

Godkendt 1. juli 2010

Dokumentegenskaber:	Vejledning
Gældende for	Region Hovedstaden
Målgruppe	Sundhedspersonale med ansvar for kostforplejning
Udarbejdet af	Regionens Ernæringskomité
Faglig ansvarlig	Formanden for Ernæringskomitén
Nøgleord	Ernæring, plan, underernæring, screening, ernæringstilstand, ernæringsterapi, ernæringsbehov

Ernæringsterapi - voksne

Formål

Vejledningen har til formål at sikre en målrettet ernæringsindsats for voksne patienter (alder 16 år eller ældre), som er underernærede eller i risiko for at blive underernæret.

Målgruppe og anvendelsesområde

Sundhedspersonale med ansvar for kostforplejning og ernæringsterapi.

Visse klinikker, f.eks. afdelinger for intensiv terapi, apopleksiklinikker, neurokirurgiske klinikker, onkologiske klinikker og psykiatriklinikker, kan have egne supplerende vejledninger, som udbygger denne vejledning. Specialespecifikke vejledninger må ikke være lempeligere m.h.t. sikkerhed (f.eks. risiko for aspiration eller infektion) end denne vejledning.

Fremgangsmåde

Grundlaget for stillingtagen til ernæringsterapi er **den initiale ernæringscreening** af patienten (LINK til vejledning).

Skemaer til dokumentation:

Der er ikke krav om anvendelse af specifikke skemaer, men denne vejledning indeholder forslag til skema til dokumentation af ernæringsbehov og ernæringsterapi. (bilag 1: Skema Ernæringsterapi)

Fremgangsmåde - Ambulante patienter

Hvis patienten har score over eller lig med 3 ifølge den sekundære screening, følges op i forhold til:

☞ Den klinik/læge/hjemmepleje, der er hovedansvarlig for patientens forløb (d.v.s. besked til egen læge eller hjemmepleje, hvis klinikken kun ser patienten med måned(er)s mellemrum) eller til:

☞ Videre behandling i egen klinik på hospitalet, hvis patienten ses her flere gange månedligt. Behandlingstiltag skal fremgå af journalen. Behandlingstiltag kan være ernæringsplan (se definition nedenfor) udarbejdet af sygeplejerske eller klinisk diætist, ledsaget af underretning af hjemmesygeplejerske og/eller egen læge.

Fremgangsmåde - Indlagte patienter

Hvis patienten har score over eller lig med 3 ifølge ernæringscreeningsskemaet, dvs. at patienten enten er underernæret eller i risiko for at blive det, indledes ernæringsterapi ifølge ernæringsterapiskemaet. Ernæringsterapi indledes også hos patienter med en score under 3, hvis der ifølge afdelingens instruks er indikation for forebyggende ernæringsterapi.

Ernæringsterapien består af 2 hovedelementer:

1. Ernæringsplan, som består af 3 delelementer:

- 1.1. Vurdering af patientens behov,
- 1.2. Kostordination og
- 1.3. Plan for monitorering (opfølgning/justering).
2. Monitorering (opfølgning/justering)

1. Ernæringsplan

Nedenstående vejledning i ernæringsplan følger Sundhedsstyrelsens vejledning.

1.1 Vurdering af patientens behov for energi- og protein (bilag 1: Hjælpekema til Ernæringsterapi).

⚡ Først afgøres det, om **målsætningen** er vægtvedligeholdelse eller vægtøgning.

Målsætning er som hovedregel:

⚡ Vægtvedligeholdelse, hvis BMI er højere end 18,5 og intet vægttab indenfor de sidste 3 måneder.

⚡ Vægtøgning, hvis BMI er lavere end 18,5 eller vægttab er over 5 % indenfor de sidste 3 måneder.

⚡ Dernæst vurderes den **fysiske aktivitet**:

En patient er sengeliggende, hvis patienten ligger i sengen det meste af dagen.

En patient er oppegående, hvis patienten sidder i en stol det meste af dagen og er selvhjulpne.

⚡ Herefter aflæses **energi- og proteinbehovet** i ernæringsterapiskemaet på grundlag af patientens kropsvægt (inkl. evt. ødemer).

Der korrigeres ikke for køn og alder eller det lavere behov ved underernæring, idet disse korrektioner er så små, at de ikke spiller nogen rolle i klinisk praksis.

Ved feber er behovet øget.

Nyttevirkningen ved forsøg på vægtøgning er som regel stærkt nedsat ved feber, hvorfor man almindeligvis ikke anvender målsætningen vægtøgning samtidigt med korrektion for feber.

Ved adipositas (BMI lig med eller over 30 og under 50) beregnes energi- og proteinbehovet som angivet i skemaet.

Svært syge patienter (brandsår, traumer m.v.) kan have behov, der overstiger de værdier, som er anført i tabellen. Afdelinger med disse patienter bør have egne vejledninger vedrørende behov.

Patientens behov for energi og protein anføres i Skema Ernæringsterapi (Bilag 1).

1.2 Ordination af kostform (Bilag 1: Skema Ernæringsterapi)

Kostform vælges på grundlag af kendskab til patientens sædvanlige kostvaner, appetit og evt. spiseproblemer, f.eks. nedsat synkeevne. Hovedprincippet er at vælge en kostform, som er så appetitvækkende for patienten, at energi- og proteinbehov dækkes.

Der anvendes sædvanligvis de 3 kostformer, som vises i tabellen. De adskiller sig fra hinanden både ved deres sammensætning m.h.t. protein, fedt og kulhydrat og ved den andel, der serveres ved hovedmåltider og mellemmåltider.

Kostformer ¹⁾	Sammensætning: energi % ¹⁾			Andel givet som mellemmåltider ¹⁾	Andre betegnelser ell særlige varianter
	Protein	Fedt	Kulhydrat		
Normalkost	15	30	55	15-20 %	Mad til raske; Hjertevenlig kost, Diabeteskost
Sygehuskost	18	40	42	15-30 %	Mad til syge Tygge-synkevenlig kc

Kost til småtspisende	18	50	32	30-50 %	Mad til småtspisende Superkost
1) Ifølge Anbefalinger for den danske institutionskost					

Sygehuskost kan erstattes af et bredt udvalg inden for Kost til småtspisende og omvendt

Som udgangspunkt kan følgende vejledning anvendes:

- ☞ Risiko score lig 0: Normalkost.
- ☞ Risiko score lig 1 eller 2: Sygehuskost.
- ☞ Risiko score lig 3 eller over 3: Sygehuskost eller Kost til småtspisende.

Af ernæringsterapiskemaets notatrubrik skal det fremgå, hvorvidt patienten har brug for hjælp til at spise og hvad man gør for at afhjælpe spiseproblemerne.

Kostformen ordineres af læge eller sygeplejerske på baggrund af ernæringsvurderingen og patientens sædvanlige spisevaner.

Ernæringsterapiskemaet udfyldes med dato og kostform.

Patienter med diabetes, hjertesygdomme og overvægtige patienter med en risikoscore lig med eller over 3 skal ikke nødvendigvis have diabetes-, fedt/kolesterolmodificeret- eller energireduceret kost. Hvis appetitten er lille, ordineres en af de andre kostformer. Afhjælpningen af den akutte tilstand (underernæring) vægtes højere end hensynet til det langsigtede kosthensyn.

Klinisk diætist tilkaldes, når det ikke er muligt at ernære patienten sufficient via afdelingens sædvanlige kosttilbud, ved tvivlstilfælde eller til patienter med særlige ernæringsmæssige problemer, f.eks. hvis flere kostformer skal kombineres

Hvis det på forhånd kan anses for umuligt at opnå et indtag på eller over 75% af energi- og proteinbehovet, overvejes sondeernæring eller parenteral ernæring.

Sondeernæring og parenteral ernæring skal ordineres af læge (se vejledninger for sondeernæring og parenteral ernæring).

1.3 Plan for monitorering (opfølgning og justering)

Det noteres i forbindelse med ernæringsplanen, hvordan planen vil blive fulgt op. Se detaljer neden for vedrørende ernæringsterapi generelt. For sondeernæring og parenteral ernæring gælder særlige retningslinjer (se vejledninger).

Der foretages løbende kostregistrering døgnet igennem på grundlag af observeret og sammentalt energi- og proteinindtag. Døgnets resultater fra kostregistreringen føres ind i ernæringsterapiskemaet:

Energi (kJ) markeres i ☞

Protein (g) markeres i ☞.

Det angives dagligt, om patienten har fået dækket 75 % af sit energi- og proteinbehov. Der svares kun JA, hvis begge behov er dækket.

Der foretages kostregistrering dagligt indtil ophør af ernæringsterapi (se nedenfor).

Vejning

Patienten vejes 3 gange ugentligt for at mindske usikkerheden. Gennemsnittet af de 3 vejninger tages som ugens resultat. Vægtændring foregår langsomt, er ofte behæftet med stor usikkerhed i kortvarige forløb (under 1-2 uger), kan skyldes ændringer i hydreringstilstand og kan være umulig at gennemføre hos visse patienter.

Hyppig vejning kan være umulig/urimeligt belastende for patienten på visse afdelinger. Afdelinger, hvor vejning gange 3 ugentligt ikke er muligt, fastlægger hvilken kadencer der skal følges.

Patienter i ernæringsterapi skal ikke re-screenes 1 x ugentligt.

Efter udskrivelsen arkiveres ernæringsscreeningskema og ernæringsterapiskema i patientjournalen.

Justering

Alle patienter, der får mindre end 75 % af energi- eller proteinbehovet dækket, vil tabe i vægt efter nogen tid. Hvis patientens kostindtag er utilstrækkeligt 3 dage i træk eller hvis patienten har tabt mere end 1 kg, må plejepersonalet sammen med lægen udrede årsagen. Behandlingsplanen justeres, evt. ved inddragelse af klinisk diætist. I udredningen inddrages både sygdommens og medicinens eventuelle betydning for kostindtag og ernæringstilstand. Justeringen kan bestå i valg af anden kostform eller at supplere med tilskuddsrikke, sondeernæring eller parenteral ernæring.

Ophør af ernæringsterapi

Ernæringsterapi ophører, når:

1. Patientens kostindtag dækker behovet ifølge ernæringsplanen og
2. Dette sker uden særlige forholdsregler (f.eks. daglig motivering, hyppig ændring af kostform) og
3. Der samtidig konstateres en score under 3.

Det sikres, at kostform er ordineret og patienten re-screenes herefter 1 x ugentligt.

Udskrives patienten før ernæringsterapien er afsluttet, gives der forslag til opfølgning i epikrisen

Ansvar og organisering

Hospitalsdirektioner er ansvarlige for at vejledningen formidles til alle relevante afdelinger.

Center, afdelings- og klinikledelser er ansvarlige for, at vejledningen implementeres og at opgaverne ifm. ernæringsplan, monitorering og opfølgning mv. fordeles.

Definitioner

Ernæringsterapi: En målrettet ernæringsindsats, som udføres i forhold til patientens kliniske tilstand. I ernæringsterapien indgår følgende komponenter: mål for vægtudvikling (vægtvedligeholdelse/vægtøgning), mål for indtagelse af energi og protein, kostordination, plan for monitorering inkl. kostregistrering.

Kostregistrering: En registrering af patientens kostindtag, som omregnes til indtag af energi og protein. Til hjælp udgiver hvert hospital en oversigt over typisk indhold i hovedretter, mellemretter, tilskuddsrikke, sondeernæring og parenteral ernæring.

Nøjagtigheden skal være tilstrækkelig til, at det sikkert kan afgøres, om patienten har indtaget mindst 75% af sit behov eller under 75% af sit behov.

Referencer, herunder relevant lovgivning

- ~~///~~ [Anbefalinger for den danske Institutionskost](#), Fødevarestyrelsen 2009, Pedersen, AN og L.O.
- ~~///~~ [Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og diætister – screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko](#), Sundhedsstyrelsen 2003
- ~~///~~ [Kost- og Ernæringspolitik i Region Hovedstaden](#)
- ~~///~~ Regional vejledning: Ernæringsscreening - voksne
- ~~///~~ Regional vejledning: Sondeernæring- anlæggelse og kontrol af sonde
- ~~///~~ Regional vejledning: Parenteral ernæring (endnu ikke færdiggjort)
- ~~///~~ Regional vejledning: Adipositas (endnu ikke færdiggjort)

Bilag:

Bilag 1: Skema Ernæringsterapi (særskilt pdf – fil)

Akkrediteringsstandarder:

DDMK: 2.14.1, 2.14.2

JCI: VU.1.6, BE.5