



QUICK-GUIDE

TVÆRSEKTORIELT ERNÆRINGSFORLØB FOR ÆLDRE DER UDSKRIVES TIL AMBULANT GENOPTRÆNING



QUICK-GUIDEN er udgivet af Forebyggelsen, Frederiksberg Kommune, som opfølgning på det afsluttede forskningsprojekt: "Tværsektorielt samarbejde om en ernæringsindsats til ældre medicinske patienter, der udskrives med en genoptræningsplan".

Forfattere er Birthe Stenbæk Hansen og Anne Marie Beck

QUICK-GUIDEN ER GODKENDT AF STYREGRUPPEN BAG TOPGOP - SEPTEMBER 2016

Forord

Denne QUICK-GUIDE redegør for indsatserne i forbindelse med ernæringsforløb til borgere, der er i målgruppen for genoptræning. Der er taget udgangspunkt i forløb fra hospital til kommune.

Det beskrives i materialet, hvordan ernæringsforløb kan tilrettelægges på systematisk og målrettet vis. Ernæringsforløbet kan inddrages i forskellige centrale faser på hospital og i kommunen. Udgivelsen indeholder både beskrivelser af faserne og eksempler på, hvordan indsatserne i forhold til ernæringsforløb kan se ud på henholdsvis hospital og i en kommunal praksis.

Udgivelsen henvender sig til sundhedsfagligt og udviklingsorienteret personale indenfor ældreområdet på hospitaler, samt projektledere, driftsledere, ældrechefer m.fl. i de kommuner, der beskæftiger sig med udvikling og implementering af genoptræningsindsatser for ældre borgere.

Formålet er at bidrage til arbejdet med genoptræning på ældreområdet. Herved ønsker vi:

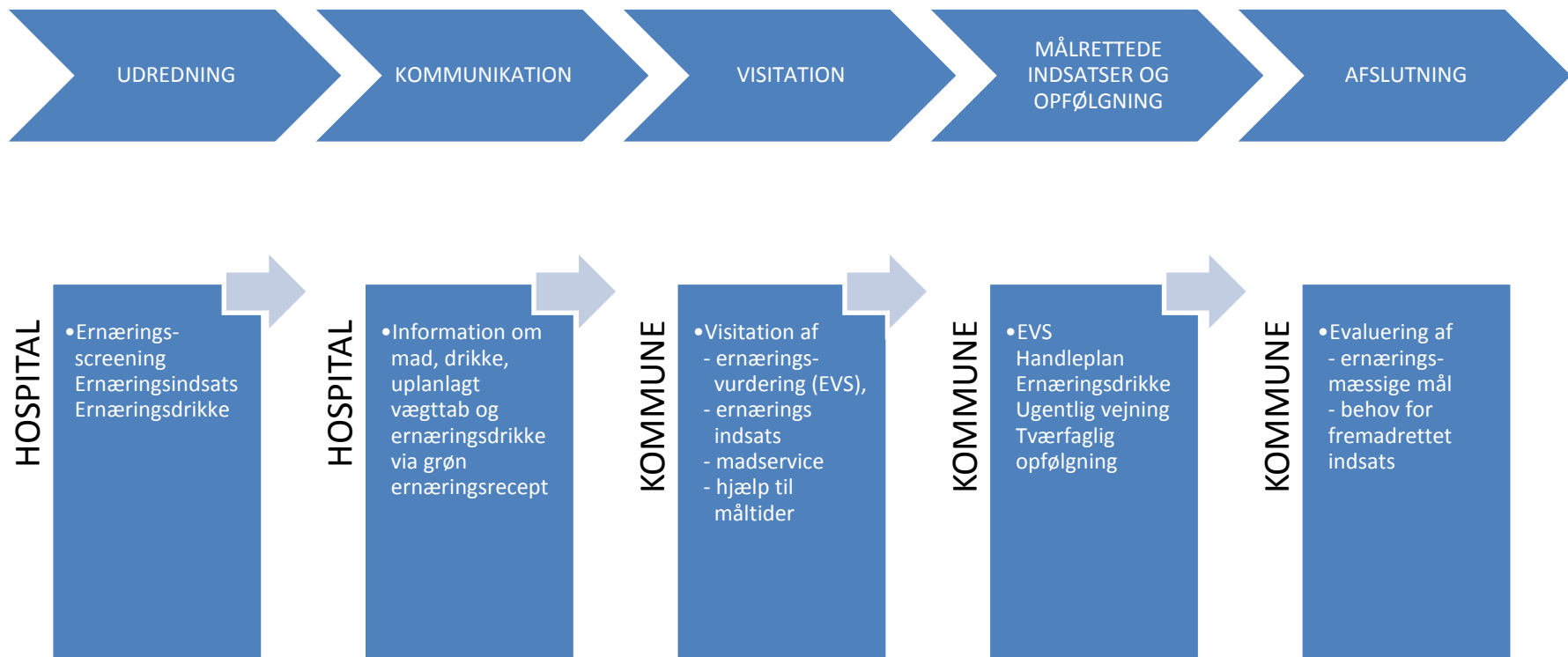
- ✓ at understøtte den rette tilrettelæggelse af ernæringsindsatser og genoptræningsforløb, så indsatsen bliver effektiv og kan bidrage til at øge andelen, der gennemfører genoptræningsforløbene
- ✓ at bidrage til, at ældre borgere i målgruppen for genoptræning, via en ernæringsindsats får mulighed for at udvikle eller genvinde deres samlede funktionsevne og herved fremme deres tryghed, selvstændighed og livskvalitet.

Udgivelsen er baseret på aktuelt bedste viden om ernæringsindsatser og genoptræning af ældre, samt på de eksisterende anbefalinger for området. Desuden er strukturen hentet fra Socialstyrelsens udgivelse "Rehabilitering på ældreområdet - Inspiration til kommunal praksis", herunder de otte grundprincipper for rehabiliteringsforløb. Bilag 1. To konkrete eksempler på målrettede ernæringsforløb er vedlagt. Bilag 2.

Ernæringsforløb på hospital og i kommune

I det følgende beskrives hvilke elementer et tværsektorielt ernæringsforløb på ældreområdet kan indeholde. Ernæringsforløbet kan med fordel inddeles i faser med henblik på at skabe en systematik i ernæringsindsatserne dels på hospital dels i kommune. Ernæringsindsats er en overordnet betegnelse for indsatser og tilbud på ernæringsområdet. Bilag 3.

PÅ BAGGRUND AF DEN AKTUELT BEDSTE VIDEN PÅ OMRÅDET INDDALES FORLØBET I FØLGENDE FEM FASER:



FASE 1. UDREDNING

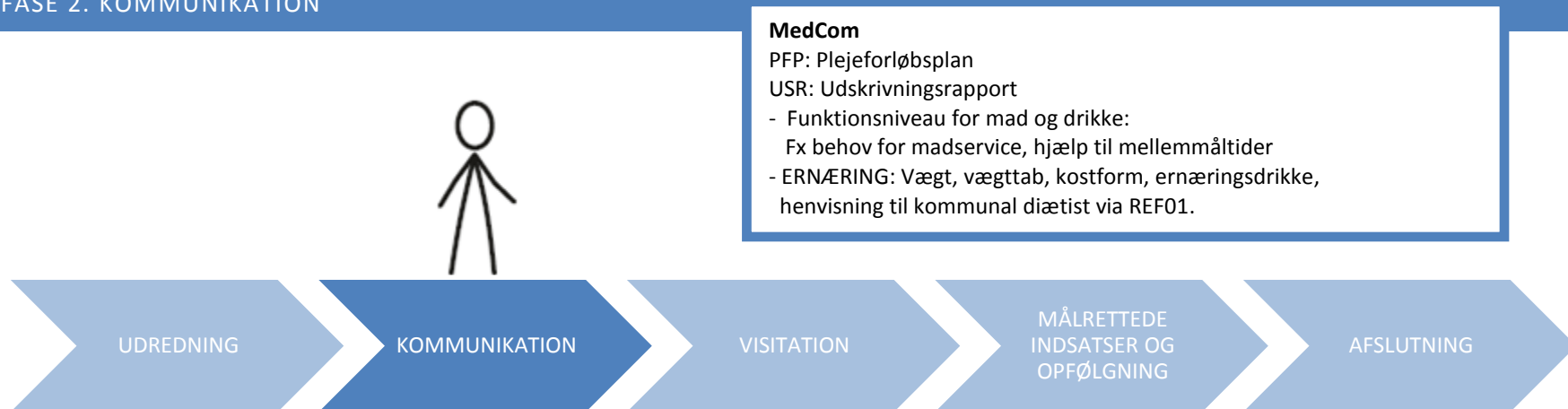


Genoptræning uden fokus på ernæringsindsats kan udløse et accelereret vægttab og tab af muskelmasse.

Industrielt fremstillede ernæringsdrikke er vist at have en gunstig effekt i forhold til at bevare/øge funktionsevnen og reducere hospitalsindlæggelser.

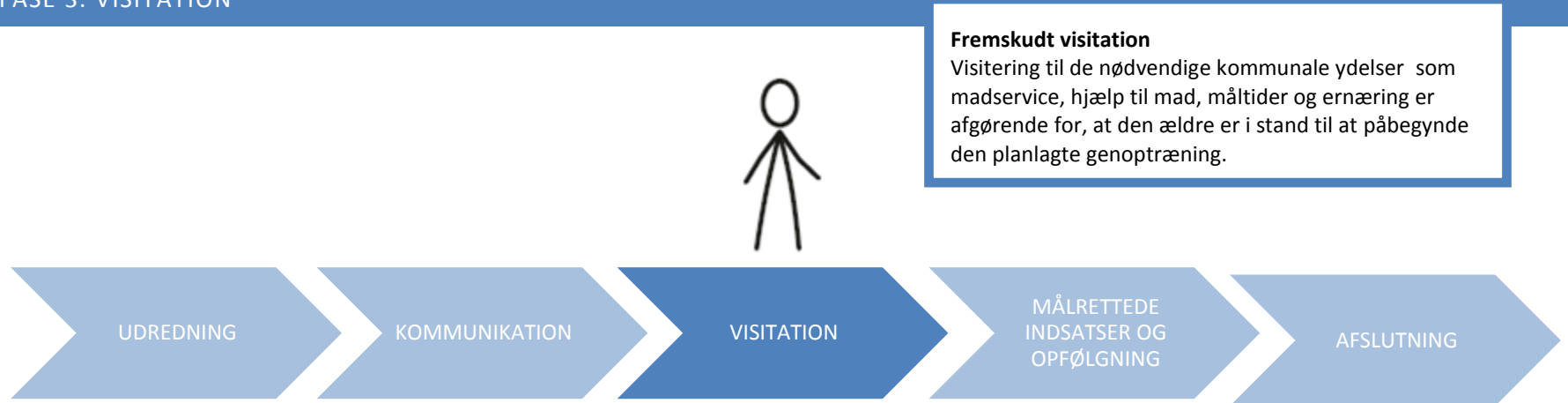
Det første skridt i borgerens ernæringsforløb starter typisk under indlæggelsen, når borger visiteres til en genoptræningsplan, GOP på grund af funktionsevnetab. Et centralt element i udredningen er, at afdække borgerens ernæringstilstand, som typisk varetages af sygeplejersken via **ernæringscreeningen**. Borgere i ernæringsmæssig risiko opstarter en individuel **ernæringsindsats** og indtag af industrielt fremstillede **energi- og proteinrige drikke** påbegyndes. Undervejs dokumenterer plejepersonalet patientens ernæringstilstand og -behov i plejeforløbsplanen, PFP. Terapeuterne der varetager genoptræningen motiverer patienten til indtag af drikken - gerne i forbindelse med træningen. Såfremt der er behov for specialviden i forbindelse med ernæringsindsatsen, på grund af flere problemstillinger eller fordi indsatsen ikke udvikler sig i den ønskede retning, henvises til afdelingens kliniske diætist.

FASE 2. KOMMUNIKATION



I forbindelse med planlægning af udskrivelsen skal kommunikationen i sektorovergangen være klar. Kommunen har behov for faktuelle oplysninger om borgerens funktions-, helbreds- og ernæringstilstand. Oplysninger fra PFP overføres til udskrivningsrapporten, USR suppleret med oplysninger om udlevering og **ordination af energi- og proteinrige drikke**. I forbindelse med overgang til ny version af MedCom standarder for hjemmepleje-sygehusmeddelelser i løbet af 2016, version 1.0.3. sikres, at de relevante **ernæringsinformationer** noteres af plejepersonalet dels under "Funktionsevneniveau" for mad og drikke dels under "Ernæring" (vægt, **vægttab**, kostform, ernæringsdrikke etc.) i de sygeplejefaglige problemområder. Sammen med den udarbejdede genoptræningsplan, medgiver fysioterapeuten information om vigtigheden af ernæring i forbindelse med træning. Den **grønne ernæringsrecept** udleveres til patienten og ordinationen oplægges i Elektronisk Patient Medicinering, EPM med henblik på overførsel til Fælles Medicin Kort, FMK. Hvorved ordinationen bliver tydelig for den praktiserende læge og for primærsektoren. Såfremt den kliniske diætist er involveret i det enkelte patientforløb, kan diætisten varetage dette, idet diætisten har delegeret ordinationsret til energi- og proteinrige drikke. Hospitalets kliniske diætist sikrer, at patienten henvises via REF01 til opfølgning hos klinisk diætist i borgerens hjemkommune.

FASE 3. VISITATION



I forbindelse med udskrivelsen varetager visitationen visitering til de kommunale ydelser på baggrund af de dokumenterede informationer. GOP og de øvrige MedCom standarder danner udgangspunkt for de kommunale indsatser. Den nye version af MedCom standarderne danner baggrund for visitering af ydelser vedrørende **madservice, mad og drikke** fra hjemmeplejen /hverdagsrehabilitering samt vedrørende ernæring fra sygeplejen/ klinisk diætist.

Borger visiteres efter udskrivelse til sygeplejefaglig udredning herunder ernæringsmæssig udredning, **EVS** i kommunen. Såfremt borgeren har ernæringsmæssige udfordringer og udskrives uden hjemmepleje, visiteres til **ernæringsindsats** hos den kliniske diætist i kommunen.

Ved udskrivelsen tilbydes patienten ernæringsdrikke (2 stk/dag) med hjem til den første uge efter udskrivelsen.

FASE 4. MÅLRETTEDE INDSATSER OG OPFØLGNING

EVS: Ernæringsvurderingsskema

I EVS indgår forskellige risikofaktorer:

- Uplanlagt vægttab
- Tygge-/synkebesvær
- Behov for hjælp til at spise
- Akut sygdom eller akut forværring af kronisk sygdom



Ernæringsindsatsen i hjemmet starter med at borgeren visiteres til en **ernæringsvurdering** via Ernæringsvurderingsskemaet, EVS (indenfor den første uge efter udskrivelsen) på baggrund af den sygeplejefaglige udredning. Svar på mange af spørgsmålene i skemaet kan rekvireres i funktionsvurderingen og i USR. På baggrund af EVS påbegyndes hvis relevant en ernæringsindsats, og ved fortsat behov for **ernæringsdrikke** indløses den medbragte grønne ernæringsrecept. Der oprettes en **handleplan** med fastsættelse af målsætning for indsatsen (vægtøgning eller -vedligeholdelse), som løbende evalueres blandt andet via **ugentlig vejning** (kan uddelegeres til hjælper). Ansvarlig for ernæringsindsatsen er den sygeplejefaglige med mindre andet er aftalt. På baggrund af at ordinationen på ernæringsdrikke er lagt op i FMK har sygeplejen og borgerens egen læge mulighed for at følge op på ernæringsordinationen. Den kommunale diætist kan involveres ved mere komplekse problemstillinger og såfremt indsatsen ikke fører til det fastsatte mål.

Terapeuten der varetager borgerens genoptræning, informerer borger om betydning af ernæring og træning, og opfordrer til indtag af energi- og proteinrige drikke i forbindelse med træningen. De involverede faggrupper samarbejder om den iværksatte ernæringsindsats, foretager **tværfaglig opfølgning** og fortsætter indtil målet er nået.

Borgere der umiddelbart fravælger eller udsætter genoptræningen tilbydes fortsat ernæringsindsats og motiveres løbende til at påbegynde genoptræningen.

FASE 5. AFSLUTNING

Ernæringsdrikke

Ældre med sygdomsbetinget vægttab kan få tilskud på 60% af prisen med en grøn ernæringsrecept.

Ernæringspræparaterne findes med forskellig smag og indhold. På lægemiddelstyrelsens hjemmeside findes en oversigt over ernæringspræparater med tilskud.

I forbindelse med træning anbefales et fuldgældigt standardpræparat med højt proteinindhold.



Planen for ernæringsindsatsen evalueres ugentligt og i forbindelse med afslutning af genoptræningsforløbet vurderes om de **ernæringsmæssige mål** er opnået eller indsatsen skal fortsætte.

Under alle omstændigheder er det vigtigt at sikre, at de resultater, der er opnået af den kombinerede trænings- og ernæringsindsats, kan vedligeholdes efterfølgende, og at vurdere hvad dette kræver. Blandt andet skal det vurderes om borgeren skal fortsætte med ernæringsdrikke. Det er vigtigt at inddrage borgerens netværk i afslutningen af forløbet, så de aftalte handlinger bliver integreret fremadrettet.

Ovenfor er beskrevet arbejdsgangen for et ambulært genoptræningsforløb. Såfremt patienten udskrives til døgnrehabilitering eller plejebolig er arbejdsgangen den samme, blot foregår involvering af de respektive faggrupper på anden vis.

LITTERATUR

Anbefalinger for den danske institutionskost. Sundhedsstyrelsen 2015.

National klinisk retningslinje for ernærings- og træningsindsatser til ældre med funktionsevnededsættelser og underernæring eller risiko herfor. Sundhedsstyrelsen 2016. (Pt i høring)

Socialstyrelsen. Faglige anbefalinger og beskrivelser af god praksis for ernæringsindsats til ældre med uplanlagt vægttab. Sundhedsstyrelsen 2015.

Socialstyrelsen. Rehabilitering på ældreområdet - Inspiration til kommunal praksis. Socialstyrelsen 2014.

Socialstyrelsen. Cost-effectiveness studie af tværfaglig ernæringsintervention blandt skrøbelige underernærede ældre. Socialstyrelsen 2014.

Sundhedsstyrelsen. Faglige anbefalinger og beskrivelser af god praksis for ernæringsindsats til ældre med uplanlagt vægttab, Sundhedsstyrelsen 2015.

Sundhedsstyrelsen. Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsevne og underernæring hos ældre medicinske patienter. Sundhedsstyrelsen 2013.

Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. Sundhedsstyrelsen 2016.

Sundhedsstyrelsen. Håndbog i Rehabiliteringsforløb på ældreområdet. Sundhedsstyrelsen 2016.

Tværasektorielt samarbejde om en ernæringsindsats til ældre medicinske patienter, der udskrives med en genoptræningsplan. Tværspuljens hjemmeside.

Disse otte grundprincipper gælder også for et ernæringsforløb.



Case 1:

Ældre borger med uplanlagt vægttab kombineret med tab af fysisk funktionsevne, der udskrives fra hospital til genoptræning efter sundhedsloven.

Maren på 91 år har været indlagt 2 gange inden for 1 måned. Første indlæggelse er med overhydrering som følge af utilstrækkelig behandlet højt blodtryk og atrieflimren. 12 dage efter indlægges hun igen med pneumoni og overhydrering. Er ellers en rask, men svagtseende dame, der bor alene i en 1. sals lejlighed i centrum af byen, med rengøringshjælp hver 14 dag, og hjælp fra datter til indkøb. Har indtil første indlæggelse færdedes på gaden med blindestok og gået til gymnastik og svømning ugentligt.

Maren har i forbindelse med de to indlæggelser tabt sig 4 kilo. Har altid været slank, og BMI er aktuelt 20. Der er gjort stor indsats med træning under den sidste indlæggelse, og Maren er ved sidste udskrivelse næsten tilbage til sit gamle funktionsniveau og balance. Maren udskrives med en genoptræningsplan (GOP) og en ernæringsplan, med henblik på igen at kunne færdes på gaden og deltage i sociale aktiviteter inkl. svømning og gymnastik. Der planlægges ernæringsindsats med to daglige ernæringstilskud og opfølgning ved kommunens kliniske diætist. Datteren vil stå for hjælp til madlavning. Der tages kontakt til den kliniske diætist vedrørende mål for behandlingen med ernæringsindsats, som er at tage de 4 kilo på i vægt over to måneder, og genoptage funktionsniveau. Der skrives grøn ernæringsrecept, som Maren får med hjem. Datteren henter på apoteket. I genoptræningsplanen (GOP) skrives ernæringsinterventionen ind, og fysioterapeuten bedes være opmærksom på, at Maren får den ene af ernæringstilskuddene i umiddelbar tilslutning til træning.

Der gives besked til praktiserende læge om GOP, vægttab, plan for vægtøgning og træning, samt aktuel vægt og funktionsniveau.

Case 2:

Ældre borger med uplanlagt vægttab kombineret med tab af fysisk funktionsevne, der udskrives fra hospital til genoptræning efter sundhedsloven. Lilly på 69 år skal udskrives efter et længere sygdomsforløb med dyb venetrombose og erysipilas (Rosen) i det ene ben. For 10 år siden havde Lilly en apopleksi, og er kendt med KOL. Hun ryger fortsat ved indlæggelsen. Lilly bor alene i en 1.-salslejlighed og kommer ud en gang ugentlig til bankospil og til besøg hos datter. Lilly kan ikke klare trapperne til 1. sal uden hjælp, og har i flere år ikke kunnet komme på gaden eller tage bus. Får ingen hjælp i hjemmet. Lillys ernæringstilstand: Højde: 162 cm; Vægt: 61.2; BMI: 23.3. Der har ikke været vægttab og ved spørgsmål til kostindtag fremgår det, at Lilly stort set ikke spiser rigtig mad, men drikker 1. liter cola om dagen. Hun føler ikke sult.

Under indlæggelsen har et samarbejde mellem afdelingens sygeplejersker, fysioterapeut, diætist og læger omkring vejledning af Lilly og hendes datter, medført, at Lilly er ophørt med rygning, samt begyndt at spise rigtig mad. Der vurderes at være behov for en GOP, samt en ernæringsplan efter udskrivelsen, da Lilly selv ønsker at lave mad; hendes datter vil hjælpe med indkøb. Der er desuden behov for hjælp til at tage støttestrømper på dagligt, samt hjemmesygeplejerske til skiftning af forbinding af sår på benet.

I genoptræningsplanen noteres, at fysioterapeuten bør spørge ind til kostindtag, og motivere borgeren til at drikke mælk umiddelbart efter endt træning, for at styrke muskelopbygningen, og bedre sårheling. Efter aftale med borgeren sendes desuden henvisning til kommunens diætist med henblik på opfølgning på ernæringstilstand. Borgeren vil selv tale med hjemmesygeplejersken om planen for ernæringsindsatsen, men det aftales med borgeren, at det noteres i notat til visitator og hjemmesygeplejerske, at der er sendt henvisning til kommunens diætist med henblik på optimering af ernæringstilstanden.

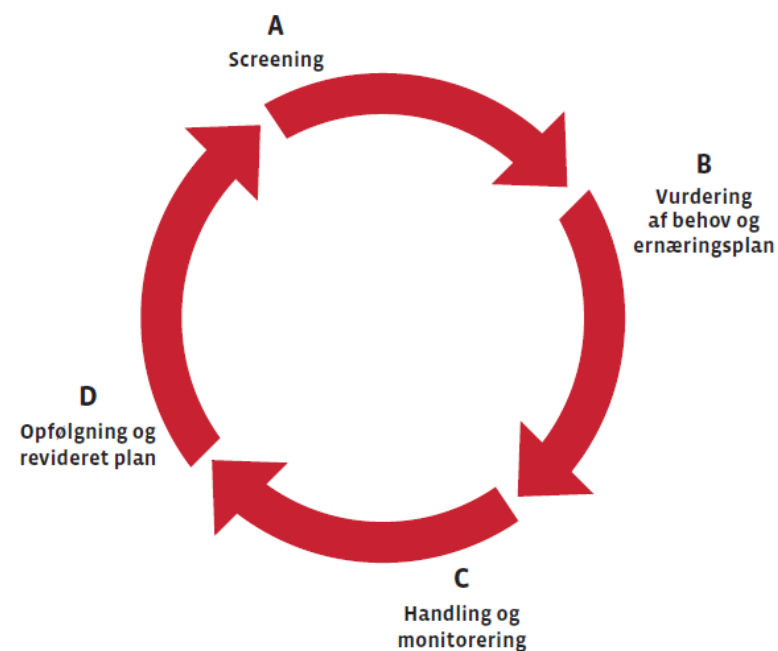
Faglige anbefalinger og beskrivelser af god praksis for ernæringsindsats til ældre med uplanlagt vægttab, SST 2015.

Ernæringsindsats er en overordnet betegnelse for indsatser og tilbud på ernæringsområdet.

Termen 'diætbehandling' er typisk målrettet patienter, herunder borgere med kronisk sygdom, mens 'kostvejledning' typisk er målrettet raske, og omfatter vejledning om de officielle kostråd. Diætbehandling omfatter elementer som individuel identifikation af risikofaktorer, vurdering af behov og ernæringsplan, individuel handling ('diætvejledning'), monitorering, evaluering og opfølgning samt dokumentation af alle led i indsatsen. I figuren 1. illustreres ernæringsindsatsen.

Ernæringsindsatsen bør være individuel tilrettelagt og varigheden af indsatsen bør være af minimum tre måneders varighed. Det er vigtigt at inddrage den ældre borger og evt. pårørendes oplevelser og observationer af borgerens ernæringstilstand. Borgeren er en vigtig samarbejdspartner, som kan bidrage med unik viden om sin tilstand og ændringer i denne.

Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, SST 2016.



Figur 1. De fire faser i en ernæringsindsats

Faglige anbefalinger og beskrivelser af god praksis for ernæringsindsats til ældre med uplanlagt vægttab, SST 2015.