



Syg og sulten – en kedelig cocktail



Årsmøde Norsk Selskab for klinisk ernæring

Mette Holst

Klinisk Sygeplejespecialist i Ernæring, MKS, Phd stud
Center for Ernæring og Tarmsygdomme, Medicinsk Gastroenterologisk
Afdeling, Ålborg Sygehus og
Forskningsenheden for Klinisk Sygepleje

REGION NORDJYLLAND
AALBORG SYGEHUS

AALBORG SYGEHUS



REGION NORDJYLLAND



Agenda

1. Underernæring - Baggrund

2. Risikofaktorer

Hos patienter:

- De målelige
- De ikke målelige

Hos personale

I organisationen

3. Grundig undersøgelse af ernæringstilstanden og mål for bedring.

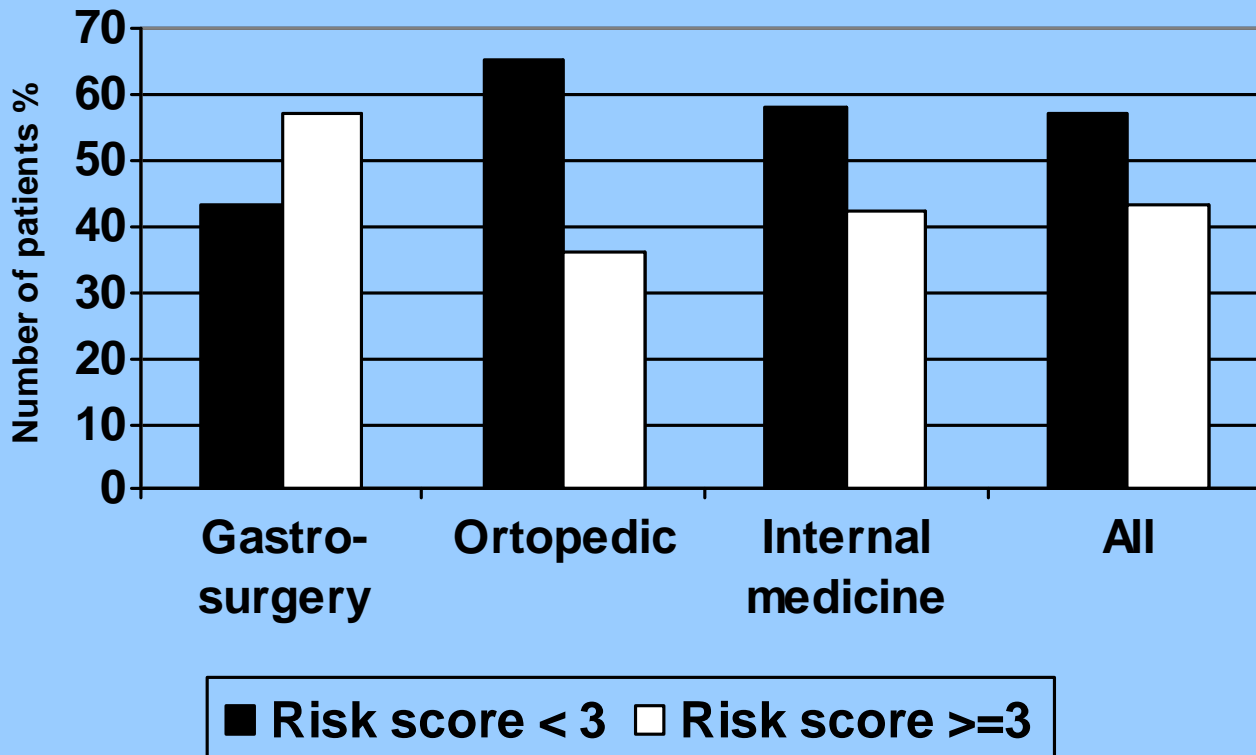
4. Konklusion

Hvorfor interessere sig for underernæring hos syge?

- Øger infektionsrisiko og komplikationer
 - Øger indlæggelsestid (og sengedagsomkostninger)
 - Forlænger genoptræning
 - Øger dødelighed
 - Er samfundsøkonomisk betragteligt
 - Øger behovet for hjælp
 - Nedsætter livskvalitet
-
- Alderdom og kronisk sygdom øger komplikationsraten

*Pedersen 2000; Keller 2003
Rasmussen 2004 og 2006*

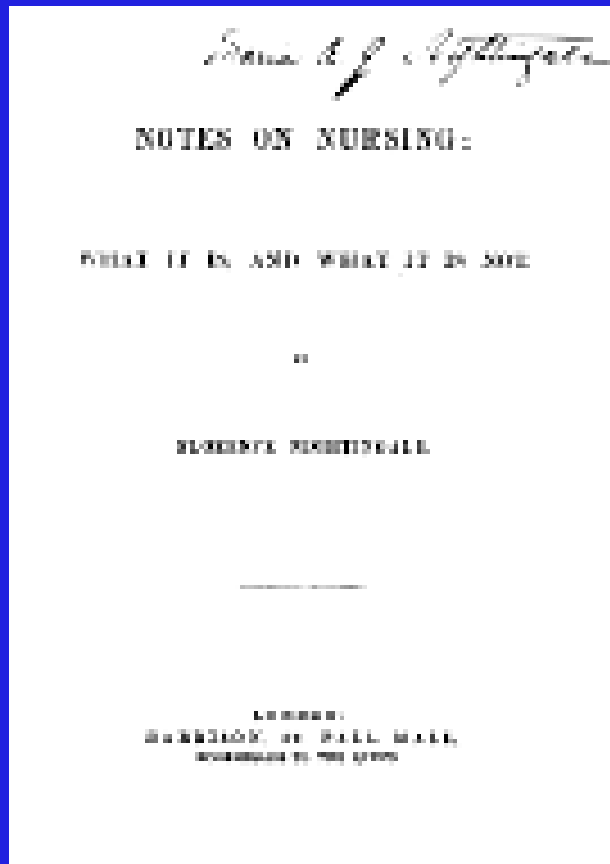
Patienter i ernæringsrisiko på danske hospitaler fundet ved ernæringscreening



Rasmussen 2004

Florence Nigthingale

Thousands of patients are starved annually in the midst of plenty, from want of attention to the ways which alone make it possible for them to take food.
(Notes on Nursing 1859)



Ernæringsrisiko - Underernæring - PE malnutrition

Definitioner

- **Ernærings risiko:**

Faktorer relateret til ernæringstilstand, der øger patienters risiko for komplikationer og for tidlig død. Ernæringsintervention vil bedre patientens kliniske "outcome".

- **Underernæring / PE malnutrition:**

Indtag af protein og – eller energi er reduceret i et omfang hvor målelig påvirkning ses på væv og kropssammensætning, og som har indflydelse på det kliniske forløb.

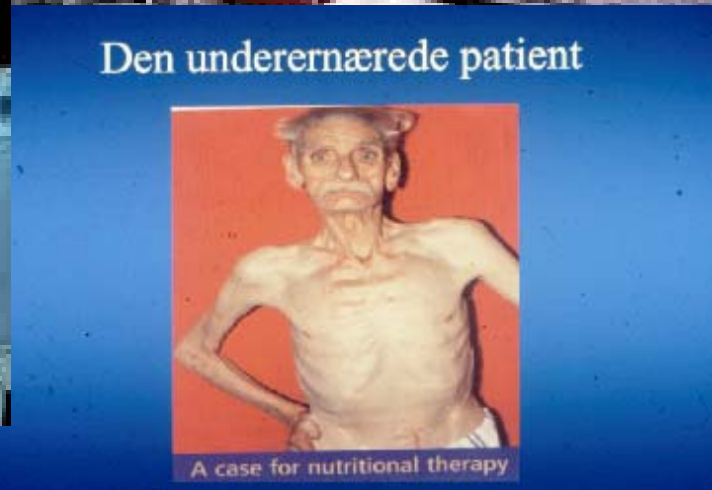
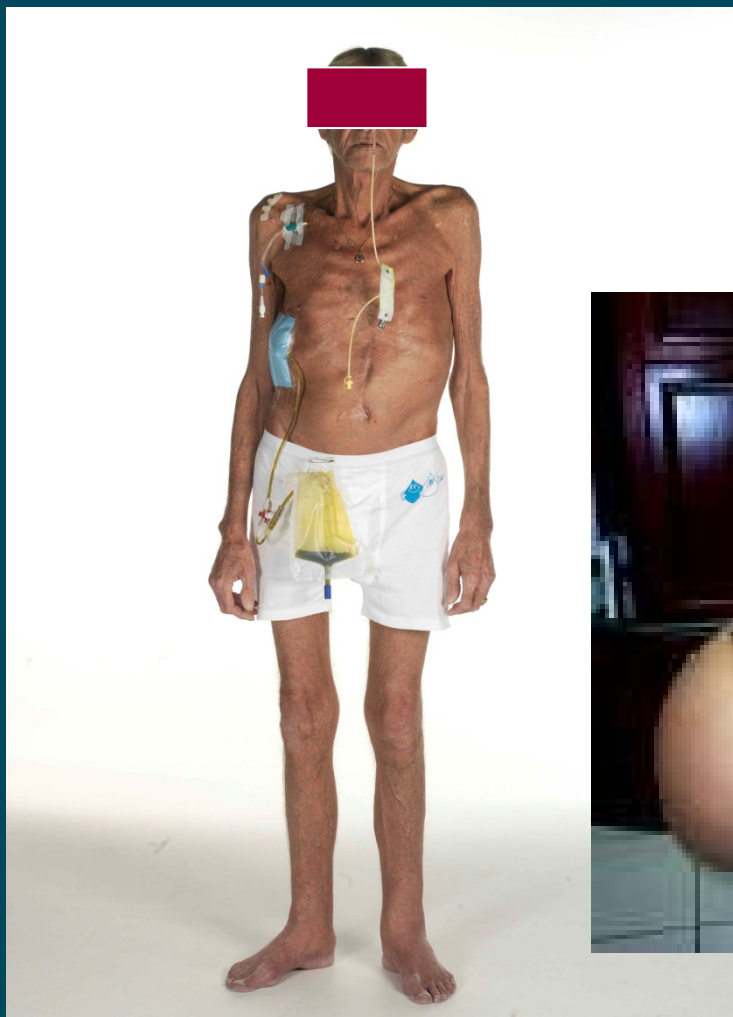


MHO. Frit efter WHO og ESPEN guidelines

Hvorfor screene for ernæringsrisiko?



Vægt og BMI; usikre parameter til vurdering af ernæringsrisiko hos syge



Hvordan vurderes ernæringstilstanden ?

Ernærings screening

Ernæringstilstand
Sygdom

Vægt
Kost
BMI
Hvilken sygdom?

Ernærings vurdering

Biokemi
Antropometri
Immunologi
mm

Albumin
Hudfold
Leukocytter
etc.

Ernærings risiko faktorer

Nutritional status

(weight loss, food intake, skinfolds, BIA, DXA)

Social impact

(home care, meals on wheels)

Functional impairment

(handgrip, walking distance)

Metabolism

(CRP, disease, stressmetabolism)

Ernærings status: Risikofaktorer

	NRS RISK	
	NO	YES
Age, mean (SD)	84 (6)	85 (7)
BIA/ FFM, kg, mean (SD)	38 (8)	31 (6)
Triceps skinfold, cm, mean (SD)	1,40 (0,7)	1,34 (0,9)
Weightloss %	10,8	89,2
Fungus, mouth %	1,8	18,6
Medication > 3	13,6	86,4
Dentures	31,0	69,0
Chewing problems	26,8	73,2

= *p < 0,05

Holst et al, ESPEN 2006

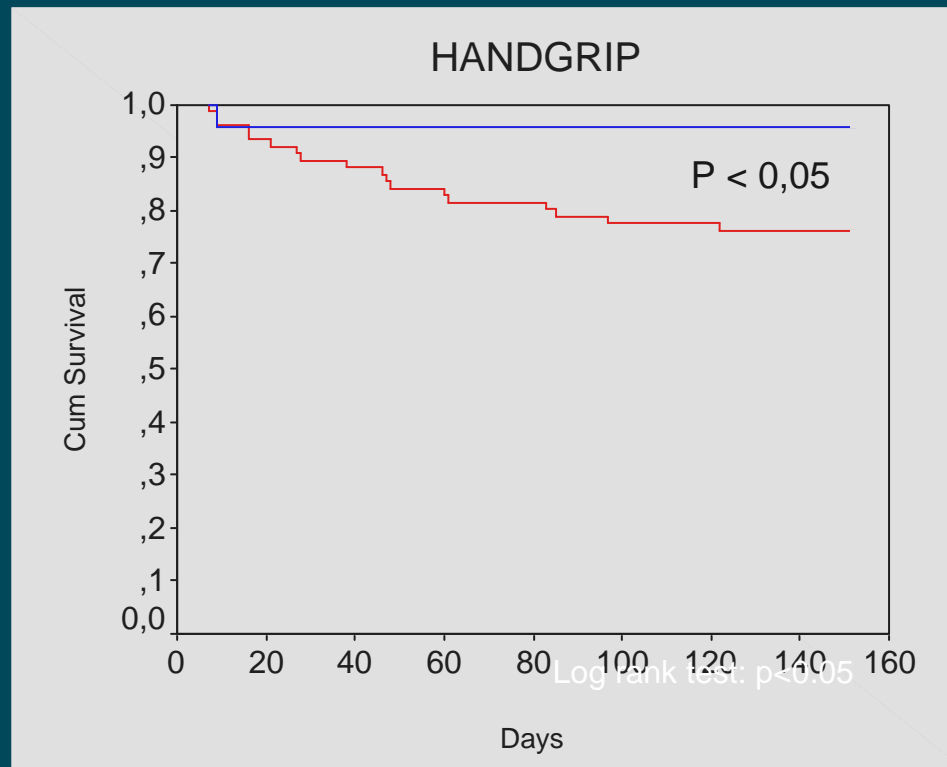
Funktionelle risikofaktorer

	NRS RISK		MNA RISK		MUST RISK	
	NO	YES	NO	YES	NO	YES
Handgrip, mmhg, mean (SD)	14,5 (7)	12,4 (7)	15,7 (6)	12,3 (7)	14,4 (7)	11,7 (6)
Walking to refrigerator (no)	29,0	71,0*	39,1	60,9	32,3	67,7
Help in meal situation, yes %	53,6	46,4	17,2	82,8	39,3	60,7
Shop for groceries, no %	42,5	57,5	44,9	55,1	29,6	70,4

= * $p < 0,05$

Holst et al ESPEN 2006

Handgrip (muskel funktion) og mortalitet



≥14 mmHg



< 14 mmHg

Holst et al ESPEN 2006

Sociale og psykologisk risikofaktorer

	NRS RISK	
	NO	YES
Depression %	21	79*
Living alone %	47	53
Senior facilities %	40	60*
Home facilities %	40	60*
Frequent contact to children / relatives %	50	49

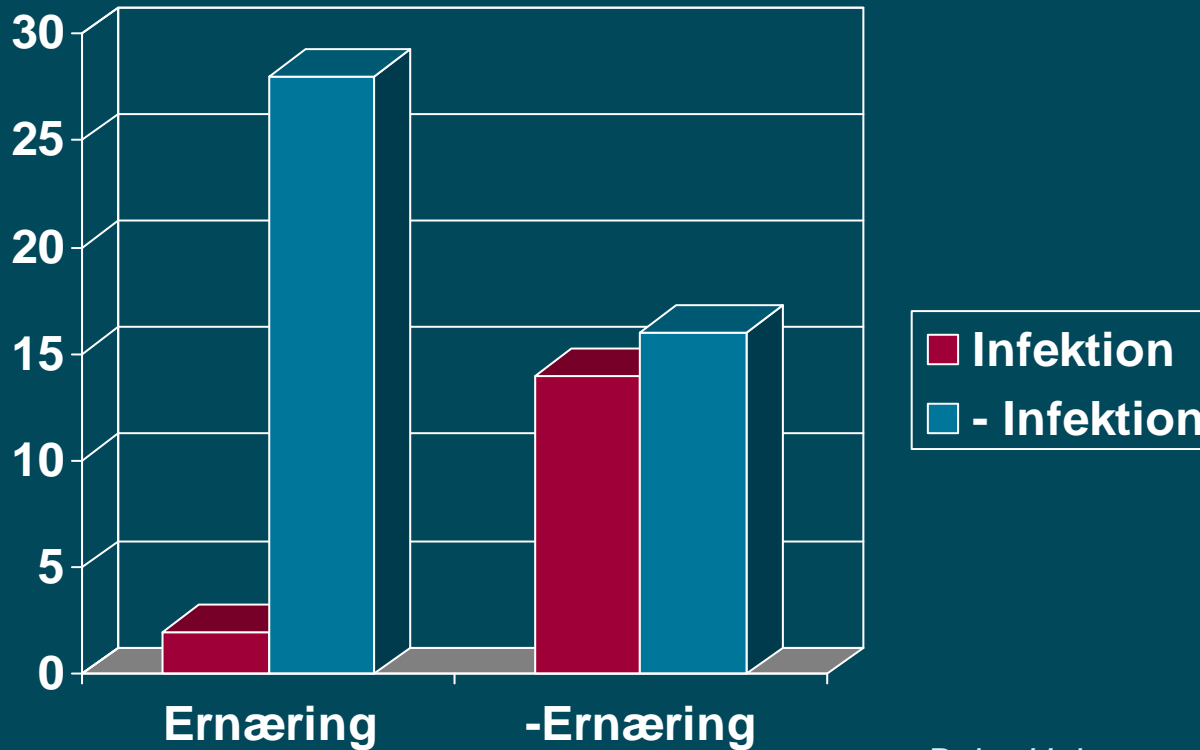
* = $p < 0,005$

Holst et al, ESPEN 2006

Undersøgelsesmetoder

- Kostindtag
- Klinisk undersøgelse (mund-tand-svælgstatus, synkebesvær)
- Biokemi (CRP, Hgb, væsketal, mineraler, vitaminer m.m.)
- Hudfold
- Muskelstyrke (hånddynamometri)
- Bio-impedans måling
- DEXA-scanning
- Gangdistance og andre fysiske mål
- Kalorimetri
- Forbrændingsmålinger (absorption) urin og afføring
- Vægtudvikling
- Samtale med patienten og pårørende

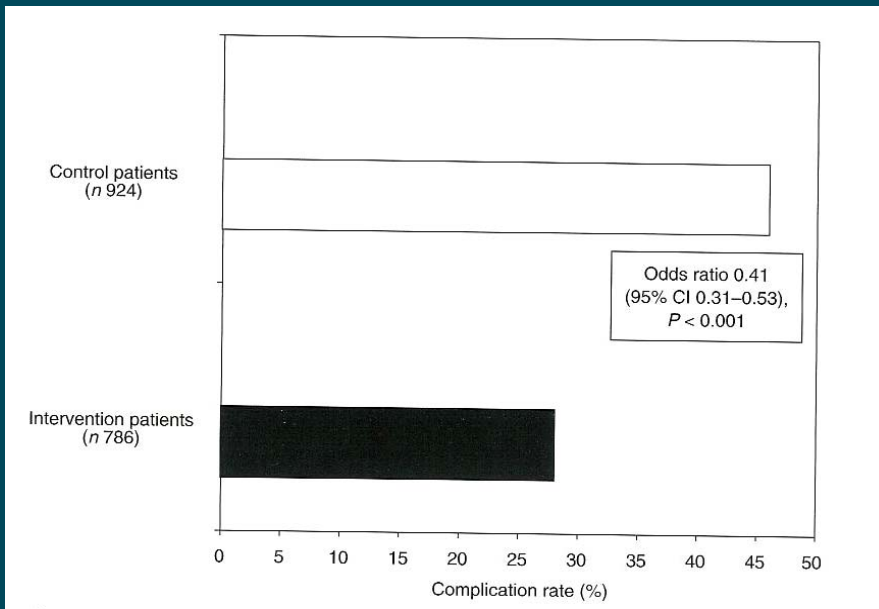
Effekt af tidlig postoperativ ernæring



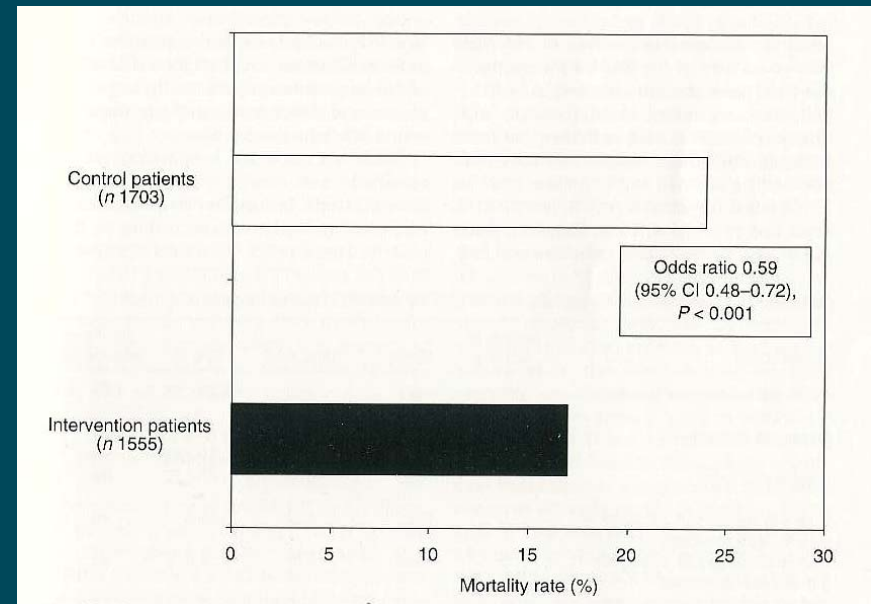
Beier-Holgersen 1996

Effekten af ernæringsterapi

Komplikationer



Dødelighed



Stratton RJ 2003

Guidelines er lavet og implementeret
– hvorfor sulter patienterne stadig?



Patienters oplevelse af underernæring – et kvalitativt interview studie

Demografi:

12 patienter

NRS-2002: 5+

Alder: 23-76 år

Aktuelt indlagt 2-100 dage

Holst M, ESPEN 2008

Patienters oplevelse af underernæring – et kvalitativt interview studie

Temaer:

- 1. Truet på livet
- 2. Fysiske og psykiske ændringer
- 3. Grunde til ikke at spise
- 4. Selvbestemmelse og motivation ved mål
- 5. Medicins betydning
- 6. Forventninger til personalet. Lægens rolle.
- 7. Pårørendes dobbeltrolle
- 8. Betydningen af medpatienter

Patienters oplevelse af underernæring

3. Grunde til ikke at spise

- Tab af appetit
- Mavesmerter
- Andre smerter
- Tidlig mæthedfølelse
- Madens smag og lugt (medicin?)
- Sløvhed og ligegyldighed
- Madlede, kvalme og opkast
- Fokus fra personale (læger og plejepersonale)
- Manglende tilbud om hjælp
- Tilbud om mad og mellemmåltider

Andre studier:

Hartmuller 2004; Lassen 2005;

Meyenfeldt 2005; Orreval 2004;

Pedersen 2005

Holst M, ESPEN 2008

4. Selvbestemmelse og motivation ved mål

- At kende sine behov og sætte sig mål
- Kostregistrering; motivation eller demotivation
- Mål for fysisk aktivitet

Patienters oplevelse af underernæring

6. Forventninger til personalet

- Lægens rolle den vigtigste og afgørende (livredderen)
- Opmærksomhed og handling
- Smerter
- Bivirkninger af medicin
- Holde hvad de lover

Patients oplevelse af underernæring

Patients

Active group

Common for both groups

Passive group

Riskfactors

Stomach pain
Bad taste
Other pain
Side-effect to medication
Feeling alone
Pressure from relatives
No expectations from staff

Lack of appetite
Feeling alone
Feeling of life treat due to weight loss and experiences

Fatigue
Lack of concentration
Lack of memory for instructions
Indifference

Intervention

Self-determination
Motivation by goal setting i.e. registration of food intake and numbers of stairs taken

Attention from physician
Attention from nursing staff comes second, - but is important
Individual care

No motivation possible
Must be cared for by staff taking over
Needs supportive and caring attitude from staff

Mellemmåltider til småt spisende patienter

- Småt-spisende patienter har brug 5-8 energi- og protein rige måltider daglig.
- Mellemmåltider serveres ikke for eller indtages af patienterne.

Lassen 2005; Hickson 2007; Xia 2006

Formål med projekt "Kræsevognen" - målrettede mellemmåltider til syge

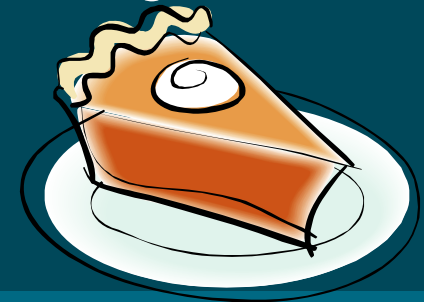
- At bedre kostindtaget hos patienter i ernæringsrisiko

Desuden at undersøge :

- Patient **tilfredshed**
- Patienternes **ønsker** til mellemmåltider
- Muligheden for integrering af "ikke faguddannet personale" der alene har fokus på servering og anretning af mellemmåltider
- At vurdere om "Kræsevognen" kan bruges som flexjob.

Metode

- **Interventionsstudie**
- Bemandet vogn der tilbyder indbydende små energi- og protein-tætte mellemmåltider på stuen på **Infektionsmedicinsk**, **Hæmatologisk** og **Gastro-medicinsk** sengeafdeling.
- **Data**
- Før måling og "under"-måling. Kost-registrering.
- Patienttilfredshed.
- Personalets faglige vurdering.
- Afsætningsanalyse for "fødeemner".



Kræsevognen



Førmåling vs. eftermåling

	Antal Pt / reg.	Alder mean år	BMI mean	Energiindtag (mean % af behov)	Proteinindtag (mean % af behov)
Før	111/ 248	64	22	81	67
Efter	165/ 380	67	23	78	64

p>0,05 ~ NS

- Interventionsbias?
- 966 kostregistreringer ekskluderet.
- Mellemmåltider og p-drikke oftere serveret p<0,005
- Mellemmåltider og p-drikke er relateret til mindre mortalitet, kortere indl. og færre genindlæggelser p<0,05

Resultat af afsætningsanalyse

- Surt
- Sødt
- Salt
- Neutralt
- Unami
- Varmt
- Koldt
- Konsistens; blødt, sprødt, flydende

Konklusion på "kræsevognen"

- Øgning af energiindtag er ikke opnået.
- Patienttilfredshed særdeles positiv.
- Personalet oplever øget fokus på ernæring, bedre tilbud til patienterne og aflastning i arbejdet.
- Integrering af selekterede, ikke faguddannede "flexjobbere" til kræsevognen er en succes.



Personalets perspektiv

Barrierer:

- Mangel på viden
- Mangel på praktisk kundskab og guidelines
- Fokus er tilvejebringelse og servering
- Manglende tid
- For ringe kost-tilbud
- Manglende ledelsesopbakning og fokus
- Uklarhed om ansvarsfordelingen
- Ringe spisemiljø

*Crogan 2003 ; Hansen HV 2001, Holst ESPEN 2004;
Lassen 2005; Lindorff-Larsen 2007; Pedersen PU 2005;
Rasmussen 1999 og 2006*

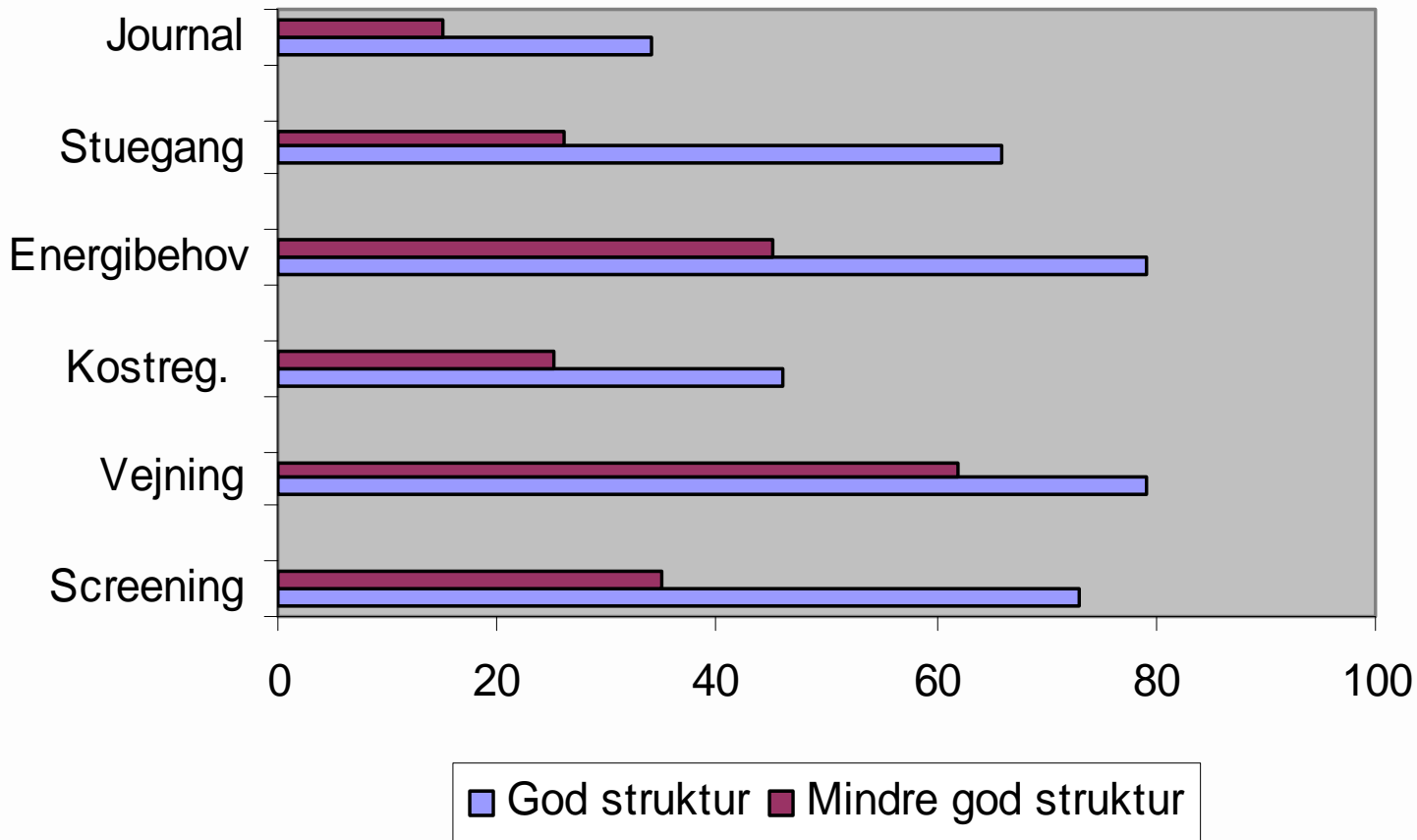
Korrelation mellem organisation og klinisk ernæring

	Attitude	Practice			
	Entirely or largely agree	Yes, this is a routine in all patients at my department			
Nutritional care process	Total group %	Total group %	Departments with w-DS# %	Departments with p-DS# %	P – value*
Nutrition status should be evaluated in all patients on admission	90	27	81	46	0,0001
All patients should be weighed at admission	93	48	83	34	0,0001
Energy intake should be taken in account on wards rounds	92	15	80	32	0,0001
Energy requirements should be determined before prescribing nutrition therapy	97	31	88	41	0,0001
Ongoing checks of risk-patients achieving the desirable level of 24-hour energy intake	97	19	80	57	0,0001
Nutrition care plan should be included in the patients' records	93	13	60	31	0,0001

w-DS = veldefineret struktur og p-DS = dårlig defineret struktur

Holst et al. e-spen journal. In press

Skandinaviske Sygeplejerskers oplevelse af egen praksis



Holst M. e-spen journal 8,2008

Konklusion



- Underernæring er et alvorligt samfundsproblem.
- Ernæringscreening er nødvendig hos alle patienter.
- Risikofaktorer hos patienter i ernæringsrisiko skal identificeres og tages hånd om.
- Mellemmåltider og proteindrikke skal serveres for alle risikopatienter.
- Individuel vurdering og omsorg for den enkelte patient skal vægtes.
- Kostregistrering bruges som motivationsredskab.
- Personalets – ikke mindst lægens opmærksomhed er vigtig for patientens egen indsats.