Region Hovedstaden

Ernæringsterapi - voksne			
Udgiver	Region Hovedstaden		
Dokumenttype	Vejledning	Version	4
Forfattere	Den regionale Ernæringskomité	Gældende fra	18-09-2014
Fagligt ansvarlig	Formanden for Den regionale Ernæringskomité	Næste revision	18-09-2016
Ændringskommentar	Præciseret tidsfrist for ernæringsplan hos patienter der scorer 3 eller derover. Nyt afsnit om særlige forholdsregler for svært underernærede patienter. Ellers ingen konkrete ændringer, udover at en række anvisninger er udfoldet og der henvises til Sundhedsstyrelsens ernæringsterapivejledning. Ingen ændringer i bilag		

Formål
Målgrupper og anvendelsesområde
Definitioner
Fremgangsmåde
Ansvar og organisering
Referencer, lovgivning og faglig evidens samt links hertil
Akkrediteringsstandarder
Bilag

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 i henhold til Sundhedsstyrelsens regler herfor.

Tilbage til top

Målgrupper og anvendelsesområde

Sundhedspersonale med ansvar for kostforplejning og ernæringsterapi.

Visse klinikker, fx 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. målopfyldelse og sikkerhed (fx risiko for aspiration eller infektion) end denne vejledning.

Tilbage til top

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, tilskudsdrikke,

sondeernæring og parenteral ernæring.

Kostregistreringen skal være semi-kvantitativ, dvs. tilstrækkelig nøjagtig til at afgøre, om patienten indtager 0-25 %, 25-50 %, 50-75 % eller 75-100 % af sit energi- og proteinbehov. Særligt skal nøjagtigheden være tilstrækkelig til, at det kan afgøres, om patienten har indtaget mindst 75 % af sit behov eller under 75 % af sit behov.

Tilbage til top

Fremgangsmåde

Grundlaget for stillingtagen til ernæringsterapi er **den initiale ernæringsscreening** af patienten (jf. Ernæringsscreening - vurdering og dokumentation hos voksne).

Skemaer til dokumentation:

Der skal i journalen angives dokumentation for plan og målopfyldelse. Evt. kan Bilag 1 anvendes og scannes til journalen ved afslutning.

Ambulante patienter

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

- Den klinik/læge/hjemmepleje, der er hovedansvarlig for patientens forløb (dvs. 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 ifølge screeningen har score lig med 3 eller derover (dvs. er underernæret eller i risiko for at blive det), og forventes at være indlagt i mere end 2 døgn, udarbejdes en ernæringsplan senest 48 timer efter ankomsten. Ernæringsplanen iværksættes umiddelbart efter udarbejdelsen (dvs. ernæringsterapi påbegyndes, jf. Bilag 1 - Ernæringsterapiskema).

Ernæringsterapi kan også indledes hos patienter med en score under 3, hvis der ifølge afdelingens instruks er indikation for forebyggende ernæringsterapi.

Ernæringsterapi kan også indledes hos patienter, som forventes at være indlagt i 2 døgn eller mindre, hvis der ifølge afdelingens instruks er indikation for dette.

Ernæringsterapien består af 2 hovedelementer (1. Ernæringsplan og 2. Opfølgning):

1. Ernæringsplanen består af 3 dele:

a. Vurdering af patientens behov,
b. Kostordination og
c. Planlægning af opfølgning (planlæg kostregistrering og/eller vejning)).

2. Opfølgning (udførelse af kostregistrering og/eller vejning samt justering af plan).

1. Ernæringsplan

1.1. Vurdering af patientens behov for energi- og protein (jf. Bilag 1 Ernæringsterapiskema)**.**

- 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/eller er selvhjulpen mht. påklædning og toiletbesøg og/eller klarer mindre fysisk aktivitet (tur på gangen, kioskbesøg m.v.)
- 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. Ved BMI på 50 eller derover kontaktes diætist.

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)

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 eller 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 kost
Kost til småtspisende	18	50	32	30-50 %	Mad til småtspisende

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 (jf. VIP Sondeernæring og anlæggelse og kontrol af sonde (voksne, alder 16 år eller ældre) og Parenteral ernæring for voksne - procedurer og forholdsregler

1.3. Plan for monitorering (opfølgning og justering)

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

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

Kostregistrering

Der foretages løbende kostregistrering døgnet igennem på grundlag af observeret og sammentalt energi- og proteinindtag. Døgnets resultater fra kostregistreringen føres ind i ernæringsterapiskemaet (Bilag 1):

Energi (KJ) markeres i "kasse"

Protein (g) markeres i "cirkel".

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

Se Sundhedsstyrelsens vejledning side 17 og Anbefalinger for den danske Institutionskost side 93 vedr. detaljer og gode råd mht. kostregistrering.

På dage med planlagt faste en del af døgnet til undersøgelser, operationer o.lign. søges underskuddet

indhentet i den resterende del af døgnet. Hvis fasten er planlagt til hele døgnet, angives IR (ikke relevant). Der foretages kostregistrering dagligt indtil ophør af ernæringsterapi (se nedenfor).

Hos patienter uden ødemer, som kan vejes og som forventes at være indlagt i 2 uger eller længere, kan afdelingens instruks fastsætte, at kostregistrering ikke udføres og at opfølgningen alene sker ved at følge vægtudviklingen.

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 2-3 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, udarbejder egen instruks vedr. hyppighed af vejning.

Særlig forsigtighed hos svært underernærede patienter

Patienter med næsten ophørt kostindtag i en uge eller mere, og/eller med mere end 5 % vægttab i løbet af den sidste måned, har risiko for at udvikle alvorlige væske og elektrolytforstyrrelser i forbindelse med ernæringsterapi (”refeeding syndrome” = kardielle rytmeforstyrrelser og/eller neurologiske symptomer, som kan have fatale følger).

Det anbefales derfor altid, at P-kalium, P-fosfat og P-magnesium kontrolleres før ernæringsterapi iværksættes hos disse patienter. Se VIP Sondeernæring og anlæggelse og kontrol af sonde (voksne, alder 16 år eller ældre) og Parenteral ernæring for voksne - procedurer og forholdsregler.

Justering af ernæringsplan

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 tilskudsdrikke, 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)
3. Der samtidig konstateres en score under 3.

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

Udskrivning

Udskrives patienten før ernæringsterapien er afsluttet, gives der forslag til opfølgning i epikrisen. Igangværende ernæringsplaner medgives ved udskrivelsen.

Efter udskrivelsen scannes evt. ernæringsterapiskema til patientjournalen.

Tilbage til top

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.

Tilbage til top

Referencer, lovgivning og faglig evidens samt links hertil

- 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 2008
- Regional politik: Mad- og ernæringspolitik for Region Hovedstadens hospitaler
- Regional vejledning: Ernæringsscreening - vurdering og dokumentation hos voksne
- Regional vejledning: Sondeernæring og anlæggelse og kontrol af sonde (voksne, alder 16 år eller ældre)
- Regional vejledning: Parenteral ernæring for voksne - procedurer og forholdsregler
- Regional vejledning: Overvægt/fedme (adipositas) - rådgivning og behandling af voksne patienter (over 15 år) med BMI på 25 eller højere

Tilbage til top

Akkrediteringsstandarder

DDMK: 2.14.1

Tilbage til top

Bilag

Bilag 1 Ernæringsterapi.pdf

Tilbage til top