

# Resultat fra ernæringsprojekt

på Randers Centralsygehus/Grenaa Sygehus i samarbejde med Mariager, Grenaa og Rosenholm Kommune

*Denne artikel præsenterer resultaterne fra et ernæringsprojekt gennemført i perioden september 2004 - september 2005 på Randers Centralsygehus/Grenaa Sygehus i samarbejde med Mariager, Grenaa og Rosenholm Kommune. Projektet blev delvist finansieret af Sundhedsstyrelsens pulje: "Bedre mad til syge".*



Kirsten Færgeman

Inden ernæringsprojektet på Randers Centralsygehus/Grenaa Sygehus startede i 2004, havde Ernæringsudvalget på Randers Centralsygehus, i flere år, arbejdet med at ændre lægernes og plejepersonalets holdninger, viden og handlinger i forhold til ernæring til patienterne, så ernæring blev betragtet som en del af behandlingen. Samme tiltag blev gjort på det daværende Grenaa Centralsygehus, som i dag er fusioneret med Randers Centralsygehus. Der var kun få aktiviteter med primærkommunernes hjemmepleje og de praktiserende læger i forbindelse med patienter, der skulle fortsætte ernæringsindsatsen efter udskrivelsen. Derfor ønskede sygehusets Ernæringsudvalg at sætte fokus på dette område. På den baggrund søgtes der penge fra Sundhedsstyrelsens "Bedre mad til syge" pulje, og det ansøgte beløb på knap kr. 500.000 blev bevilget.

Ernæringsprojektet bestod, blandt andet, af:

- Indførelse af nye redskaber til ernæringscreening og kostregistrering på sygehuset og i de tre kommuner
- En screeningsundersøgelse af sygehuspatienternes ernæringstilstand og af borgernes ernæringstilstand i to af kommunerne
- Et bud på hvordan ernæringstiltag sikres i fremtiden

## Implementering af skemaer

Før implementering af de nye redskaber til ernæringscreening og kostregistrering på sygehuset og i de tre kommuner, blev plejepersonalet på sygehuset og i kommunerne undervist i ernæring og i anvendelse af materialerne.

Der var afsat en time til hver undervisningsseance, og forinden havde projektkoordinatoren

ren afholdt møder med afdelingssygeplejersker og områdeledere om undervisningsindholdet. Lægegrupperne fik tilbud om orientering om projektet.

For at forstå projektresultaterne er det vigtigt, at nævne hvordan screeningskemaet er opbygget. Screeningskemaet skulle ansueliggøre hvem der var eller risikerede at blive ernæringstruede, så der blev mulighed for at sætte ind med det samme. På sygehuset blev skemaet udfyldt blandt alle indlagte patienter indenfor de første 24 timer efter indlæggelsen. Eneste undtagelse fra denne regel var barselskvinderne. I kommunerne skulle alle borgere, der var tilknyttet hjemmepleje, eller som boede på plejehjem/ældrecenter screenes mindst 1 gang pr. måned, og altid i forbindelse med visitation til madudbringning.

Screeningskemaet svarede i store træk til de officielle danske retningslinier fra Sundhedsstyrelsen i forhold til primærscreening (1). Skemaet var, stort set, identisk på sygehuset og i kommunerne. Skemaet indeholdt en angivelse af

vægt, højde og BMI og bestod, derudover, af fire spørgsmål:

### Spørgsmål 1. Nedsat kostindtag indenfor den sidste uge?

*Hvis patienten/borgeren havde haft dårlig appetit eller andet der afstedkom et nedsat kostindtag i den sidste uge før indlæggelsen, skulle der svares bekræftende på spørgsmålet.*

### Spørgsmål 2. Ufrivilligt vægttab de sidste 3 måneder?

*Der skulle svares bekræftende på spørgsmålet, hvis patienten/borgeren havde tabt sig i perioden 3 måneder før screeningen. Enten på grund af appetitløshed, og/eller uden at ønske et vægttab.*

### Spørgsmål 3. Er patienten svært syg? (Dette spørgsmål findes ikke på kommuneskemaet)

*Svær sygdom øger risikoen for at komme i dårlig ernæringstilstand under indlæggelsen. Derfor skulle der svares bekræftende, hvis patienten var svært syg.*

### Spørgsmål 4. Patienten er under 65 år og har et BMI under 20,5 eller patienten/borgeren er 65 år eller ældre og har et BMI under 24

*På screeningsskemaet var der indsat et BMI skema og formlen til beregning af BMI.*

**Tabel 1. Aldersgrupperfordeling blandt screeningsundersøgelsens deltagere**

Aldersgruppe	Randers Centralsygehus/ Grenaa Sygehus	Grenaa Kommune	Rosenholm Kommune
65-74 år	38%	17%	14%
75-84 år	43%	43%	40%
85 år -	19%	40%	46%

### Resultater af screeningsundersøgelsen

I forbindelse med implementering af de nye ernæringsscreeningsskemaer og kostregistreringsskemaer på sygehuset og i kommunerne, blev der lavet en ernæringsscreeningsundersøgelse på sygehuset og de to af kommunerne i foråret og sommeren 2005. I denne periode blev alle ernæringsscreeningsskemaer indsamlet og kopieret på sygehuset og i Grenaa og Rosenholm Kommune, og data blev efterfølgende tastet ind i et statistikprogram.

I det følgende vil der blive set på deltagerne karakteristika. Deltagere under 65 år udelukkes fra resultaterne, da de fleste af deltagerne i kommunerne har været 65 år eller ældre, og da det erfaringsmæssigt er hos ældre de største ernæringsproblemer opstår.

I alt blev der indsamlet skemaer fra 2075 patienter fra sygehuset. Heraf var 56% (1180 patienter) over 65 år. I Grenaa Kommune blev der indsamlet 110 skemaer, heraf var 98% (105 ældre) over 65 år. I Rosenholm Kommune blev der indsamlet 75 skemaer, heraf var 79% (59 ældre) over 65 år.

### Køn og alder

Af skemaerne fra sygehuset fremgik det, at halvdelen af skemaerne var udfyldt blandt kvinder og den anden halvdel blandt mænd. I kommunerne var fordelingen, at der var forholdsvis flere kvinder end mænd, i Grenaa var fordelingen 76% kvinder og 24% mænd og i Rosenholm var fordelingen 73% kvinder og 27% mænd.



De ældre blev inddelt i tre aldersgrupper (se tabel 1):

- De yngste ældre i aldersgruppen 65-74 år
- Mellemgruppen med ældre i alderen 75-84 år
- De "gamle" ældre 85 år og ældre

I kommunerne var en forholdsvis større andel af de ældre over 85 år, sammenlignet med tallene fra sygehuset.

### Vægt og BMI

Af skemaerne fra sygehuset fremgik det, at 1134 ud af de 1180 patienter over 65 år var blevet vejlet, hvilket svarer til 96%. Det er utrolig flot, og det viser, at plejepersonalet har gjort et meget stort stykke arbejde. I kommunerne var der vejlet henholdsvis 103 borgere (98%) i Grenaa Kommune og 58 borgere i Rosenholm Kommune (98%), hvilket også er et meget flot resultat.

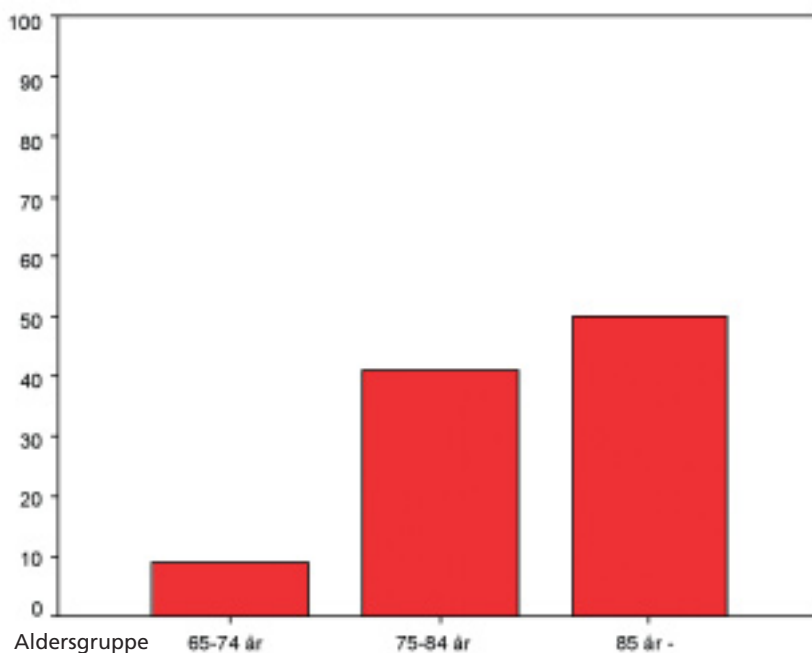
Resultaterne viser, at gennemsnitsvægten falder med alderen (se tabel 2).

Aldersgruppe	Randers Centralsygehus/ Grenaa Sygehus	Grenaa Kommune	Rosenholm Kommune
65-74 år	74 kg	65 kg	62 kg
75-84 år	69 kg	59 kg	59 kg
85 år -	63 kg	57 kg	60 kg

Den samme tendens ses i forhold til BMI. Helt tydeligt er dette i Grenaa Kommune, hvor andelen af borgere med BMI < 18,5 stiger, så jo ældre borgerne er, jo lavere er deres BMI (se figur 1).

Lige som besvarelsen for vægt var meget høj, blev der også målt BMI på rigtig mange patienter og borgere. På sygehuset blev der målt BMI blandt 1093 patienter (93%), i Grenaa Kommune blandt 98 borgere (93%) og i Rosenholm Kommune blandt 56 borgere (95%).

Figur 1 Borgere i Grenaa Kommune med BMI < 18,5



### Ernæringstruede patienter og borgere

Andelen af ernæringstruede patienter og borgere blev vurderet for at se, om det betød noget hvilken alder patienter/bor-

- Dem der havde haft nedsat appetit indenfor den sidste uge før screeningen og/eller
- Havde haft utilsigtet vægttab indenfor de sidste 3 måneder før screeningen og/eller
- Som havde et BMI < 24 og/eller
- Som led af svær sygdom (vurderet i forhold til Sundhedsstyrelsens sekundære screening). Dette blev ikke vurderet i kommunerne

I kommunerne tegnede der sig et tydeligt billede af, at ernæringstilstanden blev dårligere efterhånden som borgerne blev ældre. På sygehuset var dette mere tvetydigt, hvilket måske kan hænge sammen med, at der var få i gruppen af patienter over 85 år (se tabel 3).

gerne havde, set i forhold til deres ernæringstilstand. De ernæringstruede blev defineret som:

Aldersgruppe	Ernæringstruede på Randers Centralsygehus/ Grenaa Sygehus	Ernæringstruede i Grenaa Kommune	Ernæringstruede i Rosenholm Kommune
65-74 år	33%	17%	18%
75-84 år	43%	42%	40%
85 år -	24%	41%	42%

## Sammenfatning af resultaterne

Undersøgelsen er ret omfattende og resultaterne er samlet i en rapport, som bliver tilgængelig på internettet på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk) under Randers Centralsygehus/Grenaa Sygehus. Generelt kan det dog slås fast, at tendensen i resultaterne viser, at problemer med ernæring opstår blandt mellemgruppen af ældre. En forebyggelsesindsats bør derfor ske allerede inden borgeren/patienten runder de 70 år. På sygehuset kan vi kun behandle underernæring, så det bliver i kommunerne, at den forebyggende og/eller sundhedsfremmende indsats skal gøres.

## Kliniske diætister i kommunerne

Efter undervisning af plejepersonalet i kommunerne var jeg tilknyttet hvert plejehjem eller ældrecenter i den pågældende kommune i 1-3 uger, alt efter behov og størrelse. Det betød, at jeg var udstationeret i hver enkelt af de tre kommuner i ca. 1-2 måneder.



Plejepersonalet havde, i forbindelse med undervisningen, fået at vide, at alle plejekrævende borgere, fremover skulle ernæringscreens efter det nye screeningsskema mindst én gang om måneden, alt efter besøgshyppighed i hjemmeplejen og alt efter hvor plejekrævende den ældre var. Plejepersonalet fik at vide, at jeg gerne ville fungere som ressourceperson for dem, og som klinisk diætist for ernærings-truede borgere i projektperioden.

Som udgangspunkt besøgte jeg derfor 4-5 borgere i eget hjem om dagen, og efter hvert besøg udarbejdedes et ark til plejepersonalet med beskrivelse af forløbet. Forløbet var som følger:

1. Henvisning fra plejepersonalet til mig med navn, adresse og alder på den pågældende plejekrævende borger med

ernæringsproblemer. Oftest indeholdt henvisningen også en mundtlig eller skriftlig vejledning om problemets omfang og mulige årsag(er).

2. Plejepersonalet henvendte sig før eller efter henvisning til borgeren for at orientere vedkommende om mit forstående besøg. De fleste, dvs. 99% af borgerne indvilligede efterfølgende i at modtage besøg.
3. Besøg hos borgeren efter aftalt tid. Det var meget vigtigt at komme til tiden, da borgerne forventede dette. Besøget varede 1-1½ time og omfattede:

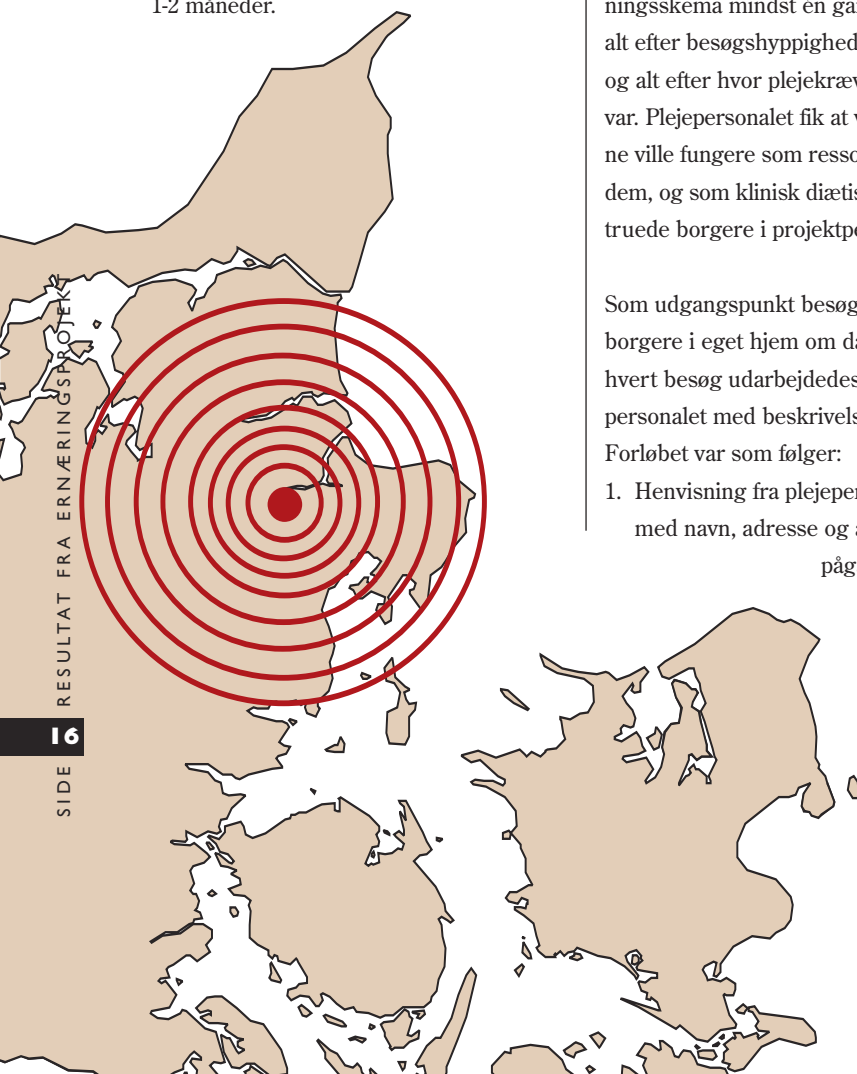
**Almen dataindsamling**, f.eks. alder, køn, højde, vægt, vægtudvikling, BMI, sygdom, kvalme, dysfagi, medicinforbrug osv.

### Kostanamnese

## Udlevering af materialer

Det var nødvendigt at tilpasse informationsmængden, til det som var relevant for den enkelte borgers situation, og som borgeren orkede at læse. Jeg udleverede derfor kun ét stk. materiale pr. besøg, hvis jeg overhovedet udleverede noget. Der var udarbejdet en del materialer i forbindelse med projektet, og det var disse materialer, der blev udleveret.

Mange af de ældre havde set frem til mit besøg og stod klar med kaffe, når jeg dukkede op. Besøget gav anledning til, at vi f.eks. kunne se og tale om, hvad der var i



køleskabet og/eller i køkkenskabene, noget som der ikke er mulighed for på sygehuset, så undersøgelsens anbefalinger er klare.

### **Anbefalinger til forebyggelse af underernæring blandt borgere/patienter**

- En forebyggende/sundhedsfremmende indsats skal etableres allerede inden borgeren/patienten fylder 70 år, da ernæringsproblemerne ofte er opstået allerede i 75 års alderen.
- Alle patienter skal ernæringscreens ved indlæggelsen og alle ældre i kommunerne, der er tilknyttet hjemmeplejen og/eller bor på plejehjem/ældrecenter skal screenes mindst én gang om måneden.
- Der skal være en bedre ernæringskommunikation mellem sygehuset og hjemmeplejen, når patienten skal indlægges/udskrives.
- De praktiserende læger skal inddrages.
- Der skal ansættes kliniske diætister i de nye storkommuner. De skal bruges til oplysning af borgerne generelt, undervisning af plejepersonalet og vejledning af de ældre.

### **Epilog**

I forbindelse med projektet besøgte jeg to ældre kvinder i kommunerne. De havde begge tabt 30 kg indenfor ca. 1 år, og var nu blevet meget plejekrævende. Den ene lå på sofaen hele dagen, og den anden sad apatisk i en stol og havde fået et stort tryksår på skinnebenet. Fra at have modtaget praktisk hjælp 1½ time hver 14. dag, var hjælpen nu påkrævet 5 x daglig (2 x 30 minutter + 3 x 15 minutter), samt daglig levering af mad. Vægttabet på 30 kg kunne have været undgået, hvis kommunen havde haft en klinisk diætist, der kunne have etableret et forløb, allerede efter de første 2 kg's vægttab. Jeg lavede en udregning i forhold til, hvad det ville

koste kommunen at have ansat en klinisk diætist, sammenlignet med hvad det kostede kommunen i plejeudgifter at de ældre kvinder skulle have besøg 5 gange daglig. Hvis diætistens løn blev regnet med, kunne kommunen spare ca. 40.000 kr. pr. år pr. borger, hvis vægttab i den størrelsesorden skulle bremses. Mit håber, at dette er et område som sundhedsøkonomer vil se nærmere på ■

kif@bu.aarhus.dk

Kirsten Færgeman var i nyhederne på DR1 d. 13. november kl. 18.30, hvor hun fremlagde nogle af resultaterne fra projektet. I udsendelsen kl. 21 samme aften blev resultaterne omtalt (red.).