programmet Master Cater. Dette resulterer ofte i, at patienter ikke får den aftalte mad. Dette ville vi gerne melde som en utilsigtet hændelse, da vi mener, at sådanne fejl hører ind under den kategori. Efter en samtale med risikomanager, Jacob Nielsen, blev vi enige om at lave en undersøgelse for at se, hvor stort problemet var.

Herudover skulle det også afdækkes, hvilke problemer der er i forhold til ernæringscreening af patienterne. Der har blandt diætisterne været en fornemmelse af, at der ofte ikke var særlig stor fokus på dette, til trods for at der blev tilknyttet en klinisk diætist i forbindelse med udarbejdelse af kostplan.

Formål

Undersøgelsen skulle give et overblik over, hvilke problemer der er i forhold til ernæringscreening af patienterne samt afklare hvor stort problemet med korrekt bestilling i Master Cater er, når de kliniske diætister har udarbejdet en kostplan. Formålet med undersøgelsen var også at få nogle tal på, bl.a. antallet af patienter, antallet af "forkerte" bestillinger, hvilket blev efterspurgt af risikomanageren.

Metode

Alle patienter fra sengeafdelingerne, som blev henvist til klinisk diætist, blev registreret vha. et spørgeskema i en periode på 2 mdr. i efteråret 2005. Registreringen blev udført af de kliniske diætister vha. Ernæringskemaet og journalen.

Resultater

67% af patienterne var blevet screenet, mens 24% var blevet rescreenet. I 95% af tilfældene var det relevant med sekundærscreening, men dette var kun udført hos 39%. I ingen tilfælde var behandlingsplanen udfyldt korrekt med både beregning af energi- og proteinbehov, kostregistrering samt ordinerer af kostform.

Kun i 55% af tilfældene var den kliniske diætist reelt blevet ordineret i journalen.

72% af patienterne var blevet vejet inden for 8 dage.

Konklusion

Der er nogle problemer i forhold til integreringen af Ernæringskemaet. Typisk er dette ikke udfyldt tilstrækkeligt. Dette kan både skyldes, at screeningen ikke er foregået, men det kan også skyldes, at målingerne ikke er noteret i Ernæringskemaet. Dokumentationen af ordineringen af kliniske diætister er heller ikke tilstrækkelig. Bestillingen i Master Cater opfattes af plejepersonalet som besværlig, og der sker fejl.

Diskussion

Hvordan integreres Ernæringskemaet bedre på afdelingerne? Hvordan forbedres dokumentationen? Hvordan sætter vi mere fokus på ernæring på afdelingerne? Er manglende mad en utilsigtet hændelse? Kan Master Cater forbedres, så bestillingen gøres nemmere?

Udviklingsdiætister – Hvem ,hvad, hvor og hvorfor ?

**Udviklingsdiætist, stud scient. i klinisk ernæring Anette Martinsen,
Storstrømmens Sygehus**

Baseret på dokumenteret viden om ernæringens selvstændige betydning for behandlingen af især medicinske patienter (1), har sygehusledelsen på Storstrømmens Sygehus iværksat en plan til forbedring af ernæringsindsatsen.

Dette betyder, at der bl.a. er ansat 2 udviklingsdiætister i nyoprettede stillinger, som er ansvarlige for implementering og koordinering af ernæringsindsatsen i det daglige kliniske arbejde overfor patienter i ernæringsmæssig risiko.

Udviklingsdiætisterne har en række funktioner både tværfagligt og tværsektorielt som vil blive gennemgået.

Stillingerne som udviklingsdiætister er nye, og åbner mulighed for en række meget væsentlige og spændende funktioner for kliniske diætister i fremtiden.

1. Medicinske patienters ernæringspleje, SST, Center for evaluering og medicinsk teknologivurdering, 2005.