

DIÆTISTEN

SAMARBEJDE PÅ TVÆRS - HVORDAN GRIBES DET AN?

**Gammel vin på nye flasker?
- Interprofessionel læring og samarbejde**
Læs mere på side 5

**Modul 5-studerende giver indsigt
og nye perspektiver på samarbejde**
Læs mere på side 13

**Rehabiliteringsforløb i Viborg kommune
- Hvordan arbejder vi med udfordringerne
omkring det tværsektorielle samarbejde?**
Læs mere på side 22

SEKRETARIATSADRESSE
Foreningen af Kliniske Diætister
C/O NORSKER OG CO. ADVOKATER
Landemærket 10
1119 København K.
Tlf. 33320039

Mandag - fredag kl. 10-16.00

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 annoncer 1. december
Sidste frist for indlæg 15. oktober
Nr. 114 udkommer december 2011.

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

DESIGN, PRODUKTION OG TRYK
AD-Work. 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

ARTIKLER

Gammel vin på nye flasker?	
Interprofessionel læring og samarbejde	5
Kliniske retningslinjer og udvikling af klinisk ekspertise	9
Modul 5-studerende: Indsigt og nye perspektiver	13
Samarbejde på tværs i Skanderborg kommune	17
Rehabiliteringsforløb i Viborg kommune – hvordan arbejder vi med udfordringerne omkring det tværsektorielle samarbejde?	20
Hjerteforeningens rapport "Mad til patienter med hjertesvigt"	24
Formanden i felten	25
Hvordan hjælper man en resister?	26

ADVOKATEN

Store forskelle på løn og arbejdsvilkår for de ernæringsprofessionelle – endnu en desavouering af ernæringsområdet?	30
--	----

MØDE- OG KONGRESKALENDER 2011	31
-------------------------------	----

BESTYRELSEN

Formand **Ginny Rhodes** . E-mail: gr@diaetist.dk . Næstformand **Mette Pedersen** . E-mail: petteme@hotmail.com . Kasserer **Helle Ronneby** . E-mail: rosengade@gmail.com .
Øvrige medlemmer **Maria Gamborg** . E-mail: mg@diaetist.dk . **Dorthe Wiuf Nielsen** . E-mail: dwn@diaetist.dk / wiuf@mail.dk .
Margit Oien Nielsen . E-mail: margit.oien@deltadata.dk . **Karen Thomsen** . E-mail: karent0403@gmail.com . **Stine Krum** . E-mail: stinekrum@gmail.com .
Sofie Wendelboe . E-mail: privat@sofiewendelboe.dk . **Suppleant Lonneke Hjermitsev** . E-mail: lonneke.hjermitsev@hotmail.com .
Line Rosgaard Dongsgaard E-mail: lrk.30@hotmail.com

REGIONSFORMÆND

REGION HOVEDSTADEN
REGION SJÆLLAND

Dorthe Lindschow Kaasgaard . E-mail: dorthelindschow@hotmail.com
Lene Sølvkær Nielsen . E-mail: lesol@mail.tele.dk
Johnna Bork Christensen . E-mail: jbc@regionsjaelland.dk

REGION SYDDANMARK
REGION MIDTJYLLAND
REGION NORDJYLLAND

Helene Andresen . E-mail: handre@aabenaar.dk
Line Rosgaard Dongsgaard . E-mail: lrk.30@hotmail.com
Lonneke Hjermitsev . E-mail: lonneke.hjermitsev@hotmail.com

Samarbejde på tværs

Ginny Rhodes
Formand



Hold da lige op for et spændende valg! Faktisk syntes jeg pludselig, at temaet i dette nummer af Diætisten blev mere end højaktuelt - dér i sofaen på valgaften d. 15. september. Og her i dagene efter må det vist konstateres, at temaet måske ligefrem ender med at være sprængfarligt. S-SF skal finde en brugbar løsning med R eller Enhedslisten

eller.... ja, det virker ikke til at være blevet nemmere i politik efter dette valg.

Og det har selvfølgelig også vores interesse, hvordan det hele ender, uanset ministerposter. For efter at have haft autorisation i 15 år må vi stadig konstatere, at diætisterne endnu ikke er inden for i varmen, når det kommer til henvisningsmulighed og tilskud via sygesikringen. Dette har nogle af de politiske partier dog på det seneste luftet nye tanker om, ligesom forebyggelse er nævnt som et vigtigt indsatsområde. Med tanke på de besparelser, fyringer og generelt dårlige løn- og arbejdsvilkår, vi ernæringsprofessionelle bydes i disse år, så kan man jo kun håbe, at nogle af løfterne også bliver til virkelighed.

I virkeligheden føles det nogle gange symptomatisk for alle ernæringsprofessionelle, dette med ikke at være indenfor i varmen. For i det daglige arbejde oplever I rigtigt tit at være glemt. I forhold til at blive inddraget i, om vigtige opgaver omkring ernæring er udført af de øvrige sundhedsfaglige, og om ernæringsproblematikken egentlig er kommet med i behandlingsovervejelser. Rasende irriterende, når man nu ved, hvor pokkers vigtigt vores arbejde også er.

For det er nemlig pointen: Det er ikke sådan, at ernæringsarbejdet skal eller kan stå alene – det må skulle være et samarbejde med alle andre relevante faggrupper, alt efter arbejdsopgave og problemstilling. Og derfor er det en fornøjelse i dette blad at kunne læse om mange forskellige samarbejder, hvor ernæringsprofessionelle indgår. Lige fra IPLS arbejdet, hvor FaKD sidder med i selskabets bestyrelse, til hvordan de studerende allerede i uddannelsesforløbet arbejder med det tværfaglige samarbejde.

Som borger eller patient opleves det fuldstændig fragmenteret, den måde sundhedsvæsenet håndterer forløb på, og dette er ofte en meget ubehagelig oplevelse for den enkelte. Mange fatter ikke, at det står sådan til, alt imens diverse faggrupper med stor faglig ekspertise faktisk udfører et dygtigt stykke arbejde. Det må simpelthen kunne gøres bedre!

Selv om det er fristende, så nytter det ikke at pege fingre og holde fast i, at det er da for dårligt, at vi ikke tænkes med – vi skal selv ud og markere os og fortælle, hvor vigtigt det er at inddrage ernæringsområdet, samt det at benytte uddannet fagpersonale, og især hvor vigtigt det er, at vi alle samarbejder omkring borger/patient.

Rød, blå, lilla – duer ikke. Vi må væk fra alle disse kombinationstanker og holde os til samarbejde på tværs. Lad os håbe, at vores politikere også kan se pointen.



Isosource® Mix – mere end bare sondeernæring

Isosource Mix er den **eneste** sondeernæring på markedet, som er baseret på rigtig mad. Den indeholder naturlige ingredienser, som kan modvirke både diarré og forstoppelse.^{1,2,3} 20 års erfaring med Isosource Mix tyder på en meget bedre tolerance. Indholdet af rigtig mad har mange ernæringsmæssige fordele:

- Flere proteinkilder – fra mælk, kylling og grøntsager
- Flere fiberkilder – frugt, grøntsager, inulin, soja og havre
- Prebiotisk effekt fra inulin⁴
- En god balance mellem omega-3 og omega-6, som svarer til anbefalingerne for ernæring⁵
- Ernæring som tarmen genkender

Isosource Mix gives til patienter med normalt næringsbehov, hvor man ønsker at undgå toleranceproblemer. Derfor er den lige så velegnet til opstart af sondeernæring som til længere tids brug.



1. Volkert et al Clin Nutr 2006;25:330-360 2. Meier et al Clin Nutr 2004;1(suppl 2):73-80 3. Lochs et al Clin Nutr 2006;25:180-186 4. Bosscher et al Nutr Reserch Rev 2006;19:216-226 5. Becker W, Lyhne N, Pedersen AN, Aro A, Fogelholm M, Órósdóttir I, Alexander J, Anderssen SA, Meltzer HM, Pedersen JI. Nordic Nutrition Recommendations 2004 – Integrating nutrition and physical activity Nord 2004:13, Nordic Council of Ministers, Copenhagen.



Enhancing the quality of life

Nestlé HealthCare Nutrition
Dampfærgevej 28, 2100 København Ø
Tlf. 35 46 01 67 • www.nestlenutrition.dk
healthcarenutrition@dk.nestle.com

Gammel vin på nye flasker? - Interprofessionel læring og samarbejde, der virker!

De enkelte professioners monofaglighed er vigtig i forhold til kvaliteten af patientforløb. Patienterne peger dog på, at behandling og pleje opleves fragmenteret, og at de enkelte faggrupper ikke kommunikerer indbyrdes og heller ikke har viden om hinandens bidrag til det samlede forløb. Denne artikel giver et bud på, hvorledes samarbejdet kan forbedres.

Jette Hovedskov



Jette Holtzmann



Hr. Hansen har været indlagt i et par dage med en blodprop i hjernen. Udover den medicinske behandling og pleje skal Hr. Hansen i gang med genoptræning. Først bliver fysioterapeuten inddraget for at observere funktionsniveauet og relevante øvelser til genoptræning. Ergoterapeuten vurderer ligeledes Hr. Hansens evne til daglige gøremål, og en neuropsykolog tester Hr. Hansens kognitive funktionsniveau. Herudover inddrages en talepædagog, da der også er problemer med Hr. Hansens tale, og endelig tilser den kliniske diætist Hr. Hansen og tilbyder kostvejledning både i forhold til kolesterolsænkende kost og den diabetes, som Hr. Hansen også lider af.


Mange vil sikkert kunne genkende scenariet, både fra det kliniske arbejde på hospitalet og i primærsektor. Et patientforløb varetages samlet set af en lang række professionelle, som oftest arbejder side om side ud fra hver deres faglige perspektiv og viden. Dette

er der i og for sig ikke noget galt i, og de enkelte professioners monofaglighed er vigtig i forhold til kvaliteten af behandling og pleje. Patienter peger imidlertid på, at de ofte oplever behandlingen og plejen fragmenteret, og at de enkelte faggrupper ikke kommunikerer indbyrdes og ikke har viden om hinandens bidrag til det samlede forløb (1). Endvidere viser nyere forskning, at jo højere grad af samarbejde, der er mellem professionerne, jo kortere indlæggelsestider og færre komplikationer er der for patienterne (2,3).

Hvad er interprofessionel læring og samarbejde?

Den korte definition på interprofessionel læring og samarbejde er, når to eller flere faggrupper lærer med, af og om hinanden i et interagerende samarbejde med inddragelse af patienten¹.

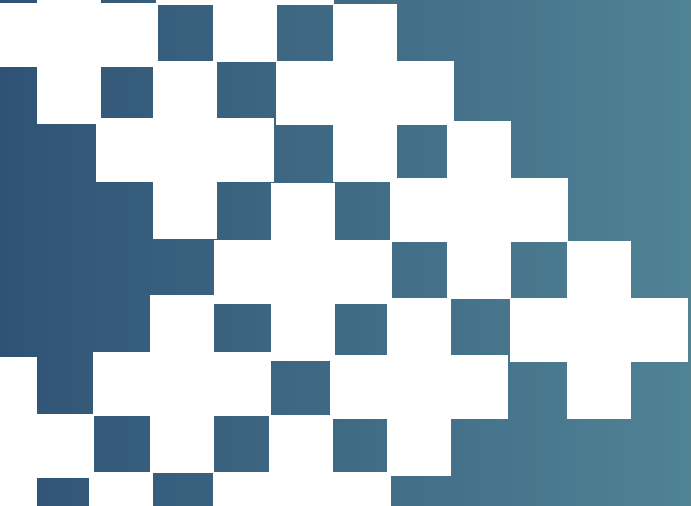
For at lære med hinanden er det nødvendigt at have fælles værdier og mål. For at lære af hinanden skal man udvide sit syn på kompetencer og respektere og anerkende hinanden,



Interprofessionel læring og samarbejde er, når to eller flere faggrupper lærer med, af og om hinanden i et interagerende samarbejde med inddragelse af patienten

og for at lære om hinanden er det nødvendigt at kende hinandens fagkundskab og -terminologi og se verden også gennem andre personers perspektiv. Der er et systematisk fokus på alle fire perspektiver, og det udgør samlet fornyelsen i forhold til det gammelkendte tværfaglige samarbejde.

¹ **Interprofessional education** occurs when two or more professions learn about; from and with each other to enable effective collaboration and improve health out-comes. **Collaborative practice** in health-care occurs when multiple health workers from different professional back-grounds provide comprehensive services by working with patients, their families, carers and communities to deliver the highest quality of care across settings (3).



Hvorfor er det nødvendigt med et ændret fokus?

Det danske sundhedsvæsen står overfor flere udfordringer, som i de kommende år vil kræve ændrede samarbejdsrelationer og ændrede arbejdsgange, hvis patienter og borgere fortsat skal sikres optimal behandling og pleje. Det bliver stadig vigtigere at have dialog med patienter og deres pårørende, hvis patientforløbene skal opleves som velfungerende og sammenhængende. Mange steder har man dannet tværfaglige teams, som behandler patienter med en given sygdom, fx cancer eller nyopdaget diabetes eller, som i casen, en blodprop i hjernen. Igennem sygdomsforløbet vil patienten og de pårørende møde en række sundhedsprofessionelle, både før og efter hospitalsopholdet, som har mange andre opgaver, og som derfor ikke opfatter sig som en del af netop dette team. På hospitalerne vil patienten komme i kontakt med en lang række sundhedsprofessionelle fra fx diagnostiske og tværgående afdelinger, som på tilsvarende måde ikke er en del af teamet. Set fra patientens synspunkt er alle, han eller hun møder på sin vej gennem sygdomsforløbet, medlemmer af teamet, og patienten oplever kun sit forløb som sammenhængende, hvis disse personer bidrager koordineret og konstruktivt til det samlede patientforløb. En sådan sammenhæng kræver, at de sundhedsprofessionelles samarbejde bygger på gensidig viden om hinandens opgaver, kompetencer og arbejdsvilkår, samtidig med at de inddrager patientens ressourcer, viden og ønsker (4).

Hvad betyder det for den enkelte professions rolle og for organisationen?

Igennem et langt uddannelsesforløb og senere som færdiguddannet har de forskellige sundhedsprofessionelle udviklet en praksis, som er kendetegnende for netop deres profession. De har gennemgået en socialiseringsproces, hvor de inkorporerer og handler ud fra professionens værdier, og hvor de lærer den professionelle rolle ved at kombinere viden, færdigheder, holdninger, attituder og værdier. Der udvikles en sædvane og en kultur, som handler om måden, man taler sammen på, hvad man kan tale om - og ikke tale om. Denne udvikling kan føre til, at der dannes vægge omkring professionen eller med andre ord - at der dannes siloer. I

det interprofessionelle arbejde skal disse siloer nedbrydes. Det handler om, at man tør sætte spørgsmålstegn ved sit arbejde, sin egen professionelle udvikling og samarbejdet med sine kolleger, på tværs af professioner. Man må være villig til at diskutere, hvad der er svært, hvad der ikke går så godt, og hvad der bør ændres. Det gælder både for den enkelte sundhedsprofessionelle og i organisationen som sådan (5).

Når man i en organisation beslutter sig for at sætte fokus på interprofessionel læring og samarbejde, vil det udfordre indlejrede vaner og samarbejdsformer. Det vil udfordre de enkelte professioners rolle og hermed kunne udløse konflikter, som udspringer af magt og hierarkiforhold, ligesom det vil afsløre en række myter og antagelser, som de professionelle gør sig om hinanden. Det er vigtigt at forstå, at der er tale om en ny tilgang til samarbejdet, som kræver en kulturændring, hvor der lægges vægt på nysgerrighed og vidensdeling. De involverede aktører i patientforløbet må udarbejde fælles mål for patienten, hvor de hver for sig og sammen er bevidste om deres bidrag til det samlede forløb. Interprofessionel læring og samarbejde er ikke et projekt i sig selv, altså ikke "the flavour of the month". Det handler om at sætte fokus på fagsprog, arbejdsformer, ritualer, hilsemåder, påklædning, historier, indretning og kommunikation. Kulturændringen skal indtænkes i det strategiske og konkrete arbejde med kvalitet, patientsikkerhed, kompetenceudvikling, uddannelse, og arbejdstilrettelæggelse.

En af de vigtigste forudsætninger for at skabe de forandringer, som ligger i tilgangen, er den ledelsesmæssige opbakning. Det er nødvendigt, at lederne går forrest og selv er troværdige rollemodeller for det interprofessionelle samarbejde. Det er vigtigt, at de er villige til at udfordre de eksisterende rammer og arbejdsgange med henblik på at skabe rum til de processer og dialoger, som skaber og sikrer det interprofessionelle samarbejde.

På Glostrup Hospital har interprofessionel læring og samarbejde udviklet sig til en målrettet strategi gennem de sidste 2-3 år. I den forbindelse har studieture til og et tæt samarbejde med

Hvad kan det give på bundlinjen?

- Patienterne rapporterer om større grad af tilfredshed, bedre accept af deres behandlingsplan og forbedret sundhedsudbytte efter behandling af et samarbejdende team.
- Interprofessionel læring og samarbejde forbedrer tilgangen til og koordineringen af sundhedsydelse, bedre brug af kliniske specialitydelser og forbedret sundhedsudbytte for patienter med kroniske lidelser.
- Interprofessionel læring og samarbejde kan nedsætte antallet af komplikationer, indlæggelsestiden, gnidninger og konflikter mellem sundhedsprofessionelle, antallet af indlæggelser og mortalitetsrater.
- Uanset konteksten har indførelsen af en teambaseret tilgang øget den enkelte professions styrker og færdigheder og øget effektiviteten af samarbejdet.
- En af fordelene ved at indføre en tilgang baseret på interprofessionel læring og samarbejde er, at de sundhedsprofessionelle aktører ændrer måden, de interagerer med hinanden på. Kulturen på arbejdspladsen og holdningerne i arbejdsstyrken ændres og forbedrer de ansattes arbejdsvilkår.
- Interprofessionel undervisning bliver generelt vel modtaget blandt deltagerne, som udvikler kommunikationsfærdigheder, kritisk refleksion og lærer at sætte pris på fordele og udfordringer ved at arbejde i teams.
- Effektiv interprofessionel undervisning skaber respekt mellem sundhedsprofessioner, eliminerer stereotype antagelser og fremmer en patient-centreret etisk praksis.

Gittel JH. High performance health care – using the power of relationships, 2009 (2).

WHO, Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Care 2010, p. 18-30 (3). HealthForceOntario, Implementing Interprofessional care in Ontario, 2010 (6).

Centre of Interprofessional Education i Toronto, Canada, været et vigtigt omdrejningspunkt. Artiklens forfattere har gennemgået et certificeret uddannelsesforløb i at lede interprofessionelle processer på University of Toronto, og hospitalet udbyder på denne baggrund i efteråret for 4. gang et 5 dages uddannelsesforløb for facilitatorer med deltagelse fra hospitalet såvel som kommuner, professionshøjskoler og andre hospitaler. De uddannede facilitatorer er ambassadører for det interprofessionelle samarbejde og skal være med til at igangsætte udviklingsaktiviteter og projekter, der understøtter det.

jethov@glo.regionh.dk

jesh@glo.regionh.dk

Vil du vide mere?

Dansk Selskab for Interprofessionel Læring og Samarbejde i Sundhedsvæsenet blev stiftet i marts 2010, og selskabets mål er at sætte fokus på samarbejde og læring imellem sundhedsvæsenets professioner på en måde, der inddrager patienter/brugere/borgere og pårørende.

Læs mere om selskabet og vores kommende aktiviteter på www.ipls.dk.

Referencer

1. Martin HM. Er der styr på mig? Sammenhængende patientforløb fra patientens perspektiv, Dansk Sundhedsinstitut 2010.
2. Gittel JH. High Performance Health Care – Using the Power of Relationships to achieve Quality, Efficiency and Resilience, McGraw Hill, 2009.
3. WHO. Framework for action on Interprofessional Education and Collaborative Care, 2010
4. Jørgensen P, Jeppesen D, Holtzmann J. Syg? Samarbejde på tværs giver bedre resultater. Politiken 19. Marts, 2010.
5. Hall P. Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. Journal of Interprofessional Care; 2005 Suppl 1: 188 – 196.
6. HealthForceOntario, Implementing Interprofessional Care in Ontario, May 2010.

**DET SMAGER IKKE
BEDRE END ANDRE.
OG DET ER SIKKERT
NOGET DYRERE.**

**MEN BECEL PRO.ACTIV
INDEHOLDER PLANTESTEROLER.
PLANTESTEROLER SÆNKER
KOLESTEROLINDHOLDET
I BLODET.**

**Udelukkende
til dig, som vil
sænke dit
kolesteroltal!**



www.becel.dk

Becel pro.activ er udelukkende for personer, der ønsker at sænke kolesterolindholdet i blodet og bør anvendes som led i en sund livsstil med en afbalanceret og varieret kost med frugt og grøntsager. Becel pro.activ er muligvis ikke egnet til gravide, ammende eller børn under 5 år. Personer, der indtager kolesterolsænkende medicin, bør kun bruge produktet under lægeligt tilsyn. Den gavnlige effekt opnås ved et dagligt indtag på 1,5 g - 2,4 g plantesteroler. Dagligt indtag af mere end 3 g giver ingen yderligere effekt, og bør undgås. 30 g (6 teskeer) Becel pro.activ smørbart plantefedtstof indeholder 2,25 g plantesteroler.

Kliniske retningslinjer og udvikling af klinisk ekspertise

Artiklen indledes med en kort beskrivelse af Center for Kliniske Retningslinjer samt en definition af en klinisk retningslinje. Derefter følger en omtale af, hvordan man i praksis arbejder med en klinisk retningslinje, og hvordan udvikling af en klinisk retningslinje er med til at øge personalets kompetencer.

Preben Ulrich Pedersen



Gennem det 20. århundrede er der foregået en eksplosiv udvikling indenfor mulighederne for at kunne observere, diagnosticere, pleje og behandle sygdomme. De sidste 10-15 år er der fra politisk og professionel side kommet et eksplicit krav om, at sundhedsvæsenets ydelser og uddannelser skal baseres på evidens. Det vil sige, veldokumenteret viden erhvervet gennem forskning.

Evidens kan forstås på minimum to niveauer. Det ene er det aggregerede niveau, hvor man beskæftiger sig med, hvilke handlinger og interventioner, der vil gavne grupper af patienter. Det andet niveau er på patientniveauet, hvor det drejer sig om at fremskaffe et grundlag for kliniske beslutninger, der gavner den enkelte patient bedst muligt i den givne situation (1).

Center for Kliniske Retningslinjer

Med etablering af Center for Kliniske retningslinjer – Nationalt Clearinghouse for Sygepleje – fik danske sygeplejersker i 2007 en enestående mulighed for at få kvalitetsbedømt kliniske retningslinjer. Center for Kliniske Retningslinjer er en institution, der samler, organiserer, filtrerer og vurderer viden og information, der er produceret af andre (2). Målet er at fastslå, hvad der kan regnes for

sikker, kvalificeret viden til brug for beslutningstagere, forskere, udviklere og praktikere. Centret lægger sig ikke fast på en snæver opfattelse af, hvad der kvalificeres som evidens, men inddrager alle de metoder, der anvendes indenfor forskning (2).

Initiativet til oprettelse af centret blev taget af Dansk Sygepleje Selskab (dasys) og blev kraftigt støttet af chefsygeplejerskerne på næsten alle hospitaler i Danmark, og alle University Colleges og tre kommuner er nu også medlem af Centret. At initiativet blev taget af dasys udelukker ikke, at andre faggrupper kan deltage i centret, faktisk vil Centret meget gerne samarbejde med andre, da patienterne sjældent har professionsbundne sundhedsproblemer.

Hvad er en klinisk retningslinje

Denne definition blev introduceret i 1990, og siden da er der publiceret en lang række kliniske retningslinjer af varierende kvalitet (3,4). Netop den store variation i eksisterende danske kliniske retningslinjer var hovedårsagen til, at centret blev etableret.

"Systematiske udsagn" refererer til, at den kliniske retningslinje er baseret på evidens. Disse udsagn skal understøtte de kliniske beslutninger, som patienter og sundhedsprofessionelle dagligt træffer.

I klinisk praksis skal man konstant træffe beslutninger. Det kan være små banale afgørelser eller afgørelser, der kan have store eller langtrækkende konsekvenser for den enkelte patient. Derfor er det væsentligt, at der er et godt grundlag at træffe beslutningerne ud fra.

Vidensdeling

Hvert år publiceres et stort antal videnskabelige artikler, som det er nødvendigt at omsætte til praktiske handlinger i klinisk praksis.

**En klinisk retningslinje er:
"Systematiske udsagn, der kan anvendes af fagpersoner og patienter, når de skal træffe beslutning om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer".
(www.kliniskeretningslinjer.dk)**

Kvalitetsindikatorerne giver mulighed for at kunne følge og beskrive på tværs af hospitaler og primærsektor, hvad kliniske diætister yder, og skaber derved dokumentation for relevansen af at have kliniske diætister ansat.



Det er derfor aktuelt at beskæftige sig med, om det er muligt at dele viden inden for sundhedsvæsenet. Det skal forstås således, at har man identificeret et relevant klinisk problem, fundet relevant litteratur, analyseret litteraturen og uddraget konklusioner, ville det være ressourcebesparende, hvis andre ikke skal gennem samme proces, hvis de står med den samme kliniske problemstilling. Det er her, kliniske retningslinjer, der er kvalitetsvurderede, har deres styrke. Alle sundhedsprofessionelle kan stole på, at en klinisk retningslinje, der er offentliggjort i et clearinghouse, har været igennem en kvalitetsbedømmelse, og at anbefalingerne, der gives, er baseret på en syntese af den foreliggende forskning. Derfor kan en klinisk retningslinje udarbejdet på Aarhus Universitetshospital også anvendes på Rigshospitalet eller andre steder. Eksempler på, hvordan kliniske retningslinjer er udformet, og den skabelon, de alle udformes efter, kan ses på centrets hjemmeside www.kliniskeretningslinjer.dk En klinisk retningslinje skal ses som en "pakke af anbefalinger", og derfor er det vigtigt, at man arbejder med hele pakken og ikke kun "plukker" af anbefalingerne.

Kompetenceudvikling

Da kliniske retningslinjer er en sammenskrivning af den forskningsbaserede viden, der forefindes på et område, må man nødvendigvis være i stand til at læse videnskabelige artikler, for at kunne udvikle en klinisk retningslinje.

Udgangspunktet er identifikation af en relevant klinisk problemstilling, der skal lede til, at man søger og vurderer forskningsresultater. Det lyder simpelt, men forudsætter faktisk stor faglig indsigt. Man skal som kliniker kunne analysere en klinisk situation, få den delt op i mindre enheder og sætte disse enheder i relation til relevante begreber og teorier. Derefter søger man litteraturen, og vurderer kvaliteten af den forskning, der fremkommer.

Når dette er gjort, skal forskningsresultaterne omsættes til handling i klinisk praksis. Problemet er ikke stort, hvis man finder fem resultater, der alle peger samme vej. Men sådan er virkeligheden sjældent. Nogle undersøgelser vil vise, at en handling er positiv,

andre, at den måske ikke har nogen effekt eller er direkte skadelig. Spørgsmålet er så, hvordan man fortolker sådanne fund. Det er desværre ikke så simpelt, at hvis tre ud af fem er positive, så vælges handlingen. Der er man nødt til at kende til teori om, hvordan man kan "poole" resultater, sammenskrive og uddrage konklusioner, men man er også nødt til at kunne forholde sig til, om handlingen rent faktisk er gennemførlig i praksis.

Inden for sygeplejen har vi erkendt, at fagets udøvere ikke altid er klædt på til at håndtere denne proces, og derfor har vi i centret udviklet et kursus, der forløber over 8 måneder - en dag om måneden - som fører kursisterne gennem processen. Kurset er et metodekursus og fokuserer ikke på en profession (der har også været en diætist med). Kursusbeskrivelsen findes på centrets hjemmeside. Udover kursusvirksomhed har vi oprettet en hot-line, man kan ringe til hver mandag, hvis man står med problemer i forbindelse med udarbejdelse af en klinisk retningslinje. Alle, der er ansat på en arbejdsplads, der er medlem, kan benytte denne service gratis. Oversigt over arbejdspladser, der er medlemmer, kan også findes på centrets hjemmeside.

Relevans for diætister

Kliniske diætister er også en profession, der træffer beslutninger i tæt kontakt med patienter og som inddrager resultater fra forskning i beslutningsgrundlaget. Kliniske diætister møder derfor også kravet om dokumentation af effekt og relevans af den kliniske diætists arbejde. Udover anbefalinger indeholder en klinisk retningslinje også definitioner, litteratursøgningsstrategi, gennemgang af litteratur og kvalitetsindikatorer. Man får som bruger gennem definitionerne et klart og entydigt sprog om sit fag. Søge-strategien hjælper en til selv at finde relevant litteratur inden for området, og litteraturgennemgangen opdaterer den enkeltes viden. Kvalitetsindikatorerne giver mulighed for at kunne følge og beskrive på tværs af hospitaler og primærsektor, hvad kliniske diætister yder, og skaber derved dokumentation for relevansen af at have kliniske diætister ansat.

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

Modul 5-studerende: Indsigt og nye perspektiver

"Fagidiot", "interprofessionelt", "marginalprofession" og "vertikal organisering" er nogle af de begreber, som blev mere anvendelige i det tværfaglige samarbejde på Gentofte Hospital, efter besøg af studerende på modul 5 fra Sundhedsprofessionshøjskolen Metropol i København.

Sisse Marie Hørup Larsen



Hvad er modul 5?

Baggrunden for de studerendes besøg var det tværprofessionelle modul, som blev udarbejdet efter sammenlægningen af de sundhedsfaglige professionsbacheloruddannelser. Modulet har til formål at skabe en større forståelse for andre studerendes (fremtidige) virkefelter og faglige kompetencer.

Formålet med modulet er formuleret således:

"... at medvirke til at understøtte og optimere kvaliteten af den tværprofessionelle opgaveløsning i sundhedsvæsenet..." (1).

En tværprofessionel opgaveløsning er, når to eller flere professioner lærer med og fra hinanden, for at fremme samarbejde og kvalitet i sundhedsydelsen.

Behovet for at fremme det tværfaglige eller tværprofessionelle samarbejde begrundes med, at man i de sidste mange år har uddannet "fagidioter", det vil sige personer med specialiserede uddannelser, der er gode på et snævert afgrænset felt, men uden forståelse for andre, relaterede felter. Ulempen med denne metode er den nærliggende risiko for tab af evnen til at se og forstå hel-

heden (2). Et fælles modul kan give professionsgrupper en bredere forståelse af det tværfaglige samarbejde og vil bidrage til et bedre samarbejde, som ultimativt er til fordel for patienterne.

I litteraturen anvendes to nøglebegreber om det tværprofessionelle samarbejde: Dels det interprofessionelle og dels det intraprofessionelle. Det interprofessionelle samarbejde kendetegnes ved, at repræsentanter fra forskellige professioner samarbejder, mens det intraprofessionelle samarbejde forekommer, når der foregår tværfagligt samarbejde inden for professionerne, hvor der deles op i undergrupper ud fra specialisering.

Praktikvært for studerende på modul 5

På Gentofte Hospital findes en arbejdsgruppe for de sundhedsfaglige professionsuddannelser. Ved et fællesmøde blev vi gjort bekendt med formålet for det nye modul 5, samt vigtigheden af, at alle professionsbacheloruddannelserne deltog, herunder professionsbachelorstuderende inden for ernæring og sundhed. Det vil sige, at de kommende professionsbachelorer i klinisk diætetik også ville deltage. Det var derfor oplagt, at Klinisk Ernæringsenhed på Gentofte Hospital deltog på lige fod med de andre praktikværter.

Jeg kontaktede derfor vores uddannelsesansvarlige på hospitalet og fortalte om vores daglige tilgang til det tværfaglige arbejde. Der var enighed om, at Klinisk Ernæringsenhed var relevant som praktikvært. Samtidig skulle professionshøjskolen Metropol til at afprøve en ny vinkel på modul 5, som inkluderede en tværfaglig, sundhedsinnovativ tankegang, og det var oplagt at deltage i dette samarbejde.

Et fælles modul kan give professionsgrupper en bredere forståelse af det tværfaglige arbejde, og vil bidrage til et bedre samarbejde, som ultimativt er til fordel for patienterne.

Forskellen mellem det "normale" modul 5 forløb og det sundhedsinnovative forløb er, at der i samarbejde med Metropol udarbejdes et oplæg med en mulig problemformulering til de studerende på forhånd. I det normale forløb skal de studerende derimod selv vælge - og belyse en relevant problemstilling/aspekt omkring det tværfaglige samarbejde.

Introduktion til praktikforløbet

I samarbejde med Metropol blev der udarbejdet en problemformulering med overskriften "*Hvordan kan den underernærede patient finde den "gode" vej til klinisk diætist*". Den innovative del af projektet bestod i at vurdere, hvordan man ved brug af teknologi kan facilitere formidling af ernæringscreening til Ernæringsenheden, og om dette ville kunne motivere afdelingerne til at henvise underernærede patienter til Ernæringsenheden, samt rapportering af, hvad underernærede patienter spiser under indlæggelsen.

Indledende bliver alle værtsteder tilbudt at deltage i en introduktion, hvor det klarlægges hvilke forpligtelser, man har som værtsted. Kort fortalt har man ansvaret for at introducere de studerende til værtstedet og beskrive relevante, sundhedsfaglige problemstillinger og aspekter i forbindelse med det tværfaglige arbejde. Yderligere skal det gøres muligt for de studerende at indsamle relevante data, og man skal være behjælpelig med at formidle kontakter til andre samarbejdspartnere. Der skal laves aftaler med gruppen om indsamling af empiri, herunder tidspunkter, kontakter, godkendelse og evt. særlige forhold. De studerende kommer fast en dag om ugen (max. 10 gange).

Under praktikforløbet kan relevansen og det endelige resultat virke uklart både for de studerende og for praktikstedet. Det er derfor vigtigt at få en konkret tilbagemelding fra de studerende på de fund, de har gjort sig. Der lægges fra Metropols side vægt på, at de studerende skal formidle deres fund til praktikstedet mundtligt, og det er derfor en del af aftalen.

I introduktionen til modulet og ved den efterfølgende evaluering bliver det fremhævet, at man som praktikvært kan føle sig kritise-

ret på sin nuværende anvendelse af det tværfaglige samarbejde. Det er derfor vigtigt at forholde sig åben over for konstruktiv kritik. På baggrund af tidligere episoder er der lagt op til de studerende, at de ikke behøver at finde en problemstilling, men også kan belyse, hvorfor noget allerede fungerer godt.

Det konkrete forløb

De studerende kontaktede selv Klinisk Ernæringsenhed for at aftale mødetider og andet praktisk relevant. Gruppen var sammensat af to sygeplejestuderende, to ergoterapeutstuderende og to ernæring – og sundhedsstuderende. Grupperne vil næsten altid sammensættes efter, at der er mindst to i gruppen, som har uddannelsesmæssig relation til praktikværtten.

De studerende kom fast en hverdag om ugen (ialt ca. 7 gange), hvor de bl.a. fulgtes med en diætist. På afdelingerne interviewede de ernæringsansvarlige sosu-assistenten og sygeplejersker. Der blev løbende lavet aftaler om, hvad deres behov var, for at få yderligere oplysninger til deres endelige opgave. Det er vigtigt at pointere, at det ikke er meningen, at de studerende skal have patientkontakt.

De studerende valgte selv - med udgangspunkt i en tværfaglig vurdering - at belyse, hvorfor de patienter, som allerede ved indlæggelsen er underernærede, eller i fare for at blive det, ikke altid bliver identificerede ved indlæggelsen og som følge heraf ikke altid får dækket deres næringsbehov.

Det primære fokus var således det tværfaglige samarbejde omkring ernæringscreeningsskemaerne, herunder kommunikation og de kliniske diætisters placering i det sundhedsfaglige hierarki.

Som tidligere nævnt baserede de studerende deres empiri fra observationer fra værtstedet og på interviews med kliniske diætister og ernæringsansvarlige på forskellige afdelinger.



De studerendes observationer

De studerende fandt to problemstillinger med relevans for det tværfaglige samarbejde. Det ene problem blev defineret som "vertikal organisering"- det vil sige, når nogle personer er højere i hierarkiet end andre. Det andet problem var relateret til fag- og professionsgrænser, hvor professioner opbygger deres egen kundskabsorganisering og uafhængighed i forhold til andre professioner.

De studerende beskriver, hvordan ernæringscreening nævnes som fokusområder hos bl. a. regeringen og i Region Hovedstadens fokus på patientrettet forebyggelse, Hospitalsplan og Sundhedspolitisk hensigtserklæring (3). Dette fokus skal formidles til den Regionale Ernæringskomité, som har det overordnede ansvar for implementering og udarbejdelse af redskaber hertil. De studerende skriver hertil:

"Man kan diskutere, hvor realistisk målene fra vedtagelsen er, i forhold til det plejepersonale, der skal foretage screeningen. Hvis der ikke er afsat ekstra ressourcer, kan man så forvente at opnå det ønskede mål?"

Yderligere har de studerende observeret den klare hierarkiske opbygning mellem faggrupperne i hospitalssystemet. De nyere, marginale professioner har svært ved at finde deres plads i det allerede eksisterende hierarki. De studerende skriver, at det derfor er vigtigt med justeringer i hierarkiet for at få en optimal udnyttelse af kompetencer. Særligt om diætisterne skriver de studerende:

"Samtidig spekulerer vi på, om diætisterne har dannet deres eget hierarki, da Ernæringsenheden rent fysisk ligger isoleret fra de øvrige afdelinger. Placeringen gør diætisterne mindre synlige i den tværfaglige sammenhæng, og dette kan have konsekvenser for, hvor ofte samt hvordan deres profession udnyttes".

"Det kan tænkes, at sygeplejerskerne og diætisterne har modstridende mål, da sygeplejerskerne nedprioriterer ernæringscreening, mens diætisterne er afhængige af, at de offentlige mål følges".

De studerende efterlyser også en ansvarsfordeling, hvor det tydeliggøres, hvis ansvar det er at ernæringscreening, da deres interviews viste, at der blandt sygeplejerskerne herskede tvivl om, hvor ansvaret var placeret.

De studerende afslutter deres opgave med at understrege, hvor vigtig god kommunikation er i det tværfaglige arbejde. Den sundhedsinnovative del af opgaven bestod primært i et forslag om, at alt plejepersonale skal have en håndholdt computer, hvor de kan udføre primærscreening. Computeren skal sende en besked til Ernæringsenheden, når der er en patient med behov for opfølgning. Samtidig foreslog de studerende, at diætisterne skal have ansvar for sekundærscreening for at undgå fejl i den forbindelse.

En anbefaling

Det har været spændende at få sat en ny vinkel på det tværfaglige samarbejde.

For Ernæringsenheden på Gentofte Hospital har det været interessant at få belyst andre problemstillinger af det tværfaglige arbejde omkring ernæringscreening og samtidig få sat teoretiske begreber på selve processen og de problemer, der kan være. Det har givet et nyt perspektiv til at arbejde videre med, hvordan vi kan skabe mere synlighed og forståelse for betydningen af ernæringscreening i det tværfaglige arbejde.

Det kan på alle måder anbefales at blive værtssted for modul 5 studerende.

slar0158@geh.regionh.dk

Referencer

1. Modul 5: Tværprofessionel virksomhed. Modulbeskrivelse. Professionshøjskolen Metropol. 28. juni 2011.
2. Tværfagligt Samarbejde. Perspektiv og strategi. Kirsti Lauvås og Per Lauvår. 2. udgave, 2006.
3. http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/6FCD2B17-0A68-4BEB-AAA0-3CD519AC055C/O/Hospitals_og_psykiatriplan_2020_endelig_version.pdf

Hvem følger op, når din patient er blevet udskrevet?

Hos Simonsen & Weel sikrer vores kliniske diætister den optimale opfølgning, når din patient udskrives med sondeernæring eller ernæringsdrikke:

- Vi tilbyder gratis undervisning og vejledning
- Vi afhjælper komplikationer som diaré, obstipation og kvalme
- Vi tilbyder fast levering hver måned samt betalingservice
- Vi giver mulighed for returnering af varer i op til to måneder
- Vi har en hotline udenfor normal åbningstid



Er du interesseret i at høre mere eller ønsker du materiale, er du velkommen til at kontakte vores diætister:

REGION SJÆLLAND
Ditte Møller Nielsen
Mobil: 21 71 00 58
E-mail: dmn@sw.dk

REGION HOVEDSTADEN
Ditte Møller Nielsen
Mobil: 21 71 00 74
E-mail: cli@sw.dk

REGION NORD- OG MIDTJYLLAND
Pia Overgaard Bjørn
Mobil: 21 71 00 83
E-mail: pib@sw.dk

REGION SYDDANMARK
Heidi Kristiansen
Mobil: 21 71 00 98
E-mail: hek@sw.dk

Simonsen & Weel®

Tel. 4655 7540 · Fax 7025 5620
sw@sw.dk · www.sw.dk

Samarbejde på tværs i Skanderborg kommune

Når en borger med kronisk sygdom skal støttes i at nå sine mål, er brugen af teams vigtig, idet ernæringen kun er én brik i det store puslespil. Ved at samarbejde med andre professioner lærer man med, af og om hinanden med det fokus at skabe et sammenhængende borgerforløb. Det er ligeledes en afgørende forudsætning, at man har et fælles værdigrundlag og synlige mål for det fælles arbejde. Det unikke ved samarbejdet er, at alle professioner har en vigtig og uundværlig monofaglig viden og erfaring, som er afgørende for kvalitetssikringen i arbejdet.

Birgitte Røge Brandstrup



Borgeren og teamet

Et vigtigt element i vores arbejde er, at borgeren og pårørende betragtes som vores samarbejdspartnere og som en del af teamet, idet et samarbejde bygger på fælles værdier, visioner og mål og således også inddragelse af borgerens ressourcer og viden.

Vigtigheden af dette blev tydeliggjort, da en borger beskrev, hvordan hun under sit sygdomsforløb havde haft en oplevelse af at blive reduceret til "patient" fra at have været en person med værdier, følelser og medbestemmelse. Essensen er, at hun ikke én gang i sit sygdomsforløb havde følt sig hørt, men i stedet dikteret. Det var først, da hun mødte en sundhedsprofessionel, der helt konkret havde sat sig ned, kigget hende i øjnene og spurgt, hvordan hun havde det og lyttede til svaret, at hun kom videre. I det lange sygdomsforløb havde alle samtaler båret præg af ulige møder med forskellige sundhedsprofessionelle, som hverken spurgte ind til, hvordan hun havde det og lyttede til svaret, eller kiggede hende i øjnene under samtalen. Det understreger vigtigheden i at skabe tid til, at den enkelte borger bliver hørt og taget med i både tilrettelæggelse af undervisning og naturligvis i eget udviklingsforløb.

Helt konkret forsøger teamet i Skanderborg Kommune at tilgodese dette ved at holde en afklarende samtale forud for kursusstart, hvor der er afsat halvanden time til den enkelte. Herved skabes der rum og tid til at høre borgerens historie, undersøge bevæg-

grunde for at deltage og nysgerrigt arbejde med borgerens ønsker og mål for fremtiden. I samtalen bliver borgeren også vejet, målt og udfylder spørgeskema, som er udarbejdet specielt til projektet, i samarbejde med Center for Kvalitetsudvikling. Alle i teamet afholder de afklarende samtaler, hvor den første altafgørende kontakt skabes. Den enkelte borger har således en fast kontaktperson under hele forløbet, som varetager alle fire samtaler (indledende/afklarende, afsluttende efter 3 måneder, opfølgning efter 5 og 12 måneder).

"Som diætist i et team, hvor grundstammen er sundhedsfremme, er fokus et andet, end når man arbejder med én diagnose. Jeg er ansat som Sundhedsfremmemedarbejder/diætist og ikke omvendt, fordi fokus først og fremmest er sundhedsfremme".

Udover de bevidste valg, vi i teamet har taget omkring opbygning af forløb, værdier, visioner mv. i forhold til at skabe sammenhæng, så har alle medarbejdere været på en uddannelse i Sundhedspædagogik (1). Her er sundhedsprofessionelle fra praksis, sygehuse og kommune på fælles skolebænk og har mulighed for at lære hinanden at kende og arbejde ud fra samme tankegang. Målet er at sætte borgeren i centrum igennem samarbejdet, således, at han/hun oplever sit forløb som sammenhængende. Det sker kun, hvis de sundhedsprofessionelles samarbejde bygger på gensidig viden om hinandens opgaver, kompetencer og arbejdsvilkår, samtidig med, at de inddrager borgerens ressourcer, viden og ønsker. Det skal være med til at skabe en større helhedsfølelse for borgeren, så han/hun ikke får en oplevelse af at være et nummer i rækken eller være reduceret til patient.

Det er afgørende, at både det lille team i det enkelte sundhedscenter og hele det store team i kommunen ved, hvem hinanden er, og hvad de enkelte laver. Særlig godt virker det på borgerne, når man kan henvise til en bestemt person ved navn i en af de andre sektorer. Så ved de, at vi arbejder sammen og er en helhed.



Samarbejde, individuelle samtaler og undervisning

Teamet i Skanderborg består af en sygeplejerske, en fysioterapeut og en klinisk diætist, som varetager rehabilitering af borgere med kronisk sygdom på tværs af diagnoser; diabetes type 2, KOL og hjertekarsygdom. Henvisningerne kommer fra egen læge og fra Regionshospitalet Horsens. Borgerens forløb strækker sig over ét år, og det intensive kursusforløb varer 12 uger og er en kombination af undervisning, træning og tests til start, slut og ved opfølgning. Borgerne mødes to gange om ugen i de første seks uger, og herefter mødes de én gang om ugen i de sidste seks uger. Tanken med strukturen er, at borgerne igennem forløbet gradvist skal blive selvkværende i forhold til at arbejde med mål og træning.

Efter den afklarende samtale deltager borgerne i diagnosespecifikke moduler, hvor sygeplejersken og diætisten er sammen om det sygdomsspecifikke og det diætetiske. Herefter er borgerne sammen med fysioterapeuten i træningssalen, hvor fokus er lagt på træning i forhold til den specifikke diagnose.

”Det essentielle er, at professionerne interagerer med hinanden frem for at arbejde parallelt ved siden af hinanden. Dette opnås ved, at vi jævnligt er med til hinandens undervisning og samtaler, så vi ved, hvad der bliver sagt og hermed er opdateret på hinandens fagområder!”

Særligt for kursusforløbet er arbejdet med handleplaner (2), som er et gennemgående element. Handleplanerne er med til at ruste borgerne til aktivt at arbejde med egne vaner og evaluere de opsatte mål og udførte handlinger. Igennem det strukturerede arbejde oplever de at kunne opnå det, de sætter sig for, hvilket er med til at øge troen på, at de kan lykkes i deres ændrede adfærd (3, 4, 5). Kursusforløbet er opbygget, så sygeplejersken har de sygeplejefaglige emner, fysioterapeuten træningen, og diætisten alt vedr. maden. Selv om alle har deres monofaglige fokusområder, ved alle, hvad hinanden siger, så borgerne oplever, at vi er ét team med samme indstilling, samme tilgang og - i hovedtræk - de samme svar. Det essentielle er, at professionerne interagerer med hinanden frem for at arbejde parallelt ved siden af hinanden. Dette opnås ved, at vi jævnligt er med til hinandens undervisning og samtaler, så vi ved, hvad der bliver sagt og hermed er opdateret på hinandens fagområder! Vi sidder på samme kontor, hvilket giver en kort kommandovej, og det er nemt at få svar på spørgsmål eller sparring vedr. en borger. En anden fordel ved det tætte samarbejde er bl.a., at man har mulighed for at få en viden, som man ellers er afskåret fra, når man arbejder monofagligt, idet borgernes småsnak om deres oplevelser på et modul bæres med videre til de

andre moduler.

Herved er det muligt at evaluere undervejs og fange de positive og mindre positive oplevelser, og arbejde med dem i forløbet. I dagligdagen bruges registrerings- og kommunikationssystemet, Caseflow/Avaleo, til at sende henvisninger og statusrapporter imellem sektorerne. Henvisningerne modtages i medcom, og efter endt kursusforløb sendes status tilbage til egen læge eller henvisende afdeling. Læger og sygehus ved således, hvad der er arbejdet med under rehabiliteringsforløbet, og hvad borgerens fremtidige mål er.

Endvidere samarbejder teamet og henvisende parter om at afklare spørgsmål, fx i forhold til medicin, blodprøvesvar mv., hvilket styrker samarbejdet og øger borgerens oplevelse af sammenhæng. Efter endt kursusforløb har borgerne mulighed for at komme til opfølgning (Hold da Fast) hver måned, hvor det skiftevis er de tre medarbejdere, der står for opfølgningen. Tanken er, at borgerne skal have mulighed for at fortsætte og fastholde livsstilsændringer, samt at mødes med de andre. De har også mulighed for at komme i træningssalen en gang om ugen. Tiden vil vise, om tiltagene bidrager til en større grad af fastholdelse på sigt.

Sundhedsfremmemedarbejder og diætist

Som diætist i et team, hvor grundstammen er sundhedsfremme, er fokus et andet, end når man arbejder med én diagnose. Jeg er ansat som Sundhedsfremmemedarbejder/diætist og ikke omvendt, fordi fokus først og fremmest er sundhedsfremme. Vi arbejder med, at borgerne skal bevæges både helt konkret og i overført betydning. De skal mærke deres krop, arbejde med egne ressourcer, værdier og problemstillinger. De skal opleve at være handlekompetente og lære at tro på egne evner. Helt konkret udmønter det sig i, at modulerne vedr. mad er meget praksisorienterede. Der er i alt seks moduler, hvor vi i de tre første snakker om, undersøger og ser på forskellige emner om mad, der tager udgangspunkt i deltagerens ønsker og behov. Dernæst er vi i det lokale supermarked, hvor vi læser varedeklarationer, og de sidste to gange laver vi mad. Det særlige er, at vi i teamet udover at følge borgerne over et helt år, også har dem intensivt i 12 uger. Vi har altså en helt unik mulighed for at se flere nuancer af borgerens hverdagsliv og herved støtte dem i de ønskede ændringer på det tidspunkt og i det omfang, de ønsker det. Udover arbejdet med mad i undervisningen, har alle borgere også mulighed for at få individuelle samtaler med diætisten, hvor vi sætter fokus på deres hverdag, ønsker og problemstillinger.

birgittebrandstrup@hotmail.com

Referencer

1. (<http://www.regionmidtjylland.dk/sundhed/kronisk+sygdom/patientuddannelse/sundhedsp%C3%A6dagogisk+uddannelse>, august 2011)
2. Lorig K, Holman H, Sobel D, Laurent D, Minor M. Lær at leve med kronisk sygdom. 3. udgave. København: Komiteen for Sundhedsoplysning, 2009.
3. Wistoft K. Sundhedspædagogik - viden og værdier. København: Hans Reitzels Forlag, 2009.
4. Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Motivationssamtalen i Sundhedssektoren. København: Hans Reitzels Forlag, 2009.
5. Prescott P, Børtveit T. Sundhed og ændring af adfærd. Danmark: Psykologisk forlag, 2005.

Diætisten set med andre sundhedsprofessionelle briller

Sundhedsfremmemedarbejder og fysioterapeut i Sundheds- og Rehabiliteringsteamet, Solvejg Brusgaards oplevelse af arbejdet i et team:

Det at samarbejde i et tværfagligt team med en diætist betyder, at mit kerneområde, fysisk aktivitet, kædes naturligt sammen med mad og måltider som ligeværdige aspekter af borgerens liv. Faglig vejledning på disse områder kan give borgeren større udbytte af ændringer på begge felter. Det tætte samarbejde i teamet hjælper borgeren til at kæde tingene sammen. Et monofagligt arbejdsmiljø kan nemt medføre, at fokus kun rettes mod de ting i borgerens hverdag, som den aktuelle faggruppe kan hjælpe med, både fordi det er det, faggruppen kan, men også pga. borgerens forventninger. I det tværfaglige samarbejde oplever jeg derimod, at både borgeren og jeg selv er mere åbne overfor problemstillinger i borgerens hverdag, som ikke er relateret til mit fag.

Respekt for kompleksiteten i borgernes hverdag og faglige kompetencer, der understøtter dette, højner kvaliteten i det tilbud, borgeren får. At være en del af et bedre tilbud på baggrund af tværfaglig ekspertise giver større arbejdsglæde.

Tove Tranæs Voss, Specialkonsulent i Sundhedsfremmeenheden i Skanderborg Kommune, kommenterer i det følgende, hvorfor Skanderborg kommune har valgt, at det er en klinisk diætist, der blev ansat som en del af teamet:

Kronikerindsatsen ifølge forløbsprogrammerne for T2DM, IHD og KOL i Skanderborg Kommune omhandler dels fysisk træning og dels patientundervisning i psykosociale emner; opfølgning på den patofysiologiske undervisning på hospital/hos egen læge, samt praktisk og teoretisk undervisning vedrørende sund hverdagsmad, afpasset de tre diagnoser. Indsatsen varetages af et tværfagligt Sundheds- og Rehabiliteringsteam, bestående af fysioterapeut, sygeplejerske og klinisk diætist.

Det var naturligt at ansætte en klinisk diætist som den kostfaglige medarbejder i teamet. For det første, fordi indsatsen er rettet mod en gruppe mennesker med kronisk sygdom og ofte comorbiditet, hvilket indebærer en høj faglig kompleksitet i undervisnings- og vejledningsopgaverne. For det andet, for at de tre professioner i teamet matcher hinandens faglige niveauer i det ligeværdige tværfaglige samarbejde.

Den overordnede målsætning for den kommunale rehabiliteringsindsats er at styrke de deltagende borgers handlingskompetence til at træffe sunde og hensigtsmæssige valg i hverdagslivet med kronisk sygdom. Kerneopgaven for teamet er dermed – via aktiv medinddragelse i forløbet – at gøre højt specialiseret sundhedsprofessionel viden efterspurgt, tilgængelig og anvendelig for borgeren med kronisk sygdom. Denne opgave er diætisten som udgangspunkt i høj grad klædt på til med sit brede og solide faglige fundament. Derudover har hun – sammen med hele teamet – modtaget dels diagnosespecifik kompetenceudvikling dels sundhedspædagogisk kompetenceudvikling.

Rehabiliteringsforløb i Viborg kommune – hvordan arbejder vi med udfordringerne omkring det tværsektorielle samarbejde?

Rehabiliteringsforløb er en tværfaglig proces, som kræver sammenhæng og koordination mellem flere sektorer og faggrupper. Det indebærer, at alle faggrupper og sektorer er involveret i at sammensætte det rette rehabiliteringstilbud til den enkelte borger. Samarbejde er derfor centralt indenfor rehabilitering, hvor flere faggrupper og sektorer ofte vil have ansvar for at identificere, visitere og følge op på hver sin del af borgerens behov.

Forløbsprogrammet sigter på at opnå en høj kvalitet af indsatsen, hvor den koordinerede indsats bl.a. skal sikre en hensigtsmæssig ressourceudnyttelse. Der lægges vægt på en systematisk proaktiv indsats, der forebygger progression af sygdom, akutte episoder og komplikationer, med løbende monitorering af kvaliteten af forløbet.

Desuden har Viborg Kommune besluttet, at kræft- og osteoporose-rehabilitering er indsatser, der også skal integreres i den patientrettede forebyggelse.

Baggrund for rehabiliteringsteamets etablering

Med strukturreformen i 2007 har kommunerne fået ansvaret for den borgerrettede sundhedsfremme og forebyggelse og skal samarbejde med regionen om den patientrettede forebyggelse. På den baggrund og med afsæt i den nye sundhedslovgivning,

Sundhedsloven §119, etablerede Viborg Kommune pr. 1. januar 2010 rehabiliteringsteamet. Teamet består af en sygeplejerske, en fysioterapeut og en klinisk diætist, hvis opgave er at varetage og implementere den patientrettede forebyggelse overfor borgere med kronisk sygdom.

Den patientrettede forebyggelse tager afsæt i udarbejdede forløbsprogrammer, som på nuværende tidspunkt er udarbejdet indenfor KOL, diabetes type 2 og hjertekarsygdom (blodprop i hjertet og svær hjertekrampe) (1). Flere forløbsprogrammer er under udarbejdelse indenfor andre diagnosegrupper.

Hvorfor tværsektorielt samarbejde?

Borgere med kronisk sygdom har forskellige behov for sundhedsfaglig indsats, afhængig af faktorer som fx sygdommens intensitet og kompleksitet, evne til egenomsorg, optræden af andre sygdomme mv. Det er nødvendigt med sundhedsfaglige tilbud, som tilpasses forskellige grupper af borgere med forskellige behov, dvs. en graderet indsats.

De fleste borgere med kroniske sygdomme er i hverdagen ofte i stand til selv at tage vare på deres behandling og følge en plan for medicinindtagelse og forebyggende tiltag i relation til eksempelvis kost, fysisk aktivitet, rygning m.m. Deres evne til at agere hensigtsmæssigt på alle disse forhold er udtryk for evnen til at yde egenomsorg, og det er afgørende for sygdommens forløb og konsekvenser.

Værktøjer og støtte til borgerne kræver, at sundhedsvæsenet er i et aktivt samspil med den enkelte borger og samarbejder på tværs af sektorer.

Line Dongsgaard



Her er nogle af Rehabiliteringsteamet Viborg Kommunes samarbejdspartnere.

PRIMÆRSEKTOR

- Forløbskoordinator for Regionshospitalet Viborg og Viborg kommune
- Viborg kommunes forebyggelseskonsulenter
- De forebyggende medarbejdere
- Motionsvenner
- Aktiv hverdagsliv
- Andre sundhedscentre, herunder bl.a. Skive Sundhedscenter og Silkeborg Sundhedscenter.
- Sundhed og Omsorg, herunder bl.a. Akutteamet, midlertidige pladser, Sygeplejergruppen, hjemmeplejen og Madservice Viborg.
- Træningsenheden – Viborg kommune

SEKUNDÆR SEKTOR

- Hospitaler, herunder Regionshospitalet Viborg
- Fysioterapien-Regionshospitalet Viborg.
- Privatpraktiserende fysioterapeuter
- Region Midtjylland

ALMEN PRAKSIS

- Praktiserende læger
- Praksiskonsulenter
- Praksissygeplejersker

FRIVILLIGE ORGANISATIONER

- Kræftens Bekæmpelse
- Diabetesforeningen
- Hjerteforeningen
- Osteoporoseforeningen
- Gigtforeningen
- Danmarks Lungeforening/
- Viborg Idrætsråd
- Lokale Idrætsforeninger

Rehabiliteringsteamet Viborg – hvordan sikrer vi os et godt tværsektorielt samarbejde?

Med udgangspunkt i forløbsprogrammernes beskrivelse af kommuners arbejds- og ansvarsområder har Rehabiliteringsteamet lige siden opstart haft fokus på etablering og udvikling af et godt samarbejde med almen praksis, hospitalet, patientforeninger og andre relevante samarbejdspartnere.

Rehabiliteringsteamet har deltaget i undervisningen på Regionshospitalets patientskoler, herunder diabetes-, osteoporose- og hjerteskolet. Dette ikke mindst for at få en indsigt i, hvad der bliver præsenteret for patienterne her, men også for at sikre, at tilbudet i kommunen ligger som en naturlig forlængelse heraf. Vi har hver vores kompetencer og arbejdsopgaver, hvor hospitalet repræsenterer specialistaniveauet, og kommunen generalistaniveauet. Der foreligger derudover en mundtlig aftale om, at vi i Rehabiliteringsteamet præsenterer vores tilbud på hospitalets diabetes- og osteoporoseskole.

I forhold til osteoporoseskolen lægges der på nuværende tidspunkt op til et endnu tættere samarbejde, således at tilbudet i kommunen bliver en endnu mere naturlig forlængelse af forløbet på hospitalet. Dette er ikke mindst afstedkommet af positive tilbagemeldinger fra borgere, der har deltaget i vores rehabiliteringsforløb.

I forhold til hjerterehabiliteringen arbejdes der på, at vi skal deltage i projektet "shared care rehabilitering efter akut koronar syndrom", hvilket forhåbentligt vil bidrage til et endnu mere udbygget og tæt samarbejde med Regionshospitalet Viborg.

I forbindelse med opstart af vores tilbud har vi været inviteret til et informationsmøde på Regionshospitalet Viborg, hvor vi har orienteret omkring vores tilbud, og om hvilke arbejdsopgaver, vi er ansat til at løfte.

Under beskrivelse og udarbejdelse af vores rehabiliteringsforløb har vi inviteret forskellige samarbejdspartnere med i processen. Bl.a. i forbindelse med etableringen af et rehabiliteringsforløb for kræftfrakte, hvor vi har haft og stadig har et meget konstruktivt samarbejde med Kræftens Bekæmpelse, frivillige under regi af Kræftens Bekæmpelse samt hospitalet.

I vores rehabiliteringsforløb gør vi desuden brug af både interne og eksterne samarbejdspartnere til undervisning og træning af holdforløbene. Således er der etableret en samarbejdsaftale med træningsenheden i kommunen med hensyn til brug af ekstra fysioterapeuttimer. I undervisningen gør vi desuden brug af fagprofessionelle fra hospitalet og fra Kræftens Bekæmpelses rådgivning. Vi har også indgået en samarbejdsaftale med Diabetesforeningen vedr. deres motivationsgrupper, hvor rehabili-

teringsteamet bidrager med undervisning samt råd og vejledning. Ligeledes er der etableret et lokale i Viborg midtby til brug for patientforeninger til møder og lign.

I forhold til samarbejdet med de praktiserende læger, er dette en kontinuerlig proces og udfordring. Vi har et samarbejde med Viborg kommunes praksiskonsulenter, og via disse udsendes der bl.a. nyhedsbreve og andet materiale. Vi har derudover deltaget i Kronikerkompasset (2), hvor vi har fået lejlighed til at præsentere vores tilbud for de praktiserende læger.

Med udgangspunkt i forløbsprogrammerne er der etableret en tværsektoriel implementeringsgruppe med repræsentanter fra hospital, kommune og almen praksis. Gennem denne gruppe er der forsøgt etableret informationsmøder for de praktiserende læger vedrørende forløbsprogrammerne. Desværre har der ikke været tilfredsstillende tilslutning til, at disse har kunnet afholdes. Der arbejdes derfor på at invitere alle praksissygeplejersker til et fyraftensmøde, for på denne måde at styrke samarbejdet med almen praksis. I den tværfaglige implementeringsgruppe er der desuden blevet udarbejdet nogle "pixiudgaver" af forløbsprogrammerne til de praktiserende læger, for på denne måde at lette implementeringen.

Det er efter vores opfattelse vigtigt, at vi indenfor de forskellige sektorer får sat ansigt på hinanden. Vi har desuden fundet det

vigtigt at få etableret kontaktpersoner hos vores forskellige samarbejdspartnere, der har et mere indgående kendskab til vores tilbud og de opgaver, som vi hver især løfter i de forskellige sektorer. Vi oplever, at disse gode relationer på tværs af sektorer er med til at få nedbrudt nogle fordomme og skabe en større åbenhed, og dermed en større respekt omkring hinandens faglige kompetencer. Vi stoler måske mere på nu, at vi hver især er kompetente til at løse de opgaver, som ligger i de forskellige sektorer.

En anden vigtig brik, hvor der helt sikkert er plads til forbedringer i forhold til at sikre samarbejdet på tværs af sektorer, er IT-kommunikationen. Det er vigtigt, at henvisninger og anden information kan komme let og ubesværet frem.

Alt i alt kan vi i Rehabiliteringsteamet sige, at tværsektoriel koordinering og samarbejde er en kontinuerlig udfordring, som vi hele tiden arbejder på at gøre bedre. Det kræver engagement, konstant opmærksomhed og vilje.

lido@viborg.dk

Referencer

1. <http://www.rm.dk/sundhed/kronisk+sygdom/forl%C3%b8bsprogrammer/forl%C3%b8bsprogram+for+hjertekarsygdom?> (27. sep. 2011).
2. <https://www.sundhed.dk/Artikel.aspx?id=71075.596> (27. sep. 2011).

Vi informerer dig om sukker, kost og sundhed. Helt gratis!



Som abonnent får du både tidsskriftet Perspektiv og et e-nyhedsbrevet tre gange om året. Perspektiv er et tidsskrift om kost og ernæring. Formålet med Perspektiv er at fremme sunde madvaner og formidle relevant viden om sukkers rolle i kosten. Artiklerne er skrevet af anerkendte forskere og fagfolk.

Tilmeld dig på www.perspektiv.nu



Når du sender din patient trygt hjem...

... fortsætter Mediq Danmark's diætister dit arbejde.



Du skal bare faxe den grønne ordination til os.

Vi har alt inden for sondeernæring, tilbehør og ernæringsdrikke

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

Tlf. 3637 9130 - Fax 3672 8322 - E-mail: ernaering@mediqdanmark.dk

Få styr på kostsammensætningen til hjertesvigt-patienter med Hjerteforeningens rapport "Mad til patienter med hjertesvigt"

Mere end 60.000 danskere har diagnosen hjertesvigt. De lever med en kronisk sygdom, hvor hjertet ikke er i stand til at pumpe blod nok rundt i kroppen. Mange af disse patienter oplever under- eller fejlnæring, som giver en væsentlig forværring af prognosen. Det kan diætister nu hente viden om og få konkrete anbefalinger til i Hjerteforeningens rapport: "Mad til patienter med hjertesvigt". Selvom kost og kostomlægning indgår i behandlingen af hjertesvigt, er der få undersøgelser om mad til patienter med hjertesvigt, idet kronisk hjertesvigt er et nyt sygdomsområde. Den viden og dokumentation, der er på området, har Ulla Toft, cand. scient. i human ernæring fra Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed i Glostrup, gennemgået for Hjerteforeningen.

Rapporten giver først et indblik i, hvilke fysiologiske mekanismer, der påvirkes af sygdommen og som har en central betydning for kostanbefalingerne til hjertesvigtpatienter, herunder:

- Ændringer i metabolismen
- Nedsat optagelse af næringsstoffer
- Utilstrækkeligt kostindtag
- Inflammation og oxidativ stress
- Øget udskillelse af mikronæringsstoffer
- Insulinresistens

Dernæst gennemgås de overordnede kostanbefalinger, som i høj grad afhænger af sværhedsgraden af sygdommen. Rapporten anvender NYHA-klassifikation (New York Heart Association Functional Classification) til at angive anbefalingerne på de enkelte kostkomponenter.

"Mad til patienter med hjertesvigt" kortlægger også de danske, europæiske og amerikanske kardiologiske selskabers kostanbefalinger for henholdsvis salt-, væske- og alkoholindtag samt vægt. Med hensyn til makronæringsstoffer, mikronæringsstoffer samt fysisk aktivitet, hvor hverken de danske, europæiske eller det

amerikanske selskab har specifikke anbefalinger, gennemgår rapporten den sparsomme, men centrale videnskabelige litteratur, der er på området.

Rapporten giver samtidig konkrete bud på, hvilken kostsammensætning, kliniske diætister bør anbefale for at få den størst mulige positive effekt på hjertesvigt.

Savner viden

"Mad til patienter med hjertesvigt" blev udarbejdet efter, at Hjerteforeningen holdt et netværksmøde for kliniske diætister i efteråret 2010. På mødet fortalte klinisk diætist, Ulla Toft om netop kost til hjertesvigtpatienter med udgangspunkt i den dokumentation og litteratur, der foreligger. Efterfølgende gav flere af deltagerne udtryk for et behov for at få klarhed over, hvilken kostsammensætning, de skal anbefale til patienter med hjertesvigt. De savnede fx viden om, hvordan de kan rådgive hjertesvigtpatienter, når det gælder salt-, væske- og alkoholindtag. På den baggrund besluttede Hjerteforeningen at samle al viden på området og udgive rapporten.

Charlotte Kira Kimby er sundhedschef i Hjerteforeningen. Hun håber, at kliniske diætister i hele landet får glæde af rapporten.

"Rapporten er ment som et arbejdsredskab til diætister, der rådgiver patienter med hjertesvigt. Flere og flere overlever sygdommen, og vi ved, at kosten har betydning i forhold til, at disse patienter kan leve godt og undgå ufrivilligt vægttab, som kan forværre sygdommen", siger Charlotte Kira Kimby.

Rapporten "Mad til patienter med hjertesvigt" kan hentes gratis på Hjerteforeningens hjemmeside:

http://www.hjerteforeningen.dk/leve_med_hjertesygdom/kost_og_hjertesvigt/kost_og_kronisk_hjertesvigt/

Formanden i felten

I fremtiden vil vi bringe små udpluk af formanden for FaKD's arbejde

Nordic feed konference og mad+ medier konference

Som klinikere kan man blive skudt i skoene, at det er muligt, at det hele bliver sundere, når vi holder en diæt eller følger kostrådene - men madglæden, hvor er den?

Modsat kan frustrationerne hurtigt vokse, når diverse personer og medier fremlægger usaglige, udokumenterede kostvariationer som den endegyldige sandhed, godt pakket ind i underholdende islæt. FaKD har netop deltaget i både den første Nordic feed konference, i forbindelse med Copenhagen Cooking – med indslag i kinematisk fjernsyn! -, og i nystartede mad + mediers konference. Begge konferencer drejede sig om mange forskellige aspekter af ernæring og madglæde, lige fra de seneste OPUS-resultater til Søren Wiuffs produktion af grøntsager, inkl. smagsprøver.

Når vi i hverdagen bruger vores tid på at hjælpe borgere og patienter til den rette ernæring, må der naturligvis være et element af madglæde indover. Ellers rykker vi ingenting for de mennesker, vi gerne vil hjælpe. Inspiration hertil kan netop findes, og andres meninger udforskes, i bl.a. disse nævnte sammenhænge. Læs mere på www.nordicfeed.dk og www.madmedier.dk

Regionernes fremtid

Dagen før valget afholdt Dagens Medicin en konference om regionernes fremtid. Mange skarpe indlæg tydeliggjorde, at udfordringen i høj grad drejer sig om, hvad der så evt. skal erstatte regionerne. For ansatte i regionerne blev svaret ikke rigtig debatteret, selv om vi alle ved, at en af bekymringerne, især hos lægerne, går på, hvordan overenskomster så skal forhandles. Desværre deltog lægerne ikke, ligesom kommunerne ikke rigtig var repræsenterede. Flere talte om, at alle parter burde være med til drøftelser omkring regionerne, da det i høj grad er i samarbejdet på tværs af sektorer og faggrupper, at meget kunne blive bedre. Afslutningsvis var der debat blandt politikere, en interessant afslutning med henblik på valget dagen efter.

Folketingsvalget

Valget 15/9 har givet helt nye konstellationsmuligheder, som vi venter en afklaring på. FaKD har inden valget lagt meget arbejde i at gøre de politiske partier opmærksomme på den manglende fokus på ernæringsarbejdet, både i det forebyggende arbejde og

diætbehandling som sådan. Flere har tilkendegivet, at de ønsker en øget indsats på ernæringsområdet, ligesom fokus er øget, når vi taler overvægtige børn, men også på de undervægtige, særligt de ældre borgere. Der har også været forlydender om tiltag over for de svært overvægtige – måske dem, der nu ikke længere kan blive opererede?

Herfra kan vi kun appellere til, at disse tilkendegivelser også udmøntes i konkret handling – der er hårdt brug for fokus på ernæringsindsatsen. Meget kan spares og reduceres på mange fronter, dårlig livskvalitet er blot en af dem.

Vi er mange, der står klar til at påtage os arbejdsopgaverne.

Ernæringsrådgiveruddannelsen

FaKD har indgået samarbejde med udbydere af uddannelsen, da den kan have interesse for jer, der ønsker en opdatering af viden.

Baggrunden for denne uddannelse er et stærkt ønske fra KU LIFE og Arne Astrup om at tilbyde en reel, evidensbaseret uddannelse, der inddrager nyeste forskning på ernæringsområdet.

Uddannelsen er baseret på e-learning, samtidig indgår 3 frivillige kursusdage. Fordi det drejer sig om e-learning, er der her nye muligheder, bl.a. vidensdeling med de øvrige studerende.

Afslutningsvis står man med et eksamensbevis fra KU LIFE i hånden, samt 7 ECTS point som bevis for indsatsen.

Fordi FaKD ser det som en klar mulighed for vidensopdatering har vi indgået en aftale, der giver FaKD medlemmer en god særpris.

Læs om uddannelsen her og tilmeld jer på:
<http://www.probana.com/erku.asp>

Yderligere information kan også fås via formanden, gr@diaetist.dk



Hvordan hjælper man en resister?

Hvor mange gange må man som diætist lukke døren efter en patient, som man ikke rigtig kom i kontakt med? Efter observation af mere end 40 diættejledninger i en klinik for patienter med type 2-diabetes, to-dages patientkursus og kvalitative interviews med fem patienter på klinikken, fremstår et klart billede af, at accepten af sygdommen og dens følger er en forudsætning for, at patienten overhovedet kan "tage imod" diættejledning. En viden om patienttypologier kan måske hjælpe diætister til at afklare, hvordan patienten opfatter sin kroniske sygdom.

17 år skulle der gå, før hun erkendte, at type 2-diabetes er farlig. Vendepunktet for den 52-årige socialpædagog kom bl.a. i forbindelse med et kursus for type 2 - diabetikere på Steno Diabetes Center.

"Det var en øjenåbner. Når jeg hører de andre, så tænker jeg: Hold da kæft, hvor er jeg dum". Men erkendelsen er også kommet i den ligefremme dialog på Steno. "De har sagt det, som det var. Vi har fået nogle grin over det og kunne snakke lige ud om det."

Hun er ked af, at det skulle tage hende så mange år at acceptere sygdommen og åbne ørerne for den nødvendige vejledning. Trods flere besøg hos diætister gennem årene vidste hun eksempelvis ikke, at motion virker som insulin, og at nogle fødevarer påvirker blodsukkeret mere end andre.

Hun var en hardcore "resister", men er ved at blive en "accepter" af såvel sygdommen som de nødvendige adfærdssændringer.

"Resister" er en af fire kategorier, som Ockleford et al. identificerer i forbindelse med et studie af nydiagnosticerede type 2-patienter (1). "Resisteren" nægter både at erkende sygdommen og at lave om på sit liv (faktabokse).

En 65-årig pensioneret skolebetjent var derimod en "accepter", da han for et par år siden fik diagnosen type 2-diabetiker. Selv om han havde svært ved at tro, at diagnosen var rigtig, så var det første, han gjorde, at melde sig ind i Diabetesforeningen og anskaffe



sig kogeboøger. Han kæmper stadig med tilberedningen af "plante-rester" – af diætister kaldt "dejlige grøntsager" - men har fundet sin identitet som kronisk syg.

"Jeg tænker, jamen sådan er det bare. Diabetes kan man sagtens leve med, hvis bare man opfører sig nogenlunde fornuftigt."

Diætistens yndlingspatient

"Accepteren" er uden tvivl mange diætisters yndlingspatient, fordi han selv opsøger viden og kommer med interesserede spørgsmål. Derimod er "resisteren" svær at fastholde og cykler gerne ud af alle mulige tangenter, mens diætisten forsøger at fortælle om hurtige og langsomme kulhydrater.

En 62-årig nydiagnosticeret jordemoder er en typisk "resister". Hun var længe om at reagere på de symptomer, som hun egentlig godt vidste handlede om diabetes. Hun svarer forbeholdent på spørgsmålet, om hun kan bruge kostvejledning til noget: "Sådan noget som kost er jo noget, man altid taler meget om – med sine venner og så videre. Min mand er kemiker, og han for-

Fakta

1. "Accepters", der både har accepteret sygdommen og de omlægninger, der er nødvendige i deres liv.
2. "Identity accepters – consequence resisters", der har accepteret sygdommen, men modsætter sig at lave ting om i deres liv.
3. "Identity resisters - consequence accepters", der finder det svært at erkende, at de har fået en kronisk sygdom, selv om de har lagt deres liv om.
4. "Resisters", der både nægter at erkende sygdommen og at lave om i deres liv.

Typologier (1)

tæller mig jo også mange ting, at nu må man ikke dit, og nu må man ikke dat", svarer jordemoderen og kommer med en lang udrødning om at forholde sig kritisk til officielle anbefalinger.

"Når man kun spiser salat og groft brød, så kan man godt få lyst til et eller andet. Den trang er vel bestemt af ens organisme. Det er heller ikke sådan, at hvis jeg bare gør, som der bliver sagt, så slipper jeg for dit og dat. Jeg får jo alligevel reaktioner", siger hun og konkluderer: "Det bliver så styrende. Den frihed, man har som menneske, bliver indskrænket".

Typologierne afspejler forskellige måder, patienter reagerer på, når de får en kronisk sygdom. Patientens vedligeholdelse af en "normal" tilværelse betyder meget for evnen og viljen til at være åben over for diætvejledning.

"Vores resultater tyder på, at hverdagens sociale krav og behovet for at opretholde en sammenhængende identitet og et "normalt liv" er centrale udfordringer for personer, som forsøger at håndtere type 2-diabetes. Som ved andre kroniske sygdomme kan diagnosticeringen af diabetes være forbundet med sorg over tabet af et tidligere jeg og er en kamp for at forene dette med det "nye jeg" siger Ockleford et al. om identitetsbrud (1).

Tabt livskvalitet

For jordemoderen er det tabt livskvalitet, at hun ikke længere tåler den daglige rødvin. Hun drikker stadig rødvin, men føler sig hurtigt påvirket og synes, at det er uretfærdigt, at det spændende liv med gode spisesteder og vin nu ser ud til at forsvinde. Og så kan diætister tale nok så meget om glykæmisk indeks og Y-tallerkenmodel.

For den 76-årige pensionerede sygeplejerske var det også svært at acceptere, at hun og manden ikke kunne gøre, hvad de altid havde gjort.

"Jeg troede i starten, at det bare var noget forbigående, og det kunne jeg sagtens klare. Det er jeg selvfølgelig ked af i dag - at

jeg ikke tog fat noget før," siger sygeplejersken, der var mindst ti år om at acceptere sin type 2-diabetes og lytte til diætvejledning. Hun undgik sukker i sin kost, men fortsatte sin livsstil uden skelen til kalorier.

Et kursus med andre type 2-diabetikere var med til at ændre sygeplejerskens syn på sygdommen. Med erkendelsen kom også egenomsorgen og de sundere valg. Nu sidder hun og manden bl.a. med hver sin ost og mælk.

For mange patienter er det svært at tage risikofaktorerne alvorligt, så længe de ikke mærker symptomer.

En 44-årig kvindelig patient har resisted så længe, at hun er begyndt at få føleforstyrrelser. Med hjælp af lægemidlet Victoza er hun godt i gang med at tabe sig. "Jeg tager sygdommen mere alvorligt – ikke at jeg accepterer den". Hun er blevet en "identity resister – consequence accepter". Hun kæmper med at lægge sit liv om, fordi hun mærker komplikationerne, men har stadig svært ved at acceptere, at hun har en kronisk sygdom.

Heldigvis er der "accepters" i klinikken, hvor diætisten kan sige farvel med et tilfreds smil. Men hvad stiller man op med "resisters", hvor de velmenende kostråd preller af som olie på en teflonpande?

Fakta

- Du bestemmer-metoden blev udviklet af psykolog og adfærdsforsker Elisabeth Arborelius, Institut for Samfundsmedicin, Linköping. Du bestemmer-manualen er oversat til dansk af Ringkjøbing Amt og videreudviklet til brug for voksne.
- Metoden er enkel og konkret og består af en vekselvirkning mellem gruppesamtaler og individuelle samtaler af en times varighed. Tidsforbruget for den enkelte deltager er seks timer, der strækker sig over et forløb på to måneder.
- Evalueringen viser, at metoden har effekt på såvel deltagerens selvværd som på deres fysiske, psykiske og sociale sundhed.

Du bestemmer (2)

Hvordan hjælper man en resister?

Diætvejledning burde ideelt set tage udgangspunkt i, hvordan patienten har det med sin kroniske sygdom, inden man begynder at tale næringsstoffer, kostanamnese og lipider. Men med den begrænsede tid, der er til hver patient, kan det være svært at afdække hvilken typologi, patienten tilhører. "Resisteren" er god til at give de svar, som han tror, at diætisten gerne vil høre. Og så kan diætisten undre sig over, at blodsukker og vægt ikke hænger sammen med det, patienten sidder og fortæller.

Man kan spørge sig selv, hvornår man skylder at fortælle "resisters" om risikoen ved at fortsætte en usund livsstil. For nogle er det den øjenåbner, der skal til for at acceptere sygdommen og sætte dem i stand til at tage imod bl.a. diætvejledning.

Den pensionerede sygeplejerske tror, at mange diabetespatienter har brug for at høre om senkomplikationer for at vågne op. "Der var mange på holdet, der var forbavsede over, at det kunne være så slemt".

For andre er "truslen" om nyrekomplikationer og føleforstyrrelser ikke det, der skal til. Som det også konkluderes i Sundhedsstyrelsens Medicinsk Teknologivurdering (3) og i Sundhedspædagogik i patientuddannelse (4), som Stenos Center

for Sundhedsfremme har været med til at udarbejde, er der behov for forskning og udvikling inden for diætvejledning. Patientskoler blomstrer op i kommunerne, og det kunne være relevant at afprøve "Du bestemmer-metoden" (DBM) ved diætvejledning af patienter med type 2-diabetes (2). (faktaboks)

Metoden er ikke afprøvet i forhold til kronisk sygdom, men flere af de interviewede "resisters" giver udtryk for, at udveksling af erfaringer i en gruppe af ligestillede har været værdifuldt, både i forhold til viden, såvel som accepten af livet som kroniker.

En af styrkerne ved metoden er, at den tager udgangspunkt i nogle arbejdsark, som giver vejlederen konkrete værktøjer til dialog med deltagerne om bl.a. identitet og rollen som kronisk syg. Fremtidens diætister må øge det sundhedspædagogiske fokus, hvis vi ikke skal lade for mange "resisters" i stikken.

Studiet er lavet med vejledning fra Steno Center for Sundhedsfremme.

anps@mail.dk

Referencer

1. Ockleford E, Chaw RL, Willars J, Dixon-Woods M. Education and self-management for people newly diagnosed with type 2 diabetes: a qualitative study of patients' views. *Chronic Ill.*
2. Arborelius, Elisabeth. Du bestemmer: En anderledes sundhedsvejledning. Ringkøbing Amt, Sundhedsafdelingen 2000.
3. Sundhedsstyrelse (2009). Patientuddannelse – en medicinsk teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen.
4. Grabowski D, Jensen BB, Willaing I, Zoffmann V, Schiøtz ML. (2010). Sundhedspædagogik i patientuddannelse. En litteraturbaseret gennemgang af udvalgte sundhedspædagogiske begrebers anvendelse i patientuddannelse. Region Syddanmark (kan downloades fra: <http://dialog-net.dk/wm330689>).

Store forskelle på løn og arbejdsvilkår for de ernæringsprofessionelle – endnu en desavouering af ernæringsområdet?

Hvorfor er det så svært at få ernæringsområdet taget alvorligt? Det spørgsmål stiller vi ofte. Til trods for bl.a. massive informationskampagner ved vi, at det bare ikke er så nemt at indtage den rette ernæring – altså det, der er optimalt for den enkelte person - om man er syg eller rask, barn eller voksen. Mangel på den rette ernæring er medvirkende til at fremprovokere sygdomme, til at fastholde folk i sygdomsforløb længere end nødvendigt, og det kan medføre enten overvægt eller underernæring.

Konsekvensen af dette paradoks, hvor alle vist kan se, at der er nok at arbejde med, samtidig med at diætister og andre ernæringsprofessionelle for tiden uddannes til arbejdsløshed, er også, og ganske urimeligt, at vi ser store forskelle i løn og arbejdsvilkår for ernæringsprofessionelle.

Kliniske diætister

Vi har løbende i "Diætisten" og i FaKD's nyhedsbrev skrevet om FaKD's arbejde med at sikre medlemmerne en løn, der svarer til deres kvalifikationer. Siden 2008 har vi målrettet arbejdet med lønforhandlinger for kliniske diætister i kommunerne. Her har vi mange steder fået kliniske diætister indplaceret på en løn svarende til Sundhedskartellets løntrin 8. Kommunerne har heldigvis ofte haft budgetter til at imødekomme vore lønkrav. Og pengene er naturligvis givet godt ud, da en passende løn virker motiverende på kvalificerede medarbejdere. Men det fortsætter næppe.

I 2009 og 2010 hjalp vi mange kliniske diætister ansat i regionerne med at få løntillæg. I regionerne har lønforhandlingerne desværre været vanskelige, fordi regionernes budgetter i disse år er under kraftigt pres. Kliniske diætister i regionerne er igen efter

overenskomstforhandlingen i 2011 holdt fast på løntrin 6 efter Sundhedskartellets overenskomst. Og i staten er lønsystemet helt galt afmarcheret, da både kliniske diætister og andre professionsbachelorer i ernæring og sundhed henføres til "køkkenpersonale" og til en overenskomst med et endnu ringere lønniveau end det, vi kender fra regionerne.

Cand. scienter og AC-løn

Flere og flere FaKD-medlemmer videreuddanner sig til cand. scient. i klinisk eller human ernæring. Og siden 2008 har det været udtrykkeligt nævnt i FaKD's vedtægter, at cand. scienter naturligvis er velkomne i foreningen. Hovedparten af de cand.scienter, som vi hører fra, er ansat på regionshospitaler eller i forskerstillinger under staten. Og her kan man som cand.scient. let komme i klemme i urimelige og forældede lønsystemer og overenskomster. Men der er naturligvis en "vej" ud af disse lønsystemer. Ansættes man som "cand. scient" og ikke som klinisk diætist eller som PBES, hører man ikke under Sundhedskartellets overenskomster. Cand. scienter hører under AC's akademikeroverenskomster.

Akademikeroverenskomsterne har en langt mere elastisk løndannelse, der muliggør en væsentligt højere grundløn end Sundhedskartellets overenskomster. Og pensionsprocenten er også bedre. Den optimale lønsammensætning, som vi har set, er en AC-grundløn kombineret med et tillæg, fordi medlemmet også var autoriseret klinisk diætist. Derfor husk at være opmærksom på, at I ansættes som cand. scient.. Er man fx ansat som klinisk diætist får man ikke automatisk tillæg, fordi man også er cand. scient.

Andre PBES ligger desværre på ringe lønvilkår

Efter at FaKD's generalforsamling i marts 2010 besluttede at åbne foreningen for alle professionsbachelorer i ernæring og sundhed,



har vi set et større antal nye medlemmer fra de andre studieretninger på uddannelsen til PBES. Ofte har vi set PBES ansat i kommunerne, hvor man arbejder i et helt naturligt samarbejde med de kliniske diætister i kommunernes sundhedscentre. Men lønniveauet for de professionsbachelorer, der ikke er kliniske diætister, ligger ofte på et uacceptabelt lavt niveau. Kommunernes lønssystemer har ikke kendt til professionsbachelorer i ernæring og sundhed, og vi har set alt for mange eksempler på, at PBES-medlemmer er blevet ansat med stillingsbetegnelser som "kostkonsulent", "økonoma" eller "ernærings- og husholdningsøkonom". Disse uddannelser eksisterer som bekendt ikke længere.

Vi har set PBES ansat i kommuner med en grundløn på løntrin 4 (grundlønnen for økonomaer) eller endnu lavere (efter Danmarks Lærerforenings overenskomst for ernærings- og husholdningsøkonomer). Vi har begæret lønforhandling med flere kommuner om dette. Særligt har vi forsøgt at få de gode lønsvilkår, som vi har forhandlet for kliniske diætister i kommunerne, til at "smitte af" på andre PBES.

Men forhandlingspositionen er dårlig, hvis vi stiller med et medlem, der selv har accepteret en dårlig grundløn og allerede er tiltrådt stillingen. Derfor husk at få lønne på plads, inden I starter på et nyt job. Vi er på trapperne med en ny vejledning om løn i kommunerne. Den vil man med fordel kunne tage med til ansættelsessamtalen. Men husk - at man ikke forlader et godt job for at tage ansættelse i en kommune til løntrin 4!

Arbejdsvilkår

Ud over disse forskelle i løn, ser vi også store forskelle i arbejdsvilkår. Meget af dette skyldes måden, arbejdet organiseres på, og her må vi igen konstatere, at ernæringsområdet ofte halter bagefter (eller glemmes), også når det kommer til eget budget og dermed mulighed for at håndtere besparelser og fyringer – og i gode tider nyansættelser. Desværre kan dette forhold have en kedelig indflydelse på, om ernæringsprofessionelle er med i de tværfaglige samarbejder, der er på arbejdspladsen, og dermed have indflydelse på om ernæringsområdet huskes med. En ærgerlig situation, da vi meget gerne samarbejder med andre faggrupper.

Som det tegner sig for de kommende år, må vi nok forvente at den offentlige sektor vil være under pres, herunder vores sundhedsvæsen. At regne med store lønstigninger her vil være urealistisk, tværtimod forestår et betydeligt arbejde med bare at fastholde arbejdspladser og få de nyuddannede ind på arbejdsmarkedet. Det ændrer dog ikke det faktum, at der er endnu mere brug for vores viden og kompetencer end nogen sinde før. Så tænk over om du vil sige ja til dårlig løn og arbejdsvilkår, før du takker ja til jobbet. Opmærksomhed og respekt om vores faglighed – det skal lønningsposen også gerne afspejle.

hkn@norsker.eu

Har du spørgsmål til Sekretariatets advokater er du også velkommen til at kontakte Kasia Torian på kft@norsker.eu



Møde- og kongreskalender 2011/12

11. – 12. oktober:

Nordisk konference: Bedre mad til mange – i et nordisk perspektiv, Helsingfors, Finland

Se flere oplysninger på (www.nynorma.plan.aa.dk)

26. – 29. oktober:

11th European Nutrition Conference – FENS, Madrid, Spanien.

Se flere oplysninger på (www.fensmadrid2011.com)

1. november:

5th International Symposium on Recent Advances in Food Analysis,

Prag, (www.rafa2011.eu)

4. – 5. november:

Dansk Selskab for Adipositasforskning: Årsmøde,

Radisson Blue, H.C. Andersens Hotel, Claus Bergs Gade 7, 5000 Odense C.

Se program på (www.dsaf.dk)

10. – 12. november:

4th European Public Health Conference 2011: Public Health and Welfare, Bella Center, København.

Se flere oplysninger på (www.eupha.org/site/upcoming_conference.php)

14. november:

Diabetes Update 2011 – Diabetesforeningens tværfaglige konference.

Nyborg Strand - Hotel & Conferencecenter, Østerøvej 2, 5800 Nyborg,

fra 09.00-16.30. Pris: Fagmedlem af Diabetesforeningen: 900 kroner (ex moms)

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

Formiddagens tema er ændring af sundhedsadfærd/sundhedfremmende metoder. Eftermiddagens

tema er nyeste viden inden for forebyggelse og behandling af diabetiske følgesygdomme. Midt på

dagen vil der være 2 parallelsessioner, som man kan tilmelde sig på selve konferencedagen.

Læs mere på www.diabetes.dk/konference, hvor du også kan tilmelde dig konferencen.

2012

23. – 25. maj:

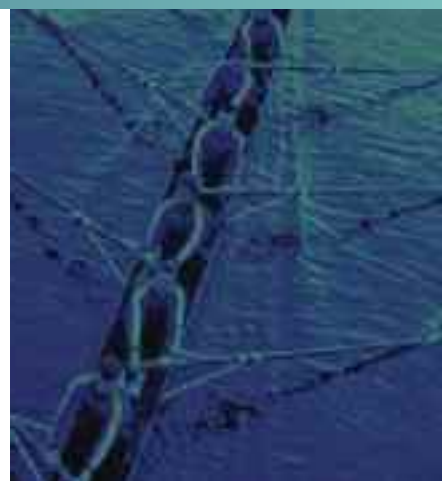
2nd International Vitamin Conference: Vitamins in foods and supplements – analytical challenges in

human nutrition, København,

(www.vitaminconference.com)

Juni:

10. Nordiske Ernæringskonference, Island



BESTYRELSESUDVALG

Forretningsudvalg: Formand Ginny

Rhodes og kasserer Helle Ronneby

Hjemmesideudvalg: Formand Ginny

Rhodes, næstformand Mette Pedersen og

Maria Gamborg

PR-udvalg: Formand Ginny Rhodes og

næstformand Mette Pedersen

Redaktionsudvalg: Ginny Rhodes

Medlemsudvalg: Margit Oien Nielsen,

Karen Thomsen og Dorthe Wiuf Nielsen

Fagligt udvalg: Dorthe Wiuf Nielsen og

Anne Sofie Wendelbo

Nordisk Dietistforening/Nordic Dietetic

Association: Sekretær Helle Skandorff

Vestergård

Decemberbladet handler om
sundhedsfremme og forebyg-
gelse



”Hvis jeg er i tvivl, så ringer jeg enten til Susanne eller Heidi hos NutriciaDirekte. Her kan jeg få den personlige kontakt – det giver en god tryghed”

Mette og Villy på Plejehjemmet Ingeborggården



**Nutrison
og Flocare**



**Uddannelse
og træning**



**Konsulent-
støtte og
startpakke**



**Viden og
erfaring**



**Levering
og telefon-
support**

Personlig og professionel rådgivning i sondeernæring

Hos NutriciaDirekte har vi en ambitiøs målsætning om at gøre en forskel for dig, som arbejder med sondepatienter. Vi vil derfor gerne tilbyde dig en personlig og professionel vejledning i et direkte partnerskab med dig. Med mere end 25 års forskning og erfaring i avanceret medicinsk ernæring, kan vi give dig præcis den rådgivning og sparring, du har behov for.

Måltrettet den enkelte

Sondepatienter har forskellige problemer, behov og bekymringer. Derfor har vi udviklet et situationsbestemt servicekoncept og sammensat et team af veluddannede produktspecialister, diætister og sygeplejersker, som i samarbejde med dig altid kan yde støtte i alle led af ernæringsindsatsen.

Rådgivning med et menneskeligt ansigt

Rådgivning er bedst, når den er personlig. Derfor synes vi, det er vigtigt, at du også kan sætte et ansigt på os. Kontakt os derfor på telefon 7021 0709 og book et personligt møde, hvor du kan høre mere om, hvordan NutriciaDirekte kan hjælpe dig og dine patienter.

**NUTRICIA
Direkte**

Ring og book et personligt møde på telefon 7021 0709