

Ernæring

- KOL, HJERTE-KARSYGDOM,
GENOPTRÆNING OG STRESS



TITEL

Indledning.....	3
Formål.....	3
Ansvarsfordeling mellem leder og medarbejder.....	3
Målgruppe	3
Problemstilling.....	3
Indsatsen	4
Målgruppe	4
Formål.....	4
Indhold.....	6
Format, omfang og varighed	8
Sygdomsspecifikke hensyn	11
Afslutning af indsatsen og slutnotat.....	12
Genhenvisioning.....	12
Registrering, monitorering og kvalitetssikring	12
Kompetencer	12
Litteraturliste	13
Bilag	14
Bilag 1: Baggrundsviden	14
Bilag 2: Sundhedspædagogisk tilgang	15

Fagligt ansvarlig: Sofie Juul
E-mail: er3k@suf.kk.dk
Telefon: 51 62 59 92
Afdeling: Afdeling for Det Nære Sundhedsvæsen
Center: Center for Sundhed

Oprettet: Maj 2014
Opdateret: September 2017
Gældende til: September 2018
Version: 3.0
E-doc: 2016-0267494-11

Indledning

Formål

I denne faglige vejledning finder du retningslinjer for, hvordan ernæringsindsatsen skal foregå i sundhedshusene. Formålet med vejledningen er at sikre, at tilbuddet om en ernæringsindsats til borgere med KOL eller hjerte-karsygdom, borgere i genoptræningsforløb samt borgere i stressforløb bliver tilrettelagt ud fra nyeste viden, herunder gældende anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen (1) og bedste praksiserfaringer.

Udover denne vejledning findes der seks andre faglige vejledninger omhandlende de forebyggende tilbud i sundhedshusene og vurdering af behovet for disse tilbud. Du skal orientere dig i disse vejledninger, hvis du skal udføre 'Samtaler i rehabiliteringsforløb' og 'Samtale om forebyggende indsatser' eller tilbyde forebyggelsestilbud til borgere. De seks andre vejledninger er:

- **Samtaler i rehabiliteringsforløb** (inkl. indledende vurdering af behov for tilbud): Gælder for borgere med KOL eller hjerte-karsygdom
- **Samtale om forebyggende indsatser** (indledende vurdering af behov for tilbud): Gælder for borgere i genoptrænings¹ - eller stressforløb
- **Forebyggende samtale om alkohol**: Gælder for borgere med KOL eller hjerte-karsygdom og borgere i genoptrænings- eller stressforløb
- **Rygestop**: Gælder for borgere med KOL, hjerte-karsygdom eller diabetes og borgere i genoptrænings- eller stressforløb
- **Fysisk træning**: Gælder for borgere med KOL eller hjerte-karsygdom
- **Sygdomsmestring**: Gælder for borgere med KOL eller hjerte-karsygdom

Ansvarsfordeling mellem leder og medarbejder

Ledelsen i hvert sundhedshus er ansvarlig for, at medarbejderne er bekendte med gældende vejledning. De medarbejdere i sundhedshusene, som varetager tilbuddet om en ernæringsindsats, er ansvarlige for, at tilbuddet udføres efter denne vejledning.

Målgruppe

Vejledningen henvender sig til ledelsen i hvert sundhedshus samt de medarbejdere i husene, som arbejder med tilbuddet om en ernæringsindsats til borgere med KOL eller hjerte-karsygdom, borgere i genoptræningsforløb samt borgere i stressforløb.

Problemstilling

En ernæringsindsats er et af de forebyggende tilbud, som Københavns Kommune kan tilbyde borgere i sundhedshusene med KOL eller hjerte-karsygdom, borgere i genoptræningsforløb samt borgere i stressforløb².

¹ Borgere i genoptræningsforløb inkluderer borgere, som er: 1) henvist med en genoptræningsplan efter sundhedsloven §140, 2) visiteret til genoptræning efter serviceloven §86,1, 3) lægehenviste med ryg- og nakkeproblemer og 4) GLAD borgere (Godt Liv med Artrose).

En ernæringsindsats dækker over tilbud om diætbehandling samt praktisk madlavning. Praktisk madlavning kan enten tilbydes i kombination med diætbehandling eller som et enkeltstående tilbud.

For borgere med KOL eller hjerte-karsygdom gælder det, at tilbuddet om en ernæringsindsats kan tildeles i den afklarende samtale eller undervejs i borgerens forløb. For borgere i genoptræningsforløb og borgere i stressforløb gælder det, at tilbuddet om en ernæringsindsats kan tildeles på baggrund af en indledende vurdering ved Samtalen om forebyggende indsatser.

Indsatsen

Målgruppe

Målgruppen for ernæringsindsatsen i sundhedshusene er:

- Borgere med KOL eller hjerte-karsygdom, som er henvist til et rehabiliteringsforløb (jf. forløbsprogrammerne), og som ud fra en sundhedsfaglig vurdering i kombination med borgerens egne behov og ønsker har gavn af en ernæringsindsats (se figur 1a nedenfor)
- Borgere i genoptræningsforløb, hvis ernæringstilstand har betydning for borgerens fysiske og psykiske velvære på længere sigt eller har betydning for deres genoptræningsforløb. (se figur 1b og 1c nedenfor). Borgere i genoptræningsforløb er i denne vejledning opdelt i følgende grupper:
 - Geriatiske borgere i genoptræningsforløb³
 - Øvrige borgere i genoptræningsforløb
- Borgere i stressforløb, hvis ernæringstilstand har betydning for deres forløb (se figur 1d nedenfor)

Snitflade til andre enheder i Københavns Kommune

Borgere i ernæringsmæssig risiko

Geriatriske borgere med lav BMI eller uplanlagt vægttab, som på baggrund af en indledende vurdering ved Samtalen om forebyggende indsatser henvises til en ernæringsindsats i sundhedshusene, men som ved en nærmere screening i diætbehandlingsforløbet (se afsnit om 'indhold') viser sig at være i ernæringsmæssig risiko⁴, henvises via sygeplejekoordinatorer til et tilbud om ernæringsterapi i hjemmesygeplejen. Borgerens egen læge informeres via epikrise. Borgeren kan i særlige tilfælde, fx ved meget lav BMI eller markant uplanlagt vægttab, opstartes i et forløb i sundhedshusene i tæt dialog med hjemmesygeplejen. Herefter overtager hjemmesygeplejen borgerens forløb, idet borgere i ernæringsmæssig risiko med fordel kan tilbydes en længerevarende ernæringsindsats af minimum tre måneders varighed (2). I disse tilfælde er det vigtigt, at borgerens egen læge er involveret, idet uplanlagt vægttab kan være tegn på alvorlig sygdom.

Formål

Det overordnede formål med ernæringsindsatsen er at hjælpe borgeren til at opnå en bevidsthed om egne kostvaner og få en forståelse for de for borgeren relevante og gældende ernæringsprincipper. Sundhedshusene skal understøtte, at borgeren på baggrund af relevant viden får øget handlekompetence i

² Indsatsen til borgere i stressforløb skiller sig ud derved, at den på nuværende tidspunkt betragtes som et projekt, hvis resultater vil blive fulgt frem mod første revidering af nærværende vejledning med henblik på rent fagligt at vurdere effekten af en ernæringsindsats for borgere i stressforløb.

³ Gruppen af geriatiske borgere udgør en gruppe af svækkede, ældre borgere med komplekse, aldersrelaterede sygdomme.

⁴ Borgere i ernæringsmæssig risiko er borgere, hvor det fysiske, psykiske og sociale funktionsniveau er påvirket eller kan påvirkes, hvis ikke vægten og appetitten stabiliseres eller forbedres.

forhold til kost og kostsammensætning. Dette kan bl.a. komme til udtryk ved, at borgeren efter endt forløb kan træffe realistiske og hensigtsmæssige valg i henhold til mad og måltidsvaner.

Kriterier og delformål

Nedenstående figurer skitserer kriterierne for tildeling af – samt delformål med - tilbuddet om en ernæringsindsats i henhold til de enkelte forløb i sundhedshusene:

ERNÆRINGS-INDSATS	Kriterier	Formål
KOL eller hjerte-karsygdom	<p>Tilbuddet kan tildeles, hvis borgeren er henvist til et rehabiliteringsforløb (jf. forløbsprogrammerne). Det er borgerens ønsker og behov i kombination med en sundhedsfaglig vurdering samt oplysninger i henvisningen, der er afgørende for, om borgeren bliver tilbudt en ernæringsindsats.</p> <p>For denne gruppe dækker en ernæringsindsats over tilbud om:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diætbehandling • Praktisk madlavning 	<p>Formålet med en ernæringsindsats for disse borgergrupper er:</p> <ul style="list-style-type: none"> - At borgeren opnår viden om kostens betydning for KOL eller hjerte-karsygdommen - At understøtte borgeren i at øge vedkommendes handlekompetence med henblik på at træffe realistiske og hensigtsmæssige valg i hverdagen vedr. mad og måltider

Figur 1a: Borgere med KOL eller hjerte-karsygdom

ERNÆRINGS-INDSATS	Kriterier	Formål
Genoptræning	<p>En ernæringsindsats kan tildeles, hvis borgeren er overvægtig (dvs. BMI \geq 30), undervægtig (dvs. BMI $<$ 18,5) eller har uplanlagt vægttab (3).</p> <p>Tilbuddet kan tildeles gruppen, hvis borgerens ernæringsproblematik vurderes at kunne have betydning for borgerens fysiske og psykiske velvære på længere sigt, herunder at medføre øget risiko for udvikling af livstilssygdomme, eller hvis ernæringsproblematikken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Har en betydning for borgerens udbytte af genoptræningsforløbet - Er en hindring for genoptræningsforløbet - Har en betydning for fremmøde, deltagelse og/eller gennemførelse i forbindelse med genoptræningsforløbet - Er en medvirkende årsag til borgerens behov for et genoptræningsforløb <p>For denne gruppe dækker en ernæringsindsats over tilbud om:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diætbehandling • Praktisk madlavning 	<p>Formålet med en ernæringsindsats for denne borgergruppe er at forbedre borgerens ernæringsmæssige tilstand med henblik på:</p> <ul style="list-style-type: none"> - At borgeren får redskaber og viden, som kan bruges til at styrke sundhedstilstanden, herunder både det fysiske og psykiske velvære - At forebygge livstilssygdomme - At borgeren får de bedste mulige forudsætninger for at deltage i og gennemføre genoptræningen samt størst muligt udbytte af genoptræningen - At forebygge genhenvielse til sundhedshusene

Figur 1b: Borgere i genoptræning

ERNÆRINGS-INDSATS	Kriterier	Formål
Geriatriske borgere i	En ernæringsindsats kan tildeles, hvis borgeren er overvægtig (dvs. BMI \geq 30), undervægtig (dvs. BMI $<$	Formålet med en ernæringsindsats for denne borgergruppe er at forbedre

Fagligt ansvarlig: Sofie Juul
E-mail: er3k@suf.kk.dk
Telefon: 51 62 59 92
Afdeling: Afdeling for Det Nære Sundhedsvæsen
Center: Center for Sundhed

Oprettet: Maj 2014
Opdateret: September 2017
Gældende til: September 2018
Version: 3.0
E-doc: 2016-0267494-11

genoptræning	<p>20,5) eller har uplanlagt vægttab.</p> <p>Tilbuddet kan tildeles gruppen, hvis borgerens ernæringsproblematik vurderes at kunne have betydning for borgerens fysiske og psykiske velvære på længere sigt, herunder at medføre øget risiko for udvikling af livsstilssygdomme, eller hvis ernæringsproblematikken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Har en betydning for borgerens udbytte af genoptræningsforløbet - Er en hindring for genoptræningsforløbet - Har en betydning for fremmøde, deltagelse og/eller gennemførelse i forbindelse med genoptræningsforløbet - Er en medvirkende årsag til borgerens behov for et genoptræningsforløb <p>For denne gruppe dækker en ernæringsindsats over tilbud om:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diætbehandling • Praktisk madlavning 	<p>borgerens ernæringsmæssige tilstand med henblik på:</p> <ul style="list-style-type: none"> - At borgeren får redskaber og viden, som kan bruges til at styrke sundhedstilstanden, herunder både det fysiske og psykiske velvære - At forebygge livsstilssygdomme - At borgeren får de bedst mulige forudsætninger for at deltage i og gennemføre genoptræningen samt størst muligt udbytte af genoptræningen - At forebygge genhenvielse til sundhedshusene
---------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Figur 1c: Geriatrike borgere i genoptræning

ERNÆRINGS-INDSATS	Kriterier	Formål
Stress	<p>En ernæringsindsats kan tildeles, hvis borgeren er overvægtig (dvs. BMI \geq 30) eller undervægtig (dvs. BMI $<$ 18,5) eller har uplanlagt vægttab.</p> <p>Tilbuddet kan tildeles gruppen, hvis borgerens ernæringsproblematik vurderes at kunne have betydning for borgerens fysiske og psykiske velvære på længere sigt, herunder at medføre øget risiko for udvikling af livsstilssygdomme, eller hvis ernæringsproblematikken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Har en betydning for borgerens udbytte af stressforløbet - Er en hindring for stressforløbet - Har en betydning for fremmøde, deltagelse og/eller gennemførelse i forbindelse med stressforløbet - Er en medvirkende årsag til borgerens behov for et stressforløb <p>For denne gruppe dækker en ernæringsindsats over tilbud om:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diætbehandling 	<p>Formålet med en ernæringsindsats for denne borgergruppe er at forbedre borgerens ernæringsmæssige tilstand med henblik på:</p> <ul style="list-style-type: none"> - At borgeren får redskaber og viden, som kan bruges til at styrke sundhedstilstanden, herunder både det fysiske og psykiske velvære - At forebygge livsstilssygdomme - At borgeren får de bedst mulige forudsætninger for at deltage i og gennemføre stressforløbet samt størst muligt udbytte af forløbet - At forebygge genhenvielse til sundhedshusene

Figur 1d: Borgere i stressforløb

Indhold

Som det ses af ovenstående figurer, består ernæringsindsatsen i sundhedshusene overordnet af to tilbud:

- Diætbehandling, individuel og holdbaseret
- Praktisk madlavning

Fagligt ansvarlig: Sofie Juul
E-mail: er3k@suf.kk.dk
Telefon: 51 62 59 92
Afdeling: Afdeling for Det Nære Sundhedsvæsen
Center: Center for Sundhed

Oprettet: Maj 2014
Opdateret: September 2017
Gældende til: September 2018
Version: 3.0
E-doc: 2016-0267494-11

I de følgende afsnit beskrives de enkelte tilbud, herunder det nærmere indhold samt målsætning i henhold til diætbehandling og praktisk madlavning. I den efterfølgende skematiske oversigt gives et overblik over de enkelte indsatsers omfang og format i henhold til de enkelte forløb i sundhedshusene.

Diætbehandling

Der gives diætvejledning⁵ i henhold til FaKD's rammeplaner (4), 'Anbefalinger for den danske institutionskost' (5) og 'Den Nationale Kosthåndbog' (6).

Indholdselementer ved individuel diætbehandling

Tilbuddet dækker over individuel diætbehandling målrettet den enkelte borgers behov.

Diætbehandling omfatter først og fremmest en ernæringscreening, herunder:

- Beregning og vurdering af BMI
- Vægtændring
- Nyligt kostindtag
- Kostanamnese

Endvidere omfatter indsatsen vurdering af behov og udarbejdelse af ernæringsplan, diætvejledning, løbende monitorering og evaluering samt opfølgning og evt. revidering af ernæringsplan.

Ernæringsplanen fastlægger en hensigtsmæssig kostsammensætning, der evt. suppleres med ernæringsdrikke.

Indholdselementer ved holdbaseret diætbehandling

Tilbuddet dækker over diætbehandling målrettet borgere i gruppeforløb.

Gruppebaseret diætbehandling omfatter:

- Beregning og vurdering af BMI
- Vægtkontrol
- Gruppesamtaler

Endvidere omfatter indsatsen vurdering af behov, løbende monitorering og evaluering.

I begyndelsen vil diætistens rolle være diætvejledende, som gennem forløbet sandsynligvis vil udvikle sig til en mere konsulterende rolle, når gruppen involveres aktivt i forløbet.

For både den individuelle og gruppebaserede diætbehandling gælder det, at borgeren involveres aktivt i processen, afhængigt af borgerens ernærings- og helbredsmæssige status og under hensyntagen til fysiske, sociale, mentale og sproglige udfordringer (se mere om tilgangen til borgeren i bilag 2 om sundhedspædagogik).

Målsætning

Målet med diætbehandling er:

⁵ Der tages i forbindelse med diætbehandling højde for allerede oplyst medicin og blodprøveresultater.

- At styrke borgerens vidensniveau og sikre forståelse af kostens betydning for at forebygge dels forværring af borgerens helbredsstatus og komplikationer til denne, dels opståen af (ny) kostrelateret livsstilssygdom
- At afdække og styrke borgerens motivation og handlekompetence til ændringer i mad- og måltidsvaner
- At sikre, at borgeren reflekterer over egne mad- og måltidsvaner i relation til både fakta og borgerens egne værdier, mål og muligheder og foretager realistiske vaneændringer på baggrund heraf
- At støtte borgeren i at prioritere og sætte mål for egen indsats i forhold til ændringer i mad- og måltidsvaner
- At støtte borgeren i at vedligeholde opnåede ændringer af mad- og måltidsvaner

Praktisk madlavning

Praktisk madlavning anvendes enten som enkeltstående tilbud eller som et supplerende tilbud til diætbehandling.

Indholdselementer

Ved praktisk madlavning er målet at øge borgerens handlekompetence samt mulighed for at efterleve gældende ernæringsmæssige anbefalinger. Indholdet i den praktiske madlavning tilpasses efter deltagerantal og målgruppe.

Hver madlavningssession kan fx indeholde:

- Gennemgang af teori i forhold til konkrete, relevante emner og diagnoser
- Gennemgang af opskrifter
- Tilberedning af mad
- Fællesspisning samt vurdering af resultatet af dagens session
- Oprydning og opvask

Målsætning

Målet med praktisk madlavning på hold er:

- At borgeren får inspiration til tilberedning og sammensætning af hensigtsmæssige måltider med afsæt i vedkommendes diagnose og ernæringsstatus
- At borgeren får praktisk erfaring med at tilberede mere hensigtsmæssig mad
- At skabe ramme for indlæring ved at arbejde med nye kostvaner i praksis

Format, omfang og varighed

Nedenstående figurer viser en oversigt over de enkelte indsatsers omfang og format i henhold til de enkelte forløb i sundhedshusene.

ERNÆRINGS-INDSATS	Indsats	Målgruppe	Format	Omfang/varighed
KOL <i>Fokus er på kostprincipperne samt de sygdoms-specifikke anbefalinger for</i>	Diætbehandling	Borgere, som vurderes at have gavn af et tilbud om individuel diætbehandling.	Foregår individuelt, men kan med fordel suppleres med gruppebaserede undervisningslementer, fx holdundervisning om ernæring i forbindelse med sygdomsmestring eller praktisk madlavning.	Den indledende ernæringscreening er af 1 times varighed og de efterfølgende tre møder er af 30 min. varighed (i særlige tilfælde op til 60 min. varighed afhængigt af

Fagligt ansvarlig: Sofie Juul
E-mail: er3k@suf.kk.dk
Telefon: 51 62 59 92
Afdeling: Afdeling for Det Nære Sundhedsvæsen
Center: Center for Sundhed

Oprettet: Maj 2014
Opdateret: September 2017
Gældende til: September 2018
Version: 3.0
E-doc: 2016-0267494-11

<i>borgere med KOL</i>			Længerevarende forløb med regelmæssige møder med borgeren. Borgerens behov for fortsat diætbehandling vurderes undervejs i behandlingsforløbet.	borgerens tilstand). Tidsramme for individuel diætbehandling er 150 min (i særlige tilfælde op til 240 min. afhængigt af borgerens tilstand). Ved tolk tillægges 15. min pr. halve time.
	Praktisk madlavning	Borgere, som vurderes at have gavn af et tilbud om praktisk madlavning.	Foregår på hold med afsæt i den specifikke ernæringsproblematik.	Består af tre sessioner af 2,5 timers varighed. Tidsramme for praktisk madlavning er 450 min. Det tilstræbes, at der er max. 10 deltagere ved hver session.

Figur 2a: Borgere med KOL

ERNÆRINGS-INDSATS	Indsats	Målgruppe	Format	Omfang/varighed
Hjerte-karsygdom <i>Fokus er på kostprincipperne samt de sygdoms-specifikke anbefalinger for borgere med hjerte-karsygdom</i>	Diætbehandling	Borgere, som vurderes at have gavn af et tilbud om individuel diætbehandling.	Foregår individuelt, men kan med fordel suppleres med gruppebaserede undervisningslementer, fx holdundervisning om ernæring i forbindelse med sygdomsmestring eller praktisk madlavning. Længerevarende forløb med regelmæssige møder med borgeren. Borgerens behov for fortsat diætbehandling vurderes undervejs i behandlingsforløbet.	Den indledende ernæringscreening er af 1 times varighed og de efterfølgende tre møder er af 30 min. varighed (i særlige tilfælde op til 60 min. varighed afhængigt af borgerens tilstand). Tidsramme for individuel diætbehandling er 150 min (i særlige tilfælde op til 240 min. afhængigt af borgerens tilstand). Ved tolk tillægges 15. min pr. halve time.
	Praktisk madlavning	Borgere, som vurderes at have gavn af et tilbud om praktisk madlavning.	Foregår på hold med afsæt i den specifikke ernæringsproblematik.	Består af tre sessioner af 2,5 timers varighed. Tidsramme for praktisk madlavning er 450 min. Det tilstræbes, at der er max. 10 deltagere ved hver session.

Figur 2b: Borgere med hjerte-karsygdom

Fagligt ansvarlig: Sofie Juul
E-mail: er3k@suf.kk.dk
Telefon: 51 62 59 92
Afdeling: Afdeling for Det Nære Sundhedsvæsen
Center: Center for Sundhed

Oprettet: Maj 2014
Opdateret: September 2017
Gældende til: September 2018
Version: 3.0
E-doc: 2016-0267494-11

ERNÆRINGSINDSATS	Indsats	Målgruppe	Format	Omfang/varighed
Genoptræning <i>Fokus er på ernæringsmæssige anbefalinger for borgere i genoptræningsforløb</i>	Diætbehandling med energireduceret diæt	Borgere, som er overvægtige (dvs. BMI \geq 30).	<p>Foregår på hold.</p> <p>Kan <i>undtagelsesvis</i> tilbydes som individuel diætbehandling og følge tidsrammen herfor, hvis borgeren ikke kan indgå på et hold, fx grundet kognitive udfordringer eller psykiske problemstillinger.</p> <p>Kan med fordel indgå i et samlet forløb i kombination med praktisk madlavning.</p>	Et hold sammensættes af 6-10 deltagere (med så mange deltagere som muligt) og tidsrammen er maksimalt 10 timer.
	Diætbehandling	Borgere, som er undervægtige (dvs. BMI < 18,5) eller har uplanlagt vægttab.	<p>Foregår individuelt, men kan med fordel suppleres med gruppebaserede elementer.</p> <p>Længerevarende forløb med regelmæssige møder med borgeren. Borgerens behov for fortsat diætbehandling vurderes undervejs i behandlingsforløbet.</p>	<p>Den indledende ernæringscreening er af 1 times varighed og de efterfølgende tre møder er af 30 min. varighed (i særlige tilfælde op til 60 min. varighed afhængigt af borgerens tilstand).</p> <p>Tidsramme for individuel diætbehandling er 150 min (i særlige tilfælde op til 240 min. afhængigt af borgerens tilstand). Ved tolk tillægges 15. min pr. halve time.</p>
	Praktisk madlavning	Borgere, som er overvægtige (dvs. BMI \geq 30), undervægtige (dvs. BMI < 18,5) eller har uplanlagt vægttab.	Foregår på hold med afsæt i den specifikke ernæringsproblematik.	Består af tre sessioner af 2,5 timers varighed.
				Det tilstræbes, at der er max. 10 deltagere ved hver session.

Figur 2c: Borgere i genoptræning

ERNÆRINGSINDSATS	Indsats	Målgruppe	Format	Omfang/varighed
Geriatriske borgere i genoptræning <i>Fokus er på ernæringsmæssige anbefalinger for geriatriske borgere i</i>	Diætbehandling	Borgere, som er overvægtige (dvs. BMI \geq 30), undervægtige (dvs. BMI < 20,5) eller har uplanlagt	<p>Foregår individuelt, men kan med fordel suppleres med gruppebaserede elementer.</p> <p>Længerevarende forløb med regelmæssige møder</p>	Den indledende ernæringscreening er af 1 times varighed og de efterfølgende tre møder er af 30 min. varighed (i særlige tilfælde op til 60 min.

Fagligt ansvarlig: Sofie Juul
E-mail: er3k@suf.kk.dk
Telefon: 51 62 59 92
Afdeling: Afdeling for Det Nære Sundhedsvæsen
Center: Center for Sundhed

Oprettet: Maj 2014
Opdateret: September 2017
Gældende til: September 2018
Version: 3.0
E-doc: 2016-0267494-11

genoptræningsforløb		vægttab.	med borgeren. Borgerens behov for fortsat diætbehandling vurderes undervejs i behandlingsforløbet.	varighed afhængigt af borgerens tilstand). Tidsramme for individuel diætbehandling er 150 min (i særlige tilfælde op til 240 min. afhængigt af borgerens tilstand). Ved tolk tillægges 15. min pr. halve time.
	Praktisk madlavning	Borgere, som er overvægtige (dvs. BMI \geq 30), undervægtige (dvs. BMI $<$ 20,5) eller har uplanlagt vægttab, og som ikke i forvejen modtager et lignende tilbud i andet regi.	Foregår på hold med afsæt i den specifikke ernæringsproblematik.	Består af tre sessioner af 2,5 timers varighed. Tidsramme for praktisk madlavning er 450 min. Det tilstræbes, at der er max. 10 deltagere ved hver session.

Figur 2d: Geriatrike borgere i genoptræning

ERNÆRINGSINDSATS	Indsats	Målgruppe	Format	Omfang/varighed
Stress	Diætbehandling	Borgere, som er overvægtige (dvs. BMI \geq 30), undervægtige (dvs. BMI $<$ 18,5) eller har uplanlagt vægttab.	Foregår på hold. Kan <i>undtagelsesvis</i> tilbydes som individuel diætbehandling og følge tidsrammen herfor, hvis borgeren ikke kan indgå på et hold, fx grundet kognitive udfordringer eller psykiske problemstillinger.	Et hold sammensættes af 6-10 deltagere ⁶ (med så mange deltagere som muligt) og tidsrammen er maksimalt 10 timer.

Figur 2e: Borgere i stressforløb

Sygdomsspecifikke hensyn

Det kan være nødvendigt, at der i ernæringsindsatsen målrettet de enkelte forløb i sundhedshusene tages særlige hensyn. De enkelte tilbud i ernæringsindsatsen skal derfor altid tage udgangspunkt i en individuel vurdering af den enkelte borgers behov og fysiske formåen og tilpasses borgerens muligheder for og evner til aktivt at deltage i indsatsen. Desuden skal ernæringsindsatsen altid tage udgangspunkt i de gældende ernæringsprincipper for den givne målgruppe. Der kan dog være tilfælde, som på baggrund af en faglig

⁶ Borgere i stressforløb, som er overvægtige, og som opfylder kriterierne for tildeling af en ernæringsindsats for denne gruppe, kan indgå på et diætbehandlingshold med overvægtige borgere i genoptræningsforløb. Såfremt borgeren i stressforløb har en undervægts- eller underernæringsproblematik kan borgeren tilbydes individuel diætbehandling, såfremt der ikke kan rekrutteres et tilstrækkeligt antal deltagere til et hold.

vurdering hos diætisten ikke kan rummes i sundhedshusene, fx ved cøliaki eller gastric bypass, hvor borgeren henvises til egen læge eller relevant ambulatorium, hvis borgeren er tilknyttet et sådant.

Afslutning af indsatsen og slutnotat

For borgere i genoptræningsforløb skal den sundhedsfaglige medarbejder, som har udført ernæringsindsatsen, sende en epikrise til egen læge hurtigst muligt efter, indsatsen er afsluttet.

For borgere med KOL eller hjerte-karsygdom gælder det, at når ernæringsindsatsen afsluttes, har den sundhedsfaglige medarbejder, som har gennemført indsatsen, ansvaret for at skrive et slutnotat. Slutnotatet indgår herefter i den samlede epikrise, som den forløbsansvarlige sender i forbindelse med afslutningen af borgerens samlede forløb i sundhedshuset. Slutnotatet skal skrives hurtigst muligt efter afslutningen af ernæringsindsatsen.

Slutnotatet skal indeholde:

- Kort status for fremmøde
- Input til handleplan for udslusning og fastholdelse af livsstilsændringer, herunder videreformidling af de opstillede mål, hvis borgeren har været motiveret for det, samt hvilke overvejelser borgeren har gjort sig om opfølgning

Genhenvvisning

For borgere i genoptræningsforløb og borgere i stressforløb gælder det, at den enkelte borger kan tilbydes en ernæringsindsats én gang i hvert forløb.

Hvis en borger med KOL eller hjerte-karsygdom har afbrudt et rehabiliteringsforløb, pga. indlæggelse og/eller store ændringer i sygdom eller livssituation, kan borgeren af egen læge eller hospital henvises til et nyt forløb. I alle andre tilfælde skal der minimum gå ét år efter, borgeren har afsluttet sit KOL eller hjerterehabiliteringsforløb, før borgeren kan genhenvises. Hvis egen læge eller hospital har vurderet, at borgeren har behov for et nyt forløb efter et år, tildeles borgeren et nyt forløb. Hvis en borger tildeles et nyt forløb, vurderer det sundhedsfaglige personale sammen med borgeren, hvordan forløbet skal sammensættes, så det bedst muligt bygger videre på det tidligere forløb.

Registrering, monitorering og kvalitetssikring

Måling af kvalitet sker pt. primært via ledelsesinformation, fx fremmødeprocent til de enkelte tilbud i ernæringsindsatsen og ud fra data fra brugerundersøgelserne. Der pågår derudover et arbejde, hvor det forsøges at opstille principper for monitorering og kvalitet i forbindelse med de forebyggende indsatser i sundhedshusene. Vejledningen opdateres, når dette arbejde er færdiggjort.

Tilbuddene i ernæringsindsatsen skal registreres i Suiten/CURA.

Kompetencer

Diætbehandling

Diætbehandling, uanset om den gennemføres individuelt eller gruppebaseret, gennemføres af en klinisk diætist.

Fagligt ansvarlig: Sofie Juul
E-mail: er3k@suf.kk.dk
Telefon: 51 62 59 92
Afdeling: Afdeling for Det Nære Sundhedsvæsen
Center: Center for Sundhed

Oprettet: Maj 2014
Opdateret: September 2017
Gældende til: September 2018
Version: 3.0
E-doc: 2016-0267494-11

Praktisk madlavning

Praktisk madlavning til borgere med KOL eller hjerte-karsygdom bør gennemføres af en klinisk diætist. Praktisk madlavning til borgere i genoptræningsforløb samt geriatrike borgere i genoptræningsforløb kan gennemføres af fagpersoner med ernæringsfaglig baggrund på bachelorniveau, dvs. professionsbachelor i ernæring og sundhed, såfremt borgeren har ukomplicerede ernæringsproblematikker⁷.

For den samlede ernæringsindsats gælder det, at der kan inddrages andre kompetencer, som er til stede i sundhedshuset, hvis dette vurderes relevant. Det kan fx være ergoterapeutiske eller sygeplejefaglige kompetencer.

Litteraturliste

(1) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. 2016;

Available at:

<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2016/~/media/23A6190B27B64822AB93B319903DDBB0.ashx>

Accessed 16/5, 2017.

(2) Sundhedsstyrelsen. Oplæg om ernæringsindsatser for den ældre medicinske patient. 2017;

Available at:

<http://www.welfaretech.dk/media/5237/2017-02-oplaeg-om-ernaeringsindsatser-for-den-aeldre-medicinske-patient.pdf>

Accessed 16/5, 2017.

(3) Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for ernærings- og træningsindsats til ældre med geriatrike problemstillinger. 2016;

Available at:

<https://www.sst.dk/da/Feeds/~media/316C3E23E56D4F2DB7BF9C14A70F364D.ashx>

Accessed 16/5, 2017.

(4) Foreningen af kliniske diætister – for alle ernæringsprofessionelle. Rammeplaner.

Available at:

<http://www.diaetist.dk/viden/fakds-publikationer/rammeplaner/>

Accessed 16/5, 2017

(5) Fødevarestyrelsen, Sundhedsstyrelsen og DTU Fødevareinstituttet. Anbefalinger for den danske institutionskost. 5. udgave 2015;

Available at:

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

Accessed 16/5, 2017.

(6) Fødevarestyrelsen, Sundhedsstyrelsen og Kost og Ernæringsforbundet. Den Nationale Kosthåndbog. 2016;

Available via Google Crome at:

<https://xn--kosthndbogen-xcb.dk/>

Accessed 16/5, 2017

⁷ Hvis borgeren har ernæringsrelaterede sygdomme som fx cøliaki, laktoseintolerans eller er i medicinsk behandling, der kan have betydning for kosten, bør indsatsen varetages af en klinisk diætist.

Bilag

Bilag 1: Baggrundsviden

Med en hensigtsmæssig ernæringstilstand forbedres og bevares den enkelte borgers livskvalitet og funktionsevne. Den enkeltes ernæringstilstand har dermed stor betydning for effekten af forløbet i sundhedshusene, for genindlæggelser og for forværring af evt. sygdom. Når ernæring indgår som forebyggende indsatsområde i andre indsatser øges effekten af iværksatte indsatser såvel som borgerens livskvalitet (reference).

Borgere med KOL eller hjerte-karsygdom

Uhensigtsmæssige mad- og måltidsvaner kan forværre den kroniske sygdom og øge risikoen for opståen af nye kostrelaterede livsstilssygdomme. Derudover kan både overvægt samt uplanlagt vægttab have alvorlige konsekvenser for borgere med kroniske sygdomme. Lav BMI og uplanlagt vægttab øger risikoen for tab af funktionsevne, komplikationer til sygdomme og hospitalsindlæggelser. Overvægt øger risikoen for andre sygdomme, komplikationer til disse og hospitalsindlæggelser, og risikoen øges med graden af overvægt. Både uplanlagt vægttab og overvægt øger risikoen for tidlig død (reference). Der er evidens for, at en ernæringsindsats til borgere med KOL eller hjerte-karsygdom, der er overvægtige eller har uplanlagt vægttab (uanset vægttabets størrelse), er vigtig i borgerens rehabiliteringsforløb (reference). Sundere mad- og måltidsvaner har gavnlige effekter for borgere med KOL eller hjerte-karsygdom, fx ved at reducere symptomer, evt. i kombination med fx medicin og fysisk træning.

Uplanlagt vægttab er særligt hyppigt blandt borgere med fremskreden KOL og er et udtryk for tab af muskelmasse. Årsagen til uplanlagt vægttab kan være sygdomsinduceret og/eller skyldes lavt ernæringsindtag. Tab af muskelmasse indebærer bl.a. svækket hjerte- og lungefunktion og kan begrænse fysisk aktivitet. Uplanlagt vægttab og lav BMI er selvstændige risikofaktorer korreleret med øget morbiditet og mortalitet hos borgere med KOL. Fejlnæring er hyppigt forekommende og kan være kamoufleret af et højt BMI, hvorfor kostanamnese med fokus på udvikling i vægt og kostindtag er en væsentlig indsats.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at en evt. træningsindsats til borgere med KOL eller hjerte-karsygdom, der har et uplanlagt vægttab og er udredt, kombineres med ernæringsindsatsen, da træning uden samtidigt fokus på ernæringen kan medføre yderligere vægttab (reference).

Borgere i genoptræningsforløb

Omkring to ud af tre ældre borgere over 65 år, som udskrives fra hospital til ambulante genoptræning, er i risiko for at være eller komme i dårlig ernæringsmæssig tilstand. De ældre borgere i genoptræningsforløb er bl.a. kendetegnet ved forringet ernæringstilstand, herunder uplanlagt vægttab og lav BMI, hvilket kan have væsentlig betydning for sundhedstilstanden både ift. forebyggelse, behandling og rehabilitering. For denne gruppe vil uplanlagt vægttab ofte øge behovet for hjælp og støtte i dagligdagen og øge risikoen for akut sygdom, indlæggelse, genindlæggelse og tidlig død.

Sunde mad- og måltidsvaner har således, i samspil med bl.a. fysisk aktivitet, stor betydning for at fremme og bevare et godt helbred og for at forebygge en række livsstilsrelaterede sygdomme samt tab af funktionsevne (reference). Flere undersøgelser viser, at en individuelt tilrettelagt ernæringsindsats virker både ift. kirurgiske borgere, medicinske borgere og geriatriske borgere med fx lavere dødelighed, bedre sårheling, hurtigere mobilisering og kortere indlæggelsestider til følge (reference). Den rette ernæring har stor betydning for den enkelte borgers rehabilitering og med den rette ernæringsindsats, kombineret med

en træningsindsats, genvinder og bevarer borgeren en højere grad af funktionsevne og livskvalitet (reference).

Bilag 2: Sundhedspædagogisk tilgang

Sundhedspædagogik handler om forandring og om at give plads til, at borgeren får mulighed for at reflektere over egen situation og handlekompetence. Sundhedspædagogikken i denne faglige vejledning bygger på Sundhedsstyrelsens sundhedspædagogiske anbefalinger, som er baseret på en demokratisk tilgang, hvor bl.a. deltagerinvolvering, handlekompetence og viden er centrale elementer (reference). Herudover følger de sundhedspædagogiske anbefalinger fra Region Hovedstadens rapport vedrørende teoretisk grundlag og pædagogisk praksis i patientuddannelse (reference).

Indsatsen skal bidrage til at styrke borgerens egenomsorg og helbredsrelaterede handlekompetence med henblik på at forbedre muligheden for at lave sundhedsfremmende livsstilsændringer. Dette søges opnået gennem et bredt og positivt sundhedsbegreb med udgangspunkt i det hverdagsliv, borgeren lever og en forståelse og hensyn til de omgivelser, borgeren er en del af. Særligt fokus er på koncepterne 'Self-efficacy' og 'Empowerment', hvor 'Den Motiverende Samtale' udgør grundstenen.

Egenomsorg

Egenomsorg er sundhedsaktiviteter, som borgeren udfører for at forebygge sygdom og fremme egen sundhed. Det er et bredt begreb, som kan dække over mange ting, fx fysisk aktivitet, rygestop, monitorering af tal og værdier, vedligeholdelse af sociale netværk, fritidsaktiviteter og tilpasning til den foreskrevne behandling (hvis man har en kronisk sygdom) (reference).

Egenomsorg kan styrkes gennem tre overordnede virkemidler (reference):

- Teoretisk viden: Videnskabelig og teoretisk sundhedsfaglig viden
- Praktisk viden: Træning i konkrete færdigheder
- Erfaringsbaseret viden: Situationsspecifik viden med udgangspunkt i kompetencer og erfaring, der gør én i stand til at træffe valg, der bidrager til et sundere liv

Handlekompetence

Udfoldelse af handlekompetence indebærer, at borgeren opstiller og realiserer personlige mål eller delmål i delvist uforudsigelige situationer (reference).

Forudsætningerne for, at man kan udfolde handlekompetencen, er:

- At man har de nødvendige færdigheder, viden og kundskaber
- At der er tilstrækkelige muligheder og ressourcer tilstede i omgivelserne (både de nære og bredere omgivelser)
- At man er motiveret

Det er individuelt, hvad borgeren har behov for med henblik på at udfolde handlekompetencen.

Self-efficacy

Self-efficacy er borgerens tiltro til egen evne til at handle på en given måde. Forventningen til den effekt, den pågældende handling vil have, udgør motivationen for handlingen. Både self-efficacy og motivation er derfor afgørende for, om borgeren gennemfører en given adfærd eller handling (reference).

Fagligt ansvarlig: Sofie Juul
E-mail: er3k@suf.kk.dk
Telefon: 51 62 59 92
Afdeling: Afdeling for Det Nære Sundhedsvæsen
Center: Center for Sundhed

Oprettet: Maj 2014
Opdateret: September 2017
Gældende til: September 2018
Version: 3.0
E-doc: 2016-0267494-11

Borgerens self-efficacy kan styrkes på flere måder, men de forskellige kilder til self-efficacy er ikke lige virkningsfulde. Eksempelvis har egne erfaringer en stærk indvirkning på en persons self-efficacy, mens observerede erfaringer og sproglig overtalelse har en svagere indvirkning. De forskellige kilder til self-efficacy er illustreret i tabel 1.

Tabel 1: Kilder til self-efficacy

Egne erfaringer	Når borgeren oplever, at en opgave løses succesfuldt, vil det styrke oplevelsen af, at det kan lykkes igen.
Observerede erfaringer	Andre personer kan fungere som rollemodeller. Derfor er erfaringsudveksling mellem borgere i samme situation vigtig.
Sproglig overtalelse/overbevisning	Opmuntring, feedback og lignende kan anvendes til at motivere borgeren til at nå et mål.
Oplevede følelser	Borgerens self-efficacy påvirkes af, hvordan han/hun oplever sin egen reaktion under gennemførelse af en opgave.
Omgivelserne	Omgivelsernes forventninger har erfaringsmæssigt vist sig at have en betydning for self-efficacy.

Empowerment

Empowerment betyder styrkelse, og tilgangen indbefatter, at tilbuddene til borgeren tager afsæt i dennes potentiale frem for mangler og svagheder. Sigtet er at udvikle borgerens iboende kræfter og handlemuligheder gennem støttende og opmuntrende dialog, undervisning, øvelser mv. (9)

For at fremme self-efficacy og empowerment skal flere af følgende sundhedspædagogiske overvejelser og redskaber indgå i ernæringsindsatsens tilbud:

- Differentieret læringsstrategi
- Stimulering af gruppedynamik
- Deltagerinvolvering
- Refleksion

Differentieret læringsstrategi

Differentieret læringsstrategi opnås gennem variation i:

- Indhold i lektionerne
- Didaktik og metode, fx deduktiv/induktiv metode, instruktørstyret/individstyret, gruppeopgaver/paropgaver mv.
- Læringsmiljø, fx med eller uden redskaber/værktøjer, genkendelige aktiviteter eller nye aktiviteter

Stimulering af gruppedynamik

Stimulering af gruppedynamik sker, når de sundhedsprofessionelle skaber et trygt rum og formaliseret forum, hvor:

- Man lytter til hinanden
- Der er plads til forskellige holdninger
- Forskelligheder udnyttes konstruktivt

Fagligt ansvarlig: Sofie Juul
E-mail: er3k@suf.kk.dk
Telefon: 51 62 59 92
Afdeling: Afdeling for Det Nære Sundhedsvæsen
Center: Center for Sundhed

Oprettet: Maj 2014
Opdateret: September 2017
Gældende til: September 2018
Version: 3.0
E-doc: 2016-0267494-11

- Alle deltagere er ressourcer
- Alle deltagere har ansvar for egen læring

Gruppedynamikken kan eksempelvis faciliteres gennem åbne og lukkede opgaver, instruktør- og individstyrede opgaver, gruppe-, par- og individopgaver, samt åbne spørgsmål for refleksion.

Deltagerinvolvering

Deltagerinvolvering sker bl.a. ved præsentation af lektionsformål, forventningsafstemning samt at borgeren har medindflydelse i vejledningen/behandlingen, og at der gives plads til vedkommendes egen fortælling og erfaringsudveksling for herved at føle ejerskab i forbindelse med aktiviteten. Deltagerinvolvering er ikke borgerstyring i den forstand, at den sundhedsprofessionelle står på sidelinjen og udelukkende tillægges rollen som proceskonsulent. Ved deltagerinvolvering vægtes sammenspillet højest, dvs. dialogen mellem borgeren og den sundhedsprofessionelle.

Refleksion

Refleksion faciliteres ved at tage udgangspunkt i borgerens erfaringer, udfordringer, ambivalens og spørgsmål.

Den Motiverende Samtale

Den Motiverende Samtale defineres som en borgercentreret og styrende metode til at fremme indre motivation for forandring ved at udforske og afklare ambivalens. Der er fokus på, hvilke forandringer borgeren selv er motiveret til, og der tages udgangspunkt i borgerens håb og drømme med henblik på at finde de ressourcer og strategier, der kan bringe vedkommende i den ønskede retning (reference).

Den Motiverende Samtale er en evidensbaseret metode, som har til formål:

- At fremme livsstilsændringer ved at hjælpe borgeren til at analysere ambivalensen mellem faktisk livsstil og helbredsmæssige ønsker og mål
- At stimulere borgeren til at træffe en beslutning og gennemføre en forandring

I Den Motiverende Samtale bruges en anerkendende tilgang, som understøtter, at det er borgeren, der er ekspert i eget liv, mens den sundhedsprofessionelles opgave er at hjælpe borgeren til at sætte ord på, hvad vedkommende gerne vil ændre. Den sundhedsprofessionelles opgave er at medvirke til at sikre, at der bygges bro mellem den sundhedsfaglige ekspertviden og borgerens unikke situation, ønsker og behov. Dette gøres ved at skabe en atmosfære af forståelse, accept, tolerance og bekræftelse, hvor den sundhedsprofessionelle lytter til borgeren og accepterer dennes væremåde og opfattelse.

Principperne i Den Motiverende Samtale forhindrer ikke, at den sundhedsprofessionelle kan bringe sin ekspertviden om forebyggelse og sundhedsfremme i spil i samtalen. Jf. afsnittet om handlekompetence, er det en forudsætning for udfoldelse af handlekompetence, at borgeren har de nødvendige kundskaber, og derfor er det vigtigt, at den sundhedsprofessionelle løbende vurderer, hvornår det er nødvendigt at byde ind med faktuel viden om fx livsstilens betydning for borgerens helbred.

Den Motiverende Samtale kan anvendes som metode til at skabe refleksion ved, at man:

- Stiller åbne spørgsmål, der inviterer til refleksion og ikke til "rigtige" svar
- Stiller spørgsmål, hvor man kan blive inspireret af hinanden
- Svarer og reflekterer i fællesskab og evt. finder fælles ideer til løsninger på en udfordring

Fagligt ansvarlig: Sofie Juul
E-mail: er3k@suf.kk.dk
Telefon: 51 62 59 92
Afdeling: Afdeling for Det Nære Sundhedsvæsen
Center: Center for Sundhed

Oprettet: Maj 2014
Opdateret: September 2017
Gældende til: September 2018
Version: 3.0
E-doc: 2016-0267494-11



KØBENHAVNS KOMMUNE
 Sundheds- og Omsorgsforvaltningen