



SAMMENFATNING AF RESULTATER

# Brugen af – og behovet for ernæringsfaglige kompetencer og specialistkompetencer i det regionale sundhedsvæsen



# Indhold

Forord	3
1 Introduktion	4
2 Resume	6
3 Fremgangsmåde og datagrundlag	8
4 Sammenfatning af surveyresultaterne	10
4.1 <i>Organisering</i>	10
4.2 <i>Opgaver og samarbejde</i>	13
4.3 <i>Kompetencer og kvalifikationer</i>	19
5 Konklusion	21
6 Bilag 1: Spørgeguide	22

Brugen af – og behovet for ernæringsfaglige kompetencer og specialistkompetencer i det regionale sundhedsvæsen  
*Sammenfatning af resultater*

Udgivet af Danske Regioner og Kost og Ernæringsforbundet maj 2024

Tekst: Implement

Grafisk design: Karen Krarup



# Forord Inddragelse af ernæringsprofessionelle på hospitaler

Hvordan kan professionsbachelorer i ernæring og sundhed, herunder kliniske diætister, være med til at løfte kvaliteten af behandlingsforløb nu og i fremtidens sundhedsvæsen? Det har Danske Regioner sammen med Kost og Ernæringsforbundet undersøgt på tværs af regionerne.

Den demografiske udvikling medfører stadigt stigende behov for forebyggelsesindsatser og behandling, som skal leveres af et sundhedsvæsen, som i stigende grad mangler sundhedspersonale. Samtidig stiger kompleksiteten i opgaverne i takt med sundhedsvæsenets fortsatte specialisering og patienternes sygdomsmønster fx flere multisyge. Det presser sygehusene.

Situationen kalder på, at der tænkes i nye måder at løse opgaverne på, så der skabes bedre balance mellem udbuddet af sundhedsfagligt personale og behovet for sundhedsydelse. Her er en central og tilgængelig løsning, at vi bliver endnu dygtigere til at inddrage de mange forskellige kompetencer, som vores sundhedspersonale besidder, så de rigtige opgaver løses af de rette kompetencer til rette opgaver.

Og her kan de kliniske diætister være en central faggruppe. Dette projekt peger på, at der kan være et potentiale i at styrke deres rolle på sygehusene og aktivt og strukturelt gøre brug af særligt deres kompetencer inden for forebyggelse, opsporing og behandling af underernæring mv.

For at belyse dette mulige potentiale blev vi ved overenskomstforhandlingerne i 2021 enige om at undersøge og skabe en dybere forståelse for de ernæringsprofessionelles bidrag til kvalitetsforbedringer i patientbehandling, forebyggelse og styrkelse af patienternes mulighed for at håndtere egen sygdom.

Det har resulteret i dette materiale, som bl.a. består af konkrete cases, videofilm og en rapport, som bygger på erfaringer fra alle regioner og fremhæver eksempler på, hvordan ernæringsprofessionelle – især kliniske diætister – kan bidrage til en øget kvalitet i opgaveløsningen, samtidig med, at de kan aflaste nogle af de faggrupper, der er den allermest akutte mangel på. Fokus i projektet er på at identificere og inspirere til nye måder at løfte ernæringsopgaven på sygehusene. Ved at afdække nye arbejdsområder og funktioner, som ernæringsprofessionelle kan påtage sig, kan man bidrage til en mere fleksibel og faglig robust arbejdsstyrke, der kan tilpasse sig arbejdspladsernes behov – til gavn for for patienterne.

Materialet er målrettet både ledere og medarbejdere på de regionale arbejdspladser, og vi håber, at det kan inspirere og vise potentialerne ved fx i højere grad at inddrage de ernæringsprofessionelle i opgaveløsningen.

Vi ønsker at takke alle de ernæringsprofessionelle, som har givet os indblik i deres hverdag og arbejde og bidraget med vigtigt input i spørgeskemaundersøgelsen, og vi vil gerne takke de medarbejdere og ledere på Rigshospitalet, Sjællands Universitetshospital, Gødstrup Hospital, Aalborg Universitetshospital, Odense Universitetshospital, Psykiatrisk center Ballerup og Nordsjællands Hospital, som har bidraget med deres viden og erfaringer til film og casekatalog.

*Ghita Parry  
Formand for  
Kost og Ernærings-  
forbundet*

*Heino Knudsen  
Formand for  
Løn- og Praksisudvalget  
Danske Regioner*

# 1 Introduktion

Danske Regioner og Kost og Ernæringsforbundet indgik som led i OK21 partsprojektet *"Brugen af – og behovet for ernæringsfaglige kompetencer og specialistkompetencer i det regionale sundhedsvæsen"*. Projektets mål er at identificere og formidle gode eksempler på, hvordan ernæringsfagligt personale kan bringes i spil på regionernes område, med henblik på at inspirere bredt på sygehusene, så de særlige kompetencer professionsbachelorer i ernæring og sundhed, herunder kliniske diætister, besidder, kan bringes bedst muligt i spil.<sup>1</sup>

Projektet tager sit afsæt i en fælles erkendelse af vigtigheden af korrekt ernæring for både behandlingseffekt, bevarelse af funktionsevne, patientoplevelse og potentielt set også indlæggelsestid. De ernæringsprofessionelle kan bidrage med et særligt fokus og en specialiseret kompetence, som er afgørende for at løfte ernæringsopgaven på sygehusene. Afsættet er derfor også, at en mere udbredt anvendelse af ernæringsprofessionelle forventes at kunne bidrage til at højne kvaliteten af den samlede ernæringsindsats og behandling, som foregår på både sygehuse, i psykiatrien, på regionernes bosteder mv.

Samtidig besidder de ernæringsprofessionelle kompetencer til at løse opgaver, som i dag i vid udstrækning løses af plejepersonale uden specialiseret ernæringsindsigt. En større brug af de ernæringsprofessionelle på regionernes område kan således – udover at højne kvaliteten for patienterne – også være et væsentligt bidrag til at afhjælpe den aktuelle mangel på arbejdskraft på særligt plejeområdet.

<sup>1</sup>Projektet er et af flere udviklingsprojekter under Aftalen om udviklingsmæssige aktiviteter (AUA-aftalen). Formålet med AUA-projekter er overordnet at styrke den samlede indsats og koordinering af parternes udviklingsaktiviteter, herunder udvikling af kerneopgaven og personalepolitik, samt udvikling af overenskomster og aftaler. Aktiviteterne finansieres af overenskomstmidler.





Som led i projektet har parterne gennemført et survey blandt professionsbachelorere i ernæring og sundhed og kliniske diætister ansat på det regionale område. Surveyet giver et indblik i de ernæringsprofessionelles organisering, opgaver og samarbejde, samt kompetencer og kvalifikationer. Herudover har surveyet fungeret som afsæt for at identificere konkrete eksempler på brugen af ernæringsprofessionelt personale på regionernes område. Som led i projektet er der således også gennemført et kvalitativt arbejde med at identificere og formidle konkrete eksempler på, hvordan de ernæringsprofessionelles kompetencer kan bringes i spil på regioners område.

Denne rapport er en sammenfatning af resultaterne fra surveyet samt perspektiver fra interviewene som supplerer surveyresultaterne.<sup>2</sup> Herudover er der i forbindelse med projektet udarbejdet seks skriftlige casebeskrivelser og to korte videoer med konkrete eksempler på, hvordan diætister kan bringes i spil på sygehusområdet på tværs af både det somatiske og psykiatriske område. Casene og videoerne kan findes på [regionaltarbejdsliv.dk](https://regionaltarbejdsliv.dk).



<sup>2</sup>Der er enkelte steder i sammenfatningen suppleret med perspektiver fra særligt to øvrige kvalitative analyser som også omhandler tværfaglighed på sygehusene. Det gælder både det analytiske grundlag for Kommissionen for Robusthed i Sundhedsvæsenet [ism.dk/Media/638336462433905130/Robusthed-Bilagsrapport-TILG.pdf](https://ism.dk/Media/638336462433905130/Robusthed-Bilagsrapport-TILG.pdf) og analyse for partnerskabet mellem Danske Regioner og de faglige organisationer på sygehusområdet (herunder Kost og Ernæringsforbundet), Rette Kompetencer til Rette Opgaver [regionaltarbejdsliv.dk/2023/10/rette-kompetencer-til-rette-opgaver](https://regionaltarbejdsliv.dk/2023/10/rette-kompetencer-til-rette-opgaver).

## 2 Resume

Danske Regioner og Kost og Ernæringsforbundet har gennemført et survey blandt professionsbachelorere i ernæring og sundhed (studieretning sundhedsfremme og forebyggelse og studieretning fødevarer og ledelse) og kliniske diætister, der er ansat på det regionale område, samt en række interviews med særligt kliniske diætister mhp. at identificere og formidle gode eksempler på brugen af ernæringsfagligt personale på sygehusene. Undersøgelsen giver et interessant indblik i de ernæringsprofessionelles organisering, opgaver og kompetencer.

De ernæringsprofessionelle er organiseret på forskellige måder på sygehusene; for diætisternes vedkommende ofte ved, at de enten er ansat i en central ernæringsenhed under en ledende klinisk diætist, eller at de organisatorisk er forankret på afdelingerne med reference til afdelings- eller afsnitsledelsen (med anden faglighed end dem selv). Konkret angiver hovedparten at være ansat i ambulatorie (29 pct.) eller sengeafsnit (17 pct.). En mindre del (15 pct.) er ansat i ernæringsenhed.

For diætisternes vedkommende løser ca. 60 pct. af dem opgaver i andre enheder, end den de er ansat i. Dette gælder er særligt for dem, som er ansat på sengeafsnit og ambulatorier, og for 32 pct. af respondenterne er der tale om geografisk adskilte enheder.

Surveyet giver ligeledes et indblik i de opgaver, de ernæringsprofessionelle løser. De hyppigste opgaver er klassiske ernæringsfaglige opgaver, fx individuel ernæringsvurdering, -vejledning og -terapi (diætister), egenkontrol, vejledning og produktion af mad (sundhedsfremme og forebyggelse) samt produktionsplanlægning, kvalitetskontrol og indkøb (fødevarer og ledelse).

Samtidig angiver 12 pct., at de løser opgaver, som tidligere blev løst af plejen (15 pct. for diætisternes vedkommende). Det gælder særligt ernæringscreening/opsporing af underernæring og bestilling, anretning og servering af mad, mens 10 pct. omvendt angiver, at plejen løser opgaver, som tidligere blev løst af de ernæringsprofessionelle (ofte bestilling og servering af mad). Surveyet giver ikke grundlag for at konkludere, at der samlet set for de to grupper (professionsbachelorere i klinisk ernæring og sundhed og kliniske diætister) er ved at ske bevægelser i opgavefordelingen mellem de ernæringsprofessionelle og plejepersonalet. Men der er indikationer på, at dette for diætisternes vedkommende er en bevægelse, der er i gang.

Samtidig er der en række ernæringsrelaterede opgaver, som de ernæringsprofessionelle vurderer at have kompetencerne til at varetage eller bidrage til, men som de ikke udfører i dag. Dette er ofte ernæringsrelaterede opgaver, som aktuelt løses af plejepersonalet, herunder fx opsporing, screening, vurdering, vejledning og ernæringsterapi/diætbehandling, opgaver i forbindelse med sondeernæring mv. Mens de kompetencemæssige forudsætninger til at varetage flere typer opgaver vurderes at være til stede, kan der være andre barrierer, som vanskeliggør, at fx diætister kan varetage flere ernæringsrelaterede opgaver. Her nævner en del respondenter den konkrete aktuelle opgavefordeling som en barriere.<sup>3</sup>

Respondenterne angiver at have en bred og varieret samarbejdsflade med mange forskellige faggrupper. For de kliniske diætisters vedkommende er de primære samarbejdspartnere læger (96 pct.), sygeplejersker (95 pct.) og andre kliniske diætister (86 pct.). Professionsbachelorere i ernæring og sundhed samarbejder i langt højere grad med ernæringsassistenter og andre professionsbachelorere i ernæring og sundhed.

<sup>3</sup> Fra andre sammenhænge, herunder også Kommissionen for Robusthed i Sundhedsvæsenet, er det kendt at også andre barrierer kan være i spil, herunder fx rigide faggruppegrænser, vanskeligheder forbundet med ansvarsoverlevering samt forskellig tilstedeværelse hen over døgn og uge på tværs af de ernæringsprofessionelle og plejepersonalet.

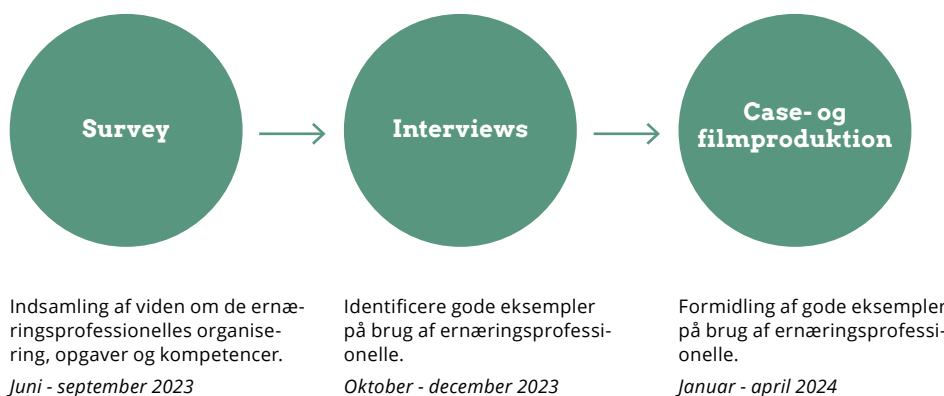
Samlet set er der en udbredt vurdering blandt respondenterne af, at deres kompetencer bringes i spil. Det gælder i meget udtalt grad blandt diætisterne, hvor mere end 90 pct. angiver, at deres kompetencer bringes i spil "i høj grad" eller "i meget høj grad". Modsat angiver over halvdelen af professionsbachelorerne i ernæring og sundhed, særligt gruppen med studieretningen sundhedsfremme og forebyggelse, at deres kompetencer kun "delvist", "i lav grad" eller "slet ikke" bringes i spil. Forklaringen ligger formentlig i, at de ikke oplever at kunne sætte deres kompetencer inden for sundhedsfremme og forebyggelse i spil. Det gælder eksempelvis dem, der angiver, at lave mad og gøre rent.

Respondenterne angiver et behov for yderligere kvalifikationer og kompetencer for at løse deres opgaver. Her fylder særligt yderligere/løbende efteruddannelse, psykologisk indsigt og kvalifikationer samt medicinske kvalifikationer.



# 3 Fremgangsmåde og datagrundlag

Projektet er gennemført i perioden juni 2023 til april 2024. Projektet har været opdelt i tre faser, jf. figuren neden for:



**SURVEY:** Surveyet er gennemført af Kost og Ernæringsforbundet i samarbejde med Danske Regioner. Surveyet er udsendt i juni 2023 til alle professionsbachelorer i ernæring og sundhed (studieretning Sundhedsfremme og Forebyggelse samt studieretning Fødevarer og Ledelse) samt kliniske diætister, der er ansat i regionerne.

Nedenstående tabel viser antal modtagere, besvarelser samt svarprocent.

**Tabel 1: Modtagere, besvarelser og svarprocent**

<b>Antal modtagere af survey</b>	<b>361</b>
Antal surveybesvarelser	202
<i>Kliniske diætister</i>	150
<i>Sundhedsfremme og forebyggelse</i>	30
<i>Fødevarer og ledelse</i>	22
<b>Svarprocent (samlet)</b>	<b>56 pct.</b>

Af de 202 respondenter, som har gennemført surveyet, arbejder 85 pct. inden for det somatiske område, mens 15 pct. arbejder inden for det psykiatriske område.

Hovedparten af respondenterne er således kliniske diætister, som primært arbejder i somatikken. Der er derfor i både denne sammenfatning og i formidlingen af gode eksempler på brug af ernæringsfagligt personale et særligt fokus på diætisterne, ligesom der er en overvægt af cases inden for somatikken.

Denne rapport indeholder en sammenfatning af surveyresultaterne med perspektivering fra interviewene. De komplette surveyresultater kan findes i tabelrapporten, som er vedlagt som bilag 2 til denne sammenfatning.



**INTERVIEWS:** Formålet med projektets anden fase var, med afsæt i surveyet, at identificere gode eksempler på brug af ernæringsfagligt personale på regionernes område. Konkret blev 27 surveyrespondenter på tværs af landet – primært kliniske diætister interviewet med henblik på at få en bedre indsigt i deres opgaver, organisering, samarbejde med øvrige faggrupper m.v. Nogle af de interviewede diætister henviste endvidere til andre diætister, som kunne være potentielle kandidater til formidlingscasene.

Disse fordeler sig hen over regionerne som illustreret ved figuren til højre.

Samtidig var der på tværs af de interviewede stor variation på tværs af specialer, med 10 forskellige specialer repræsenteret.

Interviewene er gennemført virtuelt og varede som udgangspunkt 30-45 minutter. Spørgeguiden kan findes i bilag 1.

Formålene med interviewene var først og fremmest at identificere gode eksempler på, hvordan diætister kan bringes i spil på regionernes område. Samtidig har det relativt omfattende interviewprogram givet et kvalitativt grundlag for fortolkning og perspektivering af surveyresultaterne fra projektets indledende fase. De væsentligste perspektiver og tendenser fra interviewene er således også skrevet frem i denne sammenfatning.

### Regional fordeling

Region Hovedstaden: 10  
Region Sjælland: 5  
Region Midtjylland: 3  
Region Syddanmark: 6  
Region Nordjylland: 3



**FILM- OG CASEPRODUKTION:** I projektets sidste fase blev der udvalgt otte af de 27 interviewede pba. et ønske om at vise forskellige måder, hvorpå diætister kan bringes mere og bedre i spil til at løfte ernærings- og diætbehandlingen, kvaliteten af patientforløbene og bidrage til at reducere manglen på sundhedspersoner på regionens område.

De 8 udvalgte cases blev fulgt op med yderligere interviews – som udgangspunkt af en times varighed – hvor både diætist og repræsentanter fra plejen blev spurgt ind til både organisering, opgaver, samarbejde, m.v.

Casene er formidlet i to film og seks skriftlige casebeskrivelser. Film og cases kan findes på [regionaltarbejdsliv.dk/oevrige-temaer/](http://regionaltarbejdsliv.dk/oevrige-temaer/)

# 4 Sammenfatning af surveyresultaterne

I det følgende fremhæves de væsentligste resultater fra surveyet. Sammenfatningen af resultaterne er bygget op i tre afsnit; organisering (4.1), opgaver og samarbejde (4.2) og kompetencer og kvalifikationer (4.3).

## 4.1 Organisering

Der er forskellige modeller for, hvordan ernæringsfagligt personale er organiseret på sygehusene, og det vil ofte være forskelligt for hhv. diætister, og professionsbachelorer i sundhedsfremme og forebyggelse samt professionsbachelorer i fødevarer og ledelse.

Figuren næste side giver overblik over den organisatoriske forankring af respondenterne fra surveyet fordelt på uddannelsesretning.

De kliniske diætister er oftest ansat i sengeafsnit/klinik, ambulatorier eller ernæringsenheder, mens professionsbachelorerne hovedsageligt er ansat i centralkøkkenerne og/eller kantinerne.

Den konkrete organisering har ofte betydning for ledelsesreferencen. Der er således også forskelle mellem, hvilke faggrupper de ernæringsprofessionelle refererer til som nærmeste leder. I surveyet er følgende de hyppigst angivne svar:

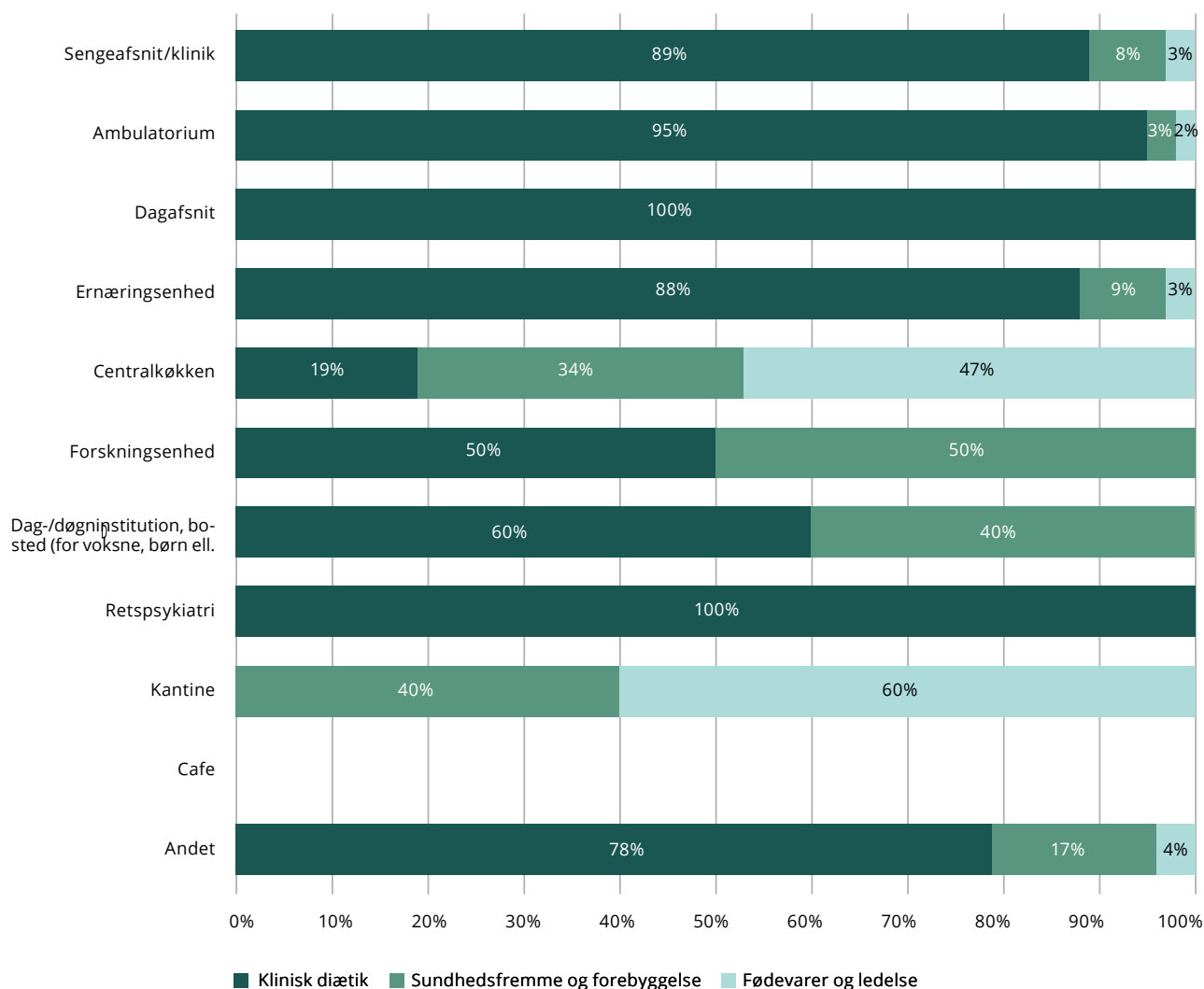
**Tabel 2: Nærmeste leder**

Titel	Andel
Afdelings-, over- eller chefsygeplejerske	34 pct.
Ledende klinisk diætist	18 pct.
Kostfaglig leder, produktionsleder, ernærings- eller køkkenchef	12 pct.
Afdelingsøkonoma, cheføkonoma eller ledende økonoma	8 pct.

*Spørgsmaalsformulering: Hvem refererer du til som nærmeste leder?*



Figur 1: Organisatorisk forankring efter uddannelsesretning



Spørgsmålsformulering: Hvilken enhed er du ansat i?

Samtidig er der en del som har angivet "Anden" (18 pct.) som svar. Disse omfatter bl.a. ledende terapeut, funktionschef/-leder, psykolog, klinisk lærestolsprofessor, leder for stabe og forskning m.m.

Et af de temaer, som ovenstående data illustrerer, er, at der er en betydelig andel af de ernæringsprofessionelle, som refererer til en nærmeste leder med en anden faglig baggrund end deres egen. Dette har også i interviewprogrammet været gennemgående, dog uden at der synes at være konsensus om, hvorvidt det i sig selv er en udfordring. Blandt de interviewede diætister har nogle italesat det som vanskeligt at have en leder med en anden kernefaglighed end sin egen, mens andre har udtrykt at føle sig både forstået og understøttet af ledere uden en ernæringsfaglig uddannelsesbaggrund – oftest i en ledelses-

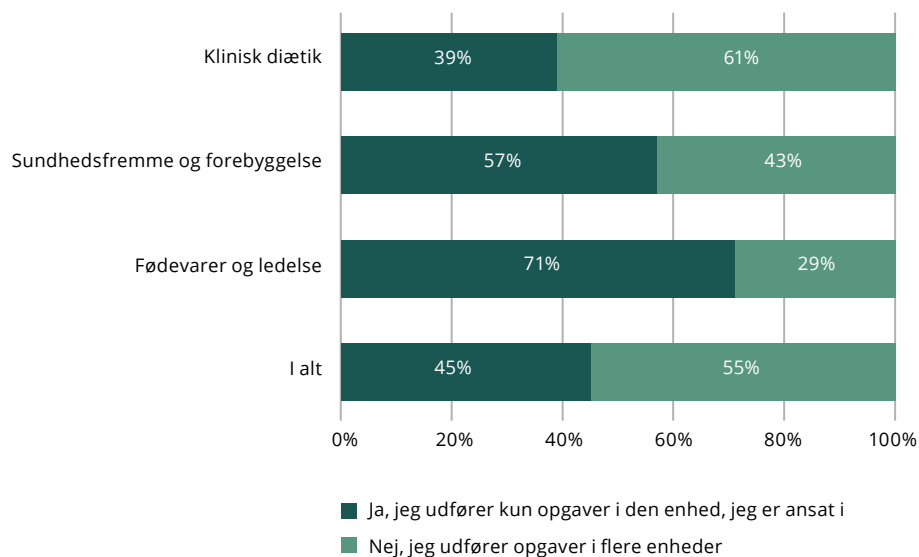
relation med en afdelingssygeplejerske. På det grundlag kunne det tyde på, at det i mindre grad er selve fagligheden af lederen, der er afgørende, men snarere ledelsestilgangen og evnen til at lede tværfagligt.

For flere af de interviewede, som refererer til en afdelings- sygeplejerske, er der arbejdet med at finde andre organisatoriske løsninger på behovet for monofaglig sparring med andre ernæringsprofessionelle. Et godt eksempel på det er, hvor diætisterne både har en daglig leder (oftest sygeplejerske) og en faglig leder (oftest ledende kliniske diætist).

I forlængelse af spørgsmålet om ledelsesreferencen viser svarene på undersøgelsen, at nogle ernæringsprofessionelle primært løser opgaver i den enhed, de er ansat

i, mens andre ofte vil løse opgaver i andre og/eller flere enheder. Her viser surveyet at 55 pct. af respondenterne løser opgaver i flere enheder, dog med variation på tværs af uddannelsesretningerne:

Fig 2. Opgaver i egen eller flere enheder



Spørgsmålsformulering: Udfører du kun opgaver i den enhed, du er ansat i, eller i flere enheder?

Det er især de kliniske diætister, som udfører opgaver i flere enheder (61 pct.), mens det samme er tilfældet for 29 pct. af professionsbachelorerne i fødevarer og ledelse.

Surveyet viser også, at ca. en tredjedel af dem, som udfører opgaver i flere enheder, gør det på geografisk adskilte enheder (fremgår ikke af figuren oven for). Dette er oftere tilfældet inden for psykiatrien, hvor 46 pct. af dem, der løser opgaver i flere afdelinger, gør det på geografisk adskilte matrikler. I somatikken gælder det for 30 pct.

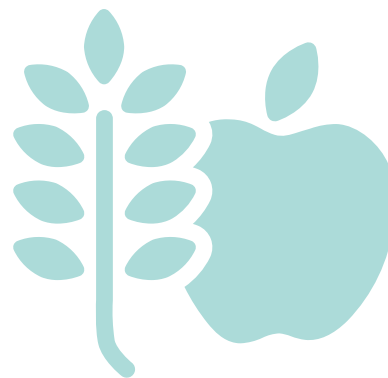
Interviewene med diætister tyder på, at en diætist, der er centralt forankret i en ernæringsenhed, ofte løser opgaver på flere afdelinger. Og at diætister, som er ansat ude på de kliniske afdelinger, ofte løser opgaver alene på én afdeling. Dette er dog ikke uden undtagelse – der er også eksempler på centralt ansatte diætister, som er "allokerede" til bestemte afdelinger og kun løser opgaver der, mens der også fra interviewene har været eksempler på, at diætister ansat på en klinisk afdeling "lånes" ud til andre afdelinger ved behov.

Opsamlende kan det konkluderes, at der for de ernæringsprofessionelle er forskellige organisatoriske konstruktioner, ledelsesmæssige ophæng og organisatoriske placeringer af opgaverne både inden for og på tværs af uddannelsesretningerne. Uagtet den organisatoriske konstruktion – og måske mere væsentligt - har det været et gennemgående indtryk fra interviewene, at der er et stort fokus på skabe en stærk tilknytning mellem de ernæringsprofessionelle og personalet på de afdelinger, hvor de ernæringsprofessionelle løser deres opgaver i. Flere af respondenterne i interviewene giver udtryk for, hvordan stærke relationer faggrupperne imellem kan være understøttende for det tværprofessionelle samarbejde, og at disse relationer "trives" bedst, når der er gensidigt kendskab, synlighed og tryghed mellem faggrupperne.

Det er i interviewene set gode eksempler på arbejdet med dette både i organisatoriske konstruktioner, hvor diætisterne er forankret centralt og decentralt, og casene afspejler også denne variation.

## 4.2 Opgaver og samarbejde

Surveyet giver et indblik i, hvilke opgaver de ernæringsprofessionelle løser. Tabellen neden for giver et overblik over de opgaver, som flest respondenter har angivet at løse i hhv. den afdeling, hvor de er ansat, og i andre afdelinger end den, hvor de er ansat.



**Tabel 3: Hyppigste opgaver fordelt på uddannelse, og om de ligger i egen eller andre afdelinger (tal i pct. angiver andelen af respondenter, som har angivet at løse opgaven)**

Gruppe	Opgaver i egen afdeling	Opgaver i anden afdeling
<b>Diætist</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Individuel vejledning (88 pct.)</li><li>• Ernæringsbehandling / ernæringsterapi, diætvejledning, ernæringsplaner (86pct.)</li><li>• Ernæringsvurdering/ anamnese (83 pct.)</li><li>• Evaluering og opfølgning (82 pct.)</li><li>• Kost-/næringsberegning (75 pct.)</li><li>• Instruktion/undervisning af andre faggrupper (73 pct.)</li><li>• Udarbejder vejledningsmateriale (70 pct.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ernæringsbehandling/ ernæringsterapi - diætvejledning, og -behandling, monitorering, ernæringsplaner (84 pct.)</li><li>• Ernæringsvurdering/ anamnese (78 pct.)</li><li>• Kost-/næringsberegning (76 pct.)</li><li>• Enteral ernæring – vurdering, beregning, tilpasning (73 pct.)</li><li>• Evaluering og opfølgning (72 pct.)</li><li>• Individuel vejledning (71 pct.)</li><li>• Instruktion/undervisning af andre faggrupper (63 pct.)</li></ul>
<b>Sundhedsfremme og forebyggelse</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Egenkontrol/dokumentation (46 pct.)</li><li>• Produktion af mad og måltider (43 pct.)</li><li>• Udarbejder vejledningsmateriale (39 pct.)</li><li>• Andet f.eks. ledelsesopgaver, koordinering, adm. Support (39 pct.)</li><li>• Afrydning – evt. rengøring (32 pct.)</li><li>• Kost-/næringsberegning (32 pct.)</li><li>• Anretning og/eller servering af måltider (29 pct.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Udarbejder vejledningsmateriale (50 pct.)</li><li>• Egenkontrol/dokumentation (42 pct.)</li><li>• Andet f.eks. kvalitetssikring, vagtplanlægger, tovholder, diverse projekter (42 pct.)</li><li>• Kostbestilling herunder diæter, koordinering med madleverandør (33 pct.)</li><li>• Deltager i sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser (33 pct.)</li><li>• Anretning og/eller servering af måltider (33 pct.)</li><li>• Evaluering og opfølgning (33 pct.)</li></ul>
<b>Fødevarer og ledelse</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Produktionsplanlægning (59 pct.)</li><li>• Kvalitetskontrol (59 pct.)</li><li>• Indkøb (55 pct.)</li><li>• Egenkontrol/dokumentation (45 pct.)</li><li>• Instruktion/undervisning af egen faggruppe/ ernæringsprofessionelle (41 pct.)</li><li>• Produktion af mad og måltider (41 pct.)</li><li>• Udarbejder vejledningsmateriale (36 pct.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Instruktion/undervisning af egen faggruppe/ ernæringsprofessionelle (50 pct.)</li><li>• Budget og regnskab (33 pct.)</li><li>• Evaluering og opfølgning (33 pct.)</li><li>• Egenkontrol/dokumentation (33 pct.)</li><li>• Individuel vejledning (33 pct.)</li><li>• Indkøb (33 pct.)</li><li>• Udarbejder vejledningsmateriale (33 pct.)</li></ul>

Spørgsmålsformulering: Hvilke af følgende opgaver udfører du i den enhed, du er ansat i?

// Du har svaret, at du løser opgaver i flere enheder, end hvor du er ansat. Hvilke opgaver løser du i de(n) enhed(er)?

Udover de hyppigst nævnte opgaver, som er oplyst i tabellen forrige side, har respondenterne angivet en lang række yderligere opgaver, som de også løser, og som illustrerer en stor bredde i opgaveporteføljerne. Den komplette liste kan findes i den fulde rapport, som er vedlagt denne sammenfatning som bilag.

Som det ses af tabellen, angiver alle tre grupper – ikke overraskende – at deres primære opgaver ligger inden for ernæringsområdet. Der er altså ikke noget, der tyder på at ernæringsfagligt personale i vid udstrækning anvendes til opgaver uden for deres fagområder. Samme indtryk gør sig også gældende fra interviewprogrammet, hvor de store opgaver, som fyldte hos diætisterne, var klassiske diætetiske opgaver som ernæringsterapi og individuel vejledning, ernæringsvurdering, ernæringsplaner mv.

Respondenterne blev derudover spurgt til, om der er opgaver, som de ikke løser i dag, men som de kunne løse, samt hvordan det – hvis relevant – kunne bidrage til at aflaste plejepersonalet. Tabellen neden for opsummerer de hyppigste svar inden for hver uddannelsesretning:



Med flere diætister ansat på samme afdeling, ville vi kunne stå for ernæringscreening og dermed opspore flere der kunne have behov for planer. Andre ernæringsfaglige fx ernæringsassistenter kunne afhjælpe med anretning og servering, så der var faglighed bag servering og dermed mulighed for at nøde patienterne.

Diætist, surveyrespondent

**Tabel 4: Opgaver som ikke løses, men vurderes at kunne løses**

Kliniske diætister	Sundhedsfremme og forebyggelse	Fødevarer og ledelse
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vejning af patienter</li> <li>• Screene for sacropeni</li> <li>• Ernæringscreening og opsporing af underernæring</li> <li>• Ernæringsindsatser</li> <li>• Sondelanlæggelser og -ernæring</li> <li>• Måling af blodsukker/blodtryk/ temperatur</li> <li>• Kostregistreringsskemaer og væskescore</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beregning og planlægning af næringsstoffer/måltider</li> <li>• Udvikling af menuer, kostkoncepter osv.</li> <li>• Vægtmåling</li> <li>• Vejledning til rygestop</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Økonomistyring, ledelse og økologisk omstilling</li> <li>• Menuplanlægning, kostplanlægning og undervisning</li> <li>• Produktions- og pakningsopgaver samt kommunikation med andet personale</li> </ul>

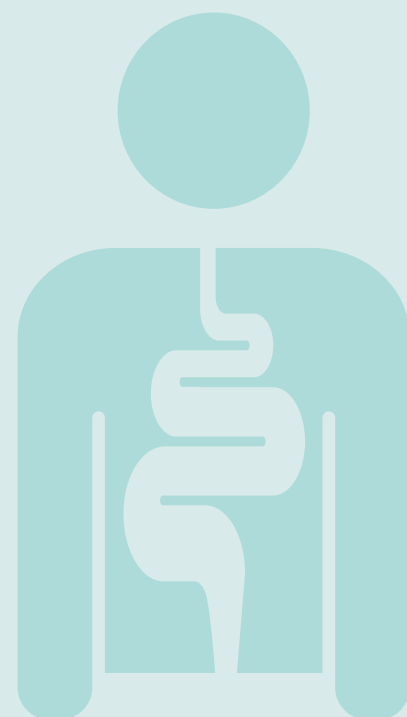
Spørgsmålsformulering: Hvilke typer opgaver kan du udføre udover dine daglige funktioner?

Flere af de opgaver, som de ernæringsprofessionelle fremhæver, de ikke løser, men kan løse, er opgaver, som andre ernæringsprofessionelle almindeligvis løser. Det illustrerer blot, at den konkrete måde at organisere de ernæringsprofessionelles opgaver, kan være forskellig mellem regioner, sygehuse og konkrete afdelinger.

Det er vanskeligt på baggrund af surveydata at konkludere, om der er specifikke opgaver, som de ernæringsprofessionelle generelt set ikke løser i dag, men selv vurderer, at de med fordel kunne løse. Med afsæt i interviewene har det imidlertid været et gennemgående tema, at diætisterne generelt set vurderede, at det ville være hensigtsmæssigt, at de havde en større rolle i opsporingsarbejdet. Dvs. at diætisterne ikke først aktiveres, når plejepersonalet opsporer eller erkender en ernæringsudfordring, men at diætisterne har ansvaret og mulighederne for at screene patienterne for ernæringsudfordringer.

I forbindelse med spørgsmålet om hvorvidt de ernæringsprofessionelle kan varetage andre opgaver end de gør i dag, er det samtidig væsentligt, at mange af respondenterne fremhæver, at det inden for de nuværende ressourcemæssige rammer ikke er muligt at udføre yderligere opgaver. Det illustrerer en væsentlig udfordring; mange diætister – i hvert fald vurderet ud fra datagrundlaget til dette projekt – vurderer, at der er gode muligheder for, at de ernæringsfaglige vil kunne spille en udvidet rolle på sygehuse end tilfældet er i dag. Samtidig er de allerede i dag optaget af deres aktuelle opgaver.

Dette er naturligvis ikke ensbetydende med, at det ikke kan lade sig gøre, at de ernæringsprofessionelle kan spille en mere udvidet rolle på regionernes område end tilfældet er mange steder i dag. Det illustrerer blot, at det kræver ledelse, som leder opgavefordelingen på tværs af faggrupper, og som ønsker at omorganisere og prioritere ernæringsfaglige opgaver endnu højere og derved måske ændre afdelingskultur. Sådanne eksempler vises i de to film og seks cases.



**Ud fra nuværende normering, har jeg ikke tid til at løse yderligere opgaver. Hvis der var mere tid og flere timer, ville jeg kunne bidrage til opsporing, ernæringsrelaterede opgaver og yderligere bidrage ind i den tværprofessionelle sparring.**

Diætist, surveyrespondent

#### 4.2.1 Samarbejde med andre faggrupper

Et velfungerende tværprofessionelt samarbejde er nødvendigt for at skabe gode patientforløb. I surveyet blev respondenterne spurgt til, hvilke faggrupper de samarbejder med. Svarene er gengivet neden for og sorteret ud fra, hvor mange der har angivet at samarbejde med den givne faggruppe.

**Tabel 5: Primære samarbejdspartnere**

Kliniske diætister	Sundhedsfremme og forebyggelse	Fødevarer og ledelse
Læger (96 pct.)	Sygeplejersker (61 pct.)	Ernæringsassistenter (91 pct.)
Sygeplejersker (95 pct.)	Ernæringsassistenter (61 pct.)	PB'ere i Ernæring og Sundhed (91 pct.)
Kliniske diætister (86 pct.)	PB'ere i Ernæring og Sundhed (57 pct.)	Husassistenter (77 pct.)
Sekretærer (68 pct.)	Kliniske diætister (39 pct.)	Økonomaer (64 pct.)
Ergoterapeuter (67 pct.)	Økonomaer (36 pct.)	Kliniske diætister (64 pct.)
Fysioterapeuter (59 pct.)	Kok/cater (32 pct.)	Kok/cater (64 pct.)
SOSU-assistenter/ hjælpere (58 pct.)	SOSU-assistenter/hjælpere (32 pct.)	Serviceassistenter (55 pct.)
Psykologer (41 pct.)	Læger (29 pct.)	Ernærings-/fødevare-/proces teknologer (41 pct.)
Ernæringsassistenter (36 pct.)	Ergoterapeuter (29 pct.)	Sygeplejersker (32 pct.)
Serviceassistenter (31 pct.)	Husassistenter (25 pct.)	Sekretærer (32 pct.)

Spørgsmålsformulering: Hvilke faggrupper samarbejder du med?

For kliniske diætister er det således læger, sygeplejersker og andre kliniske diætister, der er de faggrupper, som flest samarbejder med, mens det for professionsbachelorerne bl.a. er sygeplejersker, ernæringsassistenter og andre professionsbachelorere i ernæring og sundhed.

En af de væsentlige samarbejdsflader, som har fyldt meget i interviewene til denne analyse, samt i det kvalitative grundlag til analyserne for både Robusthedskommissionen og partnerskabet mellem Danske Regioner og de faglige organisationer på sygehusområdet, er samarbejdet mellem plejen (sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter) og diætisterne (og øvrige faggrupper med delvist overlappende opgaver med plejen). Netop denne samarbejdsflade er særligt væsentlig set i lyset af den aktuelle mangel på plejepersonale. For diætisterne specifikt er denne samarbejdsflade yderligere væsentlig, fordi der er en nogle ernæringsrelaterede opgaver som både kan løses af diætister og af sygeplejepersonalet.

Det giver anledning til overvejelser om, hvordan man som afdeling – og sundhedsvæsen i øvrigt – bedst fordeler og samarbejder om opgaverne mellem faggrupperne.

Mange af de diætister, som har været interviewet, argumenterer for, at der er særligt to primære grunde til, at diætisterne kan bidrage til at løfte kvaliteten på sygehuse:

- **Ernæringsmæssigt fokus:** For plejepersonalet er ernæring én af mange vigtige opgaver som plejepersonalet hele tiden skal være opmærksomme på. Det kan indebære en risiko for, at plejepersonalets fokus på patientens ernæringstilstand bliver overskygget af, at plejepersonalet skal have fokus på mange andre mere plejefaglige opgaver.
- **Specialiseret kompetence:** De ernæringsprofessionelle har, i kraft af både uddannelse og erfaring, en mere specialiseret viden om ernæringsbehandling og -indsatser, som i et stadig mere specialiseret sundhedsvæsen og en stigning i antallet af patienter med flere diagnoser, bliver nødvendig for at kunne give den korrekte ernæringsterapi.



Herudover italesætter flere af diætisterne i interviewene, at det ligeledes har positiv effekt på kvaliteten, at diætisterne bidrager til at afhjælpe manglen på plejepersonale. Når diætister varetager ernæringsopgaver, frigiver det tid hos plejepersonalet, som kan fokusere på andre opgaver, samtidig med at ernæringsopgaverne løses på specialistniveau.

Der har i forbindelse med udarbejdelsen af både film og casebeskrivelser været interviews med samarbejdspartnere blandt både læger og sygeplejersker. De udtrykker, at det har skabt værdi at sikre det ernæringsmæssige fokus, og at den specialiserede ernæringskompetence også i vid udstrækning ræsonnerer hos dem. Der kan derfor være gode grunde til at tænke det ernæringsfaglige personale ind i opgaveløsningen i højere grad end tilfældet måske er i dag.

Surveyet giver endvidere et indblik i de ændringer i opgavefordelingen mellem de ernæringsprofessionelle og plejepersonalet, der har fundet sted de seneste år. Konkret blev respondenterne i surveyet spurgt om (i) de udfører faste opgaver, som tidligere blev varetaget af plejen og (ii) om personalet i plejen udfører faste opgaver som tidligere blev varetaget af ernæringsfaglige.

Nedenstående skema viser andelen af respondenterne der har svaret "ja" til spørgsmålene, fordelt på uddannelsesretninger.

**Table 6: Bevægelser i opgavefordelingen mellem de ernæringsprofessionelle og plejen**

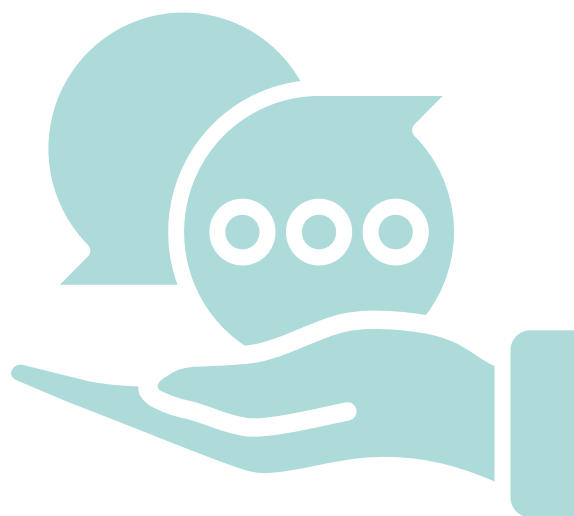
	<i>Udfører du faste opgaver, som tidligere blev varetaget af plejen?</i>	<i>Udfører personalet i plejen faste opgaver, som tidligere blev varetaget af ernæringsfaglige?</i>
Alle besvarelser	12 pct.	10 pct.
Kliniske diætister	15 pct.	10 pct.
Sundhedsfremme og forebyggelse	9 pct.	5 pct.
Fødevarer og ledelse	5 pct.	15 pct.

Der er også en tendens til, at der er lidt større bevægelser i opgavefordelingen inden for psykiatrien end somatikken (fremgår ikke ovenfor). Dette skal dog tolkes i lyset af, at antallet af surveyrespondenter som arbejder inden for psykiatrien er begrænset (n=30).

Mht. opgaver som tidligere blev varetaget af plejen, er der eksempelvis tale om ernæringscreening, kostregistrering/vurdering, madbestilling, servering af måltider, måltidsstøtte, spisetræning, vejning af patienter, gennemgang af blodprøvesvar, bestille / give sondeprodukter m.m.

Mht. opgaver som tidligere blev varetaget af ernæringsfaglige, men nu varetages af plejen, er der eksempelvis tale om bestilling af mad og servering af måltider, planlægning af måltider, lave sondeernæringsplaner, kostvejledning, kostberegning, spisetræning, ernæringsvejledning og diætbehandling af patienter, vejledning om vægttab, sondeberegninger, kvalitetskontrol af screening og registrering samt øvrige diætiske opgaver.

I læsningen af ovenstående skal man være opmærksom på, at udgangspunktet for hvilke opgaver, der løses af hhv. ernæringsfagligt personale og pleje kan være forskelligt på tværs af afdelinger. Nogle steder kan man aktuelt være i gang med at overdrage de samme opgaver fra plejen til ernæringsfagligt personale som ernæringsfagligt personale har løst de seneste mange år på andre afdelinger. Derfor er det måske i højere grad *bevægelserne* i opgavefordelingen mellem ernæringsfagligt personale og plejepersonale, der er interessante, end det er de konkrete eksempler på opgaver, der løses af hhv. den ene eller anden faggruppe.



Det er vanskeligt at konkludere alene ud fra surveyet, om der samlet set er sket en bevægelse i retning af, at ernæringsfagligt personale løser flere opgaver, som plejen tidligere har løst end omvendt. Det er dog værd at bemærke, at det for diætisternes vedkommende er 15 pct., der angiver, at de løser opgaver, som plejen tidligere løste, mens kun 10 pct. angiver det omvendte. Tilsvarende for professionsbachelorere i sundhedsfremme og forebyggelse, hvor 9 pct. angiver, at de løser opgaver, som plejen tidligere løste, mens kun 5 pct. angiver det omvendte. Det kunne indikere, at der måske er ved at ske en bevægelse inden for disse grupper (som dog i nogen grad modsvares af den omvendte bevægelse for professionsbachelorere i fødevarer og ledelse).

Hvis der kigges på det bredere kvalitative grundlag, både specifikt for denne analyse, det analytiske grundlag for Robusthedskommissionens anbefalinger samt analyse for partnerskab mellem Danske Regioner og de faglige organisationer på sygehusområdet, er følgende tydeligt: Der er en udbredt erkendelse blandt både ledere og medarbejdere på tværs af faggrupperne af, at manglen på plejepersonale er en varig udfordring, som blandt andet skal løses ved at inddrage flere faggrupper i opgaveløsningen. Det gælder også ernæringsfagligt uddannet personale. Samtidig er der hos de ernæringsprofessionelle – og i øvrigt også en række andre faggrupper som terapeuter, farmakonomer, mv. - en udbredt oplevelse og vurdering af, at kunne bidrage til i regionerne at løse opgaver inden for deres fagområde og dermed aflaste manglen på plejepersonale.

På trods af dette er der imidlertid noget der tyder på at omstillingen mod en mere tværfaglig opgaveløsning fortsat er kompleks. Det hænger ikke kun sammen med de allerede nævnte ressourcemæssige udfordringer. I forbindelse med udarbejdelse af det analytiske grundlag for Robusthedskommissionens anbefalinger samt analyse for partnerskab mellem Danske Regioner og de faglige organisationer på sygehusområdet var det en gennemgående vurdering blandt mange af de ledere og medarbejdere fra forskellige faggrupper, som er blevet interviewet, at der kan være relativt faste faggruppegrænser, som i højere grad er defineret af vane og fagtradition end af kompetencebehov.

Et af de interessante perspektiver på denne barriere, som er kommet frem gennem interviewrunden i denne undersøgelse er, at der blandt de identificerede gode eksempler på brug af diætister, ofte har været en indledningsvis "modstand" eller skepsis over for, om dét at bringe ernæringsfagligt personale ind på en afdeling, er den mest optimale brug af knappe ressourcer. Denne indledende skepsis er i langt de fleste cases blevet afløst af tryghed ved, at det ernæringsfaglige personale reelt kan løfte de ernæringsrelaterede opgaver – og også på et højere niveau end plejepersonalet selv måske ville kunne, givet bredden af deres opgaveportefølje og deres ernæringsfaglige kompetencer. Alene det, at det er en gennemgående oplevelse, at skepsis afløses af tryghed, i de gode eksempler, der er identificeret i dette projekt, illustrerer også, at en væsentlig del af barrieren kan handle om manglende kendskab til det ernæringsprofessionelles kompetencer og dermed også manglende tryghed ved, at de "overtager" opgaverne.



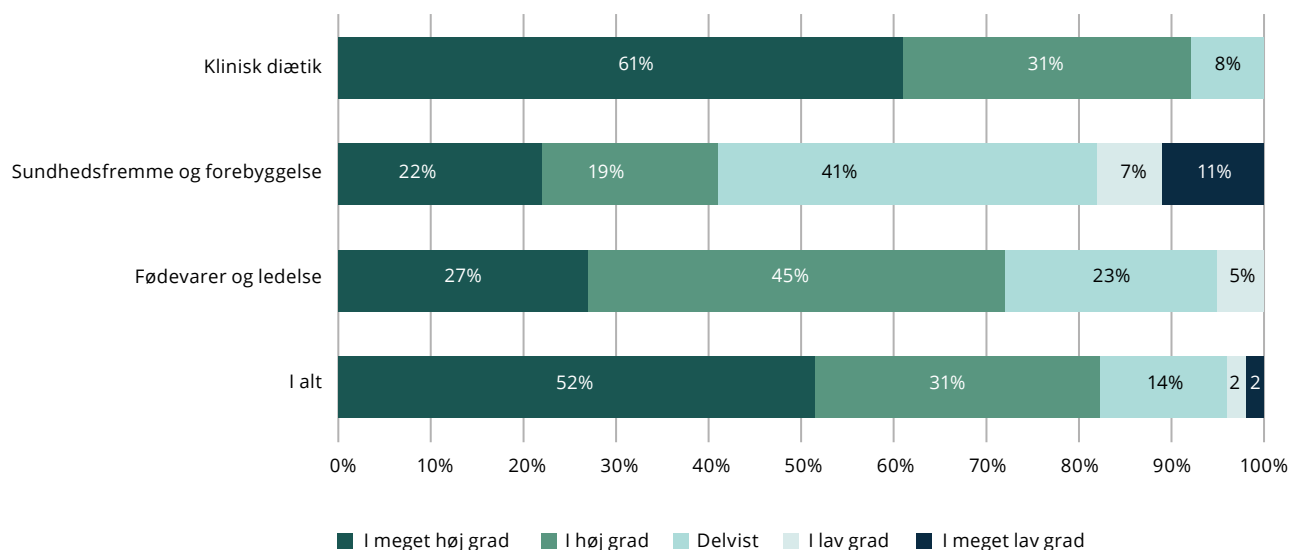
**Sygeplejersker bruger i nogle ambulatorier forholdsvis meget tid på information omkring ernæring. Hvis diætister kunne overtage den del, vil der kunne frigives mere tid til de kerneopgaver, der er tilknyttet sygeplejen.**

Diætist, surveyrespondent

### 4.3 Kompetencer og kvalifikationer

De opgaver de ernæringsprofessionelle løser og kan løse, hænger uløseligt sammen med de kompetencer de har og kan oplæres til. I surveyet er respondenterne blevet spurgt til, om de vurderer, at deres kvalifikationer og kompetencer som uddannet ernæringsprofessionel bringes i spil.

Fig 3. Bringes de ernæringsfaglige enheder i spil



Spørgsmålsformulering: I hvor høj grad bliver dine kvalifikationer og kompetencer som uddannet ernæringsprofessionel bragt i spil?

Det generelle billede viser, at over 80 pct. af respondenterne selv vurderer, at deres kvalifikationer og kompetencer "i høj grad" eller "i meget høj grad" kommer i spil. Betragtes skalaen numerisk, hvor "slet ikke" svarer til 1 og "i meget høj grad" til 5, ligger gennemsnittet for de 196 respondenter, der har afgivet svar på spørgsmålet, på 4,3.

Der er nogen variation mellem uddannelsesretningerne, hvor særligt diætisternes svar er særdeles positive, med over 90 pct. af respondenterne som angiver, at deres kompetencer "i høj grad" eller "i meget høj grad" bringes i spil. Det svarer på en numerisk skala til et gennemsnit på 4,5, mens de tilsvarende gennemsnit for professionsbachelorer i fødevarer og ledelse og sundhedsfremme og forebyggelse er hhv. 4,0 og 3,3.

Respondenterne er herudover blevet spurgt til deres egen vurdering af, på hvilke områder de mangler yderligere opkvalificering. Svarene er givet som fritekst. Grupperes disse, er følgende svar de mest hyppige:

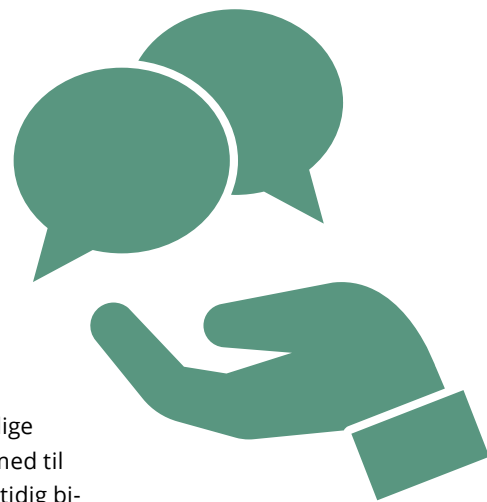
- Yderligere / løbende efteruddannelse (19 respondenter)
- Psykologisk indsigt og kvalifikationer (10 respondenter)
- Medicinske kvalifikationer (5 respondenter)
- Ledelsesmæssige kompetencer (ledelse, styring og konflikthåndtering) (4 respondenter)
- System og produktion (4 respondenter)
- Diabetes og insulin (3 respondenter)
- Pædagogiske kompetencer (3 respondenter)
- IT-kvalifikationer og kompetencer (3 respondenter)
- Projektarbejde og projektledelse, LEAN (2 respondenter)

Indtrykket fra interviewprogrammet er samlet set, at diætisterne vurderer sig kvalificerede til de opgaver, de løser og som efterspørges af afdelingerne. Det samme indtryk gør sig gældende fra de interviews, der har været med både plejepersonale og læger ifm. udarbejdelse af cases. Dette harmonerer med data fra surveyet som viser, at de kliniske diætister i høj grad vurderer, at deres kompetencer som ernæringsprofessionelle bringes i spil.

Der har dog i interviewprogrammet været ét enkelt kompetenceudviklingsbehov, som har været drøftet af flere diætister. Det handler om oplæring til at varetage opgaver omkring sondeernæring. Her har indtrykket fra flere af diætisterne dog været, at det vil være en overkommelig oplæring af en autoriseret diætist, der skulle til, for at klæde dem på til sondeopgaverne.



# 5 Konklusion



Ernæringsprofessionelle, som indgår i den tværfaglige opgaveløsning i det regionale sundhedsvæsen, er med til at løfte kvaliteten af behandlingsforløb og kan samtidig bidrage til at afhjælpe mangel på øvrigt sundhedspersonale.

Det fremgår af grundlaget til dette projekt. Det fremgår også af det analytiske grundlag for Robusthedskommissionens anbefalinger samt af analysen for partnerskab mellem Danske Regioner og de faglige organisationer på sygehusområdet, der peger på, at der er en erkendelse blandt både ledere og medarbejdere på tværs af faggrupperne af, at der er mulighed for at inddrage flere faggrupper i opgaveløsningen, herunder også ernæringsfagligt uddannet personale. Samtidig er der hos de ernæringsprofessionelle en oplevelse og vurdering af at kunne bidrage til i regionerne at løse opgaver inden for en bred opgaveportefølje og dermed bidrage til at afhjælpe mangel på øvrigt sundhedspersonale.

En omstilling mod en mere tværfaglig opgaveløsning kræver en indsats. Den hænger, udover eventuelle ressourcemæssige barrierer, bl.a. sammen med, at der kan være relativt faste faggruppegrænser, som i visse tilfælde kan være defineret af vane og fagtradition udover eventuelle kompetencebehov.

Dette projekt har vist, at der kan være en indledningsvis "barriere" over for at bringe ernæringsfagligt uddannet personale ind på en afdeling, selvom det kan være en optimal brug af ressourcer. En sådan skepsis bliver i de fleste cases afløst af tryghed ved, at det ernæringsfaglige personale kan løfte de ernæringsrelaterede opgaver på højt fagligt niveau, som også er med til at løfte ernæringsfokus blandt det øvrige personale, og dermed understøtte gode patientforløb. Det illustrerer, at en væsentlig del af barrieren kan handle om manglende kendskab til de ernæringsprofessionelles kompetencer. Bliver der øget kendskab til de ernæringsfagliges kompetencer, peger projektet således på, at der kan skabes yderligere tryghed ved, at de bidrager til kerneopgaverne.

