

Kost/Ernæring

Screening		
Opgaven	Plejepersonalets ansvar	Lægens ansvar
<p>Alle patienter over 18 år. (Dog ikke patienter med diagnosen F50.x spiseforstyrrelse og patienter i palliativ behandling)</p> <p>Det afklares om patienten er i en ernæringsmæssig risiko.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Undersøger om patienten er screenet for ernæringsrisiko indenfor de sidste 12 måneder eller der er sket ændringer i forhold til ernæringsrisiko. • Stillingtagen til kostform (normalkost, sygehuskost, kost til småt spisende, diæter og supplerende ernæring) • Foretager screening i forhold til ernæring. • Drøfter screeningsresultat med lægen under stuegang. 	<ul style="list-style-type: none"> • Drøfter screeningsresultater med plejepersonalet under stuegang. • Dokumenterer identificeret ernæringsrisiko i behandlingsplan. • Påfører relevant bidiagnose(r)

Intervention		
Opgaven	Plejepersonalets ansvar	Lægens ansvar
<p>Forebyggelsessamtale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det afklares om patienten er i en ernæringsmæssig risiko ud fra skabelon ernæringscreening • Identificere kostvaner ud fra en samtale med patienten • Motivationsgraden til ændring af kost og ernæringsvaner afdækkes. • Læs mere om ernæring, behandling og intervention HER • Materiale der kan anvendes til forebyggelsessamtalen om kost/ernæring, vaneændringer, patientens vægt og motion er bl.a. : "10 veje til vægttab". SE HER 	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten vejes (kg), højdemåles (cm) og BMI udregnes. Desuden måles taljeomfang (cm) • Udleverer ydelsesinformation om forebyggelsessamtale: "Undersøgelse af dit fysiske helbred" (HER) og "Samtale om helbred og livsstilssygdomme" (HER) • Patienter der er overvægtige, BMI>25 (patienter +65 år BMI>29) eller har et taljemål over (kvinder 80 cm /mænd 94 cm) samt patienter, der er undervægtige (BMI<18,5) (patienter +65 år BMI<24) skal have foretaget en ernæringscreening. • Har patienten forhøjet BMI og/eller taljemål følges retningslinjen for Metabolisk syndrom SE HER • Er patienten endvidere i antipsykotisk behandling følges retningslinjen for Vurdering af 	<ul style="list-style-type: none"> • Stillingtagen til og iværksættelse af livsstilsinterventioner i samarbejde med plejepersonalet. • Drøfter og iværksætter livsstilsinterventioner i forhold til identificerede risikofaktorer vedr. ernæring med patienten.

<p>”Små skridt til vægttab – der holder” SE HER</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brug f.eks. side 3 i pjecen ”Gode madvaner – hvorfor og hvordan”. Se HER • Brug f.eks. side 3 i pjecen ”Mere motion – hvorfor og hvordan”. Se HER • Vedr. mellemmåltider, se pjece HER <p>Refleksionsark 3a og 3b (fra Den sygeplejefaglige metode Guidet Egenbeslutning GEB) kan anvendes i dialog med patienten om erfaringer med anbefalede leveregler og planer for ændring af levevis. Se refleksionsark 3a ”Dine erfaringer med anbefalede leveregler” og refleksionsark 3b ”Dine planer for ændring af levevis”. Klik her HER og gå til side 10+11.</p> <p>Sygeplejeproblem</p> <p>Der udarbejdes sygeplejeproblemer på identificerede risikofaktorer i de tilfælde, hvor patienten er i ernæringsrisiko vedr. overvægt eller undervægt i CS med udgangspunkt i sygeplejeprocessen med rækkefølgen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sygeplejeproblem • Årsag • Kendetegn • Mål (SMART) • Handlinger • Løbende evalueringer 	<p>bivirkninger ved brug af antipsykotisk medicin SE HER</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienter, der er undervægtige, får beregnet det aktuelle energibehov i ernæringscreeningen. Kostberegneren i CS anvendes til at udregne energisammensætningen og ernæringsindholdet i patientens kostindtag. Der føres evt. kost og væskeregistrering. • Patienter, der er overvægtige, får beregnet det aktuelle energibehov i ernæringscreeningen. Kostberegneren i CS anvendes til at udregne energisammensætningen og ernæringsindholdet i patientens kostindtag. • Hvis patienten er overvægtig, og patienten ønsker vægttab, fratrækkes 10 % af det beregnede aktuelle energibehov KJ i ernæringscreeningen. Der kan anvendes bilag med billeder af de 3 forskellige hovedmåltiders forskellige energisammensætning i henholdsvis 7000, 9000 og 12000 KJ i en pædagogisk rådgivningssituation med patienten. Se bilag 5 med ”Tallerken-modeller” som link i højre side til selve PRI-dokumentet ”Fysisk helbreds-vurdering mv.” HER • Spørger ind til patientens kost- og motionsvaner. • Spørger ind til patientens motivation for kost og ernæringsrådgivning. Tidligere erfaringer med vægttab og omlægning af vaner vedr. kost og motion. • Udarbejder sygeplejeproblem på aktuel risikofaktor i forhold til kost, beskriver patientens mål, udarbejder sygeplejehandlinger 	
---	---	--

	<p>på baggrund af målene som løbende evalueres under indlæggelsen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Drøfter screeningsresultat og risikofaktorer med lægen og vurderer om de anbefalinger om opfølgning og behandling der er fremkommet ved herved. • Drøfter iværksættelse af livsstilsinterventioner med lægen. • Informerer patienten om muligheder for deltagelse i psykoedukation (individuel eller som strukturerede forløb) om kost og ernæring, hvis det forefindes i afsnittet eller ambulatoriet. • Informerer patienten om kommunens kostvejlednings-tilbud. • Påbegynder dialog om aktiv overlevering med patienten. 	
--	---	--

Aktiv overlevering		
Opgaven	Plejepersonalets ansvar	Lægens ansvar
<p>Aktiv Overlevering betyder, at det sikres, at patienten modtager nødvendig individuel hjælp til:</p> <ul style="list-style-type: none"> • henvisning til kommunalt sundheds-fremmetilbud • at bestille tid hos egen læge • at møde op til tilbud i kommunen • at møde op til aftalt tid i et ambulatorium. • henvisning til yderligere udredning i fx somatikken eller hos speciallæger. 	<ul style="list-style-type: none"> • Udleverer ydelsesinformation om aktiv overlevering "Få hjælp til at gøre brug af de relevante sundhedstilbud i din kommune" i forbindelse med dialog om motivation for, lyst til at arbejde med forebyggelse mv. Se HER • Drøfter aktiv overlevering med lægen. • Drøfter med patienten om der er behov for særlig støtte i forbindelse med "Aktiv overlevering". • Henviser patienten til forebyggelse og rehabilitering i hjemkommunen ved at udfylde "Den gode kommunehenvisning" som du finder via DNHF Den Nationale henvisningsformidling • Patienten henvises til en "Afklarende forebyggelses- 	<ul style="list-style-type: none"> • Fører fund i epikrisen • Aktivt overleverer patienten til relevante samarbejds-partnere. • Udarbejder laboratoriehenvi- sning, hvis det er relevant. • Henviser til billeddiagnostik, og/eller yderligere udredning i somatikken, speciallæger, egen læge, hvis det er relevant. • Drøfter aktiv overlevering med plejepersonalet. • Drøfter med patienten om der er behov for særlig støtte i forbindelse med "Aktiv overlevering". Inddrager støttefunktioner.

<p>Aktiv Overlevering indebærer, at der kan inddrages de nødvendige støtte-funktioner, for at patienten kan gennemføre en 'Aktiv overlevering': <i>Pårørende, bostøtte, socialrådgiver, Amb. Spl., plejepersonale, fysioterapeut, ergoterapeut, bosted, kriminalforsorgen, behandlingsansvarlig læge på bosted, m.fl.</i></p> <p>Aktiv overlevering til kommunal forebyggelse og rehabilitering sker med en elektronisk henvisning med den gode kommunehenvisning via DNHF Den Nationale Henvisningsformidling Vedr. adgang til DNHF – Se HER Guideline for udfyldelse af den gode kommunehenvisning – se her.</p>	<p>samtale” om identificerede forebyggelsesbehov. Patientens telefonnummer påføres henvisningen, således at kommunal sundhedsarbejder kan kontakte patienten.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inddrager Støttefunktioner, der kan støtte patienten i at deltage i kommunal forebyggelse og rehabilitering. 	
--	--	--

Dokumentation		
Opgaven	Plejepersonalets ansvar	Lægens ansvar
<p>Screening</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dokumenteres i CS <p>Intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dokumenteres i CS <p>Aktiv overlevering</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dokumenteres i CS 	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumenterer ernæringsstatus og intervention i CS • Dokumenterer Aktiv overlevering: Under Faneoverblik → Psykiatrisk område → Pleje → Udskrivelse → Aktuel indlæggelse → Aktiv Overlevering. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumenterer ernæringsstatus i CS/behandlingsplanen • Dikterer diagnosekoder • Vurderer hvilke bidiagnoser der skal medtages i epikrisen. Dokumenterer aktiv overlevering i CS.