

EN PATIENT- TILRETTET MENU

Mere spist Mindre spildt

JANUAR 2022

Regionshospitalet Horsens
Hospitalskøkkenet
Af Karen Bundgaard, Mia Rasholt og Michael
Hjerrild Linnet



midt
regionmidtjylland

Indholdsfortegnelse

Indledning	2
Formål	3
Resumé.....	3
Rammebeskrivelse	4
Beskrivelse af kirurgisk og hjertemedicinsk sengeafsnit	4
Beskrivelse af nuværende produktion og menu koncept.....	5
Hvad bliver spist og spildt fra afdelingskøkkenerne? – madspildsanalyse.....	6
Metode og afgrænsning.....	6
Resultater	8
Hvad bliver spist og spildt fra patienternes tallerken? – kostregistrering	9
Metode og afgrænsning.....	9
Resultater	11
Hvad fortæller patienterne? – patienternes perspektiv.....	13
Metode og afgrænsning.....	13
Feltarbejdets temaer	14
Tema 1: Maden	15
Tema 2: Madsystemets indretning – tid og sted	15
Tema 3: Måltidernes prioritering på hospitalet.....	17
Hvad fandt vi ud af i uge 32 og hvad ændrede vi?	18
Hvad viser resultater i uge 45?	22
Resultater af kostregistrering uge 32 sammenholdt med uge 45	22
Resultater af buffet- og tallerkenspild	23
Resultater fra frokost-koncept.....	26
Forskel på valg af kold eller lun anretning til frokost	27
Sammenfatning	29
Resultater fra mellemmåltidskoncept	30
Sammenfatning.....	32
Hvor er vi nu og hvor er vi på vej hen? – diskussion og perspektivering:	33
Ernæring.....	33
Madspild.....	34
Kilder og bilag.....	36

Indledning

Underernæring af hospitalspatienter er et samfundsproblem, der ikke har fundet sin løsning endnu. Anbefalinger og retningslinjer for patientmåltider findes, men der er et stort gab mellem teori og praksis på dette område.

En løsning af underernæringsproblemerne kræver løsninger på mange niveauer. Det drejer sig om politikere, som må prioritere dette spørgsmål i sundhedspolitikken, om ledere, som har ansvaret for hospitalets organisering og drift, om køkkenledere og køkkenpersonale, som producerer maden og plejen, som er tæt på patienten og skal formidle ernæringstilbuddet til patienten. På alle disse niveauer kan viden om patienters oplevelser og erfaringer med hospitalsmåltider bidrage til, at der skabes løsninger, som ikke blot er ernæringsmæssigt, praktisk og økonomisk hensigtsmæssige, men som også bidrager til opgaveløsning på patientens præmisser.

I ernæringspolitikken på Regionshospitalet Horsens er behandling af den ernæringstruede patient i centrum og ernæring bliver vægtet højt som et sundhedsfagligt kerneområde¹.

Ligesom i alle andre offentlige virksomheder har hospitalskøkkenet nogle helt klare rammer at operere indenfor. For eksempel hvad angår økonomi, men der er også fælles regionale målsætninger for eksempel inden for økologi, bæredygtighed og klima, som der skal tages højde for.

Region Midtjyllands overordnede klimamålsætninger:

- CO2-neutral drift inden for energi og transport i 2030
- 67% reduktion af det samlede CO2-aftryk fra 2018-2030 (inkl. varer og tjenesteydelser)
- 96% reduktion af det samlede CO2-aftryk fra 1990-2030 (ekskl. varer og tjenesteydelser)
- CO2-neutral region i 2050

I forlængelse af dette har regionens hospitalskøkkener forfattet fem 2024 målsætninger, hvoraf følgende to punkter har direkte relation til vedkommende projekt:

- 25% reduktion af madspild
- 10% reduktion af klimaaftryk fra råvarer til patientmad

Formål

Formålet med projektet er at bidrage til at udvikle en ny menu eller et nyt kostkoncept tilpasset ud fra patienternes præferencer, hvilket dels skal bevirke et øget ernæringsindtag for patienterne, dels resultere i mindre madspild herunder forbrug, ressourcer og affald.

Fra Hospitalskøkkenet side er der et ønske om stor patienttilfredshed med maden og det skal lykkes at integrere regionens målsætning inden for bæredygtighed i forening med at imødekomme patienternes ernæringsmæssige behov og ønsker.

Resumé

Projektet er foregået i efteråret 2021 på to udvalgte sengeafsnit; hjertemedicinsk og kirurgisk. I henholdsvis uge 32 og uge 45 er der indsamlet data omkring patienternes daglige ernæringsindtag fra tallerkenservertninger samt en sideløbende madspildsanalyse af buffetspild samt tallerkenspild. Der er ligeledes indsamlet kvalitative indsigter i form af patientinterviews og observationer på de respektive afdelinger.

Data fra uge 32 er lagt til grund for tilpasning af mad- og måltidskoncept med henblik på om patienterne kan spise mere og om madspild kan mindskes. Patienterne er generelt tilfredse med den serverede mad og faste spisetider, men de har begrænset kendskab til udvalget. I uge 32 spiste patienterne mindst til frokost- og mellemmåltider samtidig med at madspild for disse måltider er "dyrest" målt i kroner og klimaaftryk sammenlignet med andre af dagens måltider. Derfor er der i uge 45 afprøvet forskellige koncepter med særligt fokus på frokost- og mellemmåltider inden for de nuværende rammer.

Projektet har vist, at det er muligt at højne ernæringsindtag. I uge 45 er det gennemsnitlige kJ-indtag øget +19%point og tilnærmer sig knap 100% af det anbefalede. Det samlede proteinindtag er øget +13%point, men der er fortsat et behov for et særligt fokus på et øget indtag af protein til henholdsvis frokost og mellemmåltider. For at nå patienter med informationer og mellemmåltider peger projektet i retning af, at måltidsværter helt ud til patienten er nødvendige.

I dette projekt er madspild i kilo og kroner reduceret cirka 6%, i mens klimaaftryk fra madspild er reduceret cirka 16%. Projektet har sat den regionale målsætning for at reducere madspild med 25% frem mod 2024 i perspektiv og det forudsætter et fortsat stort fokus på emnet i de kommende år.

Rammebeskrivelse

Projektet er foretaget i perioden fra august-december 2021.

Projektet er delvis støttet økonomisk af Center for Bæredygtige Hospitaler (Region Midt) med 100.000 kr., primært anvendt til lønudgifter. Desuden har hospitalskøkkenet på Regionshospitalet Horsens ligeledes budgetteret med udgifter på 100.000 kr., også primært til lønudgifter.

Metodisk består dette projekt af "tre ben"; to kvantitative tilgange, der dels har haft til formål at indsamle data omkring madspild fra buffeterne på afdelingerne, dels registrere patienternes ernæringsindtag og tallerkenspild via dagens mad og måltider. Disse to tilgange er suppleret med kvalitativ data i form af observationer og interviews med indlagte patienter

Beskrivelse af kirurgisk og hjertemedicinsk sengeafsnit

Projektet er gennemført parallelt på to sengeafsnit; Organkirurgisk sengeafsnit (1+2) samt hjertemedicinsk sengeafsnit. Disse to sengeafsnit er udvalgt, da sygdomsbilledet på dem umiddelbart er forskelligt og de derfor sammenlagt vurderes som repræsentative for andre sengeafsnit og for andre sygehuse.

En væsentlig forskel på de to afdelinger er, at man på **kirurgisk sengeafsnit** har valgt at købe kostfaglige ydelser fra hospitalskøkkenet. På denne afdeling er der således en ernæringsassistent i tidsrummet 06.00 - 18.30. Det er på afdelingen ernæringsassistentens arbejde, at klare alle opgaver vedrørende bespisningen lige fra varebestilling til opvarmning, anretning og servering. Som noget forholdsvist nyt så er det også ernæringsassistenten, der går ind til patienterne på stuerne for at tage imod bestillinger til hvert måltid, ligesom de efter spisning henter de brugte bakker på stuerne igen – en opgave, der ellers traditionelt set har ligget hos plejen.

På **Hjertemedicinsk** er der en fast serviceassistent, som serverer mad fra buffeten til morgenmad og frokost. De patienter, der ikke selv kan gå hen i buffeten, henter plejen mad til. Når den faste serviceassistent har fri eller ferie, er det plejen selv, der står for både at bemande buffeten og servere for de sengeliggende patienter. Om aftenen er det forskellige serviceassistenter, der bemander buffeten og igen plejen, der serverer for de sengeliggende. Opgaven med mellemmåltiderne er plejens.

På de respektive sengeafsnit er der dagligt indlagt mellem 20-30 patienter, varierende henover dagene og ugen.

Beskrivelse af nuværende produktion og menu koncept

På Regionshospitalet produceres måltider med udgangspunkt i retningslinjerne efter 'sygehuskost'² til alle sengeafsnit (undtaget mor/barn-afsnit og psykiatriske sengeafsnit). Det er derfor også denne kosttype, der har været serveret i projektperioden.

Økologi-procenten i hospitalskøkkenet på Regionshospitalet Horsens har i en længevarende periode (~3 år) været stabil omkring 90%, heraf det økologiske sølvmærke. Ud fra økologisk tankegang arbejdes der med 3 sæsonmenuer (sommer, efterår og vinter) om året, der afspejler naturens sæsoner uden for hospitalet. Hver sæsonplan består af en standard 2-ugers rulleplan, dog med variation i tilfælde af mærkedage, højtider m.v.

Menuplaner forefindes ophængt i A3-størrelse rundt på afdelingerne. Ligeledes forefindes menuplaner i A4-format med henblik på uddeling til patienter. Der er pjece som beskriver udbud til morgenmad og mellemmåltider. Det er plejens opgave, at udlevere skriftlig eller mundtlig informationer omkring madtilbuddet til patienterne.

Hospitalskøkkenet producerer varm mad efter cook-chill og hot-fill metoder. Det betyder, at den færdigberedte mad nedkøles og inden for 1-3 dage leveres ud til afdelingskøkkenerne for at blive genopvarmet igen til måltiderne. Maden pakkes i portioner á 5 eller 10 stk. Det er hospitalskøkkenet, der fastsætter de leverede madmængder til de enkelte afdelinger og denne bliver leveret dagligt kl. 10. Hver eftermiddag er det muligt at justere madmængderne til aftensmaden, hvis der er væsentlig ændringer i patientantallet.

Serveringstidspunkter varierer en smule rundt på hospitalets sengeafsnit, men de ser nogenlunde sådan ud for åbningstider buffeten til hovedmåltider:

Morgenmad:	kl. 8:00
Frokost:	kl. 11:30
Aftensmad:	kl. 17:00

Mellemmåltider fra hospitalskøkkenet leveres til sengeafsnit med henblik på at kunne tilbydes kl. 15:00 og kl. 20:00.

På alle sengeafdelinger på hospitalet, er det muligt for pårørende at købe spisebilletter til hovedmåltider og/eller mellemmåltider. På kirurgisk sengeafsnit er det ligeledes muligt for personalet at købe eventuelle rester via MobilePay når buffeten lukker.

Morgenmaden består af 2 slags franskbrød, 2 slags rugbrød, øllebrød med flødeskum, havregrød, smør, diverse ost og pålæg, surmælksprodukter med diverse gryg og mysli. På kirurgiske afsnit er der desuden morgenwienerbrød og hjemmerørt yoghurt.

Frokost er i hverdagene en suppe, 4 forskellige slags snitter og en råkost. I weekenden er det suppe, en lun ret og 2 slags snitter og en råkost.

Mellemmåltid til eftermiddag er dagens kage og mulighed for en franskbrød med ost eller kødpålæg.

Aftensmad i hverdagene er typisk en suppe, to forskellige varme retter. Dertil sauce, kartoffelmos og enten kartofler, ris eller pasta samt en dessert.

Sen aften er franskbrød med ost eller kødpålæg og evt. rester af dagens kage fra om eftermiddagen. I weekender serveres der henholdsvis sandwich og dessertanretning til sen aften. Se bilag 1 for en repræsentativ menuplan.

Hvad bliver spist og spildt fra afdelingskøkkenerne? – madspildsanalyse

Metode og afgrænsning

Madspildsanalyse er foretaget over 4 hverdage samt 1 weekenddag i den samme uge.

Madspildsmålninger er foretaget dagligt i tidsrummet kl. 07-19, hvor der fysisk har været en repræsentant fra køkkenet tilstede, både for at foretage praktiske målinger samt for at observere arbejdsgange samt flow for maden uden for spisetider.

Første registrering er foretaget i uge 32, hvilken er anvendt som benchmarking.

Der er registreret madspild for buffetspild – også kaldet rekvisitionsspild eller måltidsspild. Det vil sige, at madspildsanalysen vedrører færdigproduceret mad fra hospitalskøkken, der er leveret til de respektive afdelingskøkkener med henblik på at skulle serveres til hoved- eller mellemmåltider fra buffetområdet.

Den færdigproducerede mad har kunnet afvejes eller styk-tælles før og efter servering.

Madvarer, der løbende igennem dag har været opbevaret på køl eller ved stuetemperatur er afvejet efterfølgende morgen og indgået i de samlede tal. Eksempelvis overskydende smørrebrød, desserter, franskbrød etc.

Salg til pårørende og personale fra buffeten er inkluderet i tallene. Særligt på kirurgisk sengeafsnit bidrager dette ofte til at 'tømme' buffeten i forbindelse med aftensmåltid.

I forbindelse med aftensmåltid er tilknyttet et koststafet, der har til at opgave at 'flytte' mad rundt efter behov på afdelinger og eventuelt indsamle overskydende mad til brug i produktion og/eller videresalg i personalekantine. Det overskydende mad, der er hentet i løbet af registreringsugerne

fra henholdsvis hjertemedicinsk og kirurgisk sengeafsnit er ikke trukket fra i opgørelsen, da der ikke har kunnet redegøres for om dette på senere tidspunkt er anvendt eller kasseret.

I resultaterne fra madspildsanalyse indgår ikke kolonialvarer, frugt, rugbrød, pålæg (kød, ost og marmelade), ernæringsdrikke og mejeriprodukter, buffer-retter (køl/frost) m.v., også kaldet bestillingsspild. Det er produkter, der er leveret et par gange om ugen til afdelingskøkkener uafhængigt af hovedmåltider. Foruden at det er produkter, der ikke nødvendigvis skal anvendes samme dag eller uge i perioden hvor madspildsanalysen er foretaget.

Data omkring mængder, antal portioner, vægt pr. portion, kostpris er udtræk fra IT systemet Dankost. Data er kun rettet manuelt i så fald det fagligt er skønnet at der har været fejl.

I så fald at der i praksis har været afvigelser mellem forventede standardportioner og afvejning, er dette kun rettet i så fald at der har været afvigelse på +/- 10%

Data fra madspildsanalyse er efterfølgende tilføjet mængde i gram/kilo, kostpris og CO₂-aftryk som variabler og kan i princippet på nuværende eller senere tidspunkt efterfølgende kobles med anden data, eksempelvis energi, protein, økologi, etc.

Klimaaftryk (målt i CO₂ pr kg) er manuelt udregnet på baggrund af data fra Den Store Klimadatabase (Concito)³ Enten aflæst ud fra færdigvare (opslag) og/eller udregnet på baggrund af enkelt fødevarer eller manuel udregning af sammensatte retter. Manuelle udregninger af klimaaftryk er baseret på udregninger af vægt på færdigproducerede retter. Herunder er ikke inkluderet klimaaftryk på eventuelt skære-/stegesvind.

Enkelte komponenter og kategorier er defineret med anslået samme CO₂-faktor pr kg for alle varianter, eksempelvis kager, desserter og grupper af smørrebrød.

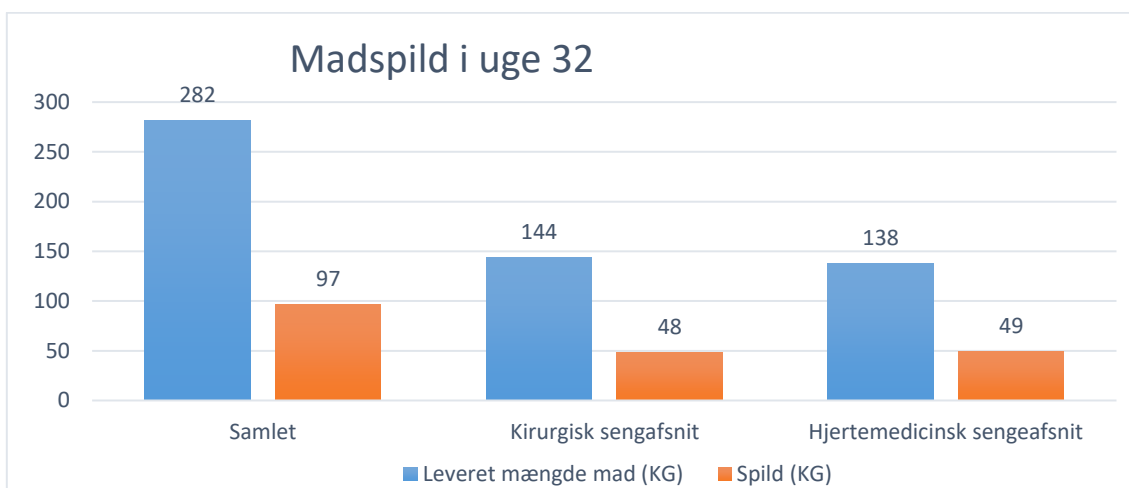
Resultater

I uge 32 er der samlet set kasseret 97 kilo ud af 282 kilo leveret mad, hvilket medfører et gennemsnitligt rekvisitionsspild på 34%.

På kirurgisk sengeafsnit er kasseret 48 kilo ud af 144 kilo, tilsvarende et samlet rekvisitionsspild på 33%.

På hjertemedicinsk sengeafsnit er kasseret 49 kilo ud af 138 kilo, tilsvarende et samlet rekvisitionsspild på 36%. Se tabel 1.

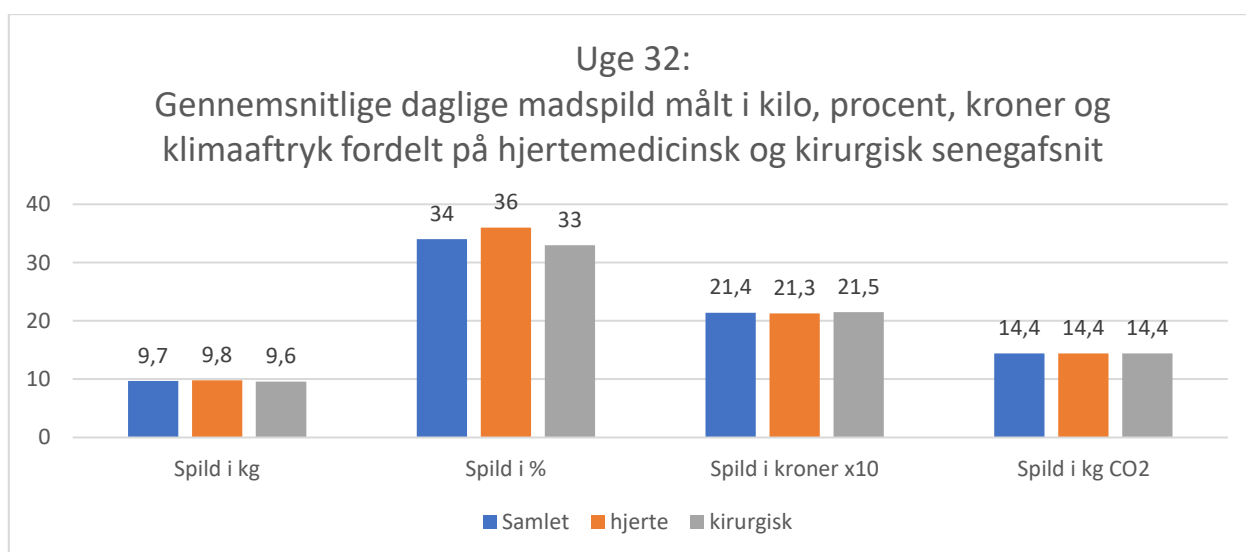
Tabel 1



De 97 kilo madspild udgør samlet en værdi på 2.140 kroner i kostpris og et klimaaftryk på 142 kg CO2 for de 5 registreringsdage. Se tabel 2 for dagligt gennemsnit.

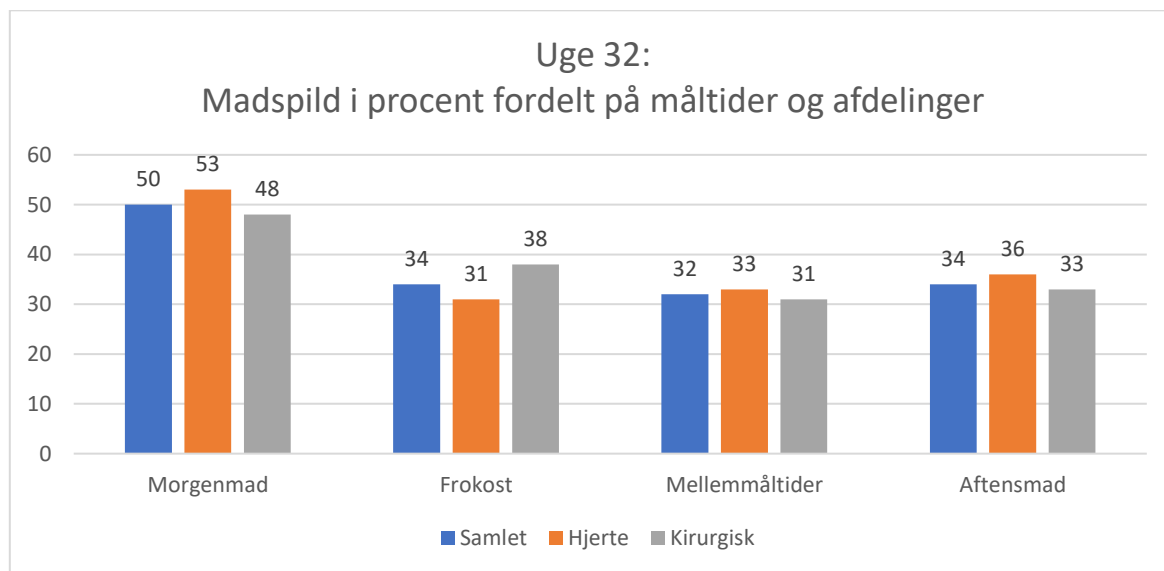
Madspild målt i kilo, procent, kroner og klimaaftryk fordeler sig jævnbyrdigt for de to afdelinger dagene i mellem.

Tabel 2



Set ud fra enkelte måltider fordeler rekvisitionsspild i procent i uge 32 sig nogenlunde jævnt omkring gennemsnittet de to afdelinger i mellem. Se tabel 3.

Tabel 3



Hvad bliver spist og spildt fra patienternes tallerken? – kostregistrering

Metode og afgrænsning

Kostregistrering er foretaget over 4 hverdage samt 1 weekenddag i den samme uge.

Kostregistrering er foretaget dagligt i tidsrummet kl. 07-19 i uge 32 og kl. 7-21 i uge 45, hvor der i disse tidsrum fysisk har været en repræsentant fra køkkenet tilstede for at kunne observere og registrere det løbende indtag af mad og måltider henover dagen.

Det er forudsat at en patient er fulgt i tidsrummet fra kl 7-19 i uge 32 og kl 7-21 i uge 45 for at registreringerne indgår i resultater. Hvis patient er udskrevet, startet faste eller af andre årsager ikke har indtaget mad og måltider i løbet af dagen og tidsrummet, er personerne ekskluderet fra de endelige resultater. En potentiel fejlkilde i dette projekt kan heraf være, at de mest småspisende patienter ikke indgår i resultaterne. Disse patienter forventes ernæret på andre måder.

Det er efterstræbt, at der kostregistreres på minimum 10 patienter på hver sengeafsnit, jævnt fordelt på de 5 registreringsdage, samt at der ikke registreres på samme patient mere end en dag i projektperioden.

Kostregistrering er både foretaget på patienter, der i forvejen er blevet kost-/væskeregistreret af plejepersonalet samt patienter, der er udvalgt til kostregistrering udelukkende med henblik på at kunne indgå i projektets data og resultater.

Patienter i både den ene og anden gruppe, er ikke oplyst om, at deres ernæringsindtag er blevet registreret med henblik på at indgå som data i projektet. Dels da det er anonymiseret i udarbejdelsen af resultater, dels for at undgå påvirkning af resultater, således at et direkte eller indirekte 'pres' ikke skulle påvirke den enkelte patients ernæringsindtag. Patienterne er udvalgte tilfældigt fra morgenstunden med det kriterie, at de højst sandsynligt vil være indlagte hele den pågældende dag.

Patienternes ernærings- og proteinbehov er estimeret ud fra oplysninger i MidtEPJ (journal), hvor der har været søgt og opnået godkendelse til opslag i forbindelse med projektet. Estimatet er fastsat ud fra Sundhedsstyrelsens vejledning ⁴

Registrering af ernæringsindtag er foretaget med udgangspunkt i gældende kost-/væskeskema (bilag 2). Dette skema indeholder komponenter eller kategorier i forhold til udvalget af dagens måltider.

Ernæringsindtag udregnet ved øjemål af hvor stor procentdel af komponenterne på tallerkenanretningen, som den enkelte patient har spist. Denne procentdel af komponenterne på tallerkenen er ligeledes benyttet til at udregne tallerkenspild i henholdsvis gram og procent af det serverede.

I kost-/væskeskema er komponenter eller kategorier baseret på et kalkuleret gennemsnit af energi-/proteinindhold pr. angivne portion eller styk. Eksempelvis hvis en patient har fået serveret en frikadelle, er energi-/proteinmængde for denne baseret på en gennemsnitsværdi i kategorien 'kød' og ikke i forhold til den aktuelle servering.

Jævnfør Anbefalinger til den Danske Institutionskost² bør den procentuelle fordeling for energi- og proteinindtag for sygehuskost fordele sig således til dagens måltider:

- Morgenmad: 20-25%
- Frokost: 20-25%
- Aftensmad: 25-30%
- Mellemmåltider: 15-30%

Officielt er der ingen rammer for, hvor meget af ernæringen, der skal dækkes via henholdsvis mad eller drikkevarer. For at have en reference, er det i vedkommende projekt besluttet, at 80% af det daglige ernæringsindtag skal komme fra mad til hoved- og mellemmåltiderne. De resterende 20% skal dækkes via drikkevarer. Det giver en måltidsfordeling som følgende:

- Morgenmad: 20 %
- Frokost 20%
- Aftensmad 25 %
- Mellemmåltider 15 %

Fremadrettet i rapporten vil 100% ernæringsbehov være eksklusiv indtag via drikkevarer, og hermed udelukkende referere til indtaget via tallerkenserivering til hoved- og mellemmåltider, altså de 80%.

Indtag af energi og protein via drikkevarer er udeladt fra resultater. Det vurderes, at det vil være for svært at følge med i patienternes drikkeindtag, da de selv i løbet af dagen kan hente drikkevarer. Maden bliver altid serveret for patienterne enten fra buffet eller leveret til seng.

Resultater

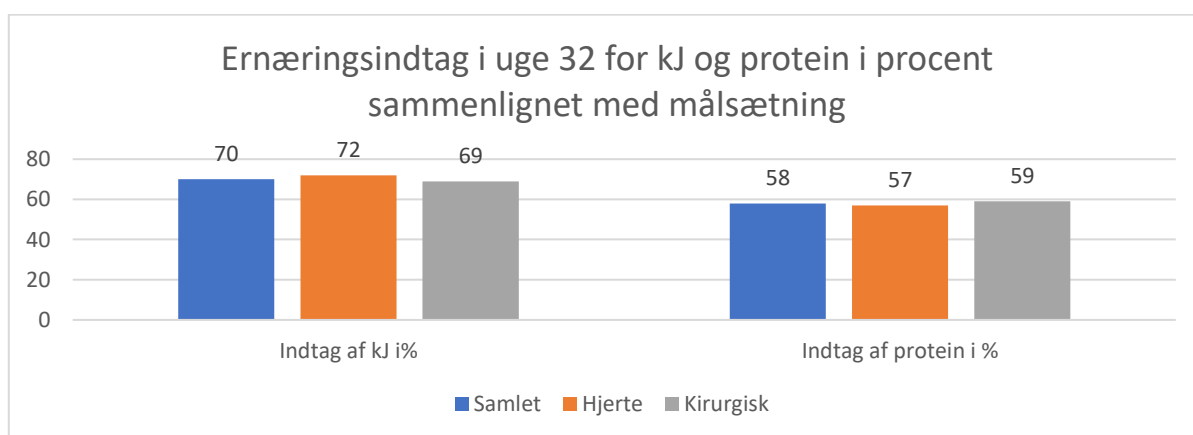
Der blev i alt foretaget 24 kostregistreringer i uge 32 med en fordeling af 14 patienter på kirurgisk sengeafsnit og 10 på hjertemedicinsk sengeafsnit.

Det gennemsnitlige ernæringsbehov var på 7133 kJ og 77 g. protein pr. døgn.

I uge 32 viser kostregistrering, at der gennemsnitligt er indtaget 70% kJ og 58% protein ud af den fastsatte målsætning for ernæringsindtag via tallerkenserivering fra 3 hovedmåltider samt mellemmåltider til formiddag og eftermiddag. Se tabel 4.

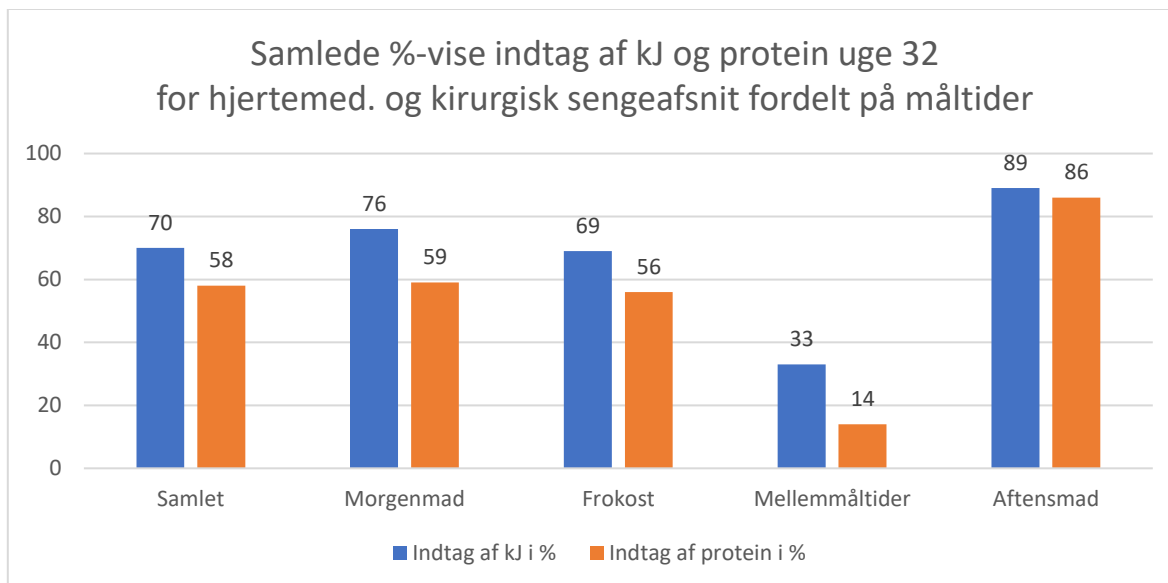
For begge afdelinger fordeler indtaget af henholdsvis kJ og protein omtrentligt omkring det gennemsnitlige værdi samlet for dagen, dog med variation fra måltid til måltid de enkelte afdelinger i mellem.

Tabel 4



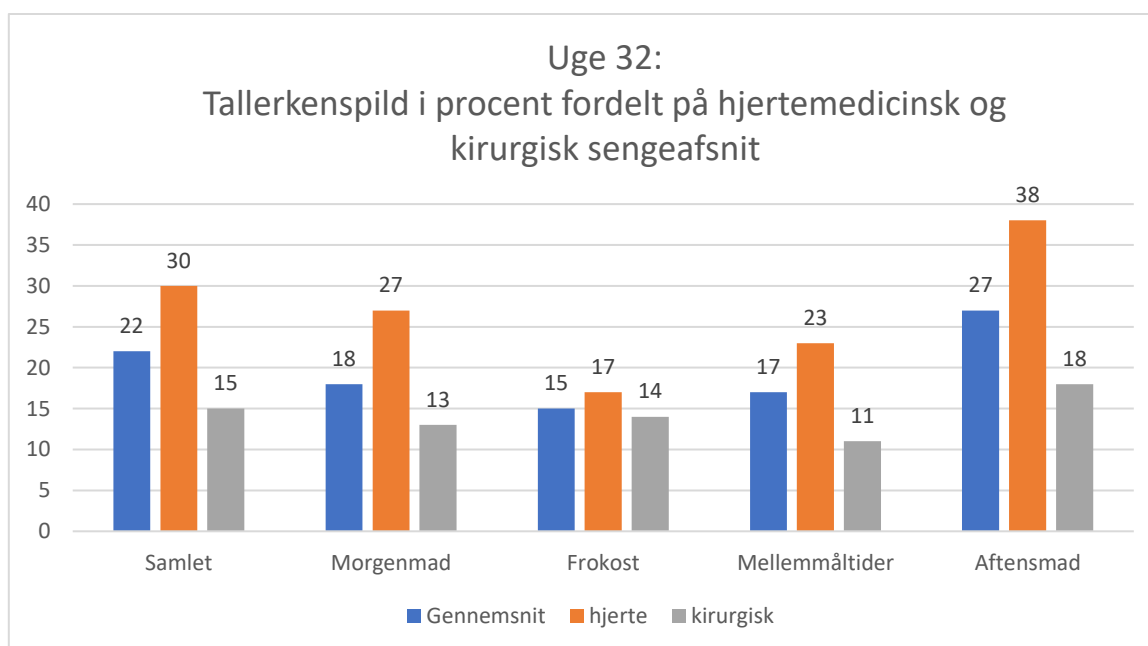
Overordnet set viser registreringerne i uge 32 at det laveste, gennemsnitlige ernæringsindtag af både kJ og protein er i forbindelse med frokost- og mellemmåltider. Se tabel 5.

Tabel 5



Det gennemsnitlige tallerkenspild samlet for uge 32 er 22%, herunder har hjertemedicinsk sengeafsnit et væsentligt højere gennemsnitligt tallerkenspild (+15%-point) med en generel overrepræsentation af procentuelt tallerkenspild i forbindelse med samtlige af dagens måltider. Se tabel 6.

Tabel 6



Hvad fortæller patienterne? – patienternes perspektiv

I tråd med det store fokus der i dag er på patientinddragelse og i erkendelse af, at selvom Hospitalskøkkenet har en god ide om og holdning til hvad patienterne gerne vil spise hvornår under indlæggelse, er der aldrig lavet åbne samtaler om bespisningen under indlæggelse på et hospital. Hvad er det der i virkeligheden har betydning? Er det snarere hvem du spiser sammen med og hvilke omgivelser du spiser i end selve menuen, der har betydning? Er det inddragelse af det frie valg i forhold til tidspunktet for hvornår man skal spise, der har betydning? Og når man ikke spiser så meget under indlæggelse, er det så fordi man ikke får de rette tilbud på de rette tidspunkter?

Metode og afgrænsning

I forbindelse med dette projekt vil Hospitalskøkkenet gerne inddrage patienterne mere og høre deres subjektive meninger og holdninger om bespisningen og rammerne omkring den under indlæggelse på Regionshospitalet Horsens. Formålet med dette er at belyse forhold ved mad og spising på de to afdelinger, der har indflydelse på patienternes ernæringsindtag, mens de er indlagte.

I denne del af projektet benyttes kvalitativ metode. Herved opnås viden om eventuel tilfredshed eller utilfredshed med madsystemerne og en mere indholdsmæssig viden om, hvordan de optræder og opleves af de involverede parter.

Evalueringen består af to elementer, som fremgår af følgende figur:

Metode	Deltagere	Indhold
Interviews	18 patienter heraf 8 fra kirurgisk afdeling og 10 fra hjertemedicinsk. 1 serviceassistent 2 sygeplejersker	Oplevelser, vurderinger, forklaringer, analyser
Observationer	Deltagere i situationer i og omkring måltider	Handlingsforløb

Interviews fortæller dybtgående om hvordan patienterne selv oplever bespisningen og situationen omkring den. Samtidig giver de mulighed for, at patienterne kan viderebringe forklaringer, analyser, generelle holdninger og konkrete oplevelser.

Deltagerne blev udvalgt i samarbejde med personalet på afdelingen. Nogle deltagere havde været indlagte over længere tid eller ad flere omgange og nogen af dem havde kun været på afdelingen i kort tid.

Patienter der er meget syge, udelukkende får sondemad og andre der ikke er i en mental tilstand, hvor de ville kunne forholde sig til spørgsmål, indgår ikke i interviews.

Interviews skulle være ustrukturerede. Det indledende spørgsmål kunne være: "Hvis du kunne bestemme, hvordan skulle bespisningen her på hospitalet så foregå og hvad skulle der serveres?" De fleste svar i denne undersøgelse var i stil med:

Patient: "*Det er fint som det er*", "*Jeg ville ikke lave noget om*", "*Jeg synes det er god mad*".

Der blev derfor valgt en række punkter, som der skulle spørges nærmere ind til, hvilket gjorde interviewene lidt mere strukturerede. Det var dog stadig målet, at holde spørgsmålene så åbne som muligt og undgå at nævne forskellige valgmuligheder. Der blev for eksempel spurgt: "Hvad med tidspunkterne I spiser på?", "hvad med de valgmuligheder, der er?" eller "Hvad tænker du om mellemmåltiderne?".

Observationer supplerer interviews med patienter og personale. Observationer kan pege på problemstillinger, som ikke er trådt frem i interviewene, enten fordi de opleves som banale eller fordi de er tabubelagte eller ikke-erkendte.

De observerede situationer er ikke udvalgt ud fra ønsket om at få et repræsentativt eller dækkende billede af livet på afdelingerne – et sådant forehavende ville sprænge rammerne for denne undersøgelse. De kan dog udpege nogle konsekvenser af de betingelser, som afdelingen fungerer under.

Der er foretaget observationer på de to afdelinger med mellemrum i de to projektuger. Observationerne har fokuseret på situationer omkring de faste måltider. De har desuden beskrevet de fysiske rammer på afdelingerne. Observationerne har været åbne og ufokuserede, idet alt hvad observatøren nåede at opfatte i situationen blev noteret.

Der er ikke foretaget opfølgende indsamling af kvalitativ data i uge 45, da kvalitativ indsigt udelukkende har haft til formål at understøtte og kvalificere konceptuelle tiltag med henblik på ændringer i uge 45.

Feltarbejdets temaer

Den kvalitative tilgang er blandt andet foretaget ud fra en teoretisk referenceramme, som omhandler madens sociale og følelsesmæssige betydning generelt og specielt i forbindelse med hospitaler og andre institutioner.

Svarene der kom, er tematiseret i emner, som tilsammen giver et billede af, hvordan mad og spisning opleves af de involverede parter, samt af de sociale, materielle og kulturelle forhold bespisningen foregår under.

Temaerne er:

- 1. Maden** – Hvad synes man om den? Er der forskelle i vurderingen af de enkelte måltidstyper? Ville patienterne hellere have noget andet? Hvordan er patienternes appetit og madlyst?
- 2. Madsystemets indretning** – Hvordan fungerer den? Hvordan er kommunikationen omkring den? Hvad mener patienterne om deres indflydelsesmuligheder? Hvilke ændringer vil man gerne have? Hvilke slags spisemiljøer findes på afdelingen? Hvordan fungerer køkkenerne?
- 3. Madens prioritering på hospitalet** – Er mad og spisning en vigtig del af hverdagen på afdelingerne?

Tema 1: Maden

Det kom ikke som nogen overraskelse, at de fleste patienter er glade for den forplejning, som de får under indlæggelse på Regionshospitalet i Horsens. Det er også det daglige indtryk og det stemmer også overens med resultaterne af tidligere patienttilfredshedsundersøgelser. At patienter synes godt om den mad vi serverer er ikke ensbetydende med, at de får nok at spise under indlæggelse.

Eksempler på patientudtalelser: "*Maden er god og virkelig vigtig*", "*Jeg har ikke energi til at tænke mig noget anderledes*", "*Det smager godt – og man kan jo selv vælge om man vil have mere men jeg bliver jo fed*", "*God ide at der altid er suppe – det glider nemt ned og de smager alle dejligt*", "*Rigtig fin morgenmad – lækkert med nybagt brød*", "*Godt med snittestørrelse – så kan man overskue to*", "*Jeg kan godt lide at snitterne er traditionelle med et tvist*".

Tema 2: Madsystemets indretning – tid og sted

Patienterne er, som nævnt, indlagt på to forskellige afdelinger. Det er op til patienterne, hvorvidt de vil spise sammen med andre patienter i et fællesrum, eller om de vil spise for sig selv på stuen. På hjertemedicinsk afdeling er fællesrummet et rum for enden af gangen. Maden serveres fra en buffet på gangen. På kirurgisk afdeling ligger fællesrummet i forbindelse med buffeten.

Der er som nævnt en tendens til, at både hjertemedicinske og kirurgiske patienter fravælger at spise med de øvrige patienter på hospitalet. Mange af de kirurgiske patienter kan fysisk ikke flytte sig fra deres sengeleje. De er relativt dårlige pga. operation og efterfølgende smerter og de har reelt ikke andet valg end at spise i eller lige ved sengen.

På kirurgisk afdeling oplevede vi et par stykker, der spiste i den nyere og centralt beliggende spisestue. På Hjertemedicinsk oplevede vi ikke nogen, der spiste i fællesrummet i de perioder, imens vi opholdte os på afdelingen.

En undersøgelse fra 2021 om danskernes måltidsvaner⁵ viser, at det, der trækker os til bordet – foruden sulten – er selskabet om maden og at måltidsfællesskabet er blevet endnu vigtigere for danskerne end før corona-pandemien. Flere foretrækker at spise med andre og flere vægter samværet højere end maden.

I en kvalitativ undersøgelse om "måltidskvalitet" på et plejehjem er det ligeledes det sociale aspekt ved måltidet beboerne vurderer som det vigtigste². De beretter også om, hvordan de spiser mere, når de sidder sammen med andre. For eksempel fortæller en ældre beboer, at hun – når hun sidder sammen med andre – bliver overrasket over, at hun faktisk "får spist op" uden at bemærke det. Men det viste sig, at det ikke var ligegyldigt *hvem* man spiste sammen med. Det var således væsentligt for beboerne, at de selv kan vælge hvem de vil sidde sammen med.

Patienterne på Regionshospitalet kan i mindre grad selv vælge hvem de spiser med i spisestuen og en udtalelse fra en patient taler ind i ovenstående: Patient: " *Jeg vil helst spise her (på værelset) – jeg vil ikke spise med andre – de er ofte mere syge end mig og også ældre*".

Fravalget omkring at være social i spisesituationen i vores projekt understøttes af en rapport fra Fødevarestyrelsen omkring brugerperspektiv på offentlig måltidsservice⁶. I rapporten beskrives, hvordan man som patient ikke har lyst til at spise sammen med andre patienter. Det kan skyldes at når man er på et hospital kommer samtalerne ofte til at handle om sygdom og man har ikke lyst til at høre på andres sygdomshistorier, samtidig med at man skal forholde sig til sin egen. At man ikke kommer på hospitalet for at få venner, men for at blive rask, så man kan komme hjem til sit eget netværk igen. I den forbindelse konkluderer rapporten, at man bliver identificeret med dem, som man spiser sammen med og man ønsker ikke at blive "vi-gruppe" med syge mennesker.

Et af de gennemgående temaer i interviewene er tid. Nogle hospitaler forsøger sig med et kostkoncept, hvor det i højere grad er op til patienterne selv hvornår de vil spise. Vi havde inden dette projekt en formodning om, at vi fra vores patienter ville få efterspørgsler efter noget lignende. Vi formodede, at de i det hele taget ville efterspørge en større grad af medbestemmelse i forhold til både menu og hvilket tidspunkt, de gerne ville spise. Ingen af patienterne kom ind på noget i den retning i interviewene – tværtimod som udsagnene herunder antyder.

Patient: " *Tidspunkterne passer fint (For måltiderne). Det er godt at det er faste tidspunkter, så har man det som fast holdepunkt. Det hele flyder sammen ellers, det er godt man har det som afbræk*".

" *Det er lidt lige meget hvornår man spiser (vi snakkede om at aftensmaden blev serveret tidligt) – jeg har jo ikke andet at lave – det var noget andet hvis jeg arbejdede", "Mad er en god glæde når man er indlagt – det løsner op for kedsomheden", "Tidspunkterne passer fint", "Det er godt man har maden som afbræk*".

Tema 3: Måltidernes prioritering på hospitalet

Hospitalernes hovedfunktion er at helbrede sygdomme og gøre syge patienter til raske mennesker. Hospitalet er som organisation opbygget med dette mål for øje, og de talrige rutiner og procedurer, som hersker på hospitalet, er først og fremmest tilrettelagt ud fra denne "kerneydelse". Så længe patienternes ernæringstilstand står i baggrunden, for hvad man forstår som sygdomsbehandling og helbredelse, vil patienternes måltider ligeledes blive opfattet som perifere i forhold til selve kerneydelsen.

Ser man på hospitalet fra patienternes perspektiv, er det også først og fremmest helbredelsen, der har interesse. Man er indlagt, fordi man har behov for specialiseret hjælp, og som patient oplever man sig derfor som afhængig af hospitalets rutiner og dets personale. Man er afhængig af den tværfaglige pleje man møder på hospitalet, umiddelbart fra dets personale, men i sidste instans fra dets ledelse og fra de bevillende myndigheder.

Følgende patientudsagn underbygger dette:

Patient: *"Der gik lang tid før jeg fandt ud af, at man kunne få andet end det, der er på menuen", "Jeg kunne godt tænke mig at man kunne få noget lidt senere end aftensmad", "Man vil ikke være til besvær – de har jo så travlt".*

Samtale med en sygeplejerske om aftenkaffen og det mellemmåltid, der serveres en tirsdag aften afstedkom følgende svar: *"Vi gør det når vi har tid og vi kan godt lide at gå rundt med en kaffevogn. Vi har bare ikke så ofte tid til det".*

Hvad fandt vi ud af i uge 32 og hvad ændrede vi?

Vi vidste fra vores egne tidligere patienttilfredshedsundersøgelser, at patienterne var meget tilfredse med køkkenets nuværende tilbud, og vi vidste ligeledes, at mange af patienterne ikke får information om menuen og hospitalskøkkenets mange øvrige tilgængelige mellemmåltider og småretter. Via patientinterviews i dette projekt blev det bekræftet, at meget få patienter har kendskab til Hospitalskøkkenets tilbud.

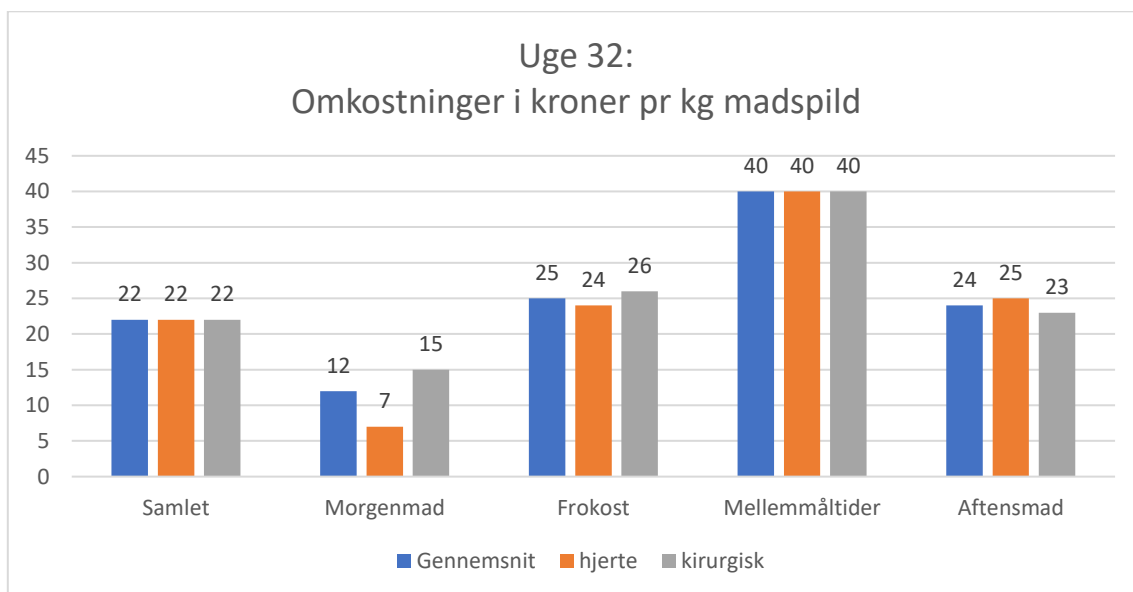
Et af projektets arbejdshypoteser var, at patienter grundlæggende havde et større ønske om mere socialt samvær i spisesituationen samt i højere grad ønskede medbestemmelse omkring hvad og hvornår de ville spise. Da den kvalitative del ikke kunne bekræfte hypotesen om medbestemmelse ved menuvalg og spisetidspunkter – men at patienter i højere grad anså faste spisetider som en form for struktur – kom projektets videre gang i mindre grad til at omhandle en individuelt patienttilrettet menu. Fokus blev i stedet at udvikle og optimere inden for de eksisterende rammer for mad- og måltidskoncept.

I uge 32 har det procentuelle ernæringsindtag været lavest til frokost og mellemmåltider. Se evt. tabel 5. På baggrund af dette har det primære fokus frem mod uge 45 været på konceptuelle ændringer for frokost- og mellemmåltider.

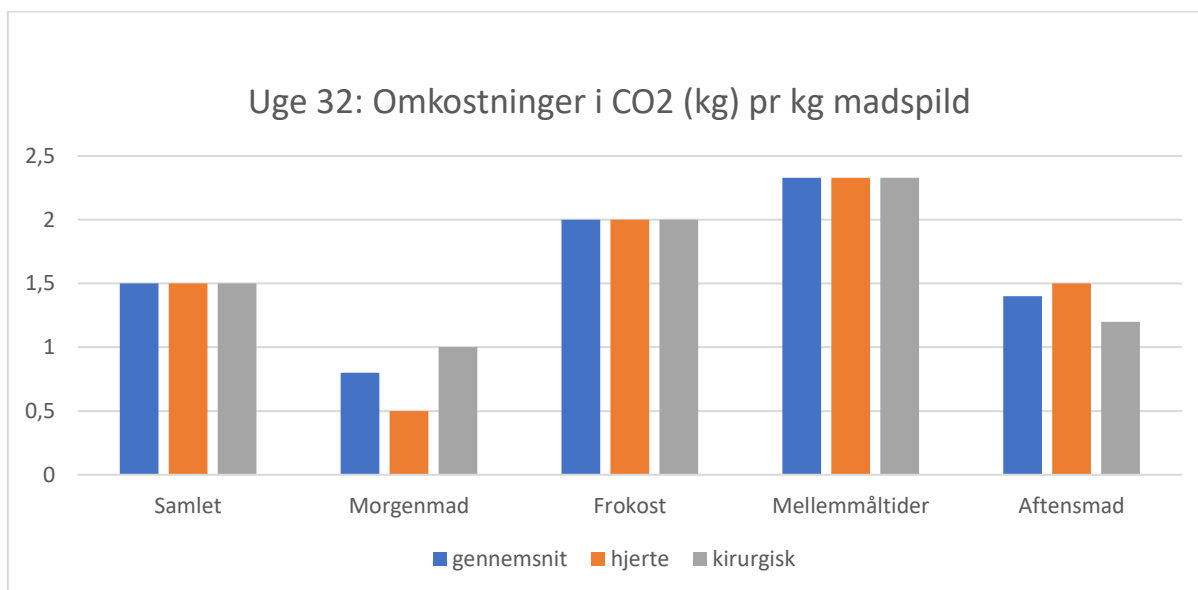
Dette fokus understøttes, dels af at patienter igennem interviews har givet udtryk for manglende information omkring menu og udvalg, særligt til mellemmåltider.

Dels at det "dyreste" madspild har vist sig at være til henholdsvis frokost og mellemmåltider – målt både i forhold til økonomi (kostpris) samt klimaaftryk (kg CO₂) sammenlignet med madspild fra dagens andre måltider (se nedenstående tabeller). Se tabel 7 og 8.

Tabel 7



Tabel 8



Baseret på kvalitative indsigter blev der i samarbejde med hospitalets kommunikationsafdeling udarbejdet 'bakkeservietter'. Bakkeservietterne havde en størrelse der passede til bakkerne og var med billeder af de forskellige mellemmåltider, der tilbydes, samt korte og præcise tekster om vigtigheden af en god ernæring under indlæggelse.



Bakkeservietter er anvendt ved servering af samtlige dagens hovedmåltider. Med tekstbobler blev der henledt opmærksom på Hospitalskøkkenet eksisterende informationsmateriale om ugens menuer og tilbud mellemmåltider.

Morgenmad

Der blev foretaget mindre ændringer. For eksempel blev der indkøbt mindre forme til franskbrød, da der blev smidt en del franskbrød ud.

Hjemmerørt yoghurt blev udfaset, da der var et stort spild på produktet og det var klimatungt. Sidstnævnte er hidtil kun serveret på kirurgisk sengeafsnit, hvilket illustreres i tabel 7 og 8, hvor omkostning i både kroner og klimaaftryk pr kg madspild, er væsentlig højere for kirurgisk sengeafsnit i forbindelse med morgenmadsmåltid.

Frokost

Til frokost er én smørrebrødsvariant udskiftet med henholdsvis kolde eller lune anretninger, for at kunne teste og vurdere forskellen på disse koncepter på forskellige dage på ugen. Den kolde servering var enten en anretning med ost, pølse og kiks eller en dessert.

Tesen med kold anretninger har været, at kJ og protein fra disse anretninger ville kunne lægge sig oveni nuværende ernæringsindtag. Set med madspildsbriller ville den kolde anretning desuden kunne opbevares på køl og tilbydes senere på dagen og derigennem formodentlig kunne begrænse madspild. Kold anretning blev afprøvet 2 ud af 5 måledage.

Den lune servering var henholdsvis leverpostej, fiskefilet eller tartelet med høns i asparges. Den lune anretning blev afprøvet 3 ud af 5 måledage og tesen var her, at velkendte lune retter ville skærpe appetitten. Bekymringen var, at eventuelle rester efter måltidet skulle kasseres og vil generere "dyrt" madspild i både kroner og klimaaftryk.

Aftensmad

Der blev ikke foretaget ændringer ved aftensmåltidet.

Mellemmåltider

I uge 32 kunne vi både måle og observere, at specielt det mellemmåltid, som køkkenet leverer til sen aften i mindre grad blev serveret og spist.

Baseret på serveringstidspunkt for aftensmåltid (kl. 17-18) er det mange timer uden mad og drikke frem til morgenmåltid næste dag for indlagte patienter - særligt hvis en patient er småtspisende.

Dermed er dette mellemmåltid vigtigt og vi forsøgte at forstå hvorfor patienterne ofte ikke fik det mellemmåltid og afprøvede forskellige ting for at finde en løsning.

Vi besluttede at teste to forskellige koncepter af for sen-aften måltid i uge 45.

På hjertemedicinsk sengeafsnit afprøvede vi et koncept til sen aften, der skulle være så håndterbart for plejepersonale som muligt, således at servering af sen-aften-måltid var uafhængig af tid og travlhed på afdelingen. Vi bestemte os for at udvikle forskellige mellemmåltider, som ikke skulle opbevares på køl og som derfor kunne komme på patienternes bakke i forbindelse med aftensmaden. Idéen var at patienter således havde et mellemmåltid til rådighed på stuen når/hvis der skulle være appetit til det senere på aftenen. Vi lavede for eksempel flæskesvær, rodfrugtchips, småkager, fyldte chokolader, müslibarer, bananer dyppet i chokolade osv.

Disse blev pakket og deklareret som "aftenhygge"- poser med 2-3 komponenter og med et gennemsnitligt indhold på 50 gram, 945 kJ og 3,8 g. protein.

På kirurgisk afdelingen blev de samme komponenter brugt, men serveret til patienterne fra mellemmåltidsvogn fra dør-til-dør, hvor patienter kun fik serveret den/de komponenter, som patienterne ønskede.



Hvad viser resultater i uge 45?

Resultater af kostregistrering uge 32 sammenholdt med uge 45

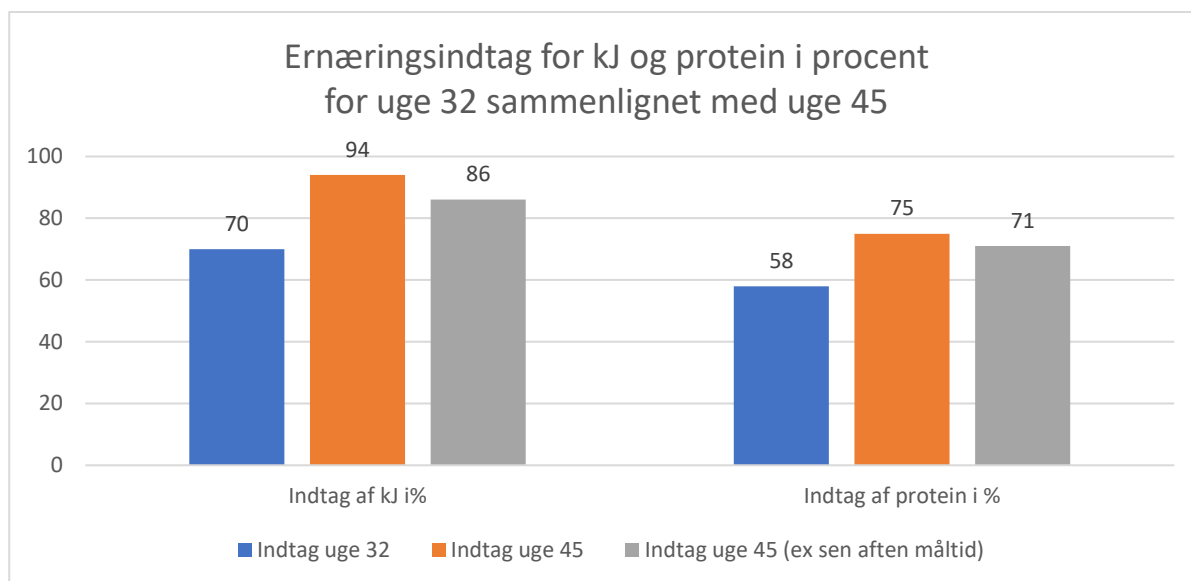
I uge 45 blev der i alt foretaget 28 kostregistreringer med en fordeling af 15 på kirurgisk og 13 på hjertemedicinsk.

Det gennemsnitlige ernæringsbehov var på 7864 kJ og 84 g. protein pr. døgn.

I uge 45 viser kostregistrering, at der gennemsnitligt er indtaget 94%-point kJ og 75%-point protein via tallerkenserveringer fra 3 hovedmåltider samt mellemmåltider til formiddag, eftermiddag og sen aften.

Der har hermed været et øget gennemsnitligt indtag af kJ på 24%-point og protein på 17%-point fra uge 32 til uge 45. I særdeleshed tilnærmer det samlede gennemsnitlige indtag af kJ sig målsætningen for dagsbehov – også selvom der korrigeres for sen aftensmåltid, hvilket ikke har været medregnet i uge 32. Se tabel 9.

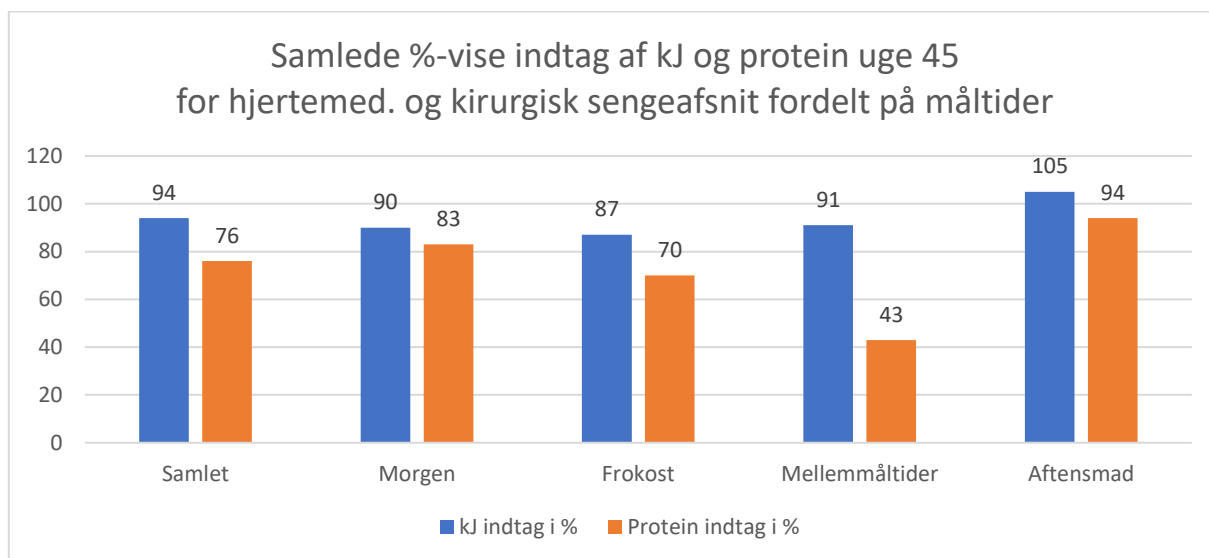
Tabel 9



Der har været et generelt øget indtag af både kJ og protein til samtlige af dagens måltider i uge 45 sammenlignet med uge 32.

Indtaget af kJ tilnærmer sig i uge 45 helt eller delvist målsætningen for dagens respektive måltider, i særdeleshed når sen aften-måltid medregnes. Som i uge 32 antyder registreringerne at det fortsat er til frokost- og mellemmåltider at særligt proteinindtag bør søges at blive øget yderligere. Se tabel 10.

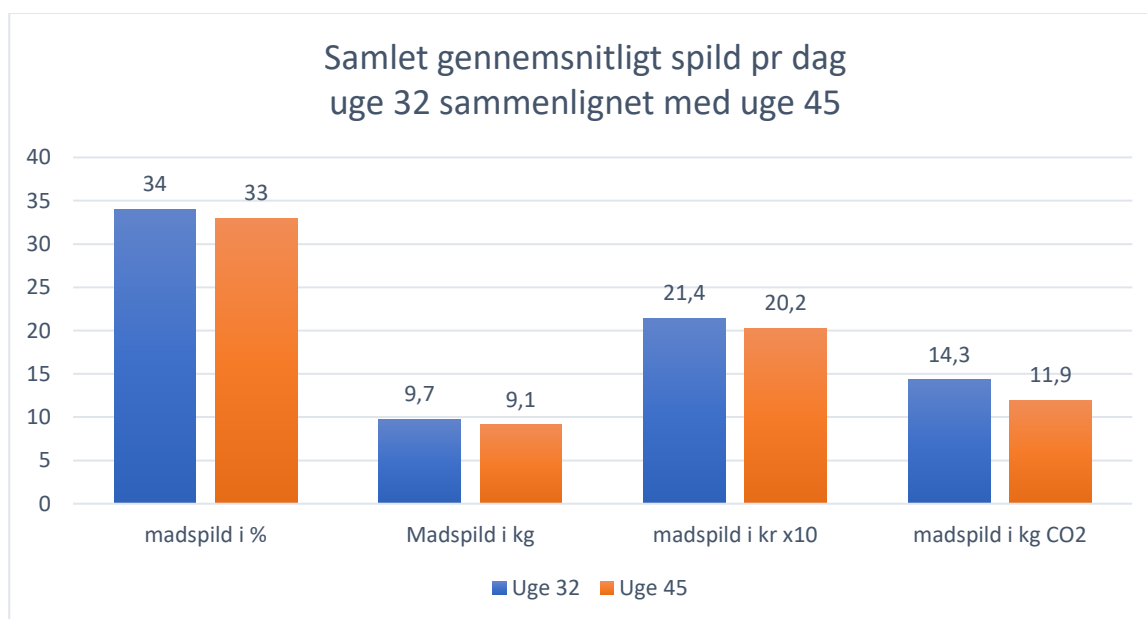
Tabel 10



Resultater af buffet- og tallerkenspild

Det samlede madspild i uge 45 er reduceret både procentuelt, i kilo samt i omkostninger målt i kroner og i kg CO2 sammenlignet med uge 32. Se tabel 11.

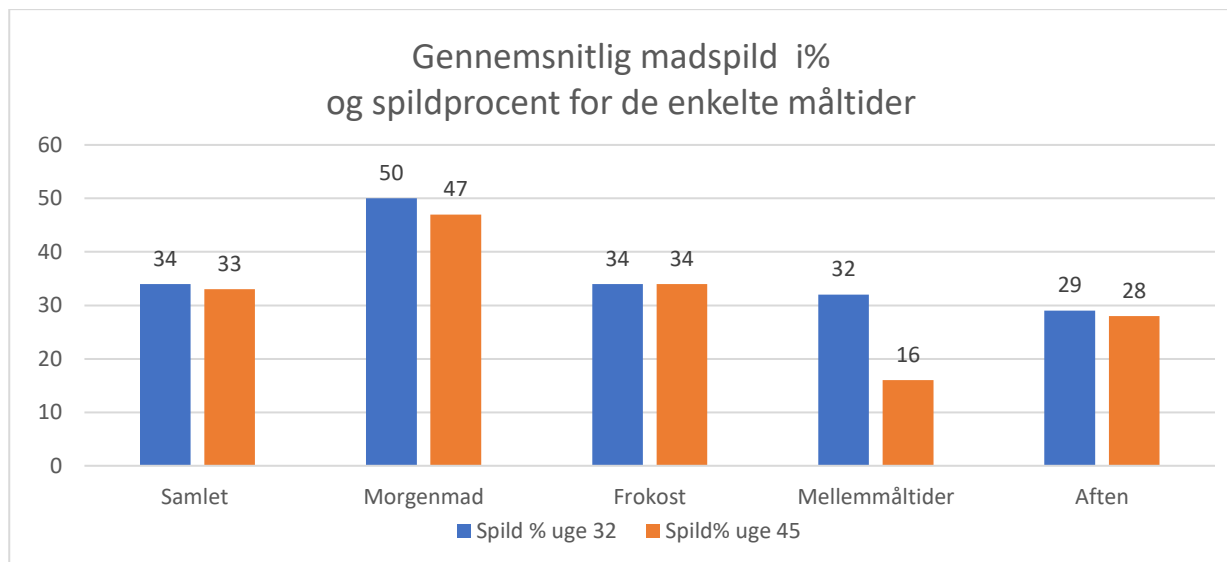
Tabel 11



Set i forhold til de to afdelinger er madspild på kirurgisk sengeafsnit reduceret i procent, i kilo, kostpris og klimaaftryk i uge 45 sammenlignet med uge 32, hvorimod madspild i procent, i kilo og kostpris på hjertemedicinsk er nogenlunde for ens i både uge 32 og uge 45. Dog er klimaaftryk fra madspild på hjertemedicinsk sengeafsnit reduceret betydeligt fra uge 32 til uge 45.

Den gennemsnitlige spildprocent fordelt på dagens måltider er desuden på niveau eller reduceret fra uge 32 til uge 45, dog med en væsentlig variation afdelingerne i mellem fra måltid til måltid. Se tabel 12.

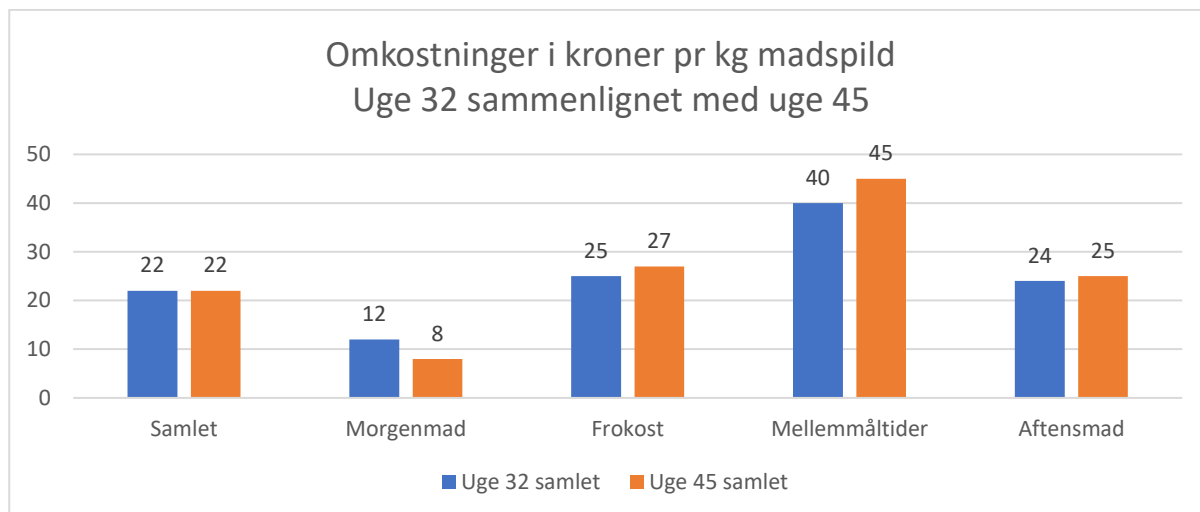
Tabel 12



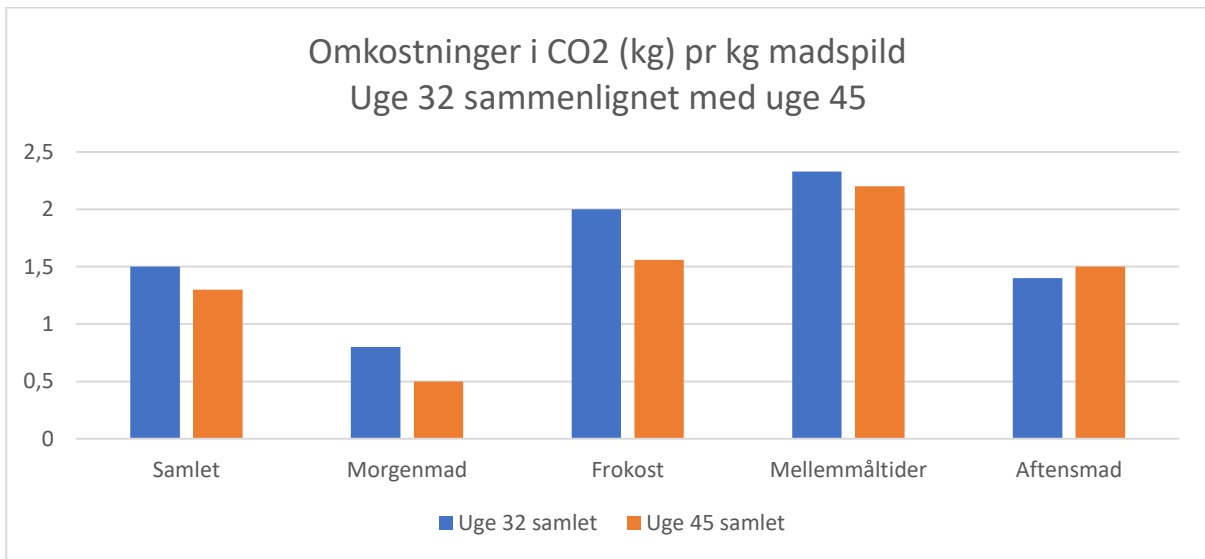
Som billedet i uge 32 er det fortsat henholdsvis frokost- og mellemmåltider i uge 45, hvor der er det "dyreste" madspild – målt både i forhold til økonomi (kostpris) samt klimaaftryk (kg CO₂) sammenlignet med madspild fra dagens andre måltider. Se tabel 13 og 14.

Omkostning i kroner pr kg madspild til frokostmåltid- og mellemmåltider er øget en smule fra uge 32 til uge 45. Mens omkostning i klimaaftryk pr kg madspild for frokost- og mellemmåltider, hvor der har været særligt fokus, er reduceret i uge 45 sammenlignet med uge 32.

Tabel 13

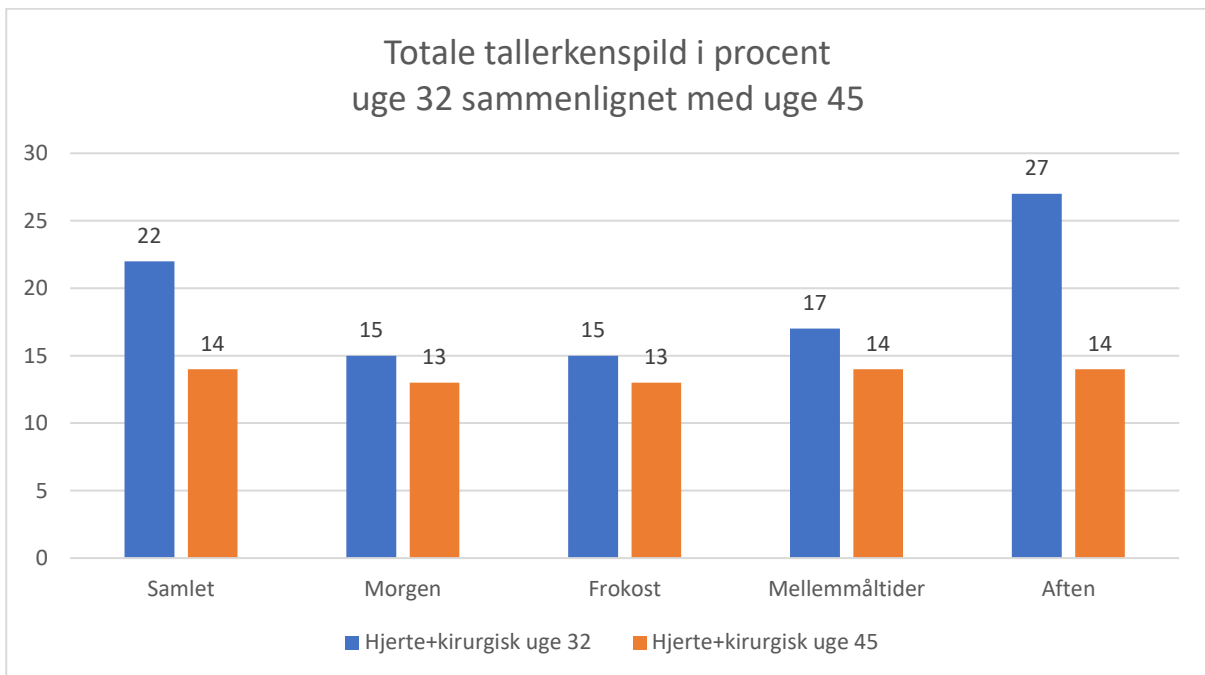


Tabel 14



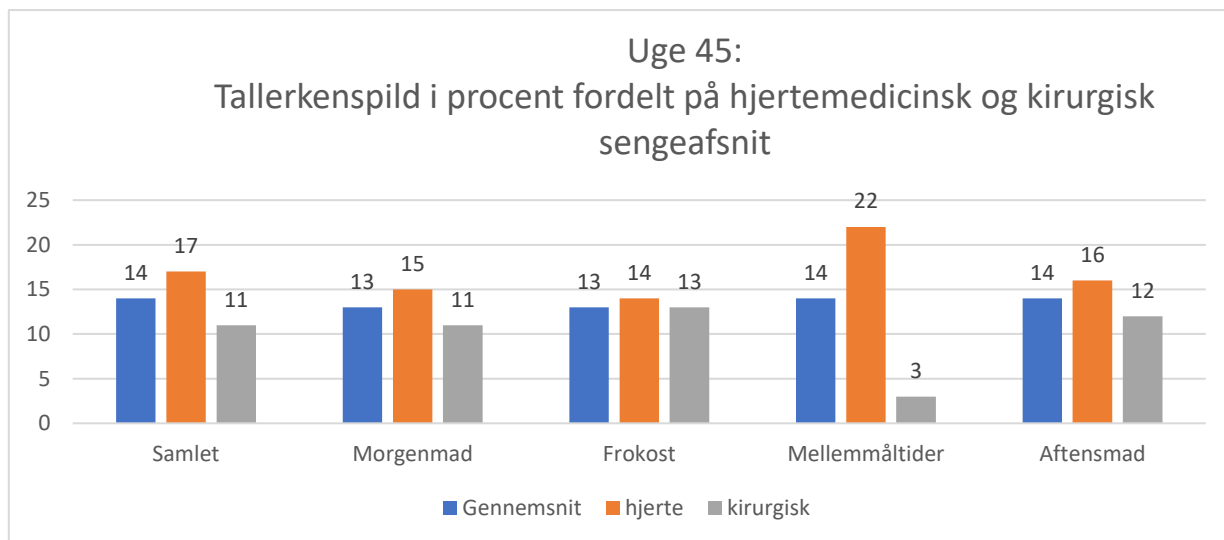
Det totale tallerkenspild i uge 45 er reduceret procentuelt både generelt og for hvert måltid i forhold til uge 32, uden at det har været et særligt indsatsområde. Se tabel 16.

Tabel 15



Modsat uge 32 hvor hjertemedicinsk sengeafsnit generelt havde et højere procentuelt tallerkenspild fordelt over ugen, er tallene de to afdelinger i mellem mere sammenlignelige i uge 45. Se tabel 15. Dog med undtagelse af tallerkenspild til mellemmåltider, nærmere forklaring til dette vil fremgå i afsnit omkring mellemmåltidskoncept.

Tabel 16

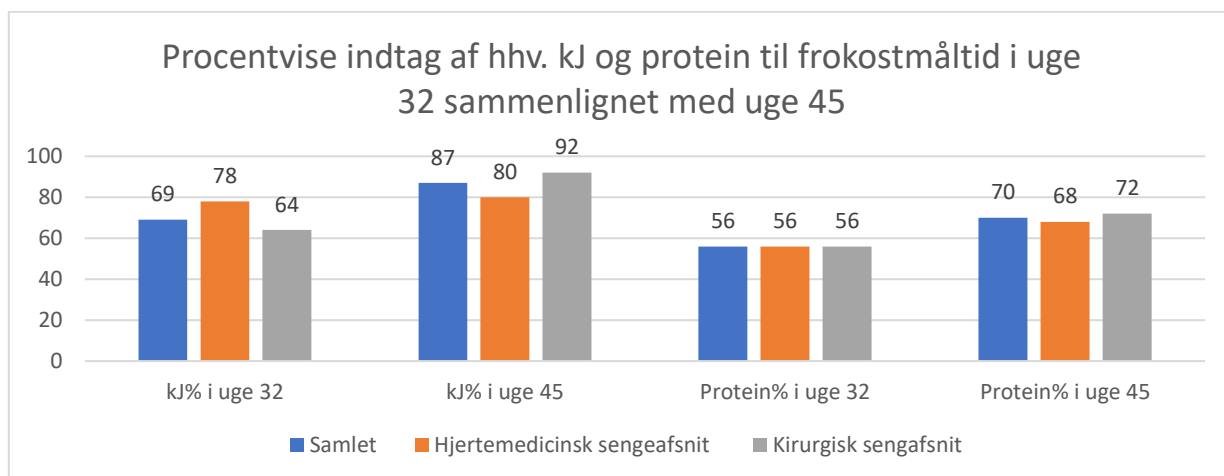


Resultater fra frokost-koncept

Det gennemsnitlige indtag af kJ til frokost blev øget fra 69% i uge 32 til 87% i uge 45. Samme positive tendens var tilfældet med indtag af protein, hvilket blev øget fra 56% i uge 32 til 70% i uge 45. Se tabel 17.

I uge 45 har der været overvægt af kJ-indtag på kirurgisk sengeafsnit (+12%-point) sammenlignet med hjertemedicinsk sengeafsnit, hvorimod det modsatte har gjort sig gældende i uge 32 (-14%-point). Proteinindtaget er nogenlunde ligeligt afdelingerne imellem i både uge 32 og uge 45.

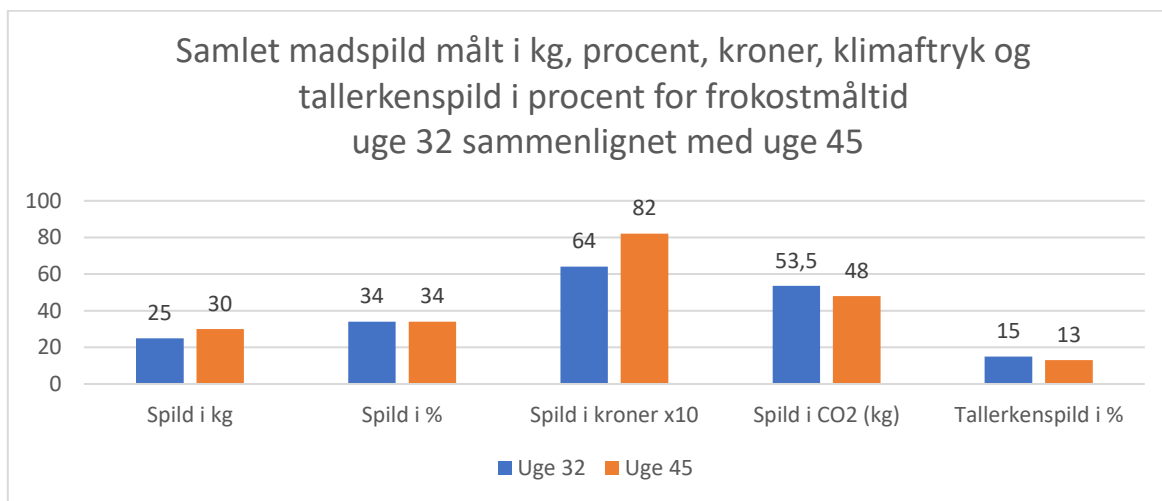
Tabel 17



Det samlede madspild i relation til frokostmåltider er i uge 45 øget eller på niveau med uge 32 målt i kilo, procent og kroner. Hvorimod klimaaftryk målt i kg CO2 er reduceret fra uge 32 til uge 45. Se tabel 18.

Den gennemsnitlige spildprocent samt tallerkenspild i forbindelse med frokostmåltid er uden nævneværdige forskelle i henholdsvis uge 32 (15%) og uge 45 (13%).

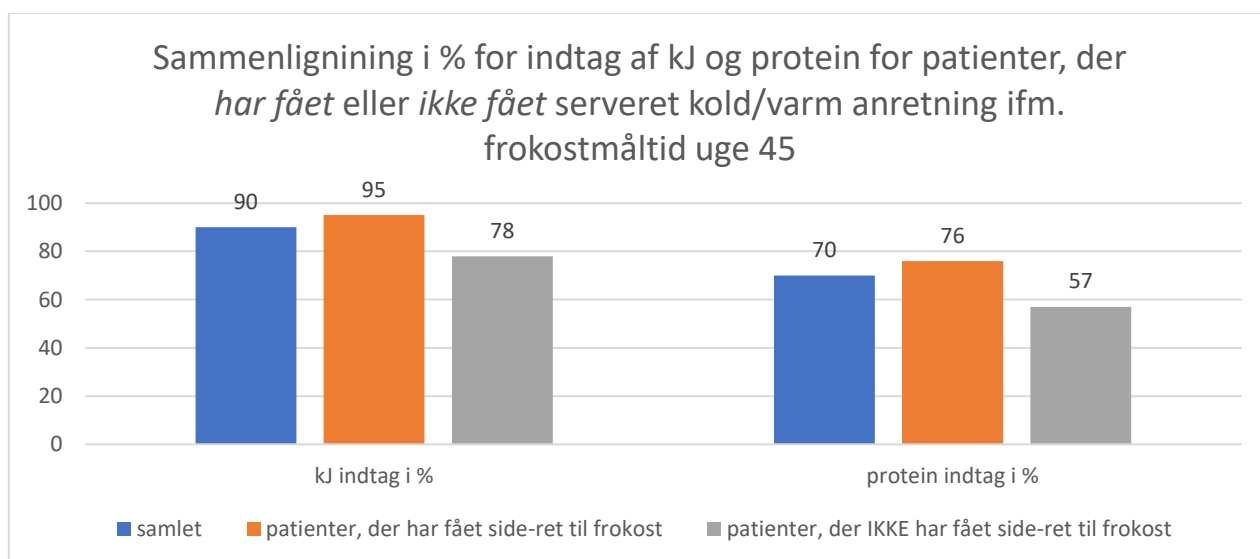
Tabel 18



Forskel på valg af kold eller lun anretning til frokost

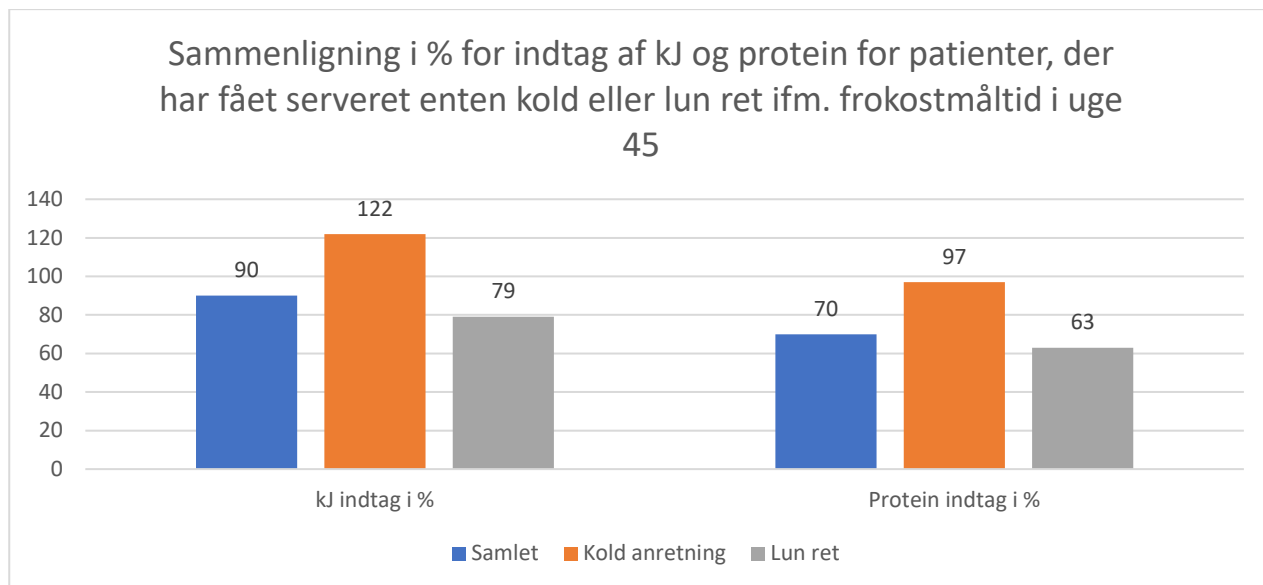
Data fra kostregistrering viser, at et tilvalg af en kold eller lun anretning i forbindelse med frokostmåltidet, bidrager med 17%-point flere kJ og 19%-point mere protein sammenlignet med de patienter, der ikke har valgt en af disse anretninger men i stedet almindelige udvalg af smørrebrød og/eller suppe.

Tabel 19



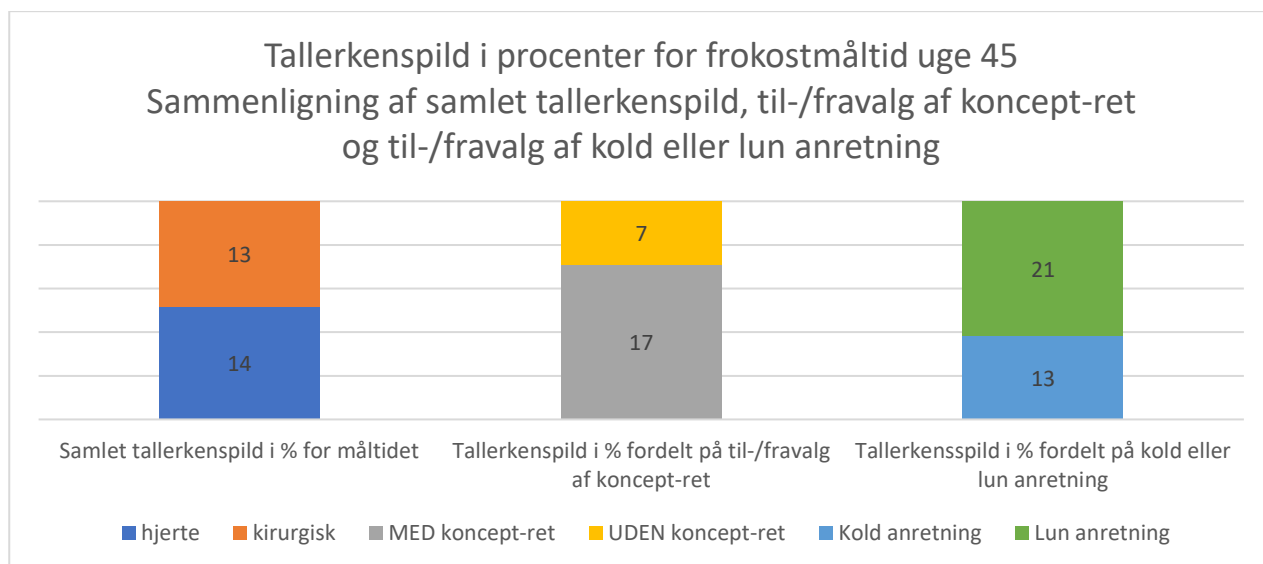
Resultaterne indikerer desuden at de dage, hvor der serveres en kold anretning frem for lun anretning er der et højere indtag af kJ (+43%point) og protein (+34%point) sammenlignet med de dage, hvor der serveres lun ret. Se tabel 20.

Tabel 20



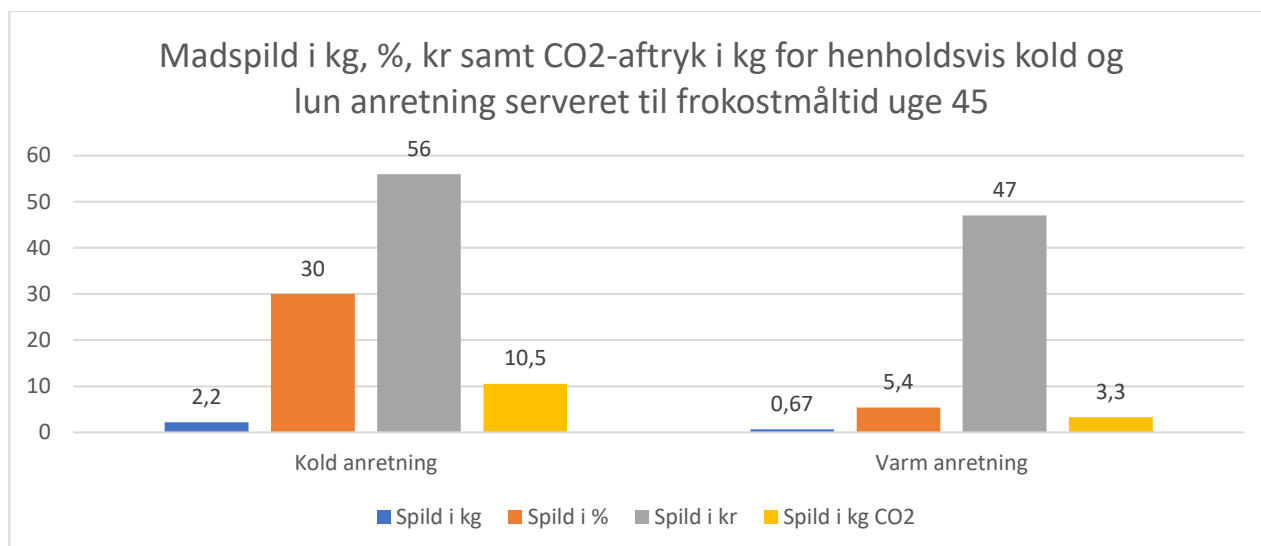
I uge 45 er tallerkenspild ved tilvalg af konceptuel kold/lun anretning højere end tallerkenspild uden disse. Det primære tallerkenspild ved tilvalg af konceptuel kold/lun anretning, ses dog fra tallerkenspild ved valg af lun ret. Se tabel 21.

Tabel 21



Trods rekvisitionsspild i gram og procent for kold anretning har været væsentligt højere end den lune ret, er omkostning i kroner (grå søjle) nærmest det samme som ved spild af den lune anretning til frokost. Imens at spild i kg og klimaaftryk følges proportionelt (blå og gul søjle). Se tabel 22.

Tabel 22



Sammenfatning

Resultater for test af frokost-koncept viser, at ved servering af lune ret er der et mindre rekvisitionsspild, men et højere tallerkenspild og ej forbundet med et højere ernæringsindtag sammenlignet med kold anretning. Det kan indikere at planlægningen af lune anretninger er korrekt, at patienter gerne ønsker lun anretning – men at de ikke spiser mere af den grund og i stedet levner på tallerkenen.

Herimod kan der tales for en konceptuel ændring, hvor en kold anretning til frokost erstatter en variant af smørrebrød, hvilket kan medvirke til et væsentligt øget ernæringsindtag for patienter. I relation hertil bør der dog være en opmærksomhed omkring de leverede mængder mad for at kunne reducere samlet rekvisitionsspild målt i kilo, kroner og procentuelt. Herunder at eventuelt nye konceptuelle retter skal erstatte andre – ikke lægge sig oveni de i forvejen rekvirerede mængder.

Som billede herpå er der i uge 45 er samlet leveret cirka 15 kilo mad mere til frokostmåltid end i uge 32. Herunder er det registreret at der i særdeleshed har været et øget spild til frokostmåltid i uge 45 sammenlignet med uge 32, primært for de "klimalette" kategorier supper (inkl. tilbehør) samt for råkost.

Da det gennemsnitlige procentvise rekvisitionsspild og tallerkenspild til frokostmåltid er uændret fra uge 32 til uge 45, kan resultater fra projektet ligeledes indikere at en kold anretning vil kunne bidrage til at reducere henholdsvis rekvisitionsspild og tallerkenspild i forhold til servering af lun anretning.

Resultater fra mellemmåltidskoncept

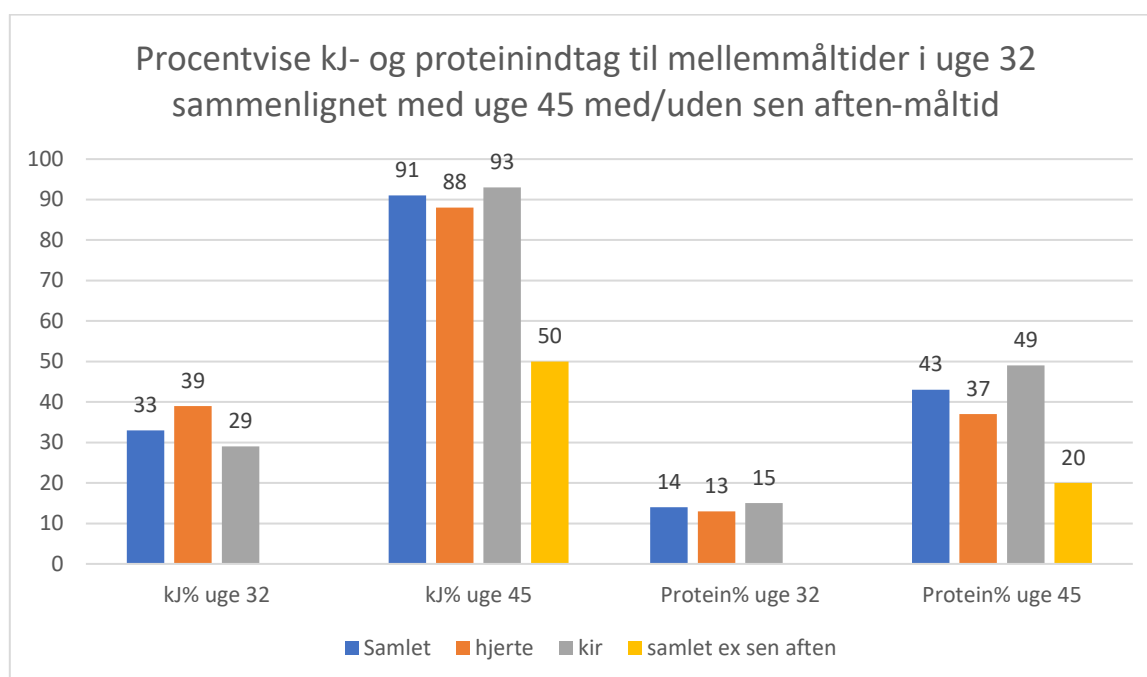
I uge 45 har der overordnet set været et gennemsnitligt højere ernæringsindtag af kJ og protein i forbindelse med dagens mellemmåltider sammenlignet med uge 32, også selvom der korrigeres for mellemmåltid til sen aften. Se tabel 23.

I uge 32 havde hjertemedicinsk sengeafsnit et indtag af kJ med +10% point højere end kirurgisk sengeafsnit fordelt på dagens mellemmåltider, i mens indtag af protein var ens de to afdelinger i mellem for mellemmåltider.

I Uge 45 havde kirurgisk sengeafsnit et højere indtag af både kJ (5%-point) og protein (12%-point) fordelt på dagens mellemmåltider sammenlignet med hjertemedicinsk sengeafsnit.

Det har været en øjenåbner i projektet at rundt regnet 50% af kJ- og proteinindtag fra mellemmåltider indtages via sen aften-måltid. Dette har påvirket opgørelserne i højere grad end forventet, da dette måltid ikke har været medregnet i uge 32.

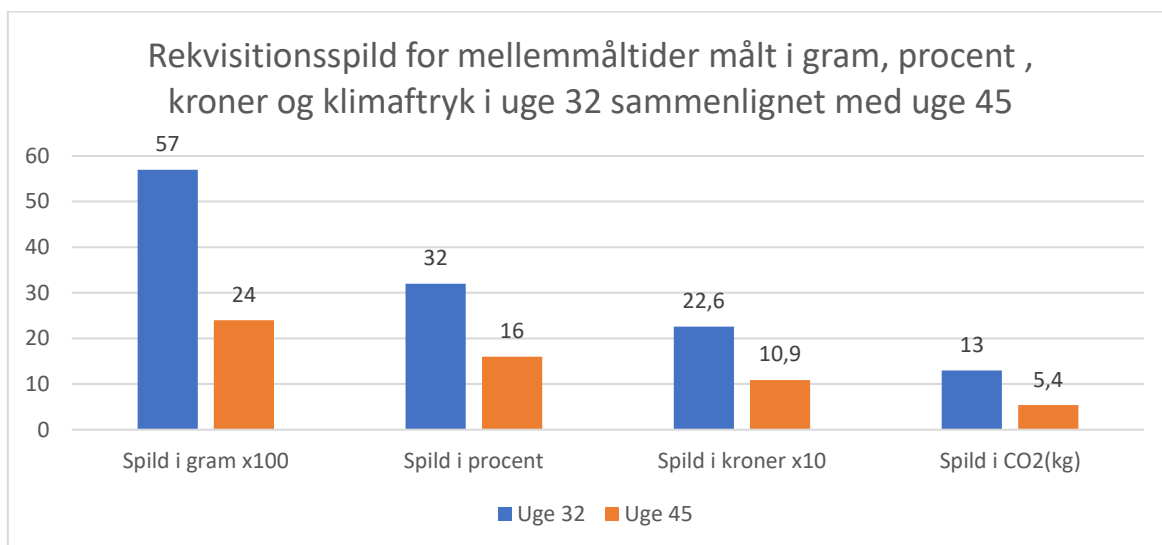
Tabel 23



Det gennemsnitlige rekvisitionsspild af mellemmåltider er mere end halveret målt både i kilo, procentuelt, økonomisk og fra klimaaftryk i uge 45 sammenlignet med uge 32. Se tabel 24. Den primære faktor for reduceret rekvisitionsspild til mellemmåltider i uge 45, er at der er reduceret i leveret standardmængde af grovbrød med pålæg og at andre typer af mellemmåltider er gjort tilgængelige på forskellig vis jævnfør testkoncept.

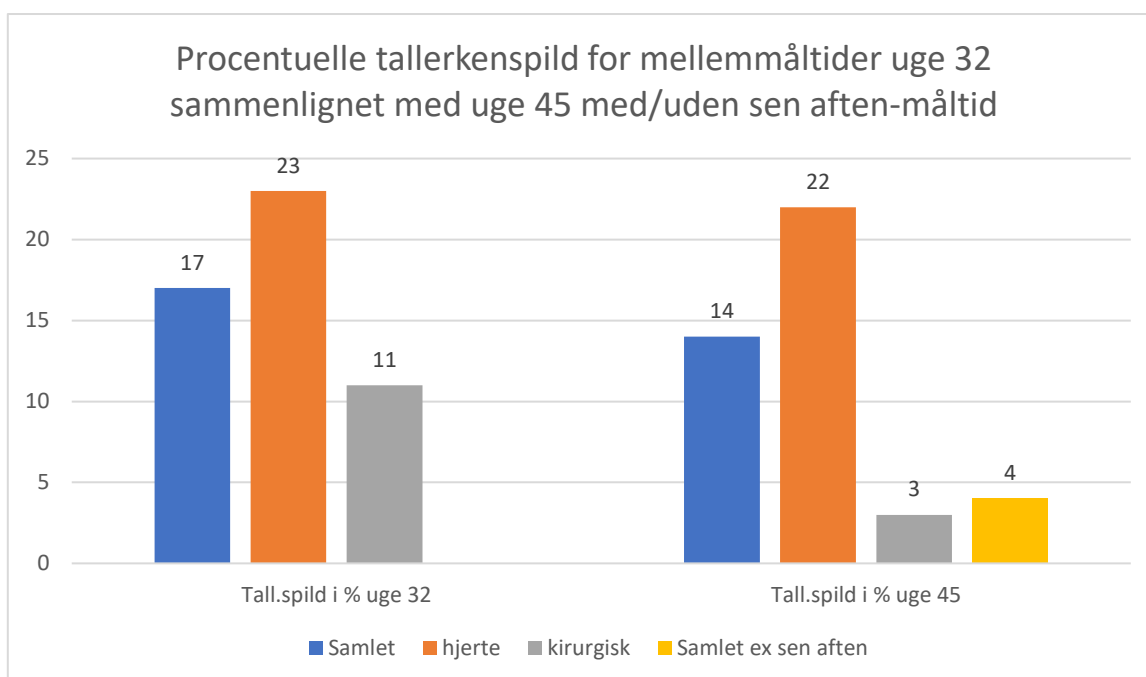
Rekvisitionsspild for mellemmåltider i uge 45 i både kilo og procent indeholder ikke mængder fra testkoncept til sen aften, hverken fra hjertemedicinsk eller kirurgisk, da dette ikke er afmålt til formålet.

Tabel 24



Det gennemsnitlige tallerkenspild for mellemmåltider er samlet reduceret. Særligt hvis der korrigeres for et betragteligt større tallerkenspild ved sen aften-koncept med snack-poser på hjertemedicinsk afsnit sammenlignet med koncept med mellemmåltidsvogn på kirurgisk sengeafsnit. Se tabel 25. Andelen af tallerkenspild fra sen aften-måltid udgøres nærmest udelukkende af spild fra snack-poser på hjertemedicinsk afsnit. Såfremt der korrigeres for spild fra snackposer i gram, vil det gennemsnitlige tallerkenspild for mellemmåltider fra hjertemedicinsk sengeafsnit være på niveau med kirurgisk sengeafsnit.

Tabel 25



Sammenfatning

Resultaterne for test mellemmåltidskoncept(er) understreger en vigtighed af et sen aften-måltid, da ernæringsindtaget herfra har en væsentligt betydning for at nå den ernæringsmæssige målsætning via mellemmåltider – samt for den generelle målsætning for ernæringsindtag henover hele dagen.

Samlet set illustrerer resultater fra projektet, at en kombination af patientrettede tilbud og tilgængelighed af mellemmåltider i op til 3 gange dagligt bidrager positivt til patienters ernæringsindtag samtidig med at madspild for mellemmåltider kan reduceres med op til 50%. Resultaterne indikerer, at en mellemmåltidsvogn fra dør-til-dør til dagens respektive mellemmåltider, hvor patienter selv kan vælge til, hvad og hvor meget de ønsker, vil øge det sandsynlige ernæringsindtag af kJ og protein, foruden at tallerkenspild vil mindskes betydeligt.

Hvor er vi nu og hvor er vi på vej hen? – diskussion og perspektivering:

Ud fra projektets tids- og ressourcemæssige rammer har det været nødvendigt at fokusere indsatsen på, hvor der har været potentiale for at skabe mest mulig forandring for mindst mulig indsats.

Der er mange forhold, bevidste eller ubevidste, som kan influere på projektets resultater. Nogle variationer i forhold til registrering af henholdsvis ernæringsindtag og/eller madspild i de respektive uger, kan der forsøges at redegøres for - andre er der ikke umiddelbart fundet nogle logiske forklaringer på. Overordnet set er variabler i forhold til udvalgte patienter, valgte afdelinger og valgte periode vurderet som tilstrækkelig repræsentativ for Regionshospitalet Horsens.

I uge 32 gjorde vi tydeligt opmærksom på at tilbud og service skulle ligne dagligdagen mest muligt for at give et repræsentativt billede. I uge 45 var vi selv aktiv udøvende med mellemmåltidsvogn tre gange om dagen på kirurgisk afdeling, som en del af testkonceptet.

Afdelingerne vidste mere i uge 45 om hvad vi lavede og målte på, og det kan ubevidst have haft en effekt. I uge 45 var den faste serviceassistent på hjertemedicinsk på arbejde til morgenmad og frokost, hvor hun afholdt ferie i uge 32.

Ernæring

Andre sygehuse bevæger sig i retning af digitaliseret form for madbestilling direkte af patienten fra sygesengen løbende over dagen. Dette projekt belyser nye perspektiver på denne bevægelse.

Inspireret af digitaliseret madbestilling, har vi i starten af projektet lagt en stor del af fokus på hypoteser om individuel tilpasset ernæringstilbud og tilgængeligheden af dette, men svaret er muligvis en højere grad af personlig måltidsservice inden for det eksisterende ernæringstilbud.

Ved at optimere inden for vores nuværende koncept med fast måltidsstruktur og på forhånd fastlagt menu med valgmuligheder, har vi formået at øge patienternes ernæringsindtag.

Resultaterne viser, at det ikke er stor grad af frihed og selvbestemmelse men derimod personlig kontakt til patienter til alle hoved- og mellemmåltider, som øger ernæringsindtaget.

Mange patienter er af forskellige sygdomsmæssige årsager ikke i stand til selv at være nysgerrige og opsøgende i informationer. Det er nødvendigt med verbal og visuel kommunikation for at patienterne opnår viden om ernæringstilbuddene. Det er ikke nok med papirinformationer og let tilgængeligt mad. Der skal personlig kommunikation og omsorg helt ud til patienten.

På Regionshospitalet Horsens er der udarbejdet en strategi kaldet SAMMEN OM OPGAVEN med en opgaveløsning på patientens præmisser. Der er fokus på at udvikle og sikre fagligt gode og sammenhængende patientforløb, hvor de relevante tværprofessionelle ressourcer er til rådighed for,

at patientforløb gennemføres med høj faglig kvalitet. Der skal arbejdes teambaseret omkring patientopgaverne.

Ledelsen i Hospitalskøkkenet har i mange år arbejdet for at få kostfagligheden tættere på patienten. Resultaterne af dette projekt underbygger i høj grad denne strategi, da ernæringsfaglige kompetencer tæt omkring patienterne ser ud til at højne deres ernæringsindtag.

Madspild

Globalt set kasseres cirka 1/3-del af al mad⁷. Det til svarer omtrentlig den spildprocent, der er identificeret på Regionshospitalet Horsens i forbindelse med projektet.

Tidligere madspildsanalyser på Universitetshospitaler i Aalborg og Århus⁸ er kommet frem til nogenlunde lignede resultater, afhængig af måden tallene opgøres på.

Omkostninger for madspild fra afdelingsbuffeter er i vedkommende projekt baseret på to udvalgte sengeafsnit målt i henholdsvis kilo, klimaaftryk og kroner. I så fald gennemsnitsværdierne teoretisk overføres repræsentativt for alle sengeafsnit på Regionshospitalet Horsens ville den samlede årlige omkostning nogenlunde lyde:

- Rekvisitionsspild i kilo: ca. 31 tons om året
(9,5 kg rekvisitionsspild om dagen i snit x 9 sengeafsnit, eksklusiv dagsafsnit)
- Rekvisitionsspild i kr: ca. 2 mill. kr. om året, inklusiv arbejds løn, emballage, forbrug, etc.
(200 kroner i kostpris pr dag x faktor 3 x 9 sengeafsnit, eksklusiv dagsafsnit)
- Rekvisitionsspild i klimaaftryk: ca. 43 tons CO₂ om året
(13 kg CO₂ om dagen i snit x 9 sengeafsnit, eksklusiv dagsafsnit)

Der er grundlag for en videre reduktion af madspild, som en del af løsningen for reduktion af forbrug, emballage og ressourcer og ikke mindst det generelle arbejde med bæredygtighed.

I dette projekt er madspild i kilo og kroner reduceret cirka 6%, i mens klimaaftryk fra madspild er reduceret cirka 16% fra uge 32 til uge 45. Projektet har sat den regionale målsætning for at reducere madspild med 25% frem mod 2024 i perspektiv og det forudsætter et fortsat stort fokus på emnet i de kommende år.

Madspildsanalyse har identificeret områder med potentiale for yderligere reduktion i form af hele eller dele af måltider.

Foruden frokost- og mellemmåltider, der har været fokuseret på i dette projekt, vil der ligeledes være potentiale for en reduktion for procentuelt spild til morgenmåltid og kilomæssigt i forbindelse med aftensmåltid.

Rekvisitionsspild i procent for morgenmåltid er højest af samtlige måltider. Dette er primært spild af øllebrød og havregrød, som ikke giver en særlig høj klima- eller økonomisk omkostning, men

omvendt skal mad ikke produceres til skraldespanden. Ernæringsmæssig giver disse to produkter ikke den store gevinst og ved eventuelt at udfase eller minimere én eller begge af disse, er en hypotese, at patienter henvises til mere kJ- og proteinrige alternative flydende fødevarer som for eksempel surmælksprodukter.

Det procentuelle rekvisitionsspild er lavest til aftensmåltid - men kilomæssigt, økonomisk og klimamæssigt det højeste. Samtidig viser registreringerne at tallerkenspild, særligt i uge 32, er blandt de højeste i forbindelse med aftensmåltidet, hvilket kan indikere at madspild til en vis grad flyttes fra buffetspild til tallerkenspild.

I Hospitalskøkkenet har det været en prioritering at følge tidens trend og forventninger til klimavenlig kost og stræbe efter regionens målsætning om 10 % reduktion af klimaaftryk på råvareindkøb til patientmaden primært i form af mindre kødforbrug.

Resultaterne illustrerer dog, at selvom der kun leveres meget små mængder kødfrie retter til afdelingerne (vegetariske "kødboller" i tomatsauce og boghvedegrød m/ frugtsirup) i henholdsvis uge 32 og 45, bliver det meste fortsat kasseret. Omvendt er spild på mere "velkendte" kødfrie retter som tærte og æggekage på et minimum, samtidig med næringsværdi er høj. Derfor vil fremtidige menuplaner i højere grad tage udgangspunkt i velkendte kødfrie retter i stedet for mere moderne klingende retter.

Madspildsanalyse har også identificeret en nedre grænse for madspild af kødretter, hvilke i flere tilfælde i løbet af ugen er kritisk lav. Både i forhold til at begrænse patienter valgmulighed og for personale, der bruger tid og ressourcer i forsøget på at fremskaffe ekstra mængder.

Indsamlet datamateriale for madspild både på kategorier og komponenter, kan på kort og lang sigt bidrage til blandt andet en optimeret menuplanlægning, portionsstørrelser og rekvisitionsbestilling, hvilket skaber grundlag for en videre arbejdsproces til gavn for både patienter og aftryk på planeten.

Ligeledes bidrager datamateriale for madspild til kortlægning af mulighed for videre potentiale for affaldssortering på afdelinger – og heraf mulig klimamæssig og økonomisk besparelse i sidste led i værdikæden.

Kilder og bilag

¹ Ernæringspolitik for Regionshospitalet Horsens. 2021. <https://e-dok.rm.dk/edok/admin/GUI.nsf/desktop.html?Open>

² <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/anbefalinger-for-den-danske-institutionskost>

³ <https://denstoreklimadatabase.dk/>

⁴ https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2008/Publ2008/CFF/ernaering/BMTS_Vejl_dan_05mar08,-d-,pdf.ashx

⁵ Madkultur 21, Måltidet. 2021. Madkulturen under Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri

⁶ Kofod, Jens. Du er dem du spiser sammen med. 2000. Fødevaredirektoratet.

⁷ <https://onethird.dk/>

⁸ <https://www.voresbaredygtighed.rm.dk/projekter-og-cases/puljeprojekter/2020/madspild-pa-sengeafsnit--hvor-stort-er-problemet/>

Uge 16:	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
Grønsags- suppe	Rodfrugtsuppe med croutoner	Kartoffelsellerisuppe med croutoner	Jordskokkesuppe med jordskokkechips	Suppe af gule ærter med baconcrunch ◊	Svampesuppe med porreolie	Suppe med kød- og melboller ◊	Tomatsuppe med kødboller ◊
Smørrebrød	Leverpostej med syltede rødbeder, tørrede hindbær og timian Æg med mayonnaise, rejer og dild Roastbeef med remoulade, stegte løg og syltede agurker Tunsalat med rødløg og karse på franskbrød	Leverpostej med syltede havtorn og syltede agurker ◊ Æg med kapersmayonnaise og karse Sprængt kylling med peberrodscreme og persille Fiskefrikadelle med remoulade og revne gulerødder	Dyrætgens natmad med rødbesky og løgringe ◊ Æg med svampemayonnaise, steget bacon og puruløg ◊ Frikadelle med rødkål og bredbladet persille ◊ Karrysilid med rødløg og dild	Dksespegepølse med æble-peberrodscreme og grønkål Æg med tomatmayonnaise og karse Hamburgerryg med italiensk salat ◊ Makrel i tomat med mayonnaise og karse	Leverpostej med balsamico-laserede rodfrugter og persille ◊ Æg med mayonnaise, stegte løg og puruløg Farsbrød med blommechutney og grønkål ◊ Stegte silid med syltede rødløg og dild	Lun ret: Stegt-fiskefilet med remoulade og citron Hamburgerryg med grov æggesalat og karse ◊ Kyllingesalat med porrerinje	Lun ret: Pandekager med linsefyld Roastbeef med remoulade, stegte løg og syltede agurker Fiskemousse med dild og citron
Råkost/ salat	Bønnesalat med grønne og sorte bønner	Råkost med gulerødder, selleri og rødbede	Grønkalissalat med gulerødder, æbler og løg	Rødbede-kikærtesalat	Rødkålssalat	Gulerodsråkost	Coleslaw
Eftermiddag* (kl. 15.00)	Wienerbrød Grovbrød med pålæg	"Den der du ved nok" Grovbrød med pålæg	Medaljer Grovbrød med pålæg	Dagens bolle	Drømmekage Grovbrød med pålæg	Kokostoppe Grovbrød med pålæg	Sarah Bernard Grovbrød med pålæg Somatisk

Uge 16:	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fretdag	Lørdag	Søndag
Grønsags- suppe	Jordskokkesuppe med jordskokkechips	Suppe af gule ærter med baconcrunch ◊	Rodfrugtsuppe med croutoner	Tomatsuppe med kødboller	Jordskokkesuppe med krydderurteolie	Kartoffelsellerisuppe med croutoner	Svampesuppe med porrefolie
Menu 1	Blomkålsgratin med kryddersmør	Forret: Fiskerilette med syltede peberfrugter og dild	Braiserede svinekæber i tomat og fløde ◊	Skipperilabskovs med rugbrød Syltede rødbeder	Arstidens fiskefilet med persillesauce og remoulade	Braiseret oksekød i tomat og rosmarin	Bøf med bløde løg i skysauce Syltede rødbeder
Menu 2	Fiskefrikadeller med persillesauce og remoulade	Frikadeller med stuvet hvidkål ◊ Syltede rødbeder	Chili sin carne (Vegetarret)	Farsbrød med selleri, timian og skysauce ◊ Syltede rødbeder	Tarteletter med nøns i asparges		
Grønt	Gulerodsråkost med ananas og rosiner	Dampede ærter	Hvidkålsråkost	Gulerodsråkost med ananas og rosiner	Dampede broccoli	Spidskålsråkost med ærter og rosiner	Kogte gulerødder med persillesmør
Tilbehør	Kartoffelmos* Kartofler*	Kartoffelmos* Kartofler *	Kartoffelmos* Kartofler*	Kartoffelmos* Krydderkartofler	Kartoffelmos* Kartofler*	Kartoffelmos* Kartofler*	Kartoffelmos* Kartofler*
Dessert	Æblekage med rasp, flødeskum og gelé	Tiramisu	Fløderand	Hindbærmousse på chokoladekagebund	Appelsinfrimage	Budding med frugtsauce	Nøddedram
Sen aften (kl. 20.00)	Grovbrød med pålæg	Grovbrød med pålæg	Grovbrød med pålæg	Grovbrød med pålæg	Grovbrød med pålæg	Sandwich	Fruktdessert med skyrcreme* Somatisk

MELLEMMÅLTIDER fra køkkenet							
	Mængde	Energ/kJ	Protein/g	Serveret	Spiet	Energ/kJ	Protein/g
kage	1 stk.	725	1,5				
½ franskbrød m. ost		550	6,0				
½ franskbrød m. køtpålæg		350	3,5				
½ pose m. smør		300	2,0				
sandwich, lise trekant	1 trekant	350	3,6				
				Total			
MELLEMMÅLTIDER diverse							
Frugt	1 stk.	290	0,5				
banan	1 stk.	480	1,5				
Frugteråd m. sukker	1 port.	300	0,3				
Frugteråd u. sukker	1 port.	290	0,3				
småkage m. sukker	1 stk.	240	0,9				
sjok - Marie	1 stk.	70	0,3				
knækbrød	1 stk.	220	1,5				
smør	1 bager	220	0,0				
ost	1 stkve	160	4,2				
Marmelade	1 bager	175	0,0				
Påleggscokosade	1 stk.	85	0,2				
Tvedekykammerjunker	1 stk.	100	0,5				
cokosade	3 stk./sern	420	1,0				
Vingummi/posjer	3 stk.	180	0,0				
Mandler	5 stk.	100	1,5				
Risøe 30%	1 di	1500	2,1				
				Total			
BUFFER køl							
Kvar suppe m. bouill	1 port.	530	5,6				
Kart./seneri suppe u. mælk	1 port.	190	1,2				
Hygiejnesuppe m. sukker	1 port.	500	0,0				
Risengrød	1 port.	1300	6,0				
Tårerestfyld	1 port.	530	10,0				
Tårerestskal	1 stk.	490	1,4				
Kålslauce	1 port.	640	13,0				
Karotefejmuc	1 port.	1080	6,0				
				Total			
FROST							
ic i bager u. sukker	1 stk.	250	1,7				
Pinu-ic (vand)	1 stk.	200	0,0				
Energirig ik/vanilje/ninooær	1 bager	900	6,0				
Fromage m. ninooær	1 bager	760	6,0				
Fromage m. mango	1 bager	830	5,8				
				Total			
Sonde							
	Mængde	Energ/kJ	Protein/g	Væske/ml			
Presubin original Fløre	100 ml	420	3,8	84 ml			
Presubin energy Fløre	100 ml	630	5,6	76 ml			
Nutricon concentrated	100 ml	840	7,5	70 ml			
Nutricon Protein Plus	100 ml	525	6,3	81 ml			
Nesle Peptamen HN	100 ml	555	6,6	80 ml			
Presubin 2 kcal Hø	100 ml	840	10,0	72 ml			
Presubin soya Fløre	100 ml	420	3,8	83 ml			
Parenteral							
	Mængde	Energ/kJ	Protein/g	Væske/ml			
smofkativen 2200 kcal	pr. pose	9240	100,0	1370 ml			
smofkativen 1600 kcal	pr. pose	6720	75,0	1427 ml			
smofkativen Perifer 1300 kcal	pr. pose	5460	60,0	1304 ml			
smofkativen Perifer 800 kcal	pr. pose	3360	38,0	1206 ml			
IV væske							
	Mængde	Energ/kJ	Protein/g	Væske/ml			
5 % glucose	1000 ml	850	0,0	1000			
10 % glucose	1000 ml	1550	0,0	1000			
20 % glucose	1000 ml	3100	0,0	1000			
KNAG	1000 ml	750	0,0	1000			
KCL-glucose	1000 ml	510	0,0	1000			
Humanalbumin 20 %	100 ml	0	20,0	100			
					Samlert energi og protein indlæg (total fra side 1 + 2+ 3) Energ (total): _____ kJ Protein (total): _____ g Væske (total): _____ ml		
					Værdierne føres ind i SFT'en VÆSKE OG KOSTREGISTRERING eller UDVIDET VÆSKEREGISTRERING		
					4,2 kJ = 1 kcal		

Sondeindgift

Sondemad								
Type	Opsat/Indgift	Energ/kj	Protein/g	Væske i sonde-mad/ml	Start kl.	Init.	Slut kl.	Init.
	/							
	/							
	/							
	/							
	/							
	/							
	/							
I alt								
Tyndevæsker								
Type	Opsat/Indgift	Energ/kj	Protein/g	Væske i sonde-mad/ml	Start kl.	Init.	Slut kl.	Init.
	/							
	/							
	/							
	/							
	/							
	/							
	/							
I alt								

Tilføj samlet mængde og type af sondeernæring til "Udvidet væskeregnskab".

Ernæringssæt skiftet den _____ kl. _____ Init.

- SFI "sondeernæring, behov pr. døg"
- SFI "sondeernæring givet"

IV indgift

Type	Opsat/Indgift	Energ/kj	Protein/g	Start kl.	Init.	Slut kl.	Init.
	/						
	/						
	/						
	/						
	/						
	/						
	/						
I alt							

Infusionssæt skiftet den _____ kl. _____ Init.

Udgift

Kl.	Perspiration	Diurese	Opkast	Afføring			
I alt							