



Nr. 124. August 2013. 21. årgang

DIAETISTEN

Sektorovergange



The Missing Link
Læs mere på side 5

**Elektronisk kommunikation
med MedCom**
Læs mere på side 11

En tilfældig arbejdsdag
Læs mere på side 20

Nyt om sekretariatet
Læs mere på side 34

SEKRETARIATSADRESSE
Foreningen af Kliniske Diætister

C/O Advokatfirmaet Koch/Christensen
Sankt Annæ Plads 6
1250 København K
Tlf. 33320039

Mandag - fredag kl. 9-13.00

E-mail: post@diaetist.dk
www.diaetist.dk

UDGIVER

Foreningen af Kliniske Diætister
ISSN 1395-1169

REDAKTØR

Ulla Mortensen
mortensen.ulla@gmail.com
Tlf. 20 67 72 31

ANSVARSHAVENDE

Ginny Rhodes
gr@diaetist.dk

DEADLINES NÆSTE UDGIVELSE

Sidste frist for indlæg 15. august.
Sidste frist for annoncer 1. september.
Nr. 125 udkommer oktober 2013.

Indlæg og annoncer sendes til sekretariatet, mrk.: "Diætisten"

DESIGN, PRODUKTION OG TRYK
Promovista. Tlf. 75 50 10 01

Redaktionen forbeholder sig ret til at redigere indlæg, så de fremstår mere læsevenlige. Annoncer og indlæg i Diætisten udtrykker ikke nødvendigvis redaktionens og Foreningen af Kliniske Diætisters holdning.

INDHOLDSFORTEGNELSE

The Missing Link	5
Børnediætistens mange samarbejdspartnere	9
Elektronisk kommunikation med MedCom	11
Gavner en tværsektoriel ernæringsindsats?	16
EN TILFÆLDIG ARBEJDS DAG I KLINIKKEN	20
ADVOKATEN	
Husk også selv at have fokus på din løn	23
STUDIER	
Sårbare FNUG følges hjem af Herlev Hospital	25
Ernæringsindsats til geriatriske patienter efter udskrivelsen	29
NYT VEJLEDNINGSMATERIALE	
Nyt dansk fødevarerfrekvensskema, Hjertekost	32
BESTYRELSEN	34
Nyt Sekretariat	
MØDE- OG KONGRESKALENDER 2013	35

BESTYRELSEN

Formand **Ginny Rhodes** . E-mail: gr@diaetist.dk . **Næstformand** **Mette Pedersen** . E-mail: petterne@hotmail.com . **Kasserer** **Helle Ronneby** . E-mail: rosengade@gmail.com . **Øvrige medlemmer** . **Dorthe Wiuf Nielsen** . E-mail: dorthe.wiuf@gmail.com . **Margit Oien Nielsen** . E-mail: margit.oien@deltadata.dk . **Maja Rand** . E-mail: majarand@yahoo.dk . **Sofie Wendelboe** . E-mail: fakd@sofiewendelboe.dk . **Suppleant Nanna Carton** . E-mail: nanna_carton@hotmail.com . **Line Rosgaard Dongsgaard** E-mail: lrk.30@hotmail.com .

REGIONSFORMÆND

REGION HOVEDSTADEN

Dorthe Wiuf Nielsen . E-mail: dorthe.wiuf@gmail.com

REGION SJÆLLAND

Johnna Bork Christensen . E-mail: jbc@regionsjaelland.dk

REGION SYDDANMARK

Helene Andresen . E-mail: handre@aabenraa.dk

REGION MIDTJYLLAND

Line Rosgaard Dongsgaard . E-mail: lrk.30@hotmail.com

REGION NORDJYLLAND

Lonneke Hjermitzlev . E-mail: lonneke.hjermitzlev@hotmail.com

Hvorfor kan vi ikke få det til at fungere?

Ginny Rhodes
Formand



Jeg havde oprindeligt tænkt mig at skrive noget om sektorovergange, men det er simpelthen det mest håbløst kedsommelige udtryk at skulle forholde sig til. Og det drejer sig egentlig ikke om "sektorovergange". Det drejer sig om alt det, vi ikke kan få til at fungere, når en patient eller borger bevæger sig fra en sektor til en anden. Vores fokus her er

naturligvis ernæring, selv om mangt og meget andet heller ikke altid fungerer, som det skal i disse overgangssituationer.

Artiklerne denne gang giver et indblik i hvilke ernæringsmæssige udfordringer, vi står med, når det ikke fungerer, og peger på en del af de vanskeligheder, vi løber ind i. Der er faktisk en lang række punkter, hvor vi skal se at blive bedre:

- **Manglende ernæringsfokus i den sektor, der overleverer**
- **Manglende ernæringsfokus i den modtagende sektor**
- **Manglende ernæringsfokus ved selve overleveringen**
- **Manglende viden om den optimale ernæring**
- **Manglende information om patient eller borger**
- **For mange kokke, dvs. alt for mange blander sig i overleveringen**
- **Manglende ernæringsprofessionelle**

Men der er også flere løsningsforslag, hvor nogle er så selvindlysende, at det kan være svært at forstå, hvorfor det ikke bare er sådan. Dybest set har vi et kommunikationsproblem, der både har med manglende regelsæt, manglende (elektronisk) værktøj, manglende systematik og manglende viden at gøre. Når man ser på LUP resultater (Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, se link side 33), er man ikke i tvivl om, hvordan patienterne oplever disse situationer: Den ene hånd ved ikke, hvad den anden gør! Stærkt frustrerende.

Når man nu har kunnet opfinde en "forløbskoordinator", burde man også kunne opfinde en "ernæringskoordinator", der følger patient og borger gennem tykt og tyndt og sørger for, at ingen snydes for den rette ernæring. Det vil være til alles fordel, både ernæringsprofessionelle, patienter og borgere og vores fælles pengepung. Det koster dyrt på alt for mange måder, at der ikke sørges for, at ernæring er i fokus.

"Det umulige tager blot lidt længere tid", sagde Winston Churchill. Lad os gøre, hvad vi kan, for at det umulige sker lidt hurtigere!

Ernæring spiller en vigtig rolle for resultatet af den medicinske behandling, tænk derfor

NFACTOR



ISOSOURCE[®] Mix

Isosource Mix er en sondeernæring, som blandt andet indeholder naturlige ingredienser som ærter, kylling, bønner, fersken, appelsinjuice og vegetabiliske olier.

- Velegnet for voksne og børn over 3 år
- Isosource Mix er et alternativ ved toleranceproblematikker, f.eks. mavekneb, ubehag, kvalme eller slimdannelse
- Fungerer godt ved opstart af sondeernæring og ved langtidssondeernæring
- Kan give patienten en følelse af at have fået rigtig mad, f.eks. ved bøvsnings

Isosource Mix er en sondeernæring, hvis sammensætning skal ligne rigtig mad.



Nestlé Health Science
NOURISHING PERSONAL HEALTH

”The Missing Link”

Der er masser af muligheder i vores højt specialiserede, højteknologiske overflodssamfund for at sikre gode overgange for den sårbare, ernæringstruede patient, når denne udskrives til eget hjem eller institution, og der arbejdes på sagen. Men arbejdet går langsomt, og virkeligheden er ofte: Mangelfuld ernæringsbehandling pga. dybe kløfter mellem de forskellige sektorer. Hvem kan ikke nikke genkendende til følgende historie fra den virkelige verden:

Kirsten Færgeman



Anne W. Ravn



Niels Petersen er 78 år og tidligere skoleinspektør. Efter behandling for en sejlivet omgang lungebetændelse er det endelig tid at komme hjem fra hospitalet til sin jævnaldrende hustru. Vægttabet er markant, appetitten endnu lille, men ernæringssonden sepone-res op til udskrivelsen, for det er ikke lige til at få fat i nogen til at gribe bolden i forbindelse med overgangen til hjemmet. Hustruen instrueres dog i, at det er godt, at manden spiser små, hyppige måltider. En måned senere bliver han genindlagt, nu med yderligere fem kilos vægttab og på ny høje infektionstal.

Stakkels Niels – og 25 pct. andre

Niels Petersen er ikke den eneste, der tabes på gulvet, for hver fjerde patient har complianceproblemer og er ikke villig eller i stand til at tage sin medicin eller spise sufficient. I nogle lande er

det en del af den kliniske praksis, at der ved overgang til anden sektor er en form for udgående funktion, som hjælper med at få flere patienter til at gennemføre/fuldføre deres behandling, herunder ernæringsbehandling. Denne individualiserede indsats hjælper navnlig de svageste, men også de ressourcestærke, der midlertidigt er sårbare og svækkede. De sikres den støtte, der lige netop får dem sikkert over den dybe kløft mellem hospitalsindlæggelse og primær sektor.

Hvilke led mangler?

Når 20-50 pct. af medicinske patienter er underernærede under indlæggelsen så vel som ved udskrivelsen, og vi ved, at en målrettet indsats reducerer underernærede patienters komplikationer med 50-100 pct., synes det besynderligt, at der til stadighed ikke er sikret gode procedurer for den sårbare, småtspisende patient ved overgangen mellem sektorer (1-3). Ernæringsbehandling med intervention og monitorering af patienter i ernæringsmæssig risiko er ofte en langstrakt affære, som med de kortere og kortere indlæggelsesforløb er nødt til at være kontinuerlig – også på tværs af sektorer.

I infektionsmedicinsk afdeling Q på Aarhus Universitetshospital i Skejby er der, ved gennemgang af journaler og epikriser, lavet audits på vægtudvikling, dokumentation af ernæringsproblemer og status på ernæringsproblemer ved udskrivelse. Trods mange madtilbud og formidling af evidensen for betydningen af ernæring som integreret del af behandlingen af patienterne, viste disse audits, at det til stadighed ikke lod sig gøre at udskrive patienter med tilstrækkelig dokumentation af ernæringsbehandlingen under indlæggelsen. Endvidere sås ringe continuation af ernæringsintervention til behandling af mangelfuld ernæringstilstand ved udskrivelsen til eget hjem eller kommunen.



Der blev derfor gennemført en spørgeskemaundersøgelse i efteråret 2009, hvis formål var at undersøge personalets holdning, viden og interesse om ernæringsbehandling af patienter i ernæringsrisiko ved udskrivelsen. Et valideret spørgeskema blev uddelt til alle læger og plejepersonale på infektionsmedicinsk afdeling (N=72) med en responsrate på 78 pct. Spørgeskemaet er udviklet og valideret af en nordisk, tværfaglig ernæringsgruppe, lige som der er publiceret flere artikler på basis af spørgeskemaet (4-7).

Af resultater fra infektionsmedicinsk afdeling Q på Aarhus Universitetshospital kan nævnes, at personalet angiver, at de monitorerer patientens ernæringstilstand (ET). 86 pct. vurderer, at patienter bør have ET monitoreret ifm epikrise; 93 pct. mener, at vejning ved udskrivelsen burde være rutine, mens 5 pct. svarer, at de gør det. 46 pct. rapporterer, at ernæringsplan bør være indeholdt i epikrisen, mens 34 pct. mener, at epikrisen indeholder ernæringsplan. 25 pct. vurderer, at der bør stå i epikrisen, hvem der er ansvarlig for opfølgning på patientens ernæringsproblemer.

Ca. 50 pct. af infektionsmedicinske læger anerkender ikke evidensen for, at sufficient ernæringsbehandling reducerer antallet af infektioner og tryksår. Ca. 30 pct. svarer, at deres patienter er mangelfuldt ernærede under indlæggelsen. 27 pct. svarer, at hjemmesygeplejersker kan varetage opfølgningen på patienters ernæringsproblemer. 20 pct. mener, at praktiserende læger har tilstrækkelig viden om ernæring. 45 pct. opstarter ikke ernæring før udskrivelsen pga. forventning om utilstrækkelige kompetencer hos personalet i primær sektor. 64 pct. svarer, at ernæring har lav prioritet i primær sektor.

Artikel om undersøgelsen og yderligere resultater er publiceret i Topics in Clinical Nutrition, Volume 28.3, Summer 2013 issue med titlen "Attitudes, perceptions and knowledge among hospital staff concerning post discharge nutritional follow-up". Se også artikel i Sygeplejersken med anvisninger på, hvordan spørgeskemaundersøgelsen er blevet fulgt op af målrettet indsats omkring ernæring i infektionsmedicinsk afdeling (8).

Plads til forbedringer omkring ernæring ved udskrivelse

Der er udviklet internationale og nationale guidelines og redskaber til håndtering af underernæring. I Europarådets resolution og Sundhedsstyrelsens "Bedre mad til syge. Hvorfor? Hvordan?" pointeres betydningen af at følge den indlagte patient helt hjem (9,10). I den 2. version af Den Danske Kvalitetsmodel præciseres hospitalets ansvar for, at patienter i ernæringsmæssig risiko får et tilbud om en relevant indsats (11). Udover en henvisning til lokale aftaler mangler der dog endnu detaljerede anbefalinger for, hvordan ernæringsbehandling på tværs af sektorer håndteres effektivt og systematisk. Da en relativt simpel undersøgelse som monitorering af variabelen vægtudvikling kun angives at blive udført af 5 pct., kan det fortolkes som en indikation på mangelfuld monitorering af ernæringsstatus omkring udskrivelsen. Lægers manglende interesse for og viden om ernæring kan være meget problematisk, da lægen er katalysator for patientens egen indsats, ligesom ansvarsplaceringen i forbindelse med ernæring er vigtig; især ildsjæle og nøglepersoner angives af personalet at spille en vigtig rolle for sufficient ernæringsbehandling (12).

Det er vores indtryk, at resultaterne fra infektionsmedicinsk afdeling på Skejby ikke er exceptionelle, men at det snarere er en tendens, at patientens ernæringsproblemer og ernæringsstatus ikke præciseres ved udskrivelse fra en lang række hospitalsafsnit. Årsagerne kan være manglende viden om og interesse for ernæring, manglende erkendelse af ernæringstilstand som prædikator for, hvordan det går patienten, og manglende tiltro til primærsektorens muligheder, kompetencer og ansvar samt mangel på tilgængelighed af data på tværs af sektorer. Som diætister mener vi naturligvis, at meget kunne sikres med ansættelse af afdelingsdiætister, der kan udskrive til kommunediætister.

Styrkelse af kommunikationen

Nyere audits fra infektionsmedicinsk afdeling viser, at primær sektor fortsat ikke modtager fyldestgørende information vedr. ernæringsmæssige problematikker på udvalgte patienter, ligesom det til stadighed er vanskeligt at få lægerne til at nævne ernæring i epikriserne. Dette kunne evt. afhjælpes ved at lave et overskueligt

skema til afkrydsning af problemfelter og behandlingsplan.

Det er et ønske fra mange, ikke mindst diætister i hver sin sektor, at kommunikation om ernæring mellem sektorerne faciliteres, og at udvikling af netværk og værktøjer får høj prioritet i fremtiden. Og rundt omkring sker givetvis allerede noget. Eksempelvis er der etableret et fagligt netværk mellem de 14 kliniske diætister i Aarhus Kommune, Sundheds- og Omsorgsafdelingen og de kliniske diætister på Aarhus Universitetshospital. De kliniske diætister på hospitalerne har i mødet med den indlagte patient ofte gjort sig tanker om og lagt plan for, hvad der skal ske, hvis der fortsat er behov for ernæringstiltag efter udskrivelsen. Relevante oplysninger, der videregives i epikrisen/udskrivningsbrevet med henblik på opfølgning, kunne være:

- Vægt
- Højde
- Energi- og proteinbehov
- Ernæringsscreeningsscore
- Kostform
- Målsætning for ernæringsplanen
- Ernæringsplan (de ernæringstiltag, der er foretaget, og de ernæringstiltag, man forventer, at primær sektor følger op på, herunder aktuelle spiseproblemer).
- Diætistkontakt under indlæggelse (navn og kontaktdata på klinisk diætist samt tidspunkt for, hvornår kostplanen skal revurderes)

Afdelingerne kan ligeledes i instrukser angive specifikke ernæringsplaner og opfølgning for udvalgte patientforløb.

Erfaringer fra det nye samarbejde i Aarhus-området skal vise, om det på denne vis kan lykkes at give den tværsektorielle ernæringsbehandling en god grobund.

En højere grad af patientinddragelse under indlæggelsen bør også medtænkes, da patientinddragelse har vist at have en positiv virkning på såvel behandlingsudfald som patienttilfredshed. Bedre informerede patienter udviser større compliance, større tilfredshed med behandlingen og bedre behandlingsresultater, bl.a. fordi de har en opfattelse af at have tingene under egen kontrol. Også en god læge-patient-pårørende kommunikation er positivt associeret til forbedrede behandlingsresultater (10).

Det umulige tager blot lidt længere tid, som Winston Churchill sagde. Vi må som faggruppe arbejde på at gøre en aktiv indsats, og så i øvrigt håbe på, at politikere og embedsmænd og softwareudviklere i mellemtiden arbejder på fuld kraft for, at overgangen fra en sektor til en anden ikke bliver med livet som indsats for den sårbare patient.

kifj@aarhus.dk
annerav@gmail.com

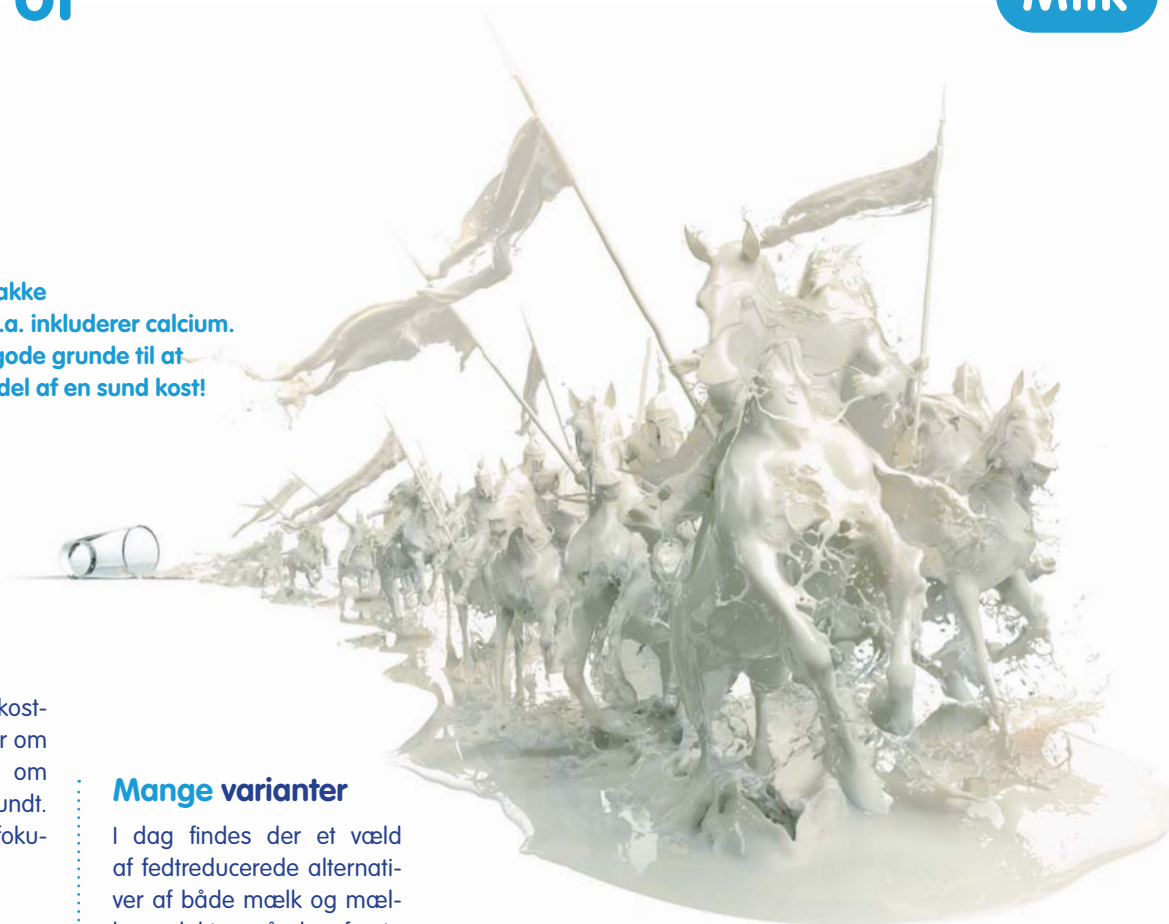
Referencer

1. Rasmussen HH, Kondrup J, Staun M, Ladefoged K, Kristensen H, Wengler A. Prevalence of patients at nutritional risk in Danish hospitals. *Clin Nutr* 2004; 23: 1009-15.
2. Kondrup J, Sorensen JM. The magnitude of the problem of malnutrition in Europe. *Nestle Nutr Workshop Ser Clin Perform Programme* 2009; 12: 1-14.
3. Heersink JT, Brown CJ, Dimaria-Ghalili RA, Locher JL. Undernutrition in hospitalized older adults: patterns and correlates, outcomes, and opportunities for intervention with a focus on processes of care. *J Nutr Elder* 2010; 29: 4-41.
4. Rasmussen HH, Kondrup J, Ladefoged K, Staun M. Clinical nutrition in danish hospitals: a questionnaire-based investigation among doctors and nurses. *Clin Nutr* 1999; 18: 153-8.
5. Lindorff-Larsen K, Hojgaard Rasmussen H, Kondrup J, Staun M, Ladefoged K. Management and perception of hospital undernutrition-a positive change among Danish doctors and nurses. *Clin Nutr* 2007; 26: 371-8.
6. Mowe M, Bosaeus I, Rasmussen HH, Kondrup J, Unosson M, Irtun O. Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: a questionnaire based survey. *Clin Nutr* 2006; 25: 524-32.
7. Mowe M, Bosaeus I, Rasmussen HH, Kondrup J, Unosson M, Rothenberg E, et al. Insufficient nutritional knowledge among health care workers? *Clin Nutr* 2008; 27: 196-202.
8. Ravn, AW, Engell-Sørensen V, Storgaard M, Ørneborg Rodkjær L. Der mangler fokus på ernæring i sundhedssektoren. *Sygeplejersken* 6.2013;64-67.
9. Council of Europe – Committee of Ministers. Resolution ResAP (2003)3 on food and nutritional care in hospitals.
10. Bedre mad til syge. Hvorfor? Hvordan? Sundhedsstyrelsen 2003 (2003a). Kan læses på www.sst.dk.
11. Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet. Den Danske Kvalitetsmodel, Akkrediteringsstandarder for sygehuse 2. version, 1. udgave. Maj 2012.
12. Holst M, Rasmussen HH, Laursen BS. Can the patient perspective contribute to quality of nutritional care? *Scand J Caring Sci.* 2011 Mar; 25(1):176-84.

Milk. A Force of Nature.



Mælk indeholder en pakke næringsstoffer, som bl.a. inkluderer calcium. Du har derfor mange gode grunde til at anbefale mælk – som del af en sund kost!



Spis positivt

Vi mener, at de bedste kost-råd er dem, der handler om hvad vi gerne må, og om hvad der er godt og sundt. Lad os spise positivt og fokusere på det gavnlige!

En kombination

Du kender sikkert godt til mælkens gode indhold af calcium, men vidste du også, at mælk indeholder protein, kalium, fosfor, B2- og B12-vitamin – og dermed er en fødevarer, der indeholder mange forskellige næringsstoffer i samme produkt? Ved at drikke et glas mælk får man alle de nævnte næringsstoffer på en nem og bekvem måde.

Undervurderet fødevarer

Mælk er på mange måder en lidt undervurderet fødevarer. Nogle tror, at den er fedende – andre tænker, at mælk kun er noget for børn – og ofte tænker folk slet ikke over alle de naturlige næringsstoffer, vi kan få ved at vælge de rigtige fødevarer.

Mange varianter

I dag findes der et væld af fedtreducerede alternativer af både mælk og mælkeprodukter, så den første mistanke om, at mælk feder, er nem at skyde ned.



God til både store og små

Det er også vigtigt at huske på, at mælk ikke kun er godt for børn. Faktisk er mælk vigtig, uanset hvor gammel du er. Det skyldes blandt andet det høje indhold af calcium og protein. Børns knogler vokser selvfølgelig, men også voksnes knogler nedbrydes og genopbygges gennem hele livet. Både calcium og protein er

vigtige for vedligeholdelse af normale knogler, så en kontinuerlig tilførsel hele livet er vigtig.

Masser af næringsstoffer

Når vi indtager mad og drikke, er det i høj grad for madens gode smag, for hyggen, og selvfølgelig fordi vi er sultne. Men hvis dét vi indtager både smager godt og indeholder vigtige næringsstoffer, som for eksempel mælken, så er det vel bare et plus?

Det synes vi i hvert fald, og det er derfor, vi slår et slag for mælken, og opfordrer danskerne til at få flere af de næringsrige mejeriprodukter.



Drik mellem 1/4-1/2 liter om dagen af de magre mælkeprodukter, som en del af en sund kost og en sund livsstil.

- Fødevardatabanken 7.01, www.foodcomp.dk
- Scientific Opinion on the Substantiation of health claims related to calcium and vitamin D and the maintenance of bone (ID 350) pursuant to Article 13(1) of Regulation (EC) No 1924/2006. EFSA Journal 2009;7(9):1272.



Børnediætistens mange lokale samarbejdspartnere er en udfordring

Det tværfaglige samarbejde omkring barn og familie er en stor udfordring i det daglige diætistarbejde, både under indlæggelsen og i ambulante sammenhænge. Det samme er samarbejdet med familien i tiden derefter, pga. de mange øvrige involverede i barnets lokale liv.

Dorthe Wiuf Nielsen



Viften af involverede i barnet og barnets opvækst og trivsel er stor og kræver ofte deltagelse i netværksmøder og løbende dialog gennem telefon eller via mailkorrespondance. Familierne opfordres ofte til at tage øvrige tætte involverede med til konsultationer på hospitalet, hvorefter den videre kontakt og opfølgning kan ske telefonisk eller gennem mail. Der

kan også være behov for netværksmøder i lokalt regi i børnehaver eller dagpleje med deltagelse af evt. hele det tværfaglige lokale team.

Dette kan være oplagt, ikke mindst i kost- og ernærings spørgsmål, og hvis barnet er på diæt, idet der kan være mange spørgsmål hertil. Mange familier kan desuden ofte have en klar holdning til, hvad det er for mad, der bør spises derhjemme - og hvorfor. Ligeledes kan øvrige involverede have en klar holdning til mad/diæt, og hvad de fx måtte mene vil være bedst for barnet.

Det er således vigtigt med forventningsafklaring og rådgivning om, hvilken kost eller diæt, det enkelte syge barn anbefales at spise eller bør få gennem sondeernæring, herunder hvilken type, administrationsform og vejledende mængde.

Der er mange holdninger til kostspørgsmål og eksisterende myter om, hvad der er sund mad. Det viser sig ikke mindst i sygdomssammenhænge. Flere børnefamilier følger fx selvforanstaltede diæter, hvor det er vigtigt at vejlede i, at barnet får en så lødigt og næringsrig kost som muligt. Det kan endvidere være nødvendigt at aflive myter om, hvad der evt. måtte tænkes at være sundt i den givne sygdomssituation.

Udpluk af børnediætistens samarbejdspartnere:

Det kan fx være dagpleje, vuggestue, børnehave, specialinstitution, egen læge, børnelæge, speciallæge, skole, fritidsordning, pædagog, klasselærer, efterskole, aflastningsfamilie, personlig støtteperson til barnet og/eller forældre eller én af forældrene, sundhedsplejerske, tandklinik, psykolog, ergoterapeut, fysioterapeut, sagsbehandler i kommunen, botilbud, tolk med meget videre.

Her er det vigtigt at være med til at vejlede mange af de involverede ressourcepersoner omkring barnet.

Vejledningen er tidskrævende, men bør prioriteres højt, da den ofte resulterer i en bedre trivsel og opvækst og diætkontrol, der kommer barnet fuldtalligt til gode.

Det er i nogle sammenhænge ofte pædagoger, støttepersoner og sundhedsplejersker mv., der i den daglige praksis kan stå for kontakten ved ernæringsspørgsmål i samarbejde med forældrene. Ved oplysninger om tolerance og effekt og nye vækstdata på barnet kan det blive nødvendigt med nye kostberegninger og anbefalinger for optimalt indtag af mad og drikke eller sondeernæring. Der er også ofte behov for løbende kost- og diættilpasninger efter nye blodprøve-resultater.

Der kan endvidere være tale om fornyelse af ernæringsordinationer, ansøgninger til hjemkommuner med henblik på hjælp til dækning af merudgifter, notater til børnehaver om nødvendigheden af fx mælkefri kost, eller det, at barnet behøver en energitæt sammensat kost, og hvad dette betyder og indebærer, eller indholdet i en særlig diæt. Der kan være tale om tilpasning i en anbefalet dagskost ved fx allergi over for mælk, Prader Willi Syndrom og ønske om vægttab eller barn med galdevejsatresi på fedtreduceret MCT-diæt. Der kan også være tale om en anbefalet sondeernæringsmængde, sondeplan og administrationsform til et barn med et sjældent syndrom eller neurologisk sygdom, der skal opereres gennem PEG-sonde. Det sker ved konsultationer, møder, mail og telefonopfølgninger og efter evt. indsendelse af spørgsmål eller nye kostregistreringer og vægte m.v.

I samarbejdet er der således rig mulighed for at lytte, forklare og rådgive og gøre brug af forskellige vejledningsteknikker, motiverende samtale og udarbejdelse af skriftligt vejledningsmateriale, der kan støtte den mundtlige information og målrettet forskellige faggrupper.

dorthe.wiuf.nielsen@regionh.dk

Den første modernælkserstatning til børn med koliksymptomer

Beriget med *Lactobacillus reuteri* som...

Mindsker koliksymptomer hos 95 % af børnene.^{1,*}

Reducerer tiden med gråd med 70 %.^{2,*}

Giver lindring allerede inden for 7 dage.^{1,*}

Forbedrer oplevet livskvalitet i familien.^{2,*}



Kolik og koliksymptomer er almindelige spædbørnsproblemer.

I de tilfælde hvor barnet får modernælkserstatning, kan man nu anbefale NAN Comfortis. NAN Comfortis er den første modernælkserstatning, som er beriget med mælkesyrebakterien *Lactobacillus reuteri* – en aktiv bakteriekultur, der har dokumenteret lindrende effekt på kolik og koliksymptomer.¹⁻²

Hvis du vil vide mere, kan du kontakte lis.vinther@dk.nestle.com eller karin.christensen@dk.nestle.com



1. Savino F, et al. *Pediatrics* 2010; 126(3):e526-533.

2. Szajewska H, et al. *J Pediatr* 2013; 162(2):257-262.

* Resultater baseret på kliniske studier af *Lactobacillus reuteri*

Elektronisk kommunikation ved indlæggelse og udskrivelse - ved hjælp af MedCom hjemmepleje-sygehusstandarder

I april måned 2013 blev der sendt over 42.000 sygehusmeddelelser mellem hjemmesygeplejen og sygehusene. Meddelelserne skal være med til at sikre det gode patientforløb på tværs af sektorgrænser. Oplysninger om borgers/patientens ernæring kan også indgå i dataudvekslingen.

Jeanette Jensen



Der har været talt længe om, at elektronisk kommunikation skulle være med til at sikre det gode patientforløb over sektorgrænser, ved at vigtige oplysninger om pleje og behandling videregives på en sikker og enkel måde, når en borger med plejebehov indlægges og udskrives. Nu er den elektroniske kommunikation ved indlæggelse og udskrivelse

blevet standardiseret ved hjælp af MedCom standarder, og disse er godt på vej til fuld udbredelse i hele Danmark. Status er, at ca. 2/3 del af landets kommuner og sygehuse anvender kommunikationsstandarderne. Fuld udbredelse i hele landet forventes ved udgangen af 2013. MedCom standarderne til understøttelse af indlæggelse og udskrivelsesforløb kaldes i daglig tale for "hjemmepleje-sygehusstandarderne" og består af fire standarder.

Historien bag MedCom hjemmepleje-sygehusstandarder

MedCom har i samarbejde med en national arbejdsgruppe mellem sygehus og kommune foretaget en opdatering af tidligere udviklede hjemmepleje-sygehus kommunikationstandarder fra år 2002, som aldrig nåede at blive udbredt nationalt. Nu er standarderne dels blevet moderniseret teknisk til det såkaldte "XML-format", dels er det faglige indhold tilpasset de nuværende kommunikationsbehov. Den overordnede ramme for fastlæggelse af indholdet er sket med udgangspunkt i 2. generations sundhedsaftalerne fra 2011-2014.

Den nationale arbejdsgruppe er bredt sammensat af repræsentanter fra regioner og kommuner, geografisk fordelt over hele landet. Der har været mange forskellige diskussioner undervejs om

Hvad er MedCom og MedCom standarder?

MedCom er etableret i 1995 som en offentlig non profit organisation og finansieres og ejes i forening af ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Danske Regioner, Kommunernes Landsforening. MedCom er en udførende organisation, som skal bidrage til udvikling, afprøvning, udbredelse og kvalitetssikring af elektronisk kommunikation og information i sundhedssektoren med henblik på at understøtte det gode patientforløb. Det sker bl.a. ved udvikling af MedCom standarder, som er strukturerede meddelelser, der anvendes og sendes på tværs af sundhedsvæsenets parter uanset deres forskellige it-systemer. Eksempler på MedCom standarder er Henvisning, Receptfornyelse og Epikrise. Standarderne sendes over sikkert net, det danske sundhedsdatanet.

Læs mere om MedCom på <http://medcom.dk>



navngivning og detaljeret fagligt indhold. I nogle regioner var oplysningen, om der var "Medgivet madpakke", en vigtig oplysning, mens andre ikke mente, den var nødvendig. Fastlæggelse af indhold til den strukturerede udveksling af funktionsevne har også fyldt meget i det forbedrende arbejde. Der har også været diskussion om, hvilket navn, den standard, sygehuset sender under indlæggelsesforløbet til kommunen, skulle have. Konklusionen blev, at standarden blev navngivet "Plejeforløbsplan" for at understøtte, at der er tale om et forløb.

Hvad er MedComs fire hjemmepleje-sygehusstandarder?

Hjemmepleje-sygehusstandarderne består dels af en **indlæggelsesrapport**, som sendes fra kommunen til sygehuset, når en borger, der modtager hjemmehjælp eller sygepleje, indlægges. Indlæggelsesrapporten sendes automatisk fra kommunens

omsorgssystem, når et indlæggelsesadvis fra sygehuset modtages. Den automatiske indlæggelsesrapport henter oplysninger fra omsorgssystemet og indeholder stamoplysninger, oplysninger om funktionsevne, hjælpemidler, medicin og oversigt over serviceydelser. Derfor er det vigtigt, at oplysningerne i omsorgssystemet i videst muligt omfang altid er opdaterede og valide. Den automatiske indlæggelsesrapport kan opdateres manuelt af plejepersonalet, hvor det bl.a. kan være nødvendigt at opdatere funktionsevne-data, samt tilføje borgerens aktuelle helbredstilstand op til indlæggelsen og indlæggelsesårsag.

Når sygehuset har lagt en behandlingsplan for patienten, sender sygehuset en **plejeforløbsplan** til kommunen. De fleste regioner og kommuner har indgået aftaler om tidsfrister for, hvornår plejeforløbsplanen skal sendes til kommunen. I plejeforløbsplanen oplyser sygehuset kommunen om forventet indlæggelsesforløb, forventet funktionsevne ved udskrivelse og behov for koordinering af udskrivelse. Den indeholder også dato for, hvornår patienten forventes færdigbehandlet på sygehuset, og meddelelsen kan dermed fungere som varsling i forhold til sundhedsaftaler. Det er typisk visitationsenheden i kommunen, som modtager og behandler plejeforløbsplanen og sikrer den videre koordination med sygehuset og øvrige parter i kommunen, bl.a. hjælpemiddelenheden. Koordinationen kan ske elektronisk ved at svare på plejeforløbs-

planen med en korrespondancemeddelelse, også kaldet ”klinisk e-mail”, ved telefonisk kontakt eller ved aftalt udskrivningskonference, som nogle steder holdes på video.

Hvis en patient ikke kan hjemtages i kommunen på den dag, hvor patienten er færdigbehandlet på sygehuset, registreres patienten som færdigbehandlet på sygehuset, og der sendes en automatisk meddelelse til kommunen om dette, kaldet **melding om færdigbehandling**. Det sker fx, når der er ventetid på en midlertidig genoptræningsplads i kommunen.

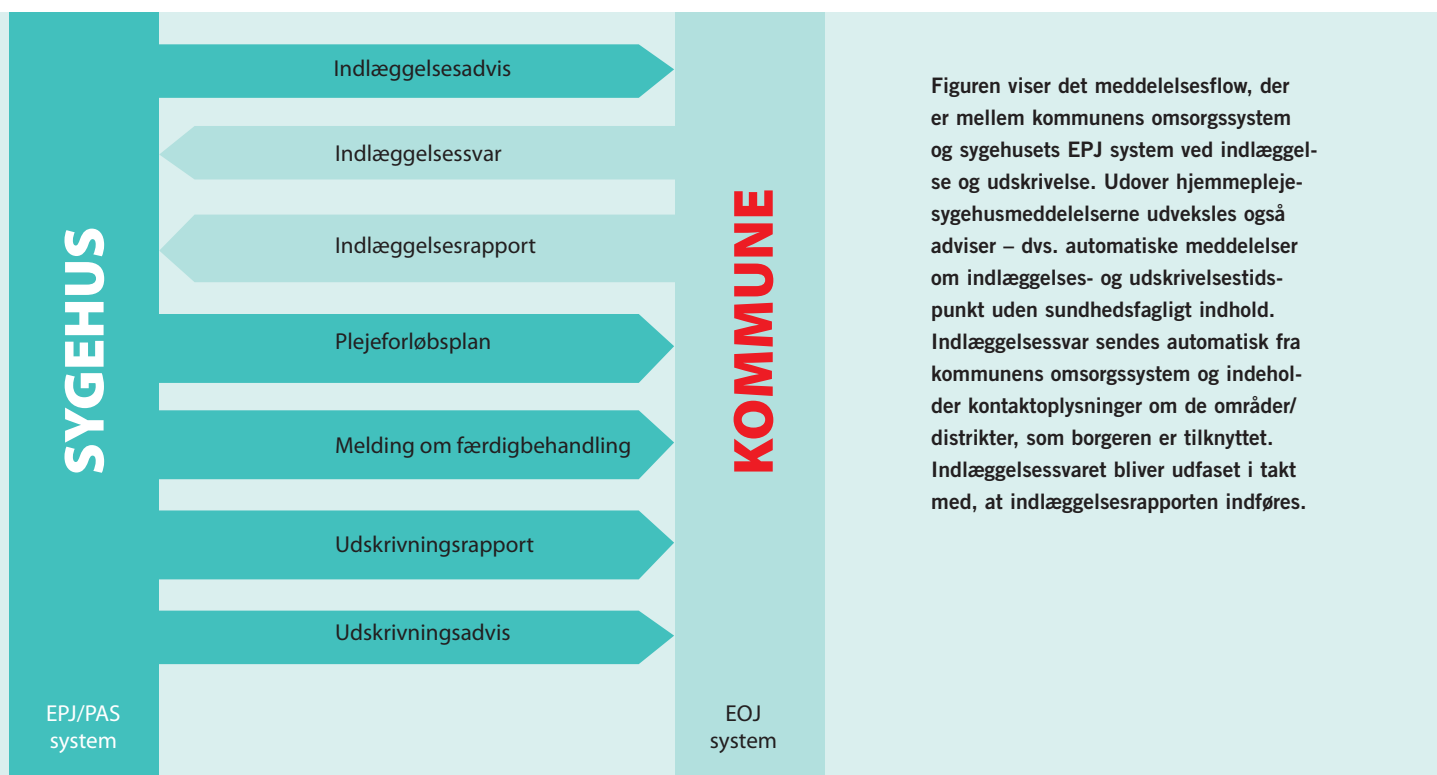
Når patienten udskrives, sendes en **udskrivningsrapport** fra sygehuset til kommunen. Den indeholder oplysninger om funktionsevne, medicin, resume af indlæggelsesforløb, konkrete sygeplejehandlinger og fremtidige aftaler. Der er ikke standardiserede felter til ernæringsstatus og plan for ernæring.

Medicinoplysninger indgår i standarderne, indtil alle parter anvender det fælles medicinkort, FMK.

Funktionsevne som fælles nøgle

Et centralt redskab i standarderne er funktionsevnebeskrivelsen, som kan ses som en fælles faglig nøgle til borgeren/patienten, på tværs af de vante terminologier og sprogbrug i henholdsvis sygehus og kommune. Funktionsevne klassifikationen, som blev valgt

Illustration af meddelelsesflow.



Figuren viser det meddelelsesflow, der er mellem kommunens omsorgssystem og sygehusets EPJ system ved indlæggelse og udskrivelse. Udover hjemmeplejesygehusmeddelelserne udveksles også adviser – dvs. automatiske meddelelser om indlæggelses- og udskrivelsestidspunkt uden sundhedsfagligt indhold. Indlæggessvar sendes automatisk fra kommunens omsorgssystem og indeholder kontaktoplysninger om de områder/distrikter, som borgeren er tilknyttet. Indlæggessvaret bliver udfaset i takt med, at indlæggelsesrapporten indføres.

til standarderne, er en delmængde af funktionsevnebeskrivelsen i Fælles Sprog II. Der er udvalgt 11 af de 17 områder, der indgår i Fælles Sprog II, som hver scores i 5 niveauer. Scoren viser graden af funktionsevneindsættelsen, hvor "0" betyder ingen eller ubetydelig begrænsning, og "4" betyder totale begrænsninger. Udvekslingen af struktureret funktionsevne har været en udfordring for både kommuner og sygehusets personale, som skulle lære at forstå og anvende funktionsevnescore. Det er almindelig kendt stof for kommunens visitatorer, men i den praktiske anvendelse er det ofte det udførende plejepersonale i kommunerne, som skal opdatere den aktuelle funktionsevne, og for sygehuspersonalet er det oftest helt nyt. Erfaringer indtil videre viser, at det efter opstartsproces er et værdifuldt værktøj i udvekslingen, som er med til at give overblik og fælles forståelse på tværs af sektorer.

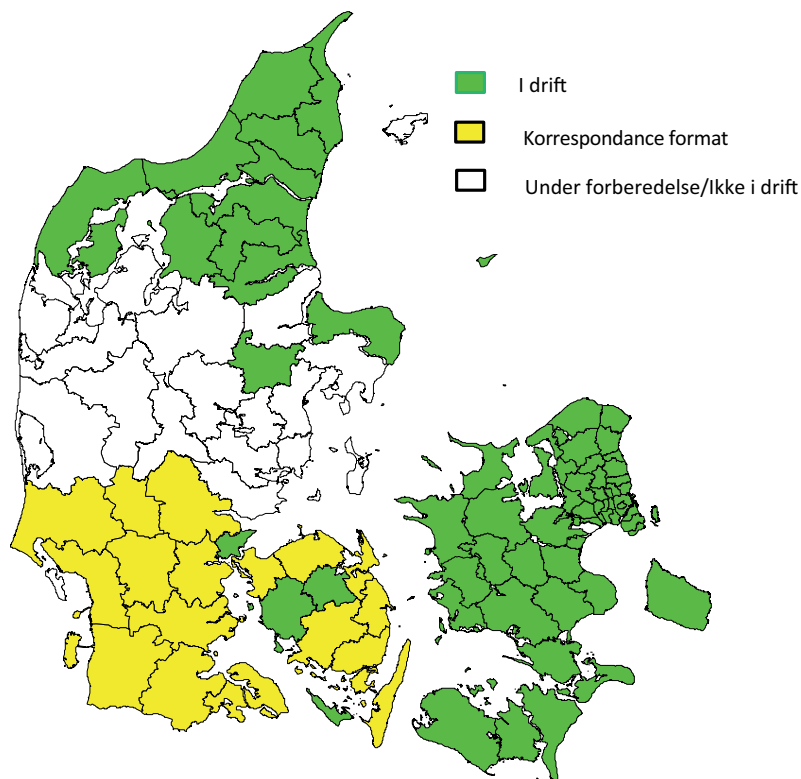
Status for udbredelse i Danmark

Det er en omfattende proces at komme i gang med at anvende MedCom hjemmepleje-sygehusstandarder. Det kræver både tekniske og i høj grad organisatoriske forberedelser i regioner og kommuner. Den første region i Danmark, som gik i drift med de nye elektroniske meddelelser, var Region Nordjylland i begyndelsen af 2012. Hen mod slutningen af 2012 kom der fart på implementeringen i både Region Hovedstaden og Region Sjælland, hvor størstedelen var kommet med ved årsskiftet. Region Midtjylland og tilhørende kommuner planlægger overgang til standarderne i løbet af 2. halvår 2013. Region Syddanmark har gennem flere år udvekslet indlæggelsesrapport, forløbsplan og udskrivningsrapport uden funktionsevnedata og i simpelt korrespondanceformat. Region Syddanmark planlægger overgang til nye standardformat i 3. kvartal 2013.

Visning af eksempel på funktionsevne omkring drikke, spise og lave mad

Funktionsevne	Score	Beskrivelse
5. Drikke	2	Fejlsynker tynde væsker, men det går bedre med drikke yoghurt og proteindrik. Kan drikke af almindelig glas og kop, men foretrækker sugerør eller tudekop.
6. Spise	2	Kan spise med særligt bestik med venstre hånd, al mad skal skæres i små stykker. Spiser meget sparsomt. SMÅ portioner.
7. Lave mad	4	Kan ikke selv tilberede mad, pga. manglende kognitive evner og udtalt lammelse i høj side.

Skema viser eksempel på beskrivelse af funktionsevne omkring mad og drikke i hjemmepleje sygehus standard.

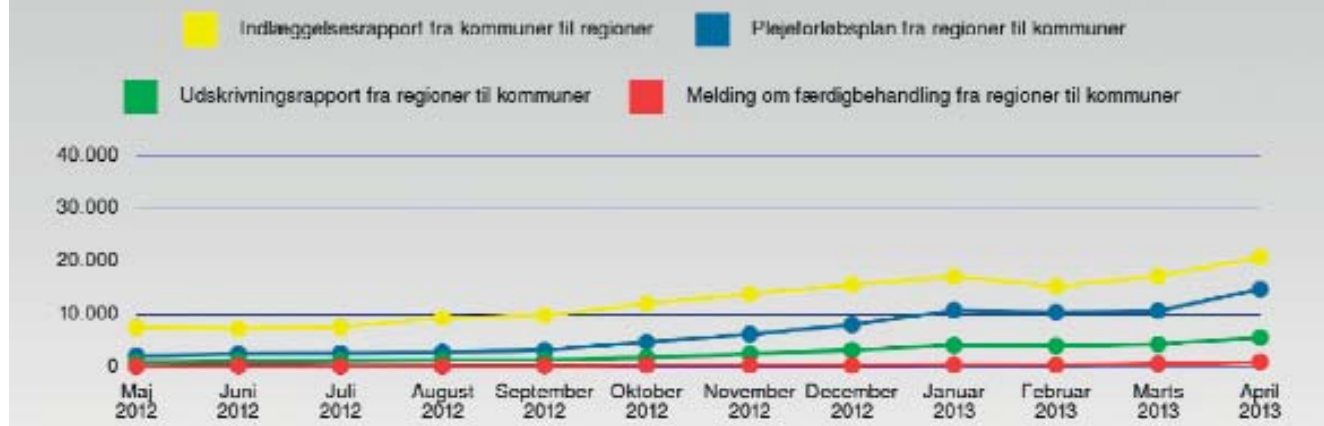


Danmarks kort viser udbredelsen af hjemmepleje-sygehusmeddelelser (april 2013)

Er der fokus på ernæring i standarderne?

I indlæggelsesrapporten, plejeforløbsplanen og udskrivningsrapporten er der mulighed for at beskrive data om borgerens/patientens ernæring og ernæringstilstand i fritestfelterne. Funktionsområderne "at spise", "at drikke", samt "at lave mad" indgår i udvekslingen af data på tværs af sektorgrænser. Der scores med 5 niveauer, og ud for hvert felt kan tilføjes en beskrivelse. Det giver mulighed for at udveksle oplysninger, specifikt om ernæring, men kan dog ikke kaldes det samme som at udveksle specifikt om ernæringstilstand, ernæringscore. Erfaringer fra Region Nordjylland viser dog, at der også er ønske om at kunne tilføje specifikke data om ernæringscreening, sådan som den danske kvalitetsmodel bl.a. beskriver, men det indeholder standarderne ikke felter til i øjeblikket. Specifikke felter til ernæring indgår ikke i den nuværende version af hjemmepleje-sygehusstandarder. Region Nordjylland, som har

National Sygehus-Kommunesamarbejde



MedCom monitorerer alle MedCom meddelelser og stiller MedCom statistik til rådighed for regioner, kommuner og leverandører på <http://medcom.medware.dk>. I april 2013 blev der udvekslet 42.249 rapporter på tværs af sektorerne.

været i drift i ca. 1 ½ år, har ytret ønske om, at det blev muligt at udveksle data om ernæring, fx ernæringscreening og ernæringsplaner. Dette ønske kunne blive indfriet, hvis det blev muligt at vedhæfte filer til standarderne, fx i form af en ernæringsplan. Ønsket om at kunne vedhæfte filer vil være med til at imødekomme den efterspørgsel på udveksling af specifikke data, der fx er i forbindelse med projekter med forskelligt fagligt fokus, og som derfor ændres løbende.

Løbende udvikling og tilpasning

Siden standarderne er taget i drift, er der kommet nye ændringsønsker fra både regioner og kommuner. Ønskerne behandles i MedComs nationale hjemmepleje sygehusgruppe og i leverandørforum. Det er en omfattende proces at ændre en standard, fordi det i praksis kræver, at alle it-systemer og kommuner og sygehuse er klar til at ændre samtidigt. Det gør, at processen med ændringer tager forholdsmæssig lang tid. De første ændringer af standarderne gennemføres i 2. halvår af 2013, hvor hver region og tilhørende kommuner indgår aftaler om fælles overgang.

Med hjemmepleje-sygehusstandarderne får kommuner og sygehuse et struktureret elektronisk værktøj til kommunikation på tværs af sektorer. Værktøjet udgør rammen for kommunikationen, men det gode patientforløb vil som altid være afhængig af, hvor god man er til at udfylde denne ramme. Det er klart, at værktøjet

skal være til stede for at kunne overlevere viden på ernæringsområdet på samme niveau som genoptræningsplaner, siger klinisk diætist, Margit Oien Nielsen, Sygehus Vendsyssel. For at sikre en god udskrivelse er det væsentligt, at resultater fra ernæringscreening og tilhørende ernæringsplan overleveres til kommunen. Dette er gældende dels for patienter, som overgår til kommunens hjemmepleje, men også for kronikerne, som sandsynligvis skal overgå til et rehabiliteringstilbud i kommunens sundhedscenter. Samme behov for kommunikation ser Margit Oien Nielsen også, når fx et overvægtigt barn har fulgt et behandlingsforløb hos diætisten på sygehuset. Her er det vigtigt at have mulighed for at videregive information, således at behandlingsforløbet kan fortsættes i kommunen. Derfor er det ikke tilstrækkeligt, kun at vurdere på funktionsevnen i forbindelse med drikke, spise og lave mad som er muligt nu, men bestemt også behov for kommunikation om ernæringstiltag/plan. Udfordringen er nu at udvikle skabelon til ernæringsplan, som kan vedhæftes udskrivningsrapporten og ikke mindst efterfølgende opnå god praksis for anvendelse af ernæringsplan, hvilket er gældende både for afsender og modtager, således at kvalitet og sammenhæng i patientforløbet øges.

jej@medcom.dk

Referencer

1. MedCom kommune statistik: <http://medcom.medware.dk>
2. MedCom hjemmeside om hjemmepleje-sygehus projekt <http://www.medcom.dk/wm111690>
3. Den Danske Kvalitetsmodel om ernæring: <http://www.ikas.dk/Sundhedsfaglig/Sygehuse/2.-version.-Akkrediteringsstandarder-for-sygehuse/Generelle-patientforl%C3%B8bsstandarder/Ern%C3%A6ring-2.14.1.aspx>
4. KL, Fælles Sprog II, 2004 <http://www.kl.dk/Social-service/Pjece-Falles-sprog-II-id62695/?n=0>

Videnskabeligt dokumenteret vægttab

Cambridge®
Weight Plan

Kombiner høj faglighed med forskningsdokumenterede vægttabsprodukter.

Ekstra indtjeningsmulighed for din diætistvirksomhed.

Det unikke ved Cambridge Vægtplan produkterne er at salget ikke skal stå alene. Det kan ikke købes i butikker eller via internettet - og derfor tilbyder vi dig at blive forhandler af produkterne som et supplement til din kostvejledning. Ved brug af Cambridge Vægtplan kræves der professionel vejledning og support for at opnå et holdbart vægttab.

Når du sælger Cambridge Vægtplan produkterne som led i dine konsultationer, skabes der mersalg og øget indtjening for din virksomhed som diætist. Hvorfor lede DINE kunder ned til supermarkedet efter et alternativ når du med produkter der er ernæringsmæssigt velafbalanceret, kan fastholde kunden og tilmed øge indtjeningen igennem salget.

Om Cambridge Vægtplan & Forskningen.

Med Cambridge Vægtplan som en del af dit produktudvalg ved konsultationer går du ikke på kompromis med fagligheden som diætist. Cambridge Vægtplan er veldokumenteret igennem en lang række forskninger siden Cambridge Vægtplan startede tilbage i 1966. Senest i Danmark på Parker Institutet, Frederiksberg Hospital.

Studiet* fra Parker Institutet på Frederiksberg Hospital viste et gennemsnitligt vægttab på 12 kg. over 8 uger for 192 ældre, inaktive slidgigtpatienter. Samtidig opnåede patienterne øget knoglemineraltæthed og forbedret D-vitamin og vitamin B12-niveauer. Ikke mindst viste undersøgelsen desuden, at deltagerne kunne holde vægten over de følgende år.

*Studiet af Pia Christensen, Parker Institutet et al. er publiceret i tidsskriftet European Journal of Clinical Nutrition 2012.

Pt. er der yderligere igangværende forskning med Cambridge Vægtplan på Gentofte, Bispebjerg, Hvidovre og Sønderborg Hospital.



Robin Christensen, Parker Institutet - Frederiksberg Hospital
phd. i evidensbaseret reumatologi og biostatistik:

"Fordommene om pulverkure trives, fordi så mange mennesker har lavet akutløsningen, hvor de har købt en pulverkur og selv har prøvet at håndtere vægttabet. For at opnå varigt vægttab skal man have vejledning fra en diætist eller være med i et vægttabsprogram. Er man det, er det intet mindre end fantastisk, hvad sådan nogle pulverkure kan"

Pia Christensen, Parker Institutet - Frederiksberg Hospital
Forskningsdiætist:

"Et godt undervisningsprogram sammen med produkterne, der dækker det daglige behov for næringsstoffer er nøglen til den flotte succes bag disse resultater".

Vægttabsserien fra Cambridge Vægtplan er et fleksibelt program, der tilbyder fleksibilitet i behandlingen lige fra en fuldkosterstatning til at bruge ernæringsmæssigt afbalancerede måltidsstatninger sammen med almindelig mad på et højere individuelt energiniveau.

Kontakt Cambridge Danmark A/S og Cand. Scient i Human Ernæring - Rikke Frederiksen,
allerede idag og hør nærmere om mulighederne med produkterne på Tlf: 32 55 00 37 eller email: post@cambridgedanmark.dk

Cambridge®
Weight Plan
Real people, real support, real results.

www.cambridgedanmark.dk



Cambridge Danmark A/S - Bækgårdsvej 41B - 4140 Borup - Telefon: 32550037 - CVR: 33968612

Gavner en tværsektoriel ernæringsindsats den ældre medicinske patient?

Som en del af vores speciale på kandidatuddannelsen i klinisk ernæring ved Københavns Universitet, har vi i et samarbejde med Amager og Hvidovre Hospitaler og Københavns Kommune igangsat et tværsektorielt ernæringsstudie rettet mod ældre medicinske patienter, der indlægges akut.

Aino Leegaard Andersen



Sussi Friis Buhl



Formål

Formålet med interventionsstudiet er at undersøge, hvorvidt højprotein diæt under indlæggelse samt protein- og energitilskud og vægtbærende træning tre måneder efter udskrivelse kan reducere tab af muskelmasse blandt ældre medicinske patienter med stressmetabolisme. Desuden undersøges det, om interventionen kan reducere tab af funktionsniveau og muskelstyrke, samt om inflammationsniveauet påvirkes.

Baggrund

De ældre medicinske patienter udgør ca. 40 pct. af de somatiske patienter på de danske sygehuse (1). Denne patientgruppe er typisk karakteriseret ved flere kroniske sygdomme, reduceret immunfunktion samt aldersrelateret tab af muskelmasse og -styrke. Tilstødende akut sygdom kan lede til nedsat funktionsniveau og egenomsorgskapacitet samt medføre lange indlæggelser, høj

komplikationsrate, hyppig genindlæggelse og høj mortalitet (1-3).

Akut sygdom såsom infektioner medfører metaboliske ændringer for at tilgodese det sygdomsrelaterede immunologiske respons. Tilstanden benævnes stressmetabolisme og er karakteriseret ved ubalance mellem de regulerende hormoner med nedsat anabolisme og accelereret katabolisme af muskelprotein til følge (4-6). Ved stressmetabolisme bliver øget proteintilførsel gennem kosten derfor essentiel for at mindske tab af funktionelle proteiner og muskelmasse.

På trods af et godt rationale for ekstra proteintilførsel i denne tilstand, fandt vi ved en litteraturgennemgang kun ganske få studier, der var målrettet akut indlagte, ældre medicinske patienter. Ligeledes mangles studier med succesfuld ernæringsintervention efter udskrivelse.

I tillæg til at muskelprotein nedbrydes ved akut sygdom, er kapaciteten til at opbygge muskelprotein og muskelstyrke generelt nedsat blandt raske ældre, og i endnu højere grad hos immobile ældre patienter med kroniske og akutte sygdomme (7). Flere studier viser, at evnen til at opbygge muskler hos raske ældre kan forbedres ved længerevarende interventioner med styrketræning efterfulgt af proteinindtag (7-9). Samlet er den nuværende forskning på området ikke tilstrækkelig til at give særlige anbefalinger til ernæringsterapien under indlæggelse, eller til rehabiliterings tilbuddet efter udskrivelse.

Tværsektoriel ernæringsindsats

Ernæring er en væsentlig del af behandlingen af de ældre medicinske patienter, både i forbindelse med akutte indlæggelser og ved kroniske lidelser (10). I takt med at de gennemsnitlige indlæggelsestider de senere år er reduceret (1), er der kortere tid i



den sekundære sektor til at opspore patienter i ernæringsmæssig risiko samt planlægge og opstarte ernæringsterapi. Vi mener derfor, at der er et godt rationale for at lave tværsektorielle ernæringsindsatser til denne patientgruppe. Det giver en mulighed for at tilrettelægge længerevarende indsatser og dermed øge kvaliteten og effekten af ernæringsbehandlingen. For den enkelte patient kan en tværsektoriel indsats formentlig også bidrage til øget medinddragelse i ernæringsindsatsen og dermed opnå en bedre udnyttelse af patientens og/eller de pårørendes ressourcer.

Metode

Studiet er et randomiseret kontrolleret interventionsstudie. Målet er at inkludere 32 patienter – 16 i hver gruppe. Inklusion foregår på akutmodtagelsen på Amager Hospital, hvor patienter, der opfylder inklusions- og eksklusionskriterierne, tilbydes deltagelse. Kriterierne for Systemisk Inflammatorisk Respons Syndrom benyttes til at identificere stressmetabole patienter. De øvrige inklusions- og eksklusionskriterier fremgår af tabel 1.

Der stratificeres for diabetes samt ernæringsrisiko vurderet ved hjælp af ernæringscreeningsproceduren Nutritional Risk Screening 2002 (11). Patienter inkluderes til studiet i perioden april til juli 2013.

Intervention under indlæggelse

Patienter i interventionsgruppen modtager høj-protein diæt (1,7 g/kg) under hele deres indlæggelse. Dette gøres ud fra en hypotese om, at det øgede proteinbehov, som den stressmetabole tilstand medfører, på denne måde kan tilgodeses, og at det dermed er muligt at spare tab af muskelprotein.

For at nå målet for proteinindtag udarbejdes individuelle diætplaner under hensyntagen til patientens appetit samt tygge- og synkefunktion. Hospitalets eksisterende fødevarsortiment benyttes. Diæten dækker desuden patientens behov for væske, energi og mikronæringsstoffer. Interventionen under indlæggelse varetages af klinisk diætist i tæt samarbejde med patienten, plejepersonale og eventuelt pårørende. For at monitorere compliance foretages der dagligt kost- og væskeregistrering.

Intervention efter udskrivelse

Interventionsgruppen modtager en kombineret ernærings- og træningsintervention i tre måneder efter udskrivelse. Dette gøres ud fra et rationale om, at denne intervention stimulerer proteinsyntese og dermed forbedrer patientens evne til at vedligeholde og opbygge muskelmasse.

Træningsinterventionen består af en enkel rejse-sætte-sig øvelse, hvor patienten udfører tre sæt af 8-12 gentagelser, minimum tre gange om ugen. Øvelsen justeres løbende for at sikre, at patienten træner til udtrætning. Ernæringsinterventionen omfatter et dagligt protein- og energitilskud på henholdsvis 18,8 gram og 250 kcal., som indtages i form af en ernæringsdrik (Resource Protein, Nestlé Nutrition). På dage med træning indtages drikken umiddelbart efter endt træning.

Patienterne får tre ugentlige besøg af én af studiets forskningsassistenter. Formålet med besøgene er at supervisere træningen og dokumentere indtaget af ernæringsdrikke samt motivere til compliance de øvrige dage. Træningen monitoreres desuden ved hjælp af skærme til virtuel træning, som foruden at give mundtlig og visuel instruktion i øvelsen, også registrerer de gentagelser, patienten udfører.

Tabel 1 – Inklusions- og eksklusionskriterier

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Myndige medicinske patienter > 65 år	Terminale patienter
Forstår og taler dansk	Cancer
	Glomerulær filtrations rate <60ml/min
Systemisk Inflammatorisk Respons Syndrom manifesteret ved tilstedeværelse af to af de følgende kliniske situationer:	Patienter, der ikke kan
<ul style="list-style-type: none"> ■ temperatur > 38°C eller < 36°C ■ puls > 90 slag/min ■ respirationsfrekvens > 20 vejrtrækninger/min eller PaCO₂ < 4.3 kPa ■ leukocytal > 12 x 10⁹/l, <4 x 10⁹/l eller > 10% umodne celler 	<ul style="list-style-type: none"> ■ rejse sig ■ forstå, hvad forsøget går ud på
(5)	

Endepunkter

Studiets primære endepunkt er ændring i muskelmasse, målt ved Dual-energy X-ray absorptiometry (DXA) skanning. Muskelmasse måles ved baseline, ved udskrivelse og tre måneder efter udskrivelse.

Studiets sekundære endepunkter omfatter ændringer i funktionsniveau, muskelstyrke, kropssammensætning og inflammationsmarkører. Funktionsniveau estimeres ved hjælp af en kombination af spørgeskemaer og fysiske tests (de Mortons Mobility Index, New Mobility Score og Functional Recovery Score). Som et udtryk for muskelstyrke i over- og underekstremiteter anvendes henholdsvis hånddynamometer og 30 sekunders rejse-sætte-sig test. Patientens kropssammensætning estimeres ved hjælp af bioimpedansmåling. Der foretages blodprøveanalyser for at bestemme patientens niveau af inflammationsmarkører.

Al dataindsamling foretages af samme forskningsassistent, som er blindet over for randomiseringen. Studiet er registreret på www.clinicaltrials.gov, hvor en detaljeret metodebeskrivelse kan findes.

Vi håber, at det igangværende ernæringsstudie vil bidrage til et større fokus på og øget viden om den rette ernæringsindsats til den ældre medicinske patient, der indlægges akut. Det er vores forventning, at en tværsektoriel indsats, der omfatter tidlig opsporing ved indlæggelse, optimering af ernæringsbehandlingen under indlæggelse og træning i kombination med protein efter udskrivelse, vil bevare patientens muskelmasse og funktionsevne. Samtidig håber vi, at studiet kan være udgangspunkt for yderligere ernæringsforskning hos denne sårbare patientgruppe.

ainodk_1@hotmail.com

sussiogbuhl@hotmail.com

Referencer

1. Sundhedsstyrelsen (2011): Styrket indsats for den ældre medicinske patient – fagligt oplæg til en national handlingsplan. Sundhedsstyrelsen: København
2. Gariballa S & Sinclair A (2005): Kapitel16: Ageing and older people. I: Human Nutrition. Red Geissler & Powers. 11 ed.: Elsevier
3. Hesso I. (2006): Klinisk ernæring. Munksgaard Danmark, 4. Udgave, København
4. Fry, DE. (2012): Sepsis, Systemic Inflammatory Response, and Multiple Organ Dysfunction: The Mystery Continues. The American Surgeon Vol. 78, Chicago
5. Kumar P & Clark M (2009): Clinical Medicine. Saunders Elsevier, 7th edition
6. Shils ME, Shike M, Ross AC, Cabellero B, Cousins RJ (2006): Modern Nutrition in Health and Disease. Lippincott Williams & Williams, 10th edition
7. Drummond MJ, Marcus RL, LaStayo PC (2012): Targeting Anabolic Impairment in Response to Resistance Exercise in Older Adults with Mobility Impairment: Potential Mechanisms and Rehabilitation Approaches. Journal of Aging Research ID 486930
8. Mayer F, Scharhag-Rosenberger F, Carlsohn, A, Cassel M, Muller S, Scharhag, J (2011): The intensity and effect of strength training in the elderly. Deutsches Arzteblatt International, vol. 108 (21), s. 359-364
9. Singh NA, Quine S, Clemson LM, Williams EJ, Williamson DA, Stavrinou TM, Grady JN, Perry TJ, Loid BP, Smith EU, Singh MA (2012): Effects of high-intensity progressive resistance training and targeted multidisciplinary treatment of frailty on mortality and nursing home admission after hip fracture: a randomized controlled trial. Journal of American Medical Association, vol. 13 (1) p. 24-30
10. Ingerslev J, Beck AM, Bjørnsbo KS, Hesso I, Hyldstrup L, Petersen AN (2002): Ernæring og aldring. En rapport fra Ernæringsrådet. Publ. nr. 28
11. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. (2003): ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clin Nutr; 22: 415-421.

ERFA-gruppe for kliniske diætister, der arbejder med ældre og ernæring

Der er i vore dage en høj forekomst af undervægt og vægttab blandt skrøbelige ældre på plejecentre, i hjemmepleje og lign. Derfor er der etableret en ERFA-gruppe, der arbejder på forskellige initiativer til forebyggelse af undervægt og vægttab blandt ældre generelt, samt til forbedring af ernæringstilstanden blandt skrøbelige ældre.

Gruppens medlemmer består af kliniske diætister, der arbejder med ældre og ernæring og ønsker at gøre en aktiv indsats for denne gruppe. Der er repræsentanter fra knapt 20 kommuner rundt om i landet, men også fra hospitaler, private virksomheder m.m.. Andre ernæringsprofessionelle kan søge om at blive medlemmer, hvis ERFA-gruppen finder deltagelse relevant.

ERFA-gruppen mødes to gange om året hos de forskellige medlemmer. Næste møde bliver afholdt 30.oktober 2013 på Tranehaven i Gentofte.

Kontakt: Anne Marie Beck, anne.marie.beck@regionh.dk



Når du sender din patient trygt hjem...

... fortsætter Mediq Danmark's diætister dit arbejde



Vi løser ernæringsproblemer, samt giver neutrale råd og vejledning til din patient i eget hjem og på plejecentre.



Bestil vores nye katalog for klinisk ernæring.

Tlf. 3637 9142 - Fax 3637 9289
E-mail: ernaering@mediqdanmark.dk

Få mere viden om produkter på vores hjemmeside
mediqdanmark.dk.

Mediq Danmark A/S, Kornmarksvej 15-19, 2605 Brøndby

... når viden er vigtig

En tilfældig arbejdsdag

Læs og bliv klogere på, hvordan vores medlemmer arbejder. Læs og oplev lidt af, hvad vores medlemmer laver i løbet af en arbejdsdag og læs om de mange forskellige jobfunktioner, vores medlemmer udfører.

Dorte Sunke Larsson er diætist på kirurgisk afdeling på Køge Sygehus og beskæftiger sig med diætbehandling og kostvejledning af bariatriske patienter. Størstedelen af patienterne får foretaget en gastric bypass, og diætisten følger dem tæt i op til to år efter operationen.



Dorte Sunke Larsson

06.15; Vækkeuret ringer, og jeg står op, går i bad, vækker resten af familien, og så spiser vi morgenmad, mens jeg læser avis. Jeg læser altid Nicoline Werdelins tegneserie først og kommer i godt humør. I dag fordyber jeg mig i en kritisk artikel om Regionernes patienttilfredshedsundersøgelse: "Er patienterne virkelig så tilfredse?". Det fremhæves,

at de såkaldte LUP-undersøgelser viser, at der er en række felter, hvor patienterne faktisk ikke er helt tilfredse - bl.a. i forhold til skriftlig information. Det tygger jeg lidt på, men ellers er budskabet i artiklen, at Regionerne maler et skønmaleri. Jeg gør mig klar til at gå og planlægger aftaler og indkøb med min kæreste.

7.28; Jeg er klar til at tage af sted. Cykler til stationen og kører med S-tog til Ølby. I toget hører jeg P3, mens jeg læser en ny statusartikel fra Ugeskrift for Læger om "Håndtering af kirurgiske komplikationer efter gastrisk bypassoperation for fedme". Artiklen er bl.a. skrevet af min kollega, Lars Naver, som konkluderer, at kvaliteten af fedmekirurgi i Danmark er på internationalt niveau. Det er helt klart afgørende, at patienterne behandles af kirurger med specialistfunktion i et bariatrisk center.

Jeg har god tid i toget og udnytter tiden med faglig læsning. Jeg har bestilt en amerikansk artikel fra fagbiblioteket, der beskriver en patientcase om et emne, som jeg ikke har så meget erfaring med. Det skønnes nemlig, at 6 pct. af alle bypass-opererede bliver meget fysisk aktive efter operationen. En af mine patienter, som er opereret for 1 år siden, ønsker således at løbe marathont. Hun har skrevet til vores brevkasse og søger råd om væske- og sukkerindtag før- under og efter marathontløb. Det er virkelig en

udfordring og i høj grad en individuel løsning, som vi skal finde frem til i tæt samarbejde.

8.30; Jeg møder omklædt i afdelingen, hilser på mine kollegaer og brygger kaffe. Der skal en del kopper til i dag. Jeg danner mig et overblik over dagens opgaver – der er booket 5 samtaler; kl. 9,10,11,13 og 14.

9.00; Første samtale er en 3 mdr.'s kontrol – dvs. at patienten møder til kontrol og diætvejledning 3 mdr. efter sin gastric bypass operation. Kontrollen består i vejning, vurdering af evt. smerter eller andre komplikationer, kontrol af blodprøver samt forståelse for diæt. Min patient har det rigtig godt og følger diætprincipperne for gastric bypass diæt. Hun oplever langt bedre effekt af gigtmedicin, og kan derfor cykle lange ture. Hendes blodprøver er fine, men D-vitamniveaueu er ikke overraskende for lavt, og jeg følger derfor afdelingens instruks og vejleder patienten i at øge tilskuddet af D-vitamin i de næste 3 mdr. Jeg beregner hendes kost og lægger en ny individuel plan for de næste 3 mdr. Den indeholder typisk 1200 kcal og 80-90 g protein og er især kontrolleret for energifordeling, kostfibre, essentielle fedtsyrer og calcium. Jeg udleverer en skriftlig vejledning, der understøtter samtalens vigtigste mål. Patienten er godt på vej med sin livsstilsændring. Vi aftaler ny tid om 3 mdr. til opfølgning på ernæring. Journalnotat skrives, og næste patient forberedes.

10.00; Næste patient har tid til operation om 1 måned. Der er krav fra Sundhedsstyrelsen om et vægttab på 8-12 pct. før operation, og denne patient har haft svært ved at ændre sine nuværende 2 hovedmåltider og overforbrug af slik, så hun kunne tabe sig som påkrævet. Hun har tidligere haft vanskeligt ved at skabe struktur i sin hverdag, men har nu succes med at følge vores vejledning. Hun mangler nu 2 kg/1 måned, hvilket er realistisk, når hun følger diætplanen, der er lagt. Patienten har ikke nogen egnet badevægt, men låner sin mors. Hun spørger, om hun har brug for sin egen vægt, og det har hun i høj grad. Patienten er glad for sin egen indsats og har en tro på egne ressourcer. Jeg skriver journalnotat og forbereder næste patient.

MIN DIÆTISTDAG

11.00; Næste patient møder til 1 års kontrol efter operation. Han har tabt ca. 50 pct. af sin overvægt og føler større bevægelsesfrihed i forhold til sine mange gøremål. Han har et større psykisk overskud og sover bedre. Patienten har støtte fra sin kommune og bl.a. fået bevilget ophold på en højskole, hvor der undervises i sund livsstil. Han er i begyndelsen mødt med støtteperson fra kommunen, men har ikke behov for dette længere. Vi gennemgår den individuelle diætplan og justerer den efter hans behov. Patienten vejledes i måltidsfordeling og portionsstørrelser og anvendelse af grove grøntsager. Jeg motiverer til mere motion i hverdagen. Patienten er godt på vej i sin livsstilsændring, og jeg fremhæver hans ressourcer. Journalnotat skrives, og jeg gør klar til at gå i kantinen med andre sultne kollegaer.

12.00; Der er buffet i kantinen, og for 20 kr. får jeg rugbrød, pålæg og salat. Der er altid en lun ret og grovbrød, og jeg er godt tilfreds med dette alternativ til madpakken. Bariatrisk Klinik består af sengeafsnit, ambulatorium og sekretariat. Jeg har tæt samarbejde med sygeplejersker, sekretærer, kirurger og medicinsk læge. I frokostpausen samles vi og taler om løst og fast, dagens opgaver og udfordringer. Tit får jeg telefonbeskeder og andet, som kan ordnes bagefter. Der er desuden afsat tid til kontrol af blodprøver. Min diætistkollega og jeg har fået uddelt udvidet handlekompetance i forhold til ordination af vitaminer og bestilling af blodprøver. Hvis der er kommet mail i vores brevkasse, svarer jeg på den.

13.00; Næste patient møder med sin ægtefælle 3 mdr. efter operation. Det går virkelig godt, og patienten er meget glad for sin beslutning om operation. Der er umiddelbart ingen komplikationer til operationen - vi checker for smerter, opkastninger, kvalme, diarré - vægttabet er tilfredsstillende, blodprøverne fine, og kostberegningen viser, at han har en god forståelse for diætens sammensætning og vigtighed af motion og har mange ressourcer i forhold til sin livsstilsændring.

14.00; Jeg har tilsyn på sengeafdelingen, hvor der ligger en patient, som har fået foretaget et kirurgisk indgreb. Hun er blevet ernæringsscreenet og henvises nu til mig, da hun er tidligere gastric bypass opereret og spiser insufficient. Har på ca. 5 år tabt sig 70 kg og er nu normalvægtig. Patienten har aldrig fået vitamin- og mineraltilskud efter sin gastric bypass operation, og det fremgår tydeligt af hendes blodprøver. Patienten virker deprimeret og har slet ikke lyst til at indtage flydende kost. Hun bryder sig ikke om mælk/proteindrikke, og det er derfor ikke realistisk, at hun kan dække sit behov for næringsstoffer ved hjælp af vores sortiment. Jeg konfererer med den ansvarlige læge, og vi vil foreslå parental ernæring. Jeg følger op på patienten i morgen, og imens vil sygeplejerskerne på afdelingen arbejde med at motivere hende til at spise suppe og drikke proteindrik.

15.00; Jeg har ugentlig konference med vores medicinske læge. Vi drøfter nogle blodprøvesvar, og hvordan vi håndterer patienter, der er vegetarer. Kan deres proteinbehov dækkes efter gastric bypass operation? Disse patienter følges tæt af diætist, og det kræver specialviden.

15.20; Jeg lukker ned for dagens program. Udskriver bookinglister til i morgen, og klæder om og tager toget tilbage til København. Som medlem af Diætistforeningens redaktionsudvalg har jeg indimellem artikler til korrekturlæsning. Vi holder møde 3 gange om året og planlægger temanumre i samarbejde med bestyrelsen. For en gammel diætist som mig med 20 år på bagen, er det en stor glæde at arbejde for, at mine kollegaer får et spændende blad. Og så får jeg selv læst alle de spændende artikler.

17.00; Klar til forældremøde.

19.00; Hjem til dejlig mad.



**LILLE FLASKE
STOR SMAG**



Lille flaske, stor smag

Fresubin-familien har fået en lillebror, Fresubin 2 kcal mini, på kun 125 ml. Den nye miniflaske gør det lettere for småtspisende eller syge at overskue måltidet og få en succesoplevelse.

Fresubin 2 kcal er allerede vinder i smagstests, så det eneste vi har ændret, er at gøre flasken mindre. Den findes i otte lækre smagsvarianter.

Bestil en prøvesmagning på info-dk@fresenius-kabi.com eller tlf. 33 18 16 00.

Velbekomme.

www.fresenius-kabi.dk

**VINDER I
SMAGSTEST**

NYHED



**FRESENIUS
KABI**

caring for life

Husk også selv at have fokus på din løn

Henrik Karl Nielsen



Hvis du bliver ansat i en af regionerne, kommunerne eller på en af de statslige arbejdspladser, vil din løn automatisk følge en kollektiv overenskomst. Det betyder ikke, at du ikke selv kan påvirke lønnen. Overenskomsterne i det offentlige er bygget op om en grundløn, der kan suppleres (forhøjes) med forskellige tillæg. Tillæggene gives

afhængigt af, hvilken funktion, du skal arbejde i, eller efter dine kvalifikationer. Hvis du fx har særlig erfaring inden for et område eller et speciale, vil det være naturligt, at du får et kvalifikationstillæg for det. Hvis du på studiet har skrevet speciale om et emne, der lige "rammer plet" i dit første job, vil det også være naturligt, at det afspejler sig i din løn.

Husk, at tillæggene ikke kommer af sig selv. Det kan ikke siges for ofte. Og det er i hvert fald sikkert, at der ikke kommer ekstra i lønningsposen, hvis ikke du selv har fokus på, at lønnen bringes på bane.

Vi hører ofte fra medlemmer, der har været til samtale og har fået tilbudt job. Men de aner stadig ikke, hvad de vil få i løn. Vi bliver nødt til at gøre det helt klart, at det simpelthen er for sent at få lønforhandling, hvis man har sagt ja til jobbet og er startet. Din løn skal du have på plads, inden du accepterer et job. Hvis ikke arbejdsstedet bringer lønnen på bane, må du gøre det selv. Du bør allerede før ansættelsessamtalen have dine egne forventninger klar til din løn. Nok er der overenskomster, som hverken du eller tjenestestedet er herre over. Men du er selv den nærmeste til at gøre det klart for en kommende arbejdsgiver, hvis du har særlige erfaringer eller kompetencer, som bør tilgodeses med en god løn. Du skal ikke lade dig vifte af med, at løn ikke er noget, der skal tales om ved ansættelsessamtalen. Det kan godt være, at det er bekvemt for arbejdsstedet, at man undgår at tale løn. Men det vil altid være dig, som taber ved, at man ikke taler løn ved samtalen. Husk det!

Vi hører ofte fra medlemmer, der har arbejdet i mange år på samme arbejdsplads, uden at deres løn er reguleret. Også her må vi som forening opfordre kraftigt til, at medlemmerne selv er på dupperne ude på arbejdsstederne. Lønssystemet på de offentlige arbejdspladser er baseret på, at grundlønnen suppleres med tillæg. Og faktisk er det meningen, at der hvert år skal fordeles tillæg. Men ikke nødvendigvis til alle ansatte hvert eneste år. Tillæggene er bl.a. et værktøj for lederen til at belønne og tilgode-se ansatte med særlige kvalifikationer. Men det er ikke meningen, at en hel faggruppe år efter år slet ikke får tillæg. Hvis det sker, er der noget galt.

Din løn kan du med fordel selv tage op, når du har medarbejder-samtaler eller MUS samtaler. Også her hører vi ofte, at man fra arbejdsstedet mener, at en snak om løn ikke hører hjemme ved disse samtaler. Men medarbejdersamtaler er – som navnet siger – netop en samtale. Hvis der er noget, du som medarbejder gerne vil have en snak om, kan du naturligvis gøre det.

Hvis I som faggruppe sidder med den opfattelse, at I år efter år helt er blevet forbigået ved fordeling af tillæg, bør I kontakte HR-afdelingen for at høre til det. I skal for det første prøve at få klarhed over, hvornår man forventer, at der skal fordeles tillæg næste gang. Og I skal for det andet bede om at få nærmere oplysning om, hvorvidt det er rigtigt, at I som faggruppe slet ikke er tilgodeset. Og her vil vi som jeres fagforening naturligvis også kunne gå ind og hjælpe. Der er klare regler i overenskomsterne om, at der skal fordeles tillæg. Hvis hele faggrupper er forbigået, må der være sket en fejl. Den hjælper vi naturligvis gerne med at få rettet.

Så husk – det kommer ikke af sig selv, så hav fokus på din løn!

hkn@kochchristensen.dk



Sårbare ældre FNUG følges hjem af Herlev Hospital, - nu også af diætist

Opfølgende diætistbesøg til underernærede ældre patienter efter indlæggelse er ideen i et nyt interventionsstudie på Herlev Hospital. Interventionen tager afsæt i en etableret følge-hjem ordning, som varetages af sygeplejersker, ergo- og fysioterapeuter. Nu tilføjes kliniske diætister til Følge-hjem Teamet, og dermed dannes et nyt fokus på ernæring i rehabiliteringsindsatsen til de sårbare ældre. Studiets titel "Følge-hjem Team – Nu med ernæring" (FNUG) er afledt af denne tanke.

Katrine Østergaard Rask



Annette Vedelspang



Test af model for tværsektorielt samarbejde

Studiet skal afprøve en model for, hvordan ernæringsindsatsen til de ældre kan systematiseres og kvalitetssikres i overgangen mellem sektorerne. Samtidig skal projektet dokumentere, at indsatsen kan have en gavnlig effekt på den ældre patients funktionsevne og velbefindende.

Ernæringsinterventionen tager afsæt i FaKDs rammeplan for Ernæringsterapi til voksne "individuel diætbehandling med ernæringsterapi". Projektet har særligt fokus på optimering af energi- og proteinindtag, samt fordeling af proteinindtag over dagens måltider. Interventionen varetages af kliniske diætister. Den opfølgende diætistintervention forudgås af en tidlig ernæringsindsats under indlæggelsen i form af ernæringsterapi. En tidlig identifikation af de ernæringstruede fnug – ernæringscreening – er en nødvendig forudsætning.

Baggrunden for studiet

Den ældre medicinske patient er typisk karakteriseret ved svær eller multifaktoriel sygdom, nedsat funktionsniveau og/eller højt forbrug af medicin. Flere tilstande kan påvirke patientens livskvali-

tet, sygelighed og genindlæggeshyppighed. Blandt disse er dårlig ernæringstilstand (1). Den landsdækkende kvalitetsdatabase for Geriatri 2011 viser, at 46 pct. af de geriatriske patienter taber sig i vægt under indlæggelsen på landets hospitaler, men alligevel er der på ingen hospitaler iværksat en systematisk indsats for at sikre, at patienten bliver fulgt godt hjem i relation til den dårlige ernæringstilstand (1).

Tidligere forskning viser, at selv korte hospitalsophold øger ældre patienters risiko for tab af fysisk funktionsevne (2), bl.a. fordi mange ældre lider af sarkopeni og dermed er særdeles sårbare overfor den immobilisering og det nedsatte fødeindtag, der som regel medfølger sygdom og hospitalsindlæggelse. Et andet studie viser ligeledes, at mange ældre fortsætter med at tabe sig i op til et halvt år efter udskrivelsen (3).

I praksis har det vist sig at være særdeles vanskeligt at følge patienterne ordentligt hjem ved udskrivelse i relation til en ernæringsindsats. Dette på trods af, at Følge-hjem Teamet følger de svageste ældre patienter hjem til eget hjem. En ernæringsindsats er vanskelig, dels fordi Følge-hjem Teamets indsats ikke indebærer en målrettet individuel ernæringsindsats (jf. faktaboks) og dels på grund af manglende beskrivelse af patienternes ernæringsstatus i epikriser og manglende mulighed for henvisning til klinisk diætist i primærsektoren (4).

Nyt ernæringsfokus i etableret Følge-hjem ordning

De undersøgelser, der hidtil har været iværksat, er få, og de har vist, at det kan være vanskeligt at vende vægttabet og rette op på funktionsevnen (5). Vores hypotese er, at det formodentlig skyldes, at disse studier udelukkende har haft fokus på at tilbyde en ernæringsindsats (primært i form af industrielt fremstillede ernæringsdrikke) og ikke berørt de mange andre problemstillinger, de ældre kan have, som fx den svære sygdom, det nedsatte funktionsniveau og/eller det høje forbrug af medicin med mere. Derfor er der behov for en tværfaglig indsats.

Dette nye studie tager afsæt i en etableret følge-hjem ordning i form af Følge-hjem Teamet på Herlev Hospital. Følge-hjem Teamet er grundlagt på baggrund af et dansk, randomiseret kontrolleret studie, hvor patienterne i interventionsgruppen blev fulgt

Følge-hjem Teamet, Herlev Hospital

Formål:

At bedre samarbejdet og planlægningen af udskrivelsen af den svage medicinske eller kirurgiske patient, så overgangen fra hospitalet til eget hjem bliver tryk, og en eventuel genindlæggelse forebygges.

Indsats:

- Afprøver og installerer aktuelle, midlertidige hjælpemidler i hjemmet
- Gennemgår med patienten epikriser, medicinliste, recepter og doseringsæsker
- Kontakter eventuelle samarbejdspartnere efter behov (fx formidling af øget hjemmehjælp, måltidsservice, indkøbsordning mv.)
- Skriver hjemfølgingsnotat ind i hospitalets journalsystem og sender notatet til kommunen og praktiserende læge
- Ved behov gives mundtligt feedback til udskrivende afdeling efter hjemfølgning
- Kan foretage opfølgende opringning eller besøg

hjem af Følge-hjem Teamet, og i hjemmet fik vurderet medicin, fysiske funktioner, hjælpemidler samt behov for supplerende sociale ydelser. Efter behov blev relevante faggrupper i primærsektoren kontaktet. Kontrolgrupper blev udskrevet efter hospitalets vanlige procedurer. Resultaterne, der blev opgjort efter 12 uger, viste, at risikoen for genindlæggelser var signifikant lavere ($p < 0,01$) i indsatsgruppen. Patienternes fysiske funktionsevne og trivsel viste studiet ingen forskel på. Forskerne bag studiet mener, at en forklaring på den manglende effekt kan være, at de anvendte målemetoder ikke har været følsomme nok til at belyse forskellen mellem de to grupper (6). Forskerne bag FNUG-studiet er enige i Følge-hjem Teamets evaluering, men har samtidig en anden hypotese – nemlig, at årsagen også kan være, at der ikke har været iværksat en systematisk og individuel ernæringsindsats. Derfor er det oplagt med det tværfaglige samarbejde, der inddrager en ernæringsindsats ved hjælp af klinisk diætist.

Individuel ernæringsindsats

Designet af studiet er et 12-ugers randomiseret kontrolleret interventionsstudie med 80 patienter, 40 i interventionsgruppen og 40 i kontrolgruppen. Kontrolgruppen vil blive fulgt hjem af Følgehjem Teamet som vanligt, hvor interventionsgruppen, ud over hjemfølgning af Følge-hjem Teamet, vil få tre besøg af en klinisk diætist med henblik på en individuel ernæringsindsats. Første møde med diætisten vil ske sammen med Følge-hjem Teamet ved udskrivelsen. Konkret vil dette munde ud i en individuel diætplan tilpasset patientens ønsker og behov. Ved de efterfølgende besøg vil planen blive evalueret og justeret i samarbejde med den ældre. Ud fra diætistens vurdering kan patienten blive tilbudt industrielt fremstillede proteindrikke og proteinberiget chokolade, der bl.a. er udviklet i forbindelse med Herlevs Herligheder (7).

Alle indlagte patienter på geriatrisk afdeling O vil få tilbudt mellemmåltider to gange dagligt af projektmedarbejdere.

Mellemmåltiderne kan bestå af forskellige typer proteindrikke, proteinberiget chokolade, energitætte is, kage, boller og energitæt-

te supper. De, der følges hjem, vil således også få en ekstra ernæringsindsats under indlæggelsen.

Effekt mål

Projektets primære effekt mål er muskelstyrke – bestemt ud fra håndgribestyrke, der måles ved hjælp af et hånddynamometer, som består af et smalt håndtag med to strenge, som deltagerne skal klemme sammen om så hårdt, de formår (8).

Projektets sekundære effekt mål er ændringer i kropsvægt, livskvalitet, kognitiv funktionsevne, fysisk funktionsevne og mobilisering. (Gen)indlæggelser vil noteres fra hospitalets database i forhold til hhv. 6 måneder før, og 6 og 12 måneder efter inklusion i studiet.

Inklusionskriterierne for undersøgelsen er alle ældre indlagte patienter (70+) i ernæringsmæssig risiko, der skal hjem til eget hjem med Følge-hjem Teamet ved udskrivelse. Under indlæggelsen skal de af diætisten vurderes til at være i ernæringsmæssig risiko, samt have fået tilbudt ovennævnte proteinrige mellemmåltider i mindst 3 døgn. Ældre patienter, hvor der er planlagt genindlæggelse indenfor 14 dage eller med terminale udsigter, vil blive ekskluderet. Det samme vil ældre patienter med kommunikationsproblemer, pga. fx svær demens, afasi eller fremmedsprog. Patienter, der ikke er i stand til at gennemføre håndgribestyrketesten eller planlægger slankekur, vil ligeledes blive ekskluderet.

Forløbet

- | | |
|--------|---|
| Uge 0 | Rekruttering på Herlev Hospital. Randomisering og test af indsats- og kontrolgruppe |
| Uge 1 | Udskrivning med Følge-hjem Team, og for indsatsgruppen en klinisk diætist |
| Uge 5 | Andet hjemmebesøg hos indsatsgruppen af klinisk diætist |
| Uge 10 | Tredje hjemmebesøg af klinisk diætist |
| Uge 12 | Besøg af forskningsmedarbejder i hjemmet til tests af alle deltagere |

Status, betydning for kliniske diætisters arbejde

I udmøntningsplanen fra Ministeriet for sundhed og forebyggelse for den ældre medicinske patient er der fokus på at sikre sammenhæng i patientforløbet ved overgangen mellem sygehus og sektorer, og på at skabe evidens for effekt og organisering af indsatser målrettet den ældre medicinske patient (9). FNUG kan bidrage til begge dele. Ligeledes kan studiet bidrage til at understøtte den foreliggende dokumentation for effekten af det etablerede Følge-hjem Team, samt medvirke til at videreudvikle og kvalitetssikre ordningen.

I studiet er rekruttering, diætistbesøg og dataindsamling på nuværende tidspunkt i fuld gang og fortsættes indtil efteråret 2013. Rekruttering udvides pr. 1/6 til også at omhandle indlagte patienter på Herlev Hospitals ortopædkirurgiske afdeling T, idet patienterne her ofte er frug, der er faldet.

katrine.oestergaard.rask@regionh.dk

annette.vedelspang@regionh.dk

Mere info: Forskningsansvarlig og Projektleder Anne Marie Beck og <http://www.herlevhospital.dk/effect/menu/Publications/>

For yderligere baggrundsinfo: Storm RL & Thal-Jantzen K. Projekt opfølgende hjemmebesøg med ernæring – individuel tilrettelagt ernæringsindsats ved udgående diætist. Diætisten 2012; 117:28-31.



Referencer

1. Sundhedsstyrelsen. Styrket indsats for den ældre medicinske patient – fagligt oplæg til en national handlingsplan. Sundhedsstyrelsen, 2011.
2. Alley DE, Koster A, Mackey D, Cawthon P, Ferrucci L, Simonsick EM, et al. Hospitalization and change in body composition and strength in a population-based cohort of older persons. *J Am Geriatr Soc.* 2010; 58: 2085-91.
3. Miller MD, Crotty M, Whitehead C, Bannerman E, Daniels LA. Nutritional supplementation and resistance training in nutritionally at risk older adults following lower limb fracture: a randomized trial. *Clin Rehab.* 2006; 20: 311-23.
4. Sundhedsstyrelsen. Bedre mad til syge – fællesrapport. Sundhedsstyrelsen, Center for forebyggelse, 2007. http://www.sst.dk/publ/Publ2007/CFF/Ernaering/BMTS_faellesrapport.pdf
5. Beck AM, Holst M, Rasmussen HH. Oral nutritional support of old patients after discharge from hospital: systematic review and meta-analysis of randomized controlled-trials. *Clin Rehab* 2012; 27:19-27.
6. Følge-hjem Team. Følge-hjem ordning til ældre medicinske patienter, som udskrives fra hospital. Et randomiseret kontrolleret interventionsstudie. Gentofte Hospital, 2007.
7. Mortensen U. EFFECT når viden møder vildskab. *Diætisten* 2012; 119: 8-10.
8. Robers HC, Denison HJ, Martin HJ, Patel HP, Syddall H, Cooper C, et al. A review of the measurement of grip strength in clinical and epidemiological studies: towards a standardized approach. *Age Ageing* 2011; 40: 423-9.
9. Ministeriet for sundhed og forebyggelse m.fl. Fælles udmøntningsplan for den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient. 2012.

Besøg www.modifast.dk
for mere information



MØDER DU PATIENTER MED OVERVÆGT OG FEDME?

Det kan mange gange være svært for overvægtige patienter at acceptere og overholde kost- og motionsråd. Det tager tid for patienterne at tabe sig i vægt og mærke de positive helbredseffekter, og mange giver derfor op. Her er Modifast LCD¹ kostersætning et godt redskab.

Modifast LCD kostersætninger er næringsmæssigt fuldgyldige og giver lidt mere end 800 kcal per dag. Det er praktisk taget umuligt at sammensætte almindelige måltider med samme næringstæthed og lave energiniveau. Produkterne kan erstatte al almindelig mad i en periode for at give et sikkert og kontrolleret energiunderskud, der fører til hurtigt vægttab. Resultatet af det begrænsede energiindtag motiverer desuden patienten til fortsat at arbejde hen mod en sund livsstil. Modifast findes i mange gode

smagsvarianter, både som drikke, supper og buddinger. Til forskel fra andre produkter i samme kategori baseres Modifast på mælkeprotein. Det gør produkterne fyldige i smagen og ekstra gode, hvilket også er vigtigt for et vellykket vægttab.

Produkterne har været på markedet i Sverige siden 1995 og anbefales og anvendes af diætister og overvægtsafdelinger, selv preoperativt ved fedmekirurgi. I Danmark har Modifast været anvendt med meget gode resultater i verdens største koststudie, Diogenes², der er et EU-finansieret forskningsprojekt.

Modifast kan købes via vores hjemmeside, www.modifast.dk. På Modifasts hjemmeside findes desuden information om behandling med Modifast, referater på dansk af kliniske studier og præsentationsmateriale, du kan downloade og bruge i dit arbejde.

¹) Low Calorie Diet. Opfylder kraven i EU-direktiv 96/8/EG og følger de danske bekendtgørelser nr. 786 og 1014 om slankeprodukter.

²) T.M. Larsen et al. Diets with high or low protein content and glycemic index for weight-loss maintenance. N Engl J Med 2010;363:2102-13.



modifast[®]
GODT PÅ VEJ MOD ET LETTERE LIV

Impolin AB. 182 76 Stocksund, Sverige. Telefon: 78 77 05 45 (dansk nummer). For materialebestilling kontakt Impolin AB på telefon eller e-mail: modifastinfo@impolin.com. Patienter kan bestille og få information om Modifast på www.modifast.dk.

Fortsat ernæringsindsats til geriatriske patienter efter udskrivelsen

Mange ældre patienter er underernærede eller i risiko for at blive det, og det kan have alvorlige konsekvenser for dem. I et igangværende projekt undersøges effekten af en fortsat ernæringsindsats til underernærede geriatriske patienter efter udskrivelsen fra hospital. Projektet er tværfagligt og gennemføres i samarbejde mellem sengeafsnit for ældresygdomme og apopleksi på Gentofte Hospital samt Gentofte og Lyngby-Taarbæk kommuner.

Baggrund for projektet

Mange ældre patienter er underernærede eller i risiko for at blive det. Undersøgelser har vist, at op til 63 pct. af indlagte geriatriske patienter er i risiko for underernæring (1).

Underernæring er forbundet med forringet fysisk og kognitivt funktionsniveau, forringet evne til at klare de daglige aktiviteter, øget behov for hjælp, øget behov for hospitalisering, genindlæggelser og øget mortalitet (2-4). Dette har alvorlige konsekvenser såvel for de ældre som samfundsøkonomisk, da den øgede sygelighed øger behovet for pleje.

Årsagerne til underernæring hos de ældre medicinske patienter er mange og omfatter både medicinske, psykiske og sociale forhold (5,6).

Interventionen i majoriteten af studier, hvor man har forsøgt at bedre de ældres ernæringstilstand, har bestået af tilskud med energi- og proteinberigede produkter (se fx 7). Effekten af dette er imidlertid tvivlsom, og mange af studierne lider desuden af relativt høje frafaldsprocenter og udtalte problemer med compliance (7,8).

Der er begrænset evidens for effekten af "almindelig mad" tilpasset den enkeltes behov og præferencer. Ældres madvaner er forskellige, og det er vores hypotese, at de ældre vil kunne få dækket deres behov med en individualiseret ernæringsplan, ligesom vi antager, at ernæringsplanen vil virke fremmende på den enkeltes motivation.

Sædvanlig praksis

Ved indlæggelse på hospital ernæringsscreener patienterne inden for 24 timer. Screeningen foretages af plejepersonale med metoden Nutritional Risk Score (NRS) (9), der er den anbefalede og anvendte metode på hospitaler i Region Hovedstaden. Patienter, der er i ernæringsmæssig risiko, får af plejepersonalet udarbejdet en ernæringsplan gældende for indlæggelsesforløbet, og ernæringstilstanden monitoreres ugentlig. Den kliniske diætist inddrages i forløbet, hvis patienten har særlige behov.

Ved udskrivelsen dokumenteres eventuelle ernæringsproblemer i

læge- og sygeplejeepikrisen, men der planlægges ikke målrettet opfølgning på de patienter, der er i ernæringsmæssig risiko.

Formål med projektet

Formålet med projektet er at undersøge, om en målrettet tværfaglig og -sektoriel ernæringsindsats primært kan bedre ernæringstilstanden målt ved en vægtøgning, og om en sådan i sig selv vil medføre bedre funktionsniveau og reduktion i antallet af genindlæggelser og mortalitet.

Målgruppe og metode

Vi inkluderer geriatriske patienter over 65 år, der er indlagt på sengeafsnit for ældresygdomme og apopleksi, Medicinsk afdeling C, Gentofte Hospital, og som skal udskrives til eget hjem eller genoptræningsinstitution. Patienterne skal ved indlæggelsen være i ernæringsmæssig risiko. Det vil sige, at de får en score på 1 eller derover ved den primære ernæringsscreening med NRS. Scoren 1 opnås ved ét positivt svar på ét af følgende spørgsmål: Er BMI under 20,5? Utilsigtet vægttab i sidste 3 måneder? Nedsat kostindtag sidste uge? Svært syg? Vi har således lagt os tæt op ad inklusionskriterierne i et andet interventionsstudie i Region Hovedstaden (10). Det giver os mulighed for at kunne sammenligne resultaterne af de to studier, hvilket er hensigtsmæssigt i forhold til fremtidige anbefalinger.

Patienterne skal desuden have bopæl i én af de kommuner, der indgår i projektet og være i stand til at give informeret samtykke.

Terminale patienter og patienter med aktiv metastaserende cancer ekskluderes. Det samme gælder patienter, der ikke taler og forstår dansk, og patienter, der ikke er i stand til at samarbejde om en ernæringsplan på grund af kognitive problemer.

Efter informeret samtykke fordeles patienterne ved lodtrækning til interventions- eller kontrolgruppe. Der forventes inkluderet 150 patienter i alt (75 i hver gruppe).

Interventionsgruppen

Inden udskrivelsen udarbejder den kliniske diætist i samarbejde med patienten og evt. pårørende en kostplan, som patienten får

med hjem. Den ernæringsansvarlige hjemmesygeplejerske aflægger besøg i patientens hjem 1, 4 og 8 uger efter udskrivelsen. Ved besøgene udfyldes et dataskema, der også fungerer som en vejledende besøgsguide. Hjemmesygeplejerskerne vurderer det aktuelle ernæringsindtag og compliance til den udarbejdede ernæringsplan. De undersøger, om der er specifikke problemer relateret til ernæringsindtag (kvalme, opkast, smerter, nedsat appetit, medicinbivirkninger, tegn på depression), og de tager sig af problemer af praktisk karakter som fx tilgængelighed af anbefalet og foretrukken ernæring.

12 uger efter udskrivelsen indkaldes patienten til afsluttende ambulante kontrol i geriatrisk afdeling hos projektsygeplejerske. Hvis det vurderes nødvendigt, kan såvel interventions- som kontrolpatienter henvises til diætist, og/eller besøg fra hjemmeplejen mhp. optimering af ernæringstilstanden.

Kontrolgruppen

Patienterne i kontrolgruppen udskrives efter vanlig praksis. Det vil sige, at evt. ernæringsproblemer dokumenteres i læge- og sygeplejerskejournalen, der medfølger patienten.

Der er et afsluttende kontrolbesøg på hospitalet 12 uger efter udskrivelse. Ved behov er der herefter mulighed for henvisning til diætist og/eller opfølgende besøg af den ernæringsansvarlige hjemmesygeplejerske.

Alle patienter i projektet

Alle patienter i projektet screenes inden udskrivelse og ved det afsluttende ambulante besøg for forskellige fysiske, psykiske og kognitive forhold, der kan have indflydelse på deres kostindtag, eller som deres kostindtag kan have indflydelse på (fx vægt, BMI, Geriatric Depression Scale, Barthel, Timed Up and Go og selvrudret helbred).

Projektets organisering

Der er nedsat en styregruppe med repræsentanter for hjemmeplejen i Gentofte og Lyngby-Taarbæk kommuner, en repræsentant fra Gentofte Kommunes Center for forebyggelse og rehabilitering (Tranehaven), læger, sygeplejersker og klinisk diætist fra Gentofte Hospital.

Styregruppen har i fællesskab fastlagt interventionen i projektet samt detailplanlagt det formaliserede samarbejde mellem sektorerne. Til september 2013 træder Rudersdal kommune også ind i projektet og i styregruppen.

Inden vi begyndte at inkludere patienter, afholdt vi fælles undervisning for de implicerede sygeplejersker fra primær og sekundær sektor. Emnerne var bl.a. risikofaktorer for underernæring hos ældre, ernæring til den ældre medicinske patient i ernæringsmæssig risiko og dysfagi, og undervisere var kliniske diætister, ergoterapeut og sygeplejersker. I projektfasen holder vi møder hver anden måned med deltagelse af de implicerede hjemme- og hospitalssygeplejersker og den kliniske diætist. Her er der mulighed for at drøfte konkrete problemstillinger, udveksle erfaringer og dele viden.

Projektet er godkendt af den Videnskabetiske Komité og anmeldt til Datatilsynet. Projektet er støttet økonomisk af Forebyggelsespuljen.

Hvor langt er vi i projektet?

De første patienter blev inkluderet i oktober 2012, og vi forventer at inkludere de sidste i løbet af 2014. Vi får dog færre patienter inkluderet i projektet end forventet. Nogle er for dårlige til at indgå i projektet og kan ikke samarbejde om en kostplan. Andre siger nej til deltagelse, fordi de har andet at tage sig til end at få besøg af en hjemmesygeplejerske, eller fordi de ikke kan overskue at deltage, eller fordi de ikke synes, at de har et behov.

Det er vores indtryk, at patienterne i interventionsgruppen er positivt indstillet over for den individuelle kostplan og de opfølgende hjemmebesøg. Det er også vores indtryk, at de ældre har behov for den hjælp, vejledning, motivation og støtte, som hjemmesygeplejerskerne giver dem, ikke bare i forhold til deres kost, men også i forhold til praktiske ting, som fx at sikre, at madudbringningen fungerer.

eline.noiesen@regionh.dk

rikke.terp.soerensen@regionh.dk

Referencer

1. Neumann SA, Miller MD, Daniels L, Crotty M. Nutritional status and clinical outcomes of older patients in rehabilitation. *Journal of Human Nutrition & Dietetics* 2005 April;18(2):129-36.
2. Payette H, Coulombe C, Boutier V, Gray-Donald K. Weight loss and mortality among free-living frail elders: a prospective study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1999 September;54(9):M440-M445.
3. Sullivan DH, Sun S, Walls RC. Protein-energy undernutrition among elderly hospitalized patients: a prospective study. *JAMA* 1999 June 2;281(21):2013-9.
4. Miller SL, Wolfe RR. The danger of weight loss in the elderly. *J Nutr Health Aging* 2008 August;12(7):487-91.
5. Johansson Y, Bachrach-Lindstrom M, Carstensen J, Ek AC. Malnutrition in a home-living older population: prevalence, incidence and risk factors. A prospective study. *J Clin Nurs* 2009 May;18(9):1354-64.
6. Ulger Z, Hailil M, Kalan I, Yavuz BB, Cankurtaran M, Gungor E et al. Comprehensive assessment of malnutrition risk and related factors in a large group of community-dwelling older adults. *Clin Nutr* 2010 August;29(4):507-11.
7. McMurdo ME, Price RJ, Shields M, Potter J, Stott DJ. Should oral nutritional supplementation be given to undernourished older people upon hospital discharge? A controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2009 December;57(12):2239-45.
8. Milne AC, Potter J, Vivanti A, Avenell A. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(2):CD003288.
9. Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O, Stanga Z. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clin Nutr* 2003 June;22(3):321-36.
10. Beck AM, Kjaer S, Hansen BS, Storm RL, Thal-Jantzen K. Study protocol: follow-up home visits with nutrition: a randomised controlled trial. *BMC Geriatr* 2011;11:90.

Ernæring fra vores dør til din patients hoveddør

Fresenius Kabi gør det lettere for de patienter, der bliver udskrevet og har behov for vores ernæring. Nu er det muligt at bestille produkterne direkte hos os med levering til patientens hoveddør.

Som det eneste firma i Danmark, der producerer og leverer alt inden for klinisk ernæring, har vi en lang tradition for at samarbejde med hospitaler og apoteker. Vores ekspertise og gode service tilbyder vi nu også alle patienter, der enten udskrives eller allerede er i primær sektor.

Vi tilbyder telefonisk opfølgning og rådgivning fra vores produkt-specialister og kundeservice. Vi underviser gerne personalet, der håndterer ernæringen, og besvarer spørgsmål fra personale og patienter i relation til ernæring.

**Kontakt os gerne.
Vores dør er altid åben!**



Kundeservice

Telefon: 3318 1616

Fax: 3318 1614

E-mail: kundeservice@fresenius-kabi.com



**FRESENIUS
KABI**

caring for life

HjerteKost

- et nyt dansk fødevarerfrekvensskema

Lone Bjerregaard Rosenkilde



Anne-Mette Haugaard



Lonneke Hjermslev



Så er det her – et nyt dansk fødevarerfrekvensskema (FFQ) med navnet HjerteKost. I 2006 opstod ideen til at få lavet et godt arbejdsredskab til vurdering af hjertepatienters kostindtag. Nu er skemaet færdigudviklet, gennemtestet og taget i brug.

Skemaet er udarbejdet til målgruppen af patienter med dyslipidæmi og/eller iskæmisk hjertesygdom.

På Aalborg Universitetshospital anvendes HjerteKost som vejledningsredskab i Lipidklinikken Ambulatorium, samt på iskæmiske rehabiliteringshold ved Kardiologisk Afdeling. Erfaringerne viser, at skemaet er let at udfylde for patienterne og fungerer som et pædagogisk funktionelt redskab til at motivere patienten til kostomlægning.

HjerteKost er oprindeligt udviklet i et samarbejde mellem Lipidklinikken, Aalborg Universitetshospital, og Hjerteforeningen. HjerteKost er valideret og testet på 100 patienter med iskæmisk hjertesygdom samt 100 hjerterasker, se figur 1.

HjerteKost består af 19 spørgsmål med hver 3-5 svarmuligheder i relation til hjertevenlig kost. Ni spørgsmål er relateret til indtagelsen af fedtstof, mens de resterende 10 spørgsmål primært fokuserer på indtag af fisk, frugt, grønt og fuldkorn.

Til svarene på hvert enkelt spørgsmål er knyttet et pointsystem, hvor der kan opnås mellem 0 og 18 point.

Det er muligt at score 100 point for hhv. Fedtscoren og FiskFrugtGrøntscoren.

En score på 75 eller derover for Fedtscoren repræsenterer en hjertevenlig kost med hensyn til indtag af mættet fedt.

En score på 75 eller derover for FiskFrugtGrøntscoren repræsenterer en hjertevenlig kost med hensyn til indtag af frugt, grønt, fisk og fuldkorn.

Fedtstof på brød

I hvilken type fedtstof bruger du oftest? sæt X	
Bruger normalt ikke fedtstof på brød	15 <input type="checkbox"/>
Smør, smørbare blandingsprodukter, fx Bakkedal, Kærgården original 75%, svinefedt	0 <input type="checkbox"/>
Kærgården 43%/60%, bløde plantemargariner	6 <input type="checkbox"/>
Minariner med højst 40% fedt, mayonnaise	15 <input type="checkbox"/>

Fedtstof til madlavning

Hvilken type fedtstof bruger du oftest til madlavning?	
Stegning, bageing, i sovs, som dressing o.l. sæt X	
Bruger normalt ikke fedtstof til madlavning	15 <input type="checkbox"/>
Smør, smørbare blandingsprodukter, steg-/bage-margariner, palmin	0 <input type="checkbox"/>
Bløde plantemargariner	3 <input type="checkbox"/>
Hydende margariner, planteolier	15 <input type="checkbox"/>

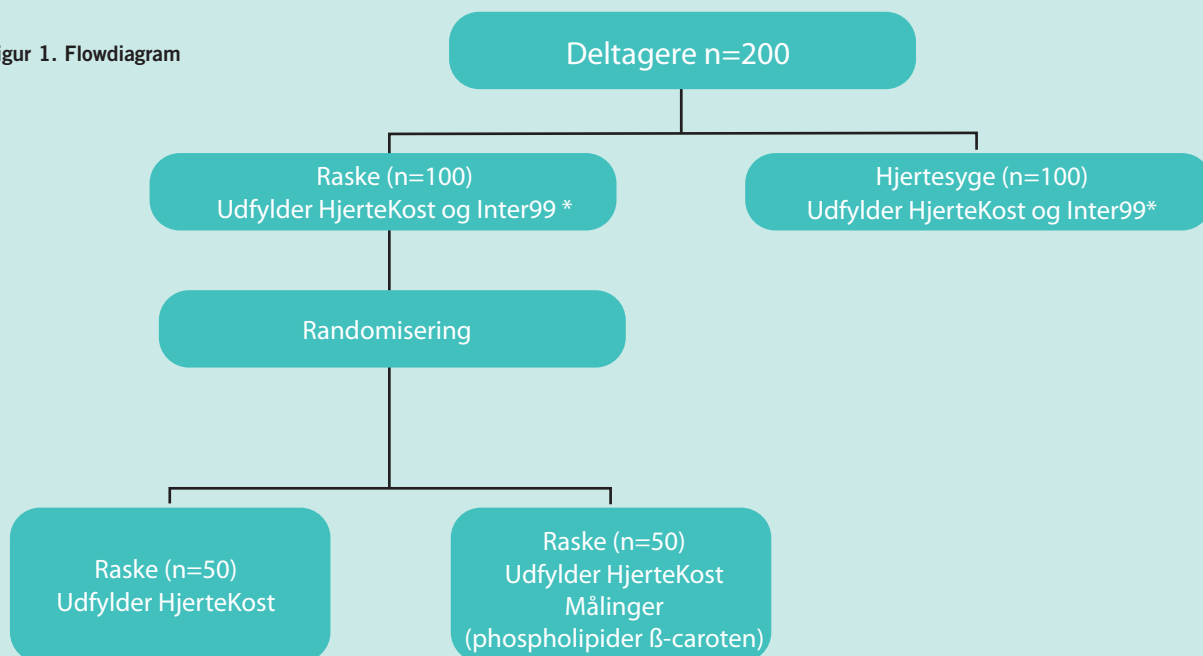
Grøntsager og bælgfrugter

Hvor mange portioner grøntsager (rå, kogte, stegte, bagte, syltede) og/eller bælgfrugter (tørrede bønner, linser, ærter) spiser du om dagen? (Husk også grøntsager i sammenkogte retter, wok m.m.)	
1 portion = 1 dl / 100 g grøntsager eller kogte bælgfrugter	sæt X
Ikke hver dag	0 <input type="checkbox"/>
1 portion om dagen	6 <input type="checkbox"/>
2 portioner om dagen	12 <input type="checkbox"/>
3 portioner om dagen	18 <input type="checkbox"/>

Frugt og bær

Hvor mange portioner frugt og bær spiser du om dagen?	
Eks. æble, pære, banan, appelsin, vindruer, bær, melon, frugtrod	
1 portion = 1 dl / 1 stk. / 100 g	sæt X
Ikke hver dag	0 <input type="checkbox"/>
1 portion om dagen	6 <input type="checkbox"/>
2 portioner om dagen	12 <input type="checkbox"/>
3 portioner om dagen	18 <input type="checkbox"/>

Figur 1. Flowdiagram



*) Inter 99 er et udførligt, valideret kostfrekvens skema.

Hvis begge scorere er på 75 eller derover, vurderes kosten som helhed at være hjertevenlig.

På sidste side i skemaet er der fire spørgsmål i relation til rygning, alkohol, motion og kosttilskud. Denne side er alene af anamnestic karakter og indgår ikke i pointsystemet.

I valideringen af skemaet indgik måling af biomarkører for fiskeindtagelse (plasma n-3 fedtsyrer) og for frugt- og grøntindtag (β -caroten). Resultater heraf blev efterfølgende sammenholdt med resultaterne af FFQ. Der sås gode korrelationer, og konklusionen er, at HjerterKost med fordel kan anvendes til vurdering af indtag af fedt, fisk, frugt og grønt.

Der er undervejs i udviklingsprocessen af HjerterKost indgået mange kompromisser, og skemaet fremstår ikke perfekt. Det er vores håb, at skemaet vil blive taget vel imod og anvendt, hvor det skønnes relevant, så vi i fællesskab kan gøre vore erfaringer dermed.

ljb@rn.dk, anne.mette.haugaard@rn.dk, lonhj@rn.dk

Kliniske diætister og andet relevant fagpersonale kan rekvirere HjerterKost hos Hjerterforeningen. Skemaet Hjerterkost bestilles på Hjerterforeningens hjemmeside under shop. For yderligere information: Klinisk diætist Lonneke Hjermitslev, Lipidklinikken, Kardiologisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital lonhj@rn.dk

LÆS OGSÅ OM

Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser

Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) sætter fokus på patienternes oplevelser og er et redskab til udvikling af kvalitet i sundhedsvæsenet.

Spørgeskemaundersøgelsen giver viden om patienters oplevelser i kontakten med en sygehusafdeling eller et ambulatorium og gennemføres årligt på vegne af de fem regioner og Ministeriet for Forebyggelse og Sundhed. Resultaterne bliver offentliggjort på www.patientoplevelser.dk i form af en national rapport med tilhørende elektroniske bilagstabeller. Resultaterne bliver også offentliggjort på www.sundhed.dk.

Se resultater fra LUP 2012

Kontaktperson

For yderligere information kontakt: Specialekonsulent Max Mølgaard Miiller, telefon 3864 9963, e-mail: max.moelgaard.miiller@regionh.dk



Meddelelse om sekretariatet

Sekretariatsfunktionen for FaKD er pr. 14. juni overtaget af Koch/Christensen, advokatfirma.

Det daglige arbejde varetages af Kristine Bjerregaard og af Henrik Karl Nielsen, foreningens mangeårige advokat.

Sekretariatet skifter derfor adresse til Sankt Annæ Plads 6, 1250 København K, men bibeholder naturligvis foreningens telefonnummer, 33 32 00 39, med telefontid mandag – fredag kl. 9-13.

Mail sendes fortsat til post@diaetist.dk. Vi glæder os over at kunne genoptage samarbejdet.

Vi har brug for dig som ernæringsprofessionel

I FaKD mener vi, at der skal meget mere fokus på ernæring som fagområde. Den rette ernæring har stor betydning for danskernes sundhed, velvære og livskvalitet, og det er afgørende, at den opgave bliver varetaget af fagfolk som dig.

Som fagforening i dag rummer FaKD alle typer af professionsbachelorer i ernæring og sundhed - uanset specialeretning.

Det betyder, at du kan være medlem, hvis du har en ernæringsrelevant bachelor eller videreuddannelse, fx som cand.scient. i klinisk eller human ernæring. Og tilsvarende, hvis du er studerende på en af de nævnte uddannelser.

Oplev fordelene

Som en del af det faglige fællesskab i FaKD vil du blandt andet:

- Blive holdt opdateret med den nyeste, evidensbaserede viden
- Møde nye kolleger i faglige netværk på tværs af arbejdspladser
- Få inspiration gennem oplæg, kurser og årsmøder
- Have FaKDs eksperter bag dig, når du forhandler løn og arbejdsvilkår
- Få professionel vejledning, når du har faglige spørgsmål

Desuden

- Billige forsikringer hos Runa Forsikring
- Rabat på advokat og revisor
- Medlemsbladet Diætisten seks gange om året
- Medlemskab af Fagligt Selskab for Ernæringsprofessionelle (FEPS)
- Mulighed for fagpolitisk indflydelse
- Nedsat kontingent for studerende og ledige
- Adgang til de eksklusive dele af hjemmesiden, kun for medlemmer, med bibliotek, links, jobannoncer, faktsider, artikler og kursustilbud

Sammen er vi stærkest

Vi ved, at du brænder for dit fag og for at gøre en forskel, og det kan FaKD hjælpe dig med. Sammen er vi stærkest, derfor: vær medlem af en fagforening, der tænker på dig.

Læs mere på fakd.dk, hvor du også kan melde dig ind, hvis du ikke har gjort det endnu. På gensyn i FaKD!



Møde- og kongreskalender 2013/14

26. – 29. august

13th International Nutrition & Diagnostics Conference. Holdes i Olomouc, Czech Republic. Palacký University, Faculty of Science. Se mere på: www.indc.cz/en/

27. august i København, 29. august i Herning

Skandinaviens største foodkonference, FOOD+CONSUMER TRENDS. Bliv bl.a. opdateret på Food trends, Sandheden om forbrugerne, Mad, medier og mænd, Smart innovation, Tidsånd og forbrug, De langsomme firstmovere og mød højaktuelle kokke.

Læs om tilmelding og hele programmet på www.foodkonference.dk

31. august – 3. september

ESPEN-kongres i Leipzig. Se mere på www.espen.org. Deadline for abstracts var i april 2013.

11. september

Det Strategiske Forskningsråds programkomite for sundhed, fødevarer og velfærd afholder konferencen "Kan du spise dig sund?" Sted: København. Tilmeldingsblanket samt et første udkast til programmet kan findes på hjemmesiden: <http://fivu.dk/forskning-og-innovation/rad-og-udvalg/det-strategiske-forskningsrad/om-radet/programkomiteerne/sundhed-fodevarer-og-velfaerd>

14. november

Diabetes Update 2013. Tværfaglig konference.

Dagens program: Dagen vil byde på oplæg om psykologiske og psykosociale aspekter ved diabetes, ny forskning inden for behandling af type 1-og 2-diabetes samt parallelsessioner.

Du kan se hele programmet og tilmelde dig konferencen på www.diabetes.dk/konference

Tid og sted: Konferencen afholdes på Hotel Scandic Copenhagen, Vester Søgade 6, 1601 København V, kl. 09.00-16.30

Pris: Fagmedlem af Diabetesforeningen: 900 kroner ex. moms (1.125 kr. inkl. moms)

Ikke-fagmedlem af Diabetesforeningen: 1400 kroner ex. moms (1750 kr. inkl. moms)

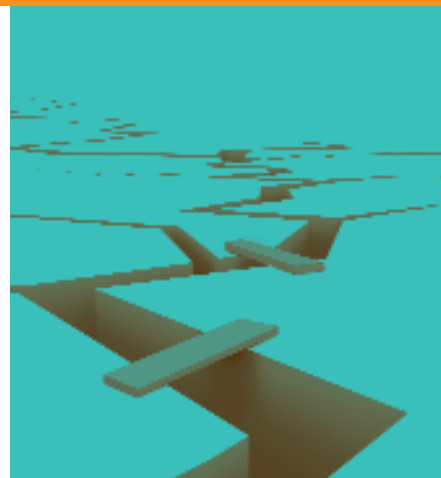
2014

18 – 21. januar

ASPEN-kongres i Savannah, Georgia, . Se mere på www.nutritioncare.org

Maj 2014

DSKE- årsmøde bliver afholdes maj 2014 i København, formentlig på Rigshospitalet. Nærmere oplysninger fremkommer senere. Tilmelding på www.dske.dk



BESTYRELSESUDVALG

Forretningsudvalg: Formand Ginny Rhodes og kasserer Helle Ronneby

Hjemmesideudvalg: Formand Ginny Rhodes, næstformand Mette Pedersen

PR-udvalg: Formand Ginny Rhodes og næstformand Mette Pedersen

Redaktionsudvalg: Ginny Rhodes

Medlemsudvalg: Margit Oien Nielsen og Dorthe Wiuf Nielsen

Fagligt udvalg: Dorthe Wiuf Nielsen, Anne Sofie Wendelbo, Mette Pedersen og Marie Louise Hartvig

Nordisk Dietistforening/Nordic Dietetic Association:

Sekretær Helle Skandorff Vestergård

Oktoberblad med tema om dysfagi

Hjælp til at genvinde styrken

Fødevarer til særlige medicinske formål skal anvendes under lægelig tilsyn

Nutridrink Compact til ethvert behov

Manglende appetit og sygdom kan svække kroppen, så det kniber med styrken, når man har mest brug for den. Nutricia tilbyder et varieret sortiment, som er målrettet den enkeltes behov. For appetittens, styrkens og mavens skyld.



NYHED