



BEDRE MAD TIL SYGE - FÆLLESRAPPORT

Erfaringer fra 14 projekter og idéer
til den fremtidige ernæringsindsats

2007

Bedre mad til syge - fællesrapport

Erfaringer fra 14 projekter og idéer til den fremtidige ernæringsindsats

Manuskript: Andreas Christensen, Line-by-Line

Redaktion: Tatjana Hejgaard, Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
URL: <http://www.sst.dk>

Kategori: Udredning

Emneord: Kost; Ernæringsbehandling; Vægttab; Kostregistrering; Underernæring

Sprog: Dansk

Version: 1.0

Versionsdato: 28. februar 2007

Elektronisk ISBN: 978 87-7676-420-6

Format: pdf

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, februar 2007

Copyright: Sundhedsstyrelsen, publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Forord

Ernæringen spiller en afgørende rolle for patienter og andre med svækket helbred. Patienters ernæringsstatus har således stor indflydelse på deres sygdomsforløb og på, hvor hurtigt de kommer sig.

Det anslås, at omkring en tredjedel af indlagte patienter på de danske sygehuse er underernærede. En femtedel er i ernæringsmæssig risiko ved indlæggelsen, og kun en fjerdedel af disse får dækket deres ernæringsbehov under indlæggelsen.

Sundhedsstyrelsen indledte i 2003 indsatsen ”Bedre mad til syge”. Indsatsen omfattede udvikling af et screeningsværktøj, oprettelsen af et internetbaseret idékatalog samt midler til støtte af projekter, som kunne bidrage med mere viden om, hvordan man sætter ernæring på dagsordenen på landets sygehuse og i den primære sundhedssektor.

I denne publikation beskrives de 14 støttede projekter og de erfaringer, der kom ud af dem.

Baseret på erfaringerne fra projekterne og ny viden på området kan det være hensigtsmæssigt, at den fremtidige ernæringsindsats over for syge og svækkede kommer til at omfatte systematisk screening samt dokumentation af ernæringsindsatsen og af, hvilken information patienten har modtaget, samt at behandlingstilbuddet er tilpasset den enkelte patient. Forankring på den enkelte sygehusafdeling og rutinemæssige procedurer vil kunne gøre ernæringsindsatsen til en integreret del af behandling og pleje, og samarbejde med primærsektoren vil kunne fremme muligheden for en koordineret ernæringsbehandling før, under og efter indlæggelse.

Sundhedsstyrelsen håber med denne rapport at kunne inspirere og kvalificere det videre arbejde med patienternes ernæring, således at vi på sigt får flere erfaringer og bedre dokumentation på området.

Sundhedsstyrelsen, februar 2007

Else Smith

Konstitueret medicinaldirektør

Indhold

1	Indledning	5
1.1	Underernæring på sygehusene	5
1.2	Baggrunden for indsatsen "Bedre mad til syge"	6
1.3	Rammer for ansøgningspuljen	8
1.4	Rapportens opbygning	8
2	Ny viden på området	9
2.1	Erfaringer fra de 14 støttede projekter	9
2.1.1	Kvalitetsvurdering af ernæringsindsatsen	9
2.1.2	Patientinddragelse	11
2.1.3	Samarbejde med primærsektoren	12
2.2	Anden ny viden på området	13
2.2.1	Underernærede patienter – problemets omfang	13
2.2.2	Screening og ernæringsbehandling	14
2.2.3	Ændrede barrierer	14
2.2.4	Større viden om årsagerne	14
2.2.5	"Manglende appetit" – hvad dækker det?	15
2.2.6	Ernæringsbehandling og komplikationer	15
3	Idéer og perspektiver for den fremtidige ernæringsindsats	16
3.1	Idéer opstillet efter de tre fokusområder	16
3.1.1	Kvalitetsvurdering af ernæringsindsatsen	16
3.1.2	Patientinddragelse	16
3.1.3	Samarbejde med primærsektoren	17
3.2	Perspektiver for den fremtidige ernæringsindsats	17
3.2.1	Screening for ernæringsrisiko – en god start	17
3.2.2	Etablering af nøglepersoner	17
3.2.3	Synlig ernæringsindsats via forebyggelseskoder	17
3.2.4	Ernæringsbehandling – en klinisk færdighed	18
3.2.5	Nurse-modellen og de specifikke behov	18
3.2.6	Ledelsens fokus	18
3.2.7	Regional kostpolitik og sygehusenes indsats	18
4	Bilagsfortegnelse	19

1 Indledning

1.1 Underernæring på sygehusene

Omkring en tredjedel af patienterne på danske sygehuse skønnes at være underernærede¹. Ifølge projektet Underernæring på Sygehuse i 2002 (UPS) er en femtedel af patienterne i ernæringsmæssig risiko ved indlæggelsen, og kun en fjerdedel af disse patienter får dækket deres ernæringsbehov under indlæggelsen².

Flere undersøgelser har vist, at sygdomsbetinget underernæring og hurtigt vægttab under sygdom har en negativ indflydelse på sygdomsforløb og behandlingsresultater. Følgerne af underernæring er bl.a. tab af muskelmasse, svækket immunforsvar, nedsat sårheling, infektioner og risiko for udvikling af liggesår. De psykiske følger er bl.a. træthed, apati, svækket hukommelse og depression.

Årsagerne til underernæring på sygehus kan tilskrives både forhold hos patienten og på sygehuset. Hos patienten er den primære årsag appetitløshed kombineret med det øgede behov for næringsstoffer (især energi og protein), der ledsager de fleste sygdomme i 'aktiv fase' (stress-metabolisme). Sygdomme og symptomer (f.eks. fejlsynkning og forsnævninger i mave-tarm-kanalen) kan derudover bidrage til et nedsat fødeindtag, ligesom smerter og spænding over den belastende situation, patienten befinder sig i, kan påvirke lysten til at spise. Hos nogle patienter er det netop vægttab og begyndende underernæring, der fører til lægebesøg og sygehusindlæggelse. På sygehuset er manglende opmærksomhed på ernæringsproblemer i høj grad en medvirkende årsag til underernæringen³. Afhjælpning af appetitløshed skal således opfattes som et af de problemer, patienten er indlagt for.

En omfattende amerikansk undersøgelse af ca. 800 indlæggelsesforløb⁴ har vist, at forekomsten af komplicerede indlæggelser er ca. tre gange højere blandt underernærede patienter end blandt ikke-underernærede patienter. Ligesom på danske sygehuse er ca. 30 % af patienterne i undersøgelsen underernærede. En skotsk undersøgelse har vist, at 75 % af de patienter, som var underernærede ved indlæggelsen, var endnu mere underernærede ved udskrivelsen⁵.

Underernæring har store menneskelige omkostninger, men problemet rummer også et økonomisk aspekt. Det vurderes, at man kan spare mere end en milliard kroner om året i det danske sygehusvæsen ved at interessere sig for patienternes ernæring

¹ Det Europæiske Selskab for Klinisk Ernæring og Metabolisme (ESPEN) definerer underernæring som en mangel på energi, protein og andre næringsstoffer, som medfører vægttab, en forringelse af kropssammensætningen og reducerede fysiologiske funktioner samt et ringere klinisk forløb.

I praksis kan anvendes: BMI < 20,5, vægttab > 5 % af sædvanlig vægt og/eller > 1 uges kostindtag < 75 % af det nødvendige behov i forbindelse med bestående sygdom.

Referencer:

Lochs H, Allison SP, Meier R, et al. Introductory to the ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Terminology, Definitions and General Topics. *Clinical Nutrition* 2006;25:180-6.

Kondrup J, Allison SP, Elia M, et al. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. *Clinical Nutrition* 2003;22:415-421.

² Kondrup J, Johansen N, Plum LM, et al. Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. *J. Clin. Nutr.* (2002) 21 (6): 461-468.

³ Kondrup J, Ovesen LF. Ernæring på sygehuse. *Ugeskrift For Læger* 1997;159(24):3755-9.

⁴ Reilly JJ, Hull SF, Albert N, Waller A, Bringardener S. Economic impact of malnutrition: a model system for hospitalized patients. *J Par Ent Nutr* 1988;12:371-376.

⁵ McWhirter JP, Pennington CR. Incidence and recognition of malnutrition in hospital. *Br Med J* 1994;308(6934):945-8.

på sygehuset. Ifølge en cost-benefit-analyse fra Fødevaredirektoratet⁶ (nu Fødevarerstyrelsen) af ernæringsindsatsen til underernærede medicinske og kirurgiske patienter vil den årlige nationale besparelse ved en ernæringsindsats i form af sonde-, parenteral- og tilskudsernæring på danske sygehuse udgøre ca. 0,6 mia. kr. Besparelsen opnås ved, at indlæggelsestiden forkortes. Andre ca. 0,6 mia. kr. kan spares under indlæggelsesforløbet ved en lavere sengedagsudgift, et lavere medicinforbrug og færre reoperationer. Sengedagsprisen for en underernæret patient er ca. 22 % højere end for en ikke-underernæret patient.

En systematisk oversigt af alle studier af tilskudsdrikke eller sondeernæring⁷ viser, at ernæringsintervention øger overlevelsen. Denne positive effekt af en ernæringsintervention genfindes i en metaanalyse af 67 kontrollerede undersøgelser med 4.700 patienter, hvor ernæringsintervention øger overlevelsen og reducerer forekomsten af henholdsvis komplikationer og infektioner⁸.

1.2 Baggrunden for indsatsen "Bedre mad til syge"

Fra midten af 90'erne kom der både på nationalt og europæisk niveau større opmærksomhed omkring ernæringens betydning i forbindelse med et svækket helbred og under egentlig sygdom.

I Danmark nedsatte sundhedsministeren i 1994 en arbejdsgruppe, der skulle gennemgå den offentlige kostforplejning, og i 1997 kom Levnedsmiddelstyrelsens (nu Fødevarestyrelsens) "Betænkning om offentlig kostforplejning nr. 1334"⁶, som gav anbefalinger til forbedring af kostforplejningens kvalitet og påpegede mangler og barrierer i forhold til implementering af en god kostpolitik. Disse omfattede metoder til screening og monitorering af patienternes ernæringsstatus, metoder til organisering og kvalitetssikring af kostforplejningen, bedre information til patienterne omkring de forskellige tilbud, klar ansvarsfordeling og samarbejde mellem involverede personalegrupper.

Europarådet etablerede en arbejdsgruppe, der skulle beskrive ernæringsindsatsen på de europæiske sygehuse samt udarbejde anbefalinger for den ernæringsmæssige del af behandlingen og forslag til procedurer for at optimere ernæringsindsatsen. I 2001 kom en rapport⁹, der opsummerede fem barrierer i forhold til at sikre tilstrækkelig ernæring af patienter på sygehusene. Barriererne omfattede: Manglende klart definerede ansvarsområder inden for planlægning og administration af ernæringsbehandling, manglende eller utilstrækkelig ernæringsmæssig uddannelse i alle personalegrupper, manglende patientindflydelse og viden, manglende koordinering og samarbejde mellem de forskellige personalegrupper, samt manglende interesse og opbakning fra ledelsen.

⁶ Offentlig kostforplejning i Danmark, Bind I-II. Betænkning fra udvalget om offentlig kostforplejning. Betænkning nr. 1334. Levnedsmiddelstyrelsen, 1997.

⁷ Potter J, Langhorne P, Roberts M. Routine protein energy supplementation in adults: systematic review. Br Med J 1998;317(7157):495-501.

⁸ Stratton R J, Green C J, Elia M. Disease-related Malnutrition. An Evidence-based Approach to Treatment. CABI Publishing, Wallingford, United Kingdom, 2003.

⁹ Food and nutritional care in hospitals: How to prevent undernutrition. Report and guide-lines (provisorial edition). Partial Agreement in the Social and Public Health Field. Council of Europe, 2003.

Rapporten førte i 2003 til en resolution fra Europarådet¹⁰, der anbefaler, at hvert enkelt lands regering

- udarbejder og implementerer nationale anbefalinger for kost og ernæringsbehandling
- arbejder for at fremme kost og ernæringsbehandling i offentligt regi
- sikrer udbredelsen af kendskabet til resolutionens indhold til alle relevante parter

Med udgangspunkt i den danske betænkning og Europarådets rapport bad regeringen i 2001 Sundhedsstyrelsen om at se på følgende områder af den offentlige kostforplejning:

- mad og kostvejledning til patienter i ernæringsmæssig risiko
- god måltidsservice til alle patienter
- støtte til forskning og udvikling på området

Sundhedsstyrelsen indledte derfor i 2003 indsatsen ”Bedre mad til syge”, som skulle danne grundlag for en kvalificeret indsats over for svage ældres og syges ernæring ved at give personalet på sygehuse og i ældreplejen vejledning og inspiration til at yde en optimal ernæringsindsats over for deres klienter. Indsatsen er nærmere beskrevet på www.bedremadtilsyge.sst.dk.

Indsatsen ”Bedre mad til syge” omfatter tre dele:

- en vejledning
- et idékatalog
- en ansøgningspulje

”Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister. Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko”, som blev udgivet i 2003, giver praktiske retningslinjer for, hvordan man screener og behandler patienter i ernæringsmæssig risiko.

Idékataloget ”Bedre mad til syge. Hvorfor? Hvordan?” er udarbejdet i samarbejde med Fødevarestyrelsen og findes dels som pjece, dels som en netbaseret udgave. Kataloget fungerer som en erfaringsbank, som brugerne løbende kan opdatere. Det beskriver eksempler på god ernæringspraksis fra landets sygehuse, som kan inspirere regionerne til, som led i sundhedsplanlægningen, at vedtage overordnede retningslinjer for sygehuskosten samt inspirere sygehusledelsen og de enkelte afdelinger til at udarbejde en kostpolitik, der passer til det aktuelle patientgrundlag.

Indsatsen blev yderligere understøttet af en pulje på fem millioner kroner til støtte af 1-3-årige projekter, der kunne bidrage med erfaringer fra en målrettet indsats over for syge i ernæringsmæssig risiko. Målet med puljen var erfaringsopsamling, videnudveksling og bidrag til metodeudvikling inden for arbejdet med ernæring i klinisk praksis.

¹⁰ Resolution ResAP (2003)3 on food and nutritional care in hospitals (www.coe.int).

1.3 Rammer for ansøgningspuljen

For at komme i betragtning til støtte fra ”Bedre mad til syge”-puljen skulle projekterne:

- tage afsæt i Sundhedsstyrelsens ”Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister. Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko”
- indeholde en plan for dokumentation og evaluering af projektet til fremtidig brug for andre
- beskrive, hvordan erfaringer og resultater fra projektet ville indgå i den fremtidige drift

Derudover prioriterede Sundhedsstyrelsen projekter med fokus på et eller flere af områderne:

- Kvalitetsvurdering af ernæringsindsatsen – herunder metoder til indsamling og journalisering af indikatorer
- Patientinddragelse – herunder patientmotivation og -information
- Sygehusenes samarbejde med den primære sundhedssektor om en ernæringsindsats før og efter indlæggelse.

Der var 55 ansøgninger til puljen svarende til et samlet beløb på 27 mio. kr. I alt modtog 14 1-3-årige projekter hel eller delvis støtte, og de sidste projekter afrapporteredes til Sundhedsstyrelsen i juni 2006.

1.4 Rapportens opbygning

Denne rapport formidler de væsentligste erfaringer fra de 14 støttede projekter under puljen ”Bedre mad til syge”. Rapporten giver desuden gode idéer til den fremtidige ernæringsindsats.

- Kapitel 1** beskriver baggrund og rammer for indsatsen ”Bedre mad til syge”.
- Kapitel 2** opsummerer erfaringer fra de gennemførte projekter, belyst ud fra puljens tre fokusområder, samt anden ny viden på området.
- Kapitel 3** indeholder en samlet vurdering af erfaringerne fra de støttede projekter. Kapitlet giver desuden idéer og perspektiver i forhold til den fremtidige indsats.
- Bilaget** omfatter et resumé af hvert enkelt af de støttede projekter, baseret på de afrapporteringer, som Sundhedsstyrelsen har modtaget fra projekterne.

2 Ny viden på området

Dette kapitel opsummerer erfaringerne fra de gennemførte projekter, belyst ud fra puljens tre fokusområder:

- Kvalitetsvurdering af ernæringsindsatsen – herunder metoder til indsamling og journalisering af indikatorer
- Patientinddragelse – herunder patientmotivation og -information
- Sygehusenes samarbejde med den primære sundhedssektor om en ernæringsindsats før og efter indlæggelse.

De enkelte projekter er nærmere beskrevet i bilaget side 16.

Kapitlet sammenfatter desuden anden ny viden på området, herunder barrierer og muligheder i forhold til implementering af en målrettet ernæringsindsats.

2.1 Erfaringer fra de 14 støttede projekter

2.1.1 Kvalitetsvurdering af ernæringsindsatsen

Alle 14 projekter havde indsatser inden for dette fokusområde.

2.1.1.1 Screening og kostregistrering

Projekternes succes med screening af patienter i ernæringsrisiko har været blandet. Nogle projekter har kunnet registrere, at det øgede fokus på screening har medført en væsentlig mere komplet screening af patienterne. Således har fx projekt nr. 9 i løbet af projektperioden registreret en stigning i andelen af patienter, der bliver kostregistreret, fra 75 % til over 90 %.

Det hører dog med til billedet, at udgangspunktet for andre projekter har været en lav andel af screenede patienter (for flere projekter helt ned til omkring en tredjedel af patienterne). Nogle projekter har trods en positiv udvikling oplevet et meget stort spænd mellem projektets mål og det meget lavere antal screeninger, man rent faktisk fik gennemført. En del projekter anfører, at det er forbundet med vanskeligheder for personalet at screene patienter for ernæringsrisiko. Det tager tid at lære at bruge de nye redskaber, og den grundige dokumentation, der ligger i udførelsen af ernæringsscreening og monitorering, er meget tidskrævende, som projekt nr. 1 påpeger.

Flere projekter oplever således det problem, at da hverdagen i forvejen er præget af stor travlhed, bliver screening og dokumentation af patienternes ernæringsbehandling til ekstraopgaver, som let nedprioriteres. Projekt nr. 8 fortæller, at en del blandt personalet fandt screeningsredskaberne uoverskuelige, og man er derfor i gang med at revidere sygeplejearkene, så de bliver mere brugervenlige, for at sikre den videre implementering.

Projekt nr. 5 anfører, at andelen af plejepersonale, der sikrede, at patienterne blev ernæringsscreenet, steg, og det samme gjorde den systematiske kostvejledning, idet

personalet ved projektets afslutning var blevet langt bedre til at udarbejde kostplaner.

En sådan øget interesse blandt personalet for at gennemføre en mere bevidst og effektiv ernæringsindsats over for patienter i ernæringsrisiko opleves i mange af projekterne.

2.1.1.2 Uddannelse af personale

Mange af projekterne understreger, at der er et stort behov for mere uddannelse, hvis ernæringsindsatsen skal forbedres, og undervisning og træning er da også indgået i de fleste af projekterne. Mange føler sig ikke tilstrækkeligt rustet til at gennemføre en kvalificeret ernæringsregistrering og -behandling. Det gælder ikke kun personalet på sygehusene. Også i primærsektoren opleves et behov for undervisning i at opfange ernæringsproblemer hos patienterne, hvilket fx belyses i projekt nr. 11. I projekt nr. 12 anbefales det, at de sosu-hjælpere, der er tættest på borgerne, sikres redskaber og opdateret viden til at kunne motivere og vejlede småtspisende ældre.

En del projekter fremhæver, at det er nødvendigt at uddanne nøglepersoner på ernæringsområdet, som kan være tovholdere for indsatsen på den enkelte afdeling. Fx anfører projekt nr. 5, at behovet for undervisning har været større end ventet.

Projekt nr. 3 påpeger, at projektets positive resultater er betinget af etableringen af en velfungerende gruppe af sygeplejersker og sosu-assistenter, som er interesserede i ernæring og kirurgisk sygepleje. Projektet peger på temadage om ernæring, efteruddannelse til sygeplejersker og mulighed for, at sosu-assistenten kan deltage i et kursus om ernæring.

I en del projekter har man forankret nøglepersonmodellen. Det gælder fx projekt nr. 2, hvor man tilbyder sygeplejersker en særlig uddannelse som ernæringsnøglepersoner. Der har dog blandt sygeplejerskerne været en vis tilbageholdenhed over for dette tilbud, fordi det at være nøgleperson indebærer at skulle give kolleger kritik.

I projekt nr. 4 har man i forlængelse af projektet fastansat ernæringsassistenter i to af de tre relevante afsnit og forventer i 2007 et oprette en tilsvarende i det tredje afsnit. Man kan se, at screeningen går betydeligt bedre på de afsnit, som har en ernæringsassistent ansat. Samme sted har man på det akutte modtageafsnit, ambulatoriet og det elektive afsnit i stedet uddannet nøglepersoner, som kan vejlede personalet.

Indholdet af uddannelserne spænder fra viden om ernæring og om risikopatienter over brug af computeren til registrering og til bestilling af måltider og endelig for nøglepersonernes vedkommende til projektledelse, kommunikation og vejledning.

Der kan også være tale om at inddrage diætister, som ellers ifølge flere projekter er en vigende faggruppe på afdelingerne. Projekt nr. 6 peger således på, at patientens kostindtagelse påvirkes positivt af, at kostinterventionen varetages af én gennemgående person med stor faglig indsigt, fx en diætist.

2.1.1.3 Personalets motivation

I mange projekter er det nødvendigt at arbejde med personalets motivation for at gøre en ekstra indsats over for underernæring. Her har flere projekter erfaring med, at nøglepersonen kan fungere som ”mønsterbryder”, som det udtrykkes i projekt nr. 6.

Når indsatsen først er kommet i gang, er personalets interesse typisk steget. Projekt nr. 8 har fx oplevet en stigende interesse blandt personalet for at ”gøre noget” for patienter i ernæringsmæssig risiko. Efterhånden som stadig flere patienter blev kostregistreret, oplevede personalet at få bedre muligheder for at vurdere behovet for og mængden af sondekost.

I andre projekter er det kun i ringe grad lykkedes at motivere personalet som en aktiv partner i projektet, som derfor mest har hvilet på den projektansvarlige.

Når personalet oplever at få større viden, nye redskaber, større kendskab til andre aktørers muligheder og bedre samarbejdsoplevelser, kan den indledningsvis skepsis over for nye opgaver overkommes, som man fx kan se det i projekt nr. 12.

2.1.2 Patientinddragelse

Projekt 3-14 havde indsatser inden for dette fokusområde.

Projekter, der inddrager patienterne i ernæringsbehandlingen, fx ved at give dem valgmuligheder eller vejledning i, hvordan de får spist tilstrækkeligt, får positiv respons fra patienterne. Det gælder ikke mindst de projekter, hvor kostinterventionen varetages af én gennemgående person.

Den individuelle tilgang til patienten ser ud til at være velegnet til at få patienten til at spise mere. I projekt nr. 9 viste det sig, at patienterne i stort tal benyttede sig af muligheden for individuel bestilling af mad. Projektet fremhæver fleksibiliteten, valgfriheden og den individuelle tilpasning af menuerne. Men samtidig viste det, at selve serveringen af måltidet, samt hvor lødig kosten er, har stor betydning for, om patienten overkommer at spise det. Selvom valgfrihed i forhold til mad og måltider kan få patienterne til at spise mere, kan valgfrihed ikke alene sikre, at patienterne får dækket deres næringsbehov.

Også i projekt 10 var patienterne glade for et individuelt bestillingstilbud af mad i form af færdigpakkede mellemmåltider, som de kunne spise, når de havde lyst. Indsatsen var også her kombineret med en pædagogisk indsats. Projektet erfarede dog, at patienter og personale kan have modsætningsfyldte synsvinkler. Når patienterne eksempelvis taler subjektivt om appetitløshed, så taler personalet om småtspisende patienter, der betegnes som en stor og ensartet gruppe i afdelingen i lighed med diabetespatienter. Patienterne taler om individuelle løsninger ud fra egne erfaringer, mens personalet taler om rutiner og travlhed og betegner det individuelle fokus som en ekstra indsats.

Ernæringstruede kræftpatienter og deres pårørende var meget motiverede for at gøre en aktiv indsats for at forbedre deres ernæringsstatus, når de fik mundtlig og skriftlig kostvejledning, som erfaret i projekt nr. 7.

Patienter kan også have stor interesse i, at sygehuset fastholder ernæringsfokuset, når de ikke er indlagt. Projekt nr. 6 oprettede i forlængelse af projektet et sygeplejeambulatorium, hvor alle hæmodialysepatienter hver anden måned skriftligt inviteres til at deltage, og faktisk deltager 95 % af de inviterede patienter. De får her tjekket deres ernæringstilstand og motiveres derigennem til en ekstra indsats omkring kost og motion.

Mange patienter vil have brug for, at ernæringsbehandlingen fortsætter efter udskrivelsen fra sygehuset. Projekt nr. 11 har fx opfyldt dette ved hjælp af en udgående diætist, som besøgte udvalgte patienter i op til et år efter udskrivelsen. Projektet foreslår, at tilbuddet om hjemmebesøg suppleres med et tilbud om ernæringsbehandling på ambulatorium eller hos egen læge for de patienter, som ikke ønsker besøg i hjemmet.

Dokumentation af ernæringsindsatsen er ikke nødvendigvis ensbetydende med, at der også er fokus på patientinformationen. Således erfarede man i projekt nr. 1, at ernæringen var veldokumenteret i plejepapirernes daglige notater. Dokumentation for information til patienten fandtes imidlertid kun sporadisk i journalerne.

En erfaring fra projekt nr. 3 er, at selvom patienterne er screenet, er de ofte ikke klar over, præcis hvilken kostform de skal have, eller at de kan vælge noget andet end det tilbudte. Projektet fremhæver derfor, at afdelingen bør fokusere mere på at inddrage patienterne i egen kost. I stedet for en separat ernæringsinformationsfolder har man derfor valgt at lade ernæringsinformationen indgå i de patientinformationsfoldere, som er udarbejdet til forskellige diagnosekategorier i afdelingen.

2.1.3 Samarbejde med primærsektoren

Projekt 11-14 havde indsatser inden for dette fokusområde.

Projekt nr. 11 konstaterer, at der i primærsektoren er en klar interesse for ernæringsterapi, som dog opfattes som en opgave, der kræver særlig visitation og ressourcefordeling. Der er endvidere hos praktiserende læger og i hjemmeplejen behov for mere information om og undervisning i at opfange ernæringsproblemer hos de syge og for bedre henvisningsmuligheder til klinisk diætist eller sygehusafdeling.

Udviklingen af en samarbejdsmodel mellem sygehuset og den kommunale hjemmepleje var målet i projekt nr. 12, som bl.a. skulle give hjemmeplejen bedre mulighed for at henvise til den geriatriske klinik på sygehuset, samtidig med at hjemmeplejen fik mulighed for at tilbyde ernæringsterapi. Projektet nedbrød barrierer og skabte en øget grad af videndeling og dialog mellem de to sektorer. Projektet anbefaler bl.a., at en resourceperson ansættes til at fastholde kontakten, og at sygeplejepikriserne tydeligt beskriver patienternes ernæringsstatus ved udskrivelsen.

Også projekt nr. 14 har arbejdet med en samarbejdsmodel, som kan gøre det muligt for primærsektoren at fortsætte ernæringsindsatsen efter patientens udskrivelse. Projektet viste, at mens næsten alle journaler fra sygehuset indeholder tilfredsstillende ernæringsoplysninger, så mangler de relevante data i op mod en tredjedel af epikriserne. Der var begrænset interesse for undervisningstilbud blandt praktiserende læger og hjemmesygeplejersker, men informationsmateriale blev positivt modtaget, og projektet har medført, at sygehus, almen praksis og hjemmeplejen i dag anvender samme ernæringsscreening og giver samme patientinformation. Både

sygehus og praktiserende læge kan få assistance fra en hjemmesygeplejerske til patienter med ernæringsproblemer.

Det er vigtigt, at screening og kostregistrering af patienter i ernæringsrisiko ikke kun foregår på sygehuset, men også i hjemmeplejen. Det har man arbejdet med i projekt nr. 13, som anbefaler, at man fokuserer på patientforløbene, når en borger/patient udskrives fra eller henvises til sygehus. Projektet foreslår, at der i hjemmeplejen etableres en ernæringsorganisation, ligesom ernæringsindsatsen aktivt bør inddrages i de forebyggende hjemmebesøg.

Projekt 8 havde ikke direkte fokus på primærsektoren, men projektet viste, at et stort antal patienter er indlagt så kort tid, at der ikke foretages en sekundærscreening på sygehuset. Derfor foreslår projektet samarbejdet mellem sygehuset og primærsektoren forbedret, så der bliver fulgt op i forhold til identificerede risikopatienter.

2.2 Anden ny viden på området

Dette afsnit bygger på et interview med professor, overlæge, dr.med. Jens Kondrup fra Den Kgl. Veterinær- og Landbohøjskoles Institut for Human Ernæring samt Ernæringsenheden under Rigshospitalet, der i mange år har arbejdet med området.

2.2.1 Underernærede patienter – problemets omfang

Den skotske undersøgelse omtalt i indledningen, der viste, at 75 % af de patienter, som var underernærede ved indlæggelsen, var endnu mere underernærede ved udskrivelsen, er 12 år gammel. Men nyere danske undersøgelser¹¹ har tilsvarende vist, at jo længere tid folk har været indlagt, jo større vægttab har de.

Projektet Underernæring på sygehuse (UPS) fra 2002 viste, at kostindtaget kun dækkede minimumsbehovet hos omkring 40 % af patienterne. En ny undersøgelse fra H:S i 2005 (publiceret i august 2006) viser, at dette billede ikke har ændret sig¹².

Minimumsbehovet for ernæring er fastsat således, at hvis man indtager mindre end minimumsbehovet, vil man helt sikkert tabe sig. Eftersom kun 40 % af patienterne fik dækket deres minimumsbehov i UPS-projektet, kan man gå ud fra, at 60 % af patienterne uden en ernæringsmæssig indsats ville tabe sig.

Gentagne audits på H:S-sygehuse og rapporten fra H:S omtalt i note 9 viser, at forholdet er det samme i dag som i 2002: Kun 40-50 % af de indlagte patienter får dækket et minimumsbehov for ernæring og taber sig derfor under indlæggelsen.

I forbindelse med undersøgelserne bør dog nævnes, at UPS-projektet fra 2002 undersøgte alle nyindlagte patienter, mens H:S-undersøgelsen fra 2006 kun undersøgte afdelinger med særlig høj forekomst af risikopatienter. Det er således muligt, at situationen i dag er bedre end antydnet ud fra H:S-undersøgelsen.

¹¹ Holm L, Kondrup J, Andersen JR, Glindvad J. H:S kvalitetsudviklingsprojekt: uddybende audit af brugen af H:S Ernæringsscreeningsskema - og årsager til utilstrækkeligt kostindtag

¹² H:S kvalitetsudviklingsprojekt. Uddybende audit af brugen af H:S Ernæringsscreeningsskema. Årsager til utilstrækkeligt kostindtag. H:S Ernæringskomité, august 2006.

2.2.2 Screening og ernæringsbehandling

Generelt har personalet på de enkelte afdelinger rundt om i landet fået en anden bevidsthed om ernæringsproblemerne. Det nationale kvalitetsudviklingsprojekt ”Den gode medicinske afdeling” (www.dgma.dk) har bl.a. vist, at stadig flere patienter bliver screenet og får lagt en ernæringsplan, hvilket er bekræftet i det nationale indikatorprojekt, NIP¹³. I 2003 blev 51 % af patienterne ernæringsscreenet i løbet af indlæggelsen, i 2004 var andelen 54 %, i 2005 61 % og i 2006 73 %.

Tilsvarende resultater har man set i H:S’ akkrediteringsprojekt i 2002 og 2005 under den amerikanske Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (www.jointcommissioninternational.com).

2.2.3 Ændrede barrierer

Andelen af underernærede på sygehusene ser ikke ud til at have ændret sig, men barriererne for at gøre noget ved underernæringsproblemet på sygehusene i dag er nogle helt andre end dem, man så i UPS-projektet¹⁴, Levnedsmiddelstyrelsens Betænkning¹⁵ og i Europarådets rapport¹⁶.

En af de anførte hovedbarrierer var manglende ledelsesopbakning. Således angav UPS-projektet, at patienterne ikke blev screenet, fordi screening ikke var defineret blandt sygehuspersonalets opgaver. Derudover påpegede personalet, at der manglede uddannelse. Både blandt læger og sygeplejersker var der usikkerhed om, hvad patienterne havde brug for, og de manglede også viden om, hvor meget energi og protein der var i hospitalets mad.

Ud over manglende ledelse og manglende uddannelse pegede sygeplejerskerne i UPS-projektet på manglende appetit hos patienterne som en tredje hovedårsag til underernæringsproblematikken.

I H:S-undersøgelsen fra 2006¹⁷ spurgte man sygeplejersken, hvorfor patienten ikke spiste op. De barrierer, som hyppigst blev nævnt, var, at patienten ikke er motiveret, ikke har kræfter eller har kvalme/opkastning.

H:S-undersøgelsen tydeliggjorde, at alle er klar over, at ernæring er et højt prioriteret område, i hvert fald i H:S. Ingen angiver således, at ledelsen på afdelingen nedprioriterer ernæringsspørgsmålet, eller at der mangler uddannelse og værktøjer.

2.2.4 Større viden om årsagerne

H:S-undersøgelsen er unik, også i international sammenhæng, da den undersøger en række konkrete patienthændelser, hvilket gør svarene meget pålidelige. Undersøgelsen har givet større viden om årsagerne til patienternes underernæring, og der tegner sig et meget komplekst billede. Blandt de 111 underernærede patienter med utilstrækkeligt kostindtag (< 75 %) angav hver sygeplejerske i gennemsnit tre for-

¹³ Det nationale indikatorprojekt (www.nip.dk)

¹⁴ Se reference 2.

¹⁵ Se reference 6.

¹⁶ Se reference 9.

¹⁷ Se reference 12.

skellige årsager til patientens underernæring. Det viste sig, at der var 76 unikke kombinationer af årsager, og kun 11 af patienterne delte de samme to årsager, som var kvalme/opkastning og manglende motivation for at spise.

Der er altså tale om en meget sammensat problemstilling, hvilket indebærer, at løsningen heller ikke er enkel. Det er fx ikke tilstrækkeligt blot at tilføre flere økonomiske midler til køkkenet for at bedre madens kvalitet, idet madens kvalitet er en meget lille del af problemet¹⁸.

2.2.5 "Manglende appetit" – hvad dækker det?

I UPS-projektet havde personalet mulighed for at angive "manglende appetit" som årsag til, at patienterne ikke fik mad nok. Dette ændrede man i H:S-undersøgelsen, fordi man indså, at svaret dækkede over alt for mange årsager til den manglende appetit. Hvis fx 30 % af alle patienter var dehydrerede, når de blev indlagt, og 75 % af disse var endnu mere dehydrerede, når de forlod sygehuset, ville manglen- de tørst ikke blive accepteret som årsag til, at de blev endnu mere dehydrerede.

De ændrede svarmuligheder resulterede i, at personalet fx angav, at patienten havde kvalme og opkastninger, var for svag til at spise eller ikke kunne motiveres til at spise mere, hvilket dækker over flere aspekter af "manglende appetit".

2.2.6 Ernæringsbehandling og komplikationer

Den nyeste viden om underernæring på sygehuse er samlet i bogen "Disease-Related Malnutrition"¹⁹. Den beskriver bl.a., hvor mange underernærede der findes blandt forskellige patientgrupper i forskellige dele af sundhedssystemet. En meta-analyse over alle eksisterende interventionsstudier viser desuden, at forekomsten af komplikationer under indlæggelsen (defineret som uventede begivenheder såsom infektion under indlæggelsen, reoperation mv.) blandt kirurgiske og medicinske patienter bliver reduceret fra 44 % til 28 %, mens dødeligheden falder fra 24 % til 17 %, hvis man behandler patienternes underernæring. Der er således god mening i at sætte ind på ernæringsområdet for at optimere det samlede patientforløb.

¹⁸ Se reference 12.

¹⁹ Se reference 8.

3 Idéer og perspektiver for den fremtidige ernæringsindsats

Dette kapitel indeholder en samlet opsamling af erfaringerne fra ”Bedre mad til syge”, opstillet som en række idéer og perspektiver i forhold til den fremtidige indsats.

3.1 Idéer opstillet efter de tre fokusområder

3.1.1 Kvalitetsvurdering af ernæringsindsatsen

- Både sygehuset og de enkelte afdelinger kan sørge for, at der indføres systematiske screeningsprocedurer over for alle patienter i ernæringsmæssig risiko.
- Identifikationen af risikopatienter kan følges op af et ernæringsbehandlingstilbud, som er tilpasset den enkelte patientgruppe og samtidig har indbygget fleksibilitet, så det kan imødekomme den enkelte patients behov og ønsker.
- Ernæringsindsatsen vil med fordel kunne forankres på den enkelte afdeling. Dette kan fx ske ved at uddanne ernæringsnøglepersoner blandt plejepersonalet eller inddrage faggrupper med særlig viden om ernæring som fx diætister.
- Gennem etablering af faste procedurer kan man sikre en dækkende dokumentation af både den gennemførte ernæringsbehandling og af, hvilken information der er givet til patienten.
- Personalet på sygehuset og i primærsektoren vil have brug for redskaber og uddannelse, hvis screening og dokumentation skal gøres til en integreret del af behandling og pleje. Dette indebærer registreringsredskaber, der er nemme at anvende, og samtidig vil det være hensigtsmæssigt at arbejde med personalets forståelse af betydningen af en systematisk ernæringsbehandling. Det er vigtigt at sætte realistiske, men ambitiøse mål for screening og dokumentation.

3.1.2 Patientinddragelse

- Både sygehuset og primærsektoren kan med fordel informere patienten om ernæringsrisiko og behandlingens formål, så patienterne får mulighed for at blive aktivt inddraget i ernæringsbehandlingen.
- Det vil være en god idé at tilrettelægge ernæringstilbuddet, så patienten får en udstrakt valgmulighed og aktivt støttes i at få den optimale næring. I den forbindelse kan personalets tilstedeværelse i spisesituationen fremme patientens mulighed for at følge ernæringsanbefalingerne.
- Hvis ernæringsbehandlingen afdækker de konkrete barrierer for, at den enkelte patient kan få tilstrækkelig næring, kan behandlingen målrettet forsøge at overkomme disse barrierer.

3.1.3 Samarbejde med primærsektoren

- Hvis sygehuset tager initiativ til at udvikle en passende samarbejdsmodel med primærsektoren, kan man sikre, at sygehusets ernæringsbehandling er koordineret med behandlingen før og efter indlæggelse.
- Screening af patienter i ernæringsrisiko kan ske både i primær- og sekundærsektoren, og det vil være en fordel at gøre ernæringsindsatsen til en integreret del af behandling og pleje i begge sektorer.
- Hvis epikrisen indeholder de nødvendige oplysninger om patientens ernæringsituation og den gennemførte behandling, vil det blive muligt for patientens praktiserende læge eller hjemmeplejen at fortsætte behandlingen i umiddelbar forlængelse af udskrivelsen.

3.2 Perspektiver for den fremtidige ernæringsindsats

3.2.1 Screening for ernæringsrisiko – en god start

I Holland screenede man samtlige ca. 25.000 institutionaliserede voksne for ernæringsrisiko, både på sygehus og plejehjem, som første trin i et igangværende nationalt projekt. Screening er en god idé for at identificere alle de patienter, der har brug for ernæringsbehandling. Screening understøttes af Sundhedsstyrelsens vejledning fra 2003²⁰ og var da også et obligatorisk krav ved akkreditering af sygehuse i H:S i 2002 og 2005 ved Joint Commision International.

3.2.2 Etablering af nøglepersoner

Hvis man vil sikre, at der kommer fokus på ernæringen til den enkelte risikopatient, kan ernæringsnøglepersoner være et godt redskab. Nøglepersonen på afdelingen kan sørge for, at der bliver fulgt op på den enkelte patients specifikke ernæringsituation, herunder patientens eventuelle problemer med at spise. Medarbejderen kan lægge en ernæringsplan, og støtte fx aftensygeplejersken i at følge op med den relevante ernæringsindsats.

Nøglepersonen kan være en sygeplejerske, en sosu-assistent, en diætist eller lignende. Afdelingen kan fx vælge at sige: Den næste sygeplejerske, vi skal have, skal have ernæringsfaglig indsigt.

3.2.3 Synlig ernæringsindsats via forebyggelseskoder

Et problem med at udbrede en nøglepersonordning kan være, at udgifterne er tydelige, mens besparelserne kan være svære at gøre op på forhånd.

Forebyggelseskoder (SKS-koder) i relation til ernæring kan bruges til at synliggøre afdelingens indsats på området. Dette vil skabe øget fokus og kan på længere sigt styrke indsatsen på de enkelte afdelinger. I forbindelse med kvalitetssikringen kan man desuden følge udviklingen i afdelingens indsats.

²⁰ Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister – Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko. Sundhedsstyrelsen, 2003.

3.2.4 Ernæringsbehandling – en klinisk færdighed

Viden om, hvordan man screener patienter og gennemfører ernæringsterapi er en klinisk færdighed. Udbredelsen af denne færdighed kan fremmes gennem uddannede nøglepersoner på alle sygehusafdelinger, som kan lære fra sig til det øvrige personale.

Processen vil svare til den måde, forebyggelsesaspektet er blevet integreret i behandlingen, fx hjælp til rygestop før operation. Efterhånden vil det blive en del af dagligdagen på afdelingen også at tænke i forebyggelse.

3.2.5 Nurse-modellen og de specifikke behov

Svaret på den meget komplicerede årsagssammenhæng i forbindelse med patienters ernæringsproblemer, som er nævnt i afsnit 2.2.4, kan være den model, som er blevet afprøvet i flere projekter, og som kan kaldes ”nurse-modellen”. Her lægges vægten ikke kun på at optimere kosttilbuddet, herunder fleksibilitet i forhold til levering, men også på den personlige kontakt, der kan støtte småtspisende patienter i at få tilstrækkelig ernæring.

3.2.6 Ledelsens fokus

Erfaringerne fra H:S-akkrediteringsprojektet viser, at ledelsens fokus på ernæringsspørgsmålet er afgørende for effekten af indsatsen. I H:S-projektet kunne man direkte aflæse, at andelen af patienter, som i 75 % af indlæggelsestiden fik tilstrækkelig ernæring, steg i løbet af akkrediteringsprocessen for så at falde, da akkrediteringen var gennemført.

Hvis de sygehusansatte og afdelinger, der er interesserede i at styrke indsatsen over for ernæringstruede patienter, skal have mulighed for at gennemføre tiltag, er det vigtigt, at indsatsen prioriteres på sygehuset.

3.2.7 Regional kostpolitik og sygehusenes indsats

De kommende regioner har mulighed for gennem en tydelig prioritering af området i regionens kostpolitikker at fremme, at kost og ernæringsbehandling prioriteres på sygehusene.

Regionerne kan fx vælge at tage udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens vejledning fra 2003 og arbejde henimod, at deres sygehuse leverer nogle kvalitetssikringsresultater på området.

4 Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Resumé af de 14 projekter

Bilag 1a: Projekter, der alene har inddraget fokusområdet Kvalitetsvurdering af ernæringsindsatsen

Bilag 1b: Projekter, der har inddraget fokusområderne Kvalitetsvurdering af ernæringsindsatsen og Patientinddragelse

Bilag 1c: Projekter, der har inddraget alle tre fokusområder: Kvalitetsvurdering af ernæringsindsatsen, Patientinddragelse og Samarbejde med primærsektoren

Bilag 1: Resumé af de 14 projekter

Dette bilag bringer resuméer af de 14 støttede projekter, baseret på de afrapporteringer, som Sundhedsstyrelsen har modtaget fra projekterne. Projekterne er inddelt i tre grupper alt efter deres inddragelse af de tre prioriterede fokusområder:

- Projekter, der alene har inddraget fokusområdet Kvalitetsvurdering af ernæringsindsatsen (2 projekter)
- Projekter, der både har inddraget fokusområderne Kvalitetsvurdering af ernæringsindsatsen og Patientinddragelse (8 projekter)
- Projekter, der har inddraget alle tre fokusområder: Kvalitetsvurdering af ernæringsindsatsen, Patientinddragelse og Sygehusenes samarbejde med den primære sundhedssektor om ernæringsindsats før og efter indlæggelse (4 projekter).

Resuméerne er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen og indgår som baggrund for vurderingen i kapitel 2 og 3. Beskrivelsen af projekternes resultater og konklusioner er ikke udtryk for nogen vurdering fra Sundhedsstyrelsens side, men refererer de resultater og konklusioner, som er indeholdt i projekternes afrapporteringer.

Projekterne har i deres afrapporteringer lagt vægt på forskellige forhold, og der vil derfor fra projekt til projekt være forskel i detaljeringsgrad under de enkelte overskrifter i resuméerne. Man vil således både inden for de enkelte projekter og på tværs af projekterne kunne finde inspiration til elementer i fremtidige indsatser og måder at beskrive dem på.

Af de enkelte resuméer fremgår det, hvilken organisation der har stået for projektet, samt hvem der på udgivelsestidspunktet for denne fællesrapport er kontaktperson. Resuméerne belyser projektets målgruppe, formål og baggrund, gennemførelse, resultater, konklusioner og fastholdelse af indsatsen. Hvis læseren ønsker adgang til projektets egen afrapportering, kan den projektansvarlige organisation kontaktes.

Oversigt over de 14 støttede projekter

1. Ernæring til den kirurgiske patient – et kvalitetsudviklings- og -sikringsprojekt med fokus på screening og ernæringsterapi. *Hillerød Sygehus, Kirurgisk Enhed, Klinik for nedre kirurgi*
2. Kvalitetsvurdering af postoperativ ernæring. Organisatorisk forankring af elektronisk dokumentation, fortolkning af kontroldiagrammer, feedback og audit. *Bispebjerg Hospital, Kirurgisk Gastroenterologisk afdeling K*
3. Ernæringsprojekt afdeling D, Amtssygehuset i Gentofte. *Amtssygehuset i Gentofte, afdeling D*
4. Individuel, målrettet ernæringsterapi til patienter i ernæringsrisiko. *Bispebjerg Hospital, Ortopædkirurgisk afdeling M*
5. Implementering af en målrettet ernæringsindsats for patienter indlagt på en fælles medicinsk og kirurgisk gastroenterologisk afdeling. *Hvidovre Hospital, Gastroenheden*
6. Ernæringsintervention til hæmodialysepatienter. *Odense Universitetshospital, Nefrologisk afdeling*
7. Ernæringsindsatsen hos kirurgiske patienter, hvornår og hvordan? *Odense Universitetshospital, afsnit A6*
8. IMERAS: Indførelse og evaluering af Målrettet Ernæringsplan på Ringkjøbing Amts Sygehuse. *Ernæringsenheden i Ringkjøbing Amt*
9. Roomservice (Er det valgfrihed og stor fleksibilitet i forbindelse med madtilbuddet, eller er det omsorg fra personalet, der motiverer patienter i ernæringsmæssig risiko til et større kostindtag?). *Rigshospitalet*
10. Projekt Snak-pak (Appetitvækker og pædagogisk indsats til ernæringstruede patienter – ortopædkirurgiske patienter, lungemedicinske patienter og hotelpatienter). *Århus Sygehus*
11. Posthospitalernæring koordineret ved udgående klinisk diætist. *Frederiksberg Hospital, Medicinsk Center*
12. Forbedret ernæringsindsats i hjemmeplejen – et samarbejdsprojekt mellem hjemmeplejen i Brønshøj-Husum og Geriatrisk Klinik på Bispebjerg Hospital. *Københavns Kommune, Sundhedsforvaltningen*
13. Samarbejde med primærsektor, fortsat ernæringsindsats til patienter efter udskrivelse og ernæringsscreening af borgere før henvisning til sygehus. *Randers Centralsygehus*
14. Organisering af patientforløb hos patienter i ernæringsmæssig risiko mellem sygehusafdelinger på Aalborg Sygehus samt alment praktiserende læger og hjemmeplejen i Aalborg Kommune – et tværsektorielt kvalitetsudviklingsprojekt. *Det Amtslige Kostudvalg i Nordjyllands Amt og sygehusledelsen på Aalborg Sygehus*

Bilag 1a: Projekter, der alene har inddraget fokusområdet Kvalitets-vurdering af ernæringsindsatsen

Projekt nr. 1

Ernæring til den kirurgiske patient. Et kvalitetsudviklings- og -sikringsprojekt med fokus på screening og ernæringsterapi

Organisation

Hillerød Sygehus, Kirurgisk Enhed, Klinik for nedre kirurgi
Tlf.: 48 29 35 73

Kontaktperson

Jette Funch Kofoed, sygeplejefach
Tlf.: 48 29 59 05
E-mail: jkof@noh.regionh.dk
Anders Ulrich Neuenschwander, 1. reservelæge

Målgruppe

Patienter med karkirurgiske og generelle gastrointestinale sygdomme

Formål og baggrund

Formål: At kvalitetsudvikle og -sikre ernæringsindsatsen til den kirurgiske patient.

Projektet havde som delmål at sikre:

- at alle patienter, der forventes indlagt min. tre døgn eller er klinisk ernæringstruede, får foretaget screening (terminale patienter screenes ikke)
- at screeningsskemaerne udfyldes korrekt
- at informationer om patienter og ernæring dokumenteres i relevante papirer (patientjournal, udskrivningsbrev, plejereport)
- at patienter i ernæringsmæssig risiko får lagt en behandlingsplan
- at ikke-risikopatienter bliver rescreenet under indlæggelsen
- at risikopatienter får dækket deres behov for energi og næringsstoffer
- at indlagte patienter i ernæringsrisiko opnår vægtstabilitet inden for to uger
- at der udvikles et redskab til systematisk kvalitetskontrol

Ernæringsteamet i Klinik for nedre kirurgi, Hillerød sygehus (tidligere afdeling K, Hillerød sygehus) blev etableret i 2001. Lige siden har der været fokus på ernæringsindsatsen for afdelingens patienter. På baggrund af Sundhedsstyrelsens "Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister. Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko"

udarbejdede Kostrådet i Frederiksborg Amt en række redskaber til screening og monitorering af patienter tilknyttet sekundærsektoren.

Screeningsredskaberne blev præsenteret på en fælles temadag for alle amtets ernæringsteam i foråret 2003, hvorefter det var op til de enkelte ernæringsteam at implementere redskaberne på de respektive afdelinger. Med støtte fra Sundhedsstyrelsens pulje kunne ernæringsteamet på Hillerød Sygehus arbejde mere målrettet og systematisk med implementering af screeningsredskaberne og forbedring af ernæringsindsatsen.

Indsats

Arenaer

Sygehus

Aktører.

Sygeplejerske, læge, social- og sundhedsassistent, diætist.

Fokus

Patientinddragelse, kvalitetssikring af ernæringsindsatsen.

Bevilling

Sundhedsstyrelsen bevilgede kr. 247.530,- til projektet.

Varighed

1. januar 2004 – 31. januar 2006.

Gennemførelse

Plejepersonalet modtog indledningsvis undervisning i basal ernæringslære hos en diætist. Derudover underviste projektlederne løbende både plejepersonale og læger i ernæringsscreening og behandling.

Indsatsen blev løbende justeret på baggrund af tre audits. Efter hver audit blev der iværksat forskellige initiativer, som skulle forbedre screeningsindsatsen. Første audit blev gennemført for udskrevne patienter i perioden 1.-31. marts 2004. Resultatet af auditten var tilfredsstillende og førte bl.a. til et øget fokus på ernæring i lægegruppen i forbindelse med introduktion til et nyt parenteralt ernæringsprodukt, undervisning af plejepersonale på ambulatoriet i ernæringsscreening for at sikre, at elektive patienter screenes inden operation, og undervisning af plejepersonale på både sengeafsnit og i ambulatoriet i basal ernæringslære og sondeernæring.

Anden audit blev gennemført i perioden 15. oktober – 15. november 2004. Da det stadig ikke var muligt at dokumentere en tilfredsstillende ernæringsindsats, blev afsnitsledelserne bedt om at bakke synligt op om ernæringspolitikken. Reservelægerne fik desuden undervisning i screening og aktiv ernæringsterapi. En række initiativer blev forsøgt uden held, herunder tilbud om arbejdsfrihed til mødedeltagelse for ernæringsteammedlemmer, som ikke kunne indpasses i dagligdagen, og opfordring til at tage et nøglepersonkursus, som ingen tog imod.

Resultatet af den tredje audit i maj 2005 viste fortsat mangelfuld dokumentation, og projektlederne besluttede derfor at fastholde fokus på ernæringsscreening og ernæring i al almindelighed på de to sengeafsnit og i ambulatoriet. Der blev således gennemført undervisning af plejepersonalet i ernæring af den afkræftede og stress-metaboliske patient. Såkaldte ”ernæringsrigtige tipskuponer” blev udarbejdet og runddelt til plejepersonale, læger, sekretærer, udviklingssygeplejersker og

ledere. Svarprocenten var imidlertid meget lav. Endelig vejledte en sygeplejerske i ernæringsstøtte til komplekse patienter.

Screeningsprocessen omfatter bl.a. registrering af patientens grunddata, risikovurdering af patientens ernæringsrisiko og stillingtagen til ernæringsbehandlingsplan

Resultater

I projektperioden har der været en stigende andel af screenede patienter (fra 36 % til 40 %), af korrekt udfyldte screeningsskemaer (fra 23 % til 38 %), af identificerede risikopatienter (fra 14 % til 25 %) og af antal dage med tilfredsstillende ernæringsindtag (fra 20 % til 40 %).

Der har til gengæld været en faldende tendens i andelen af risikopatienter, der får lagt en ernæringsbehandlingsplan (fra 100 % til 52 %), af patienter, der får revurderet ernæringstilstanden (fra 22 % til 3 %), og af risikopatienter med dokumenteret ernæringsstøtte.

I forbindelse med informationer om patienter og ernæring var ernæringen veldokumenteret i plejepapirernes daglige notater (82 % til 90 %). Dokumentation af information til patienten fandtes imidlertid kun sporadisk i journalerne.

På grund af for få foreliggende vejninger og generelt korte indlæggelsestider har det ikke været muligt at evaluere vægtstabiliteten for risikopatienter.

Konklusioner

Screeningsandelen ved alle tre audits var lav. Den lave andel blev i første omgang tilskrevet, at ernæringscreeningsredskaberne først var blevet introduceret for personalet tre måneder før projektstart. Den fortsat lave screeningsandel ved anden og tredje audit skyldtes til dels forhold som specialeskifte fra øvre gastrointestinal til nedre gastrointestinal kirurgi på det ene sengeafsnit og stor udskiftning blandt medlemmerne i ernæringsteamet, som var medansvarlige for implementering af screeningsredskaberne. Generel travlhed, interesse og prioritering har også haft stor indflydelse på implementeringen af ernæringscreening.

Det viste sig desuden, at korrekt udfyldte screeningskemaer er en uomgængelig forudsætning for at kunne vurdere graden af ernæringsmæssig risiko og iværksætte en relevant ernæringsstøtte. Kriterierne for at vurdere et screeningsskema som korrekt udfyldt var derfor ret stramme, og kun småfejl blev accepteret.

Halveringen af ernæringsplaner for risikopatienter ved tredje audit skyldtes bl.a., at der var flere screenede patienter, at ernæringsområdet fik tiltagende konkurrence fra andre vigtige indsatsområder, og at det eneste ernæringsteammedlem fra det ene sengeafsnit blev langtidssygemeldt.

Det har ikke været muligt at opgøre patienternes vægtstabilitet. Målet om vægtstabilitet inden for to uger til kirurgiske og oftest cancersyge patienter betragtes desuden som urealistisk, da især væskebalancen vil påvirke dette billede.

Dokumentation af information til patienten om ernæring var stort set ikkeeksisterende. Årsagen er gamle vaner om dokumentation af dagligdags helhedspleje, hvor det i vid udstrækning opfattes som en selvfølge, at patienten er informeret om vigtigheden af alt fra ernæring til mobilisering. Patientens veldokumen-

terede ernæringssituation skyldes, at plejepersonalet opfatter ernæring som et fast punkt i helhedsplejen.

Det tager tid at lære at bruge de nye screenings- og monitoreringsredskaber, og processen afhænger af de enkelte brugere. En travl hverdag med konstante prioriteringer gør det svært at fokusere på ernæringsområdet. Det er især problematisk at gøre ernæringsscreening og monitorering til en integreret del af dokumentationen. Den grundige dokumentation, der ligger i udførelsen af ernæringsscreening og monitorering, er erfaringsmæssigt meget tidskrævende for plejepersonalet. Det er formentlig den primære årsag til, at området ikke prioriteres højere hos denne personalegruppe.

Det vil utvivlsomt være en fordel at uddanne flere ernæringsteammedlemmer til at kunne varetage rollen som nøglepersoner på ernæringsområdet. Ressourcemangel forhindrer imidlertid dette på nuværende tidspunkt.

Fastholdelse af indsatsen

Enheden har efter projektets afslutning i januar 2006 været præget af, at 18 ud af 47 plejepersoner er holdt op, så man har måttet lukke det ene sengeafsnit ned. Dette har medført, at der ikke har været overskud til at fastholde projektets fokus på ernæringsindsatsen, men der er stadig positiv interesse fra personalets side.

Mens indsatsen altså i øjeblikket hviler, regner man med at genoptage den, når den massive personalemangel er afhjulpet.

Projekt nr. 2

Kvalitetsvurdering af postoperativ ernæring. Organisatorisk forankring af elektronisk dokumentation, fortolkning af kontroldiagrammer, feedback og audit

Organisation

Bispebjerg Hospital, Kirurgisk Gastroenterologisk afdeling K
Tlf.: 35 31 28 58

Kontaktperson

Lisbeth Sølvér, klinisk oversygeplejerske, cand.cur.
Tlf.: 35 31 36 23
E-mail: ls48@bbh.regionh.dk

Målgruppe

Patienter med en forventet indlæggelse på mere end tre døgn, som har gennemgået en større mave-tarm-operation

Formål og baggrund

Formål: At undersøge, hvorvidt en ressourceperson (kompetent basissygeplejerske) ville kunne forbedre den postoperative ernæring og sygeplejerskernes dokumentation heraf ved at stå for en kontinuerlig klinisk kvalitetsstyring.

Projektets primære mål var at forbedre patienternes kostindtag. Det sekundære mål var at forbedre sygeplejerskernes elektroniske dokumentation.

Kirurgisk Gastroenterologisk afdeling K på Bispebjerg Hospital har siden 2001 arbejdet med en klinisk kvalitetsdatabase for postoperativ sygepleje. I databasen registrerer sygeplejerskerne bl.a. indikatorer for postoperativ ernæring. Regelmæssige kvalitetsvurderinger af patienternes energi- og proteinindtag har vist, at afdelingen ikke kan fastholde en tilfredsstillende målopfyldelse. Den manglende målopfyldelse kan skyldes, at der ikke er integreret en kontinuerlig klinisk kvalitetsstyring i den daglige praksis.

Indsats

Arenaer

Sygehus.

Aktører

Projektsygeplejerske, ressourceperson.

Fokus

Patientinddragelse, kvalitetssikring af ernæringsindsatsen.

Bevilling

Sundhedsstyrelsen bevilgede kr. 332.634,- til projektet.

Varighed

1. januar 2004 – 31. marts 2005.

Gennemførelse

Ifølge den oprindelige projektbeskrivelse skulle en ressourceperson i hvert stationært sengeafsnit fortolke indikatorrapporter, gennemføre implicit audit, give feedback til sygeplejersker og læger samt indføre forbedringer på ernæringsområdet. Det var imidlertid kun muligt at rekruttere én ressourceperson. Det skyldtes, at størstedelen af afdelingens sygeplejersker var nyuddannede og nyansatte.

I den indledende projektfase var det nødvendigt at tilpasse projektet, således at interventionen blev gennemført med intervention af en ressourceperson i et sengeafsnit og af en projektsygeplejerske i to sengeafsnit. Projektet undersøgte således to organisatoriske tilgange til intern kvalitetsudvikling.

Resultater

Stationære sengeafsnit K 1, K 2 og K 4:

Interventionen havde en positiv effekt på opfyldelsen af en række procesmål. Effekten blev målt ved at sammenligne opfyldelsesgraden i en periode før studiet med projektets tre sidste måneder. Antallet af patienter, der blev ernæringsrisikovurderet, steg fra 40 % til 70-80 %. Antallet af patienter, der blev registreret i den kliniske kvalitetsdatabase, steg fra 20-30 % til 80-100 %.

Kompletheden af procesindikatorerne var høj både før projektstart og i den sidste periode. Når patienterne først er registreret i databasen, bliver samtlige data tilsyneladende registreret. Der blev ikke dokumenteret nogen effekt i forhold til resultatmål.

Modtagelsesafsnittet:

Effekten af indsatsen omkring implementering af primær screening var betydelig, idet opfyldelsesgraden for komplet udførte primærscreeninger steg fra 36 % til 57 %. Den større opfyldelsesgrad blev opnået ved, at sygeplejerskerne begyndte at besvare spørgsmålene om "BMI" og "svært syg" i primærscreeningen. Sygeplejerskerne fik viden om, at spørgsmålet om, om patienten er svært syg, relaterer til patientens ernæringsrisiko og ikke til sygdommens prognose.

Konklusioner

Det er ikke lykkedes at dokumentere interventionens effekt i forhold til resultatmål, men der ses en betydelig forbedring af opfyldelsesgrad af procesmål. De kan delvis løfte intern kvalitetsudvikling, idet tilstrækkelig dokumentation er en betingelse for at kunne arbejde med kvalitetsudvikling.

Forbedringen i opfyldelsesgraden af procesmål var betydelig for begge organisatoriske tilgange. Det kan på denne baggrund siges at være underordnet, hvem der intervenserer. Den positive virkning skyldes i højere grad den udviste interesse og selve initiativerne. Ressourcepersoner kan derfor generelt anbefales.

Kostregistreringsskemaerne viser, at patienternes indtag af vand er faldet kraftigt i projektperioden, idet vand er blevet erstattet med protein- og energidrikke. Nogle patienter har optimeret deres energi- og proteinindtag, selvom afdelingens mål for tilfredsstillende ernæringsindsats ikke er nået. Sygeplejerskerne er blevet mere opmærksomme på at optimere energi- og proteinindtag gennem drikkevarer og mellemmåltider.

Forsinkelsen mellem de aktuelle patientforløb og sygeplejerskernes registrering i den kliniske database havde en negativ effekt på audit og feedback. Efterregistre-

ring skaber en distance til resultaterne, som svækker det pædagogiske aspekt og adfærdsregulering.

På baggrund af projektet anbefales det bl.a. at:

- give personalet grundlæggende it-kompetencer
- sikre teknisk support på den kliniske kvalitetsdatabase for at undgå ophold i registreringen
- indarbejde en rutinemæssig registreringspraksis
- afklare, hvem der giver feedback og på hvilken måde

Fastholdelse af indsatsen

Projektet efterlyser, at man afprøver projektets idé på et senere tidspunkt, når datakompletheden er høj (min. 90 %), og muligheden for hurtig feedback med elektroniske indikatorrapporter er bedre udviklet. En analyseportal under H:S åbner mulighed for, at man kan generere rapporter hurtigt.

Endvidere ønsker man flere undersøgelser, der bl.a. kan afdække eller afprøve organisatoriske tilgange, der kan have betydning for integration af intern kvalitetsudvikling. Man er fortsat med nøgleperson-modellen og har i øjeblikket 2 nøglepersoner ud af de 4, der ville være det optimale. Disse nøglepersoner får en H:S-uddannelse som ernæringsnøgleperson, der er særligt rettet mod sygeplejersker. Der har ifølge projektet været en vis tilbageholdenhed over for dette blandt sygeplejerskerne, fordi det at være nøgleperson indebærer at skulle give kolleger kritik.

Når H:S i 2007 har revideret sin kliniske kvalitetsdatabase vil man forsøge at opnå en mere komplet registrering af datamateriale. Et problem i den forbindelse kan være, at det kan være vanskeligt at integrere registreringsarbejdet i hverdagen, da mange sygeplejersker ser det som ekstraarbejde og viger tilbage for de edb-problemer, registreringen kan indebære.

Bilag 1b: Projekter, der har inddraget fokusområderne Kvalitetsvurdering af ernæringsindsatsen og Patientinddragelse

Projekt nr. 3

Ernæringsprojekt afdeling D, Amtssygehuset i Gentofte

Organisation

Gentofte Hospital, afdeling D
Tlf.: 39 77 39 77

Kontaktperson

Hanne Trøst Nielsen, klinisk udviklingssygeplejerske
Tlf.: 39 97 84 10
E-mail: hannni@geh.regionh.dk

Målgruppe

Patienter indlagt i forbindelse med cancersygdomme i mave-tarm-kanalen

Formål og baggrund

Formål: At udvikle og afprøve screenings- og patientinformationsmateriale til patienterne på afdelingen med henblik på ernæringsindsatsen præ- og postoperativt samt at implementere materialet. At udvikle en personalevejledning og øge inddragelse af patienten.

Afdeling D på Amtssygehuset i Gentofte er en kirurgisk-gastroenterologisk afdeling med lands- og landsdelsfunktion inden for ventrikelkirurgi. Afdelingen har 3.600 udskrivelser årligt, hvoraf hovedparten af patienterne er indlagt til diagnosticering, behandling og pleje af cancersygdomme i mave-tarm-kanalen. Patientgruppen er følgelig præget af ofte voldsomme og komplekse ernæringsmæssige problemstillinger både præ- og postoperativt, herunder opkastninger, kvalme, smagsændringer og nedsat evne til at indtage fuldkost på grund af aflukning eller truende aflukning af dele af mave-tarm-kanalen. Efter operationen har mange af patienterne behov for et intensivt ernæringsprogram med henblik på i størst muligt omfang at modvirke det uundgåelige postoperative energitab.

Afdelingen ønskede at iværksætte et projekt, som skulle omfatte udvikling af screenings- og informationsmateriale til patienterne, idet man ikke tidligere målrettet og systematisk havde screenet eller informeret patienter i relation til ernæring.

Indsats

Arenaer

Sygehus.

Aktører

Sygeplejerske, social- og sundhedsassistent, klinisk udviklingssygeplejerske.

Fokus

Patientinddragelse, kvalitetssikring af ernæringsindsatsen.

Bevilling

Sundhedsstyrelsen bevilgede kr. 38.404,- til projektet.

Varighed

1. september 2003 – 1. september 2004.

Gennemførelse

Projektet bestod af tre dele: en udviklende del, en afprøvende og justerende del samt en implementerende del.

Udviklingsdelen omfattede:

- Etablering af et konstruktivt og dynamisk samarbejde mellem projektleder og ernæringsgruppe
- Udarbejdelse af screeningsmateriale
- Udarbejdelse af patientinformationsfolder

Afprøvnings- og justeringsdelen omfattede:

- Afprøvning af materialet ved indlæggelsessamtalen hos 15 patienter
- Information af og vejledning af personale
- Justering af materialet

Implementeringsdelen omfattede:

- Undervisning og individuel vejledning af personalet
- Screening af patienter og vurdering af ernæringsbehov
- Bestilling af relevante kosttilbud

Resultater**Udviklingsdelen:**

Der blev etableret et godt samarbejde i ernæringsgruppen, og ressourcepersonerne var velorienterede om baggrunden for screeningsmaterialets udformning. Screeningsmaterialet er blevet suppleret med retningslinjer for planlægning, vurdering og justering af ernæringstiltag rettet mod alle patienter på afdelingen. Screeningen afsluttes med pointtal, som indikerer, om patienten skal have en individuel plejeplan. Desuden er der blevet udviklet en vejledning om, hvordan de nævnte redskaber skal benyttes.

Afprøvnings- og justeringsdelen:

Materialet blev først afprøvet på 15 patienter og senere på en del flere patienter.

Implementeringsdelen:

Man gennemførte en auditering af 14 patientjournaler ud fra materialet. Personalet var overvejende i stand til at screene ud fra materialet og var også i stand til at udregne det fremtidige ernæringsbehov. Ud af de 11 patienter, som havde behov for en særlig plejeplan, fik kun 5 patienter er sådan. Og kun i 3 af de 5 tilfælde blev plejeplanens handlingsplan fulgt.

Konklusioner

Til trods for, at patienterne var screenet, var de ofte ikke klar over, præcis hvilken kostform de skulle have, og mange havde heller ikke overblik over, at de kunne vælge noget andet end det tilbudte. Mange var til gengæld klar over, at de skulle indtage proteiner og fedt og en del kendte de proteintilskud, som de skulle drikke, og antallet.

Generelt vejes patienterne i et stort omfang, og flere af patienterne var klar over, at afdelingen anbefaler indtagelse af proteindrikke. Det må dog give anledning til, at afdelingen fokuserer mere på inddragelse af patienterne, idet man ikke kan forvente, at patienternes indtag stimuleres, hvis man ikke er i stand til at trænge bedre igennem med budskabet.

Personalet viste sig generelt meget interesseret i at arbejde med ernæring, idet det klart så behovet for optimering af kvaliteten. Processen blev derfor ændret, så forløbet var styret, men således at man samtidig reagerede hurtigt på personalets tilbagemeldinger.

Man udarbejdede et forslag til en separat ernæringsinformationsfolder, som dog foreløbig ikke har været anvendelig i praksis, idet patienterne generelt har brug for mere præcis information rettet mod deres specifikke situation. Derfor indgår ernæringsinformationen i de patientinformationsfoldere, som er udarbejdet til forskellige diagnosekategorier i afdelingen.

Projektets positive resultater er betinget af etableringen af en velfungerende gruppe af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, som er interesserede i ernæring og kirurgisk sygepleje.

Fastholdelse af indsatsen

Man overvejer at samle informationsmaterialet i en form for patientdagbog, hvor der i forbindelse med den generelle information gives mulighed for at notere de faktiske anbefalinger for patienten i relation til eksempelvis ernæring, aktivitet osv.

Ernæringsscreeningsmaterialet er stadig ved at blive implementeret på afdelingen, både i relation til udfyldelse af papirerne og i særdeleshed i relation til ernæringens meget praktiske dimension i en klinisk afdeling.

Det drejer sig her om viden om de faktiske kostmuligheder, rekvisition af den rette kost, viden om proteintilskud, viden om sondetilskud og total parenteral ernæring. Afdelingen er ved at sammenskrive dette i en klinisk vejledning, som beskriver, hvordan den kirurgiske patient ernæres i afdelingen igennem hele patientforløbet.

Det centrale kostudvalg på sygehuset har for nyligt udarbejdet et screeningsredskab, som afdelingen er i gang med at implementere. Det målrettede arbejde med projektet betyder, at det synes let for personalet at overføre erfaringer til dette nye redskab.

Projektet kommer med en række anbefalinger:

- Afdelingen bør i højere grad inddrage patienterne i optimeringen af egen ernæring gennem større fokusering på information og undervisning om ernæring under sygdom.

- Undervisningskonceptet bør udvides til også at omfatte temadage om ernæring til den kirurgiske patient. Gruppen har opnået accept af dette hos afdelingsledelsen.
- Sygeplejerskerne i ernæringsgruppen bør opkvalificeres i relation til ernæring, eventuelt via deltagelse i den kirurgiske efteruddannelse eller lignende
- Social- og sundhedsassistenterne i afdelingen bør også opkvalificeres teoretisk, evt. gennem mulighed for at deltage i ernæringskursus som på Bispebjerg Hospital.
- Der er behov for at ændre de fysiske rammer i afsnittene, så de afspejler ernæringsmålene, og afdelingen bør derfor have mulighed for at opbevare og tilberede mad til patienterne.
- Der bør fastsættes standarder og kriterier for kvaliteten af ernæringen i afdelingen. I øjeblikket udarbejder man en klinisk retningslinje for ernæring i afdelingen, som både omfatter screening og handlingsplan og vejledninger for sondeernæring, total parenteral ernæring osv.

Projekt nr. 4

Individuel, målrettet ernæringsterapi til patienter i ernæringsrisiko

Organisation

Bispebjerg Hospital, Ortopædkirurgisk afdeling M
Tlf.: 35 31 23 74

Kontaktperson

Kim Bo Christensen, ledende oversygeplejerske
Tlf.: 35 31 25 06
E-mail: kbc01@bbh.regionh.dk

Målgruppe

Patienter i ernæringsrisiko i hofteenheden på ortopædkirurgisk afdeling M

Formål og baggrund

Formål:

- At sikre, at patienternes ernæringsbehov under indlæggelsen bliver dækket ved ansættelse af en ernæringsassistent i hvert sengeafsnit, og at denne funktion bliver en naturlig del af plejeteamet, samt ved opkvalificering af plejepersonalet i varetagelsen af patienternes ernæring under indlæggelsen
- At beskrive funktionen som ernæringsassistent ud fra de enkelte afsnits patientkarakteristika og behov
- At dokumentere, hvilke ressourcer der skal være til stede for at sikre, at implementeringen af nye tiltag bliver en naturlig del af den daglige drift.

Projekt havde følgende succeskriterier:

1. At 95 % af patienterne får opfyldt ernæringsbehovet med mindst 75 %
2. At 95 % af patienterne får foretaget ernæringsrisikovurdering (primær screening) ved indlæggelsen
3. At 95 % af patienterne bliver vejlet en gang ugentligt
4. At alle patienter i ernæringsrisiko har en individuel ernæringsplan
5. At reducere afsnittenes madspild til under 15 %
6. At tilpasse stillings- og arbejdsbeskrivelsen for ernæringsassistenten ud fra patientkarakteristika og behov
7. At beskrive indhold og ressourcer, der kan sikre implementeringen af en ny funktion, samt opkvalificering af personalet i at varetage patienternes ernæringsbehov under indlæggelsen.

Ortopædkirurgisk afdeling M på Bispebjerg Hospital består af fem sengeafsnit og et ambulatorium. Afdelingen har i en længere årrække iværksat tiltag for at for-

bedre ernæringsindsatsen over for patienterne, og et af sengeafsnittene gennemførte i 2001 et succesfuldt ernæringsprojekt med ansættelse af en ernæringsassistent. I 2002 forsøgte afdelingen at udbrede ernæringsassistentfunktionen til to andre afsnit, men det lykkedes ikke, sandsynligvis på grund af manglende midler til implementering og oplæring af ernæringsassistenten. Afdelingen har siden ønsket at gennemføre et nyt projekt for bl.a. at sikre implementeringen af ernæringsassistenten.

Projektet blev gennemført på afdelingens hofteenhed, som har akut modtagefunktion, hvilket betyder, at der modtages patienter med hoftebrud direkte fra skadestuen på BBH og Frederiksberg samt fra andre afdelinger både internt og eksternt. Der er 21 sengepladser, og patienterne er i afdelingen både i det præ- og postoperative forløb. Patientklientellet består af ældre medborgere, heriblandt flest kvinder, og med en medianalder på 80 år.

Indsats

Arenaer

Sygehus.

Aktører

Sygeplejerske, ernæringsassistent (sosu-assistent).

Fokus

Patientinddragelse, kvalitetssikring af ernæringsindsatsen.

Bevilling

Sundhedsstyrelsen bevilgede 283.200 kr. til projektet.

Varighed

1. januar 2004 – 31. juni 2005.

Gennemførelse

Indsatsen omfattede ansættelse af en ernæringsassistent på afdelingens afsnit, undervisning af ernæringsassistent gennem et introduktionskursus og af personale i ernæringens betydning for rekonvalescensen. Det var hensigten at implementere ernæringsassistenter på to sengeafsnit samtidig, men den ene ernæringsassistent måtte opgive at starte i stillingen allerede før projektstart. Projektet blev derfor kun gennemført på afsnit M 2.

Der er blevet gennemført:

- Monitorering i forhold til succeskriterium 1-5
- Spørgeskemaundersøgelse blandt patienter for at afdække deres viden om og tilfredshed med ernæringstilbuddene på hospitalet
- Spørgeskemaundersøgelse blandt personale før og efter projektet for dels at afdække viden om ernæring og forventninger til ernæringsassistenten, dels at afdække evt. ændringer i videnniveau og samle op på personalets evaluering af ernæringsassistentens funktion
- Interview med ernæringsassistenten før og efter projektperioden for at afdække forventninger til stillingen og evaluere, om disse er opfyldt.

Resultater

Dataindsamlingen viste, at samtlige patienter i ernæringsrisiko fik deres ernæringsbehov dækket tilstrækkeligt ved den afsluttende måling. For patienter uden for ernæringsrisiko var behovsdækningen stort set uændret før og efter projektperioden.

Monitoreringen viste, at der ved projektets afslutning var en væsentlig højere succesrate for både vejning, primær screening og individuel ernæringsplan end før projektstart. Madspildet blev desuden begrænset til langt under målet.

Spørgeskemaundersøgelsen blandt patienterne ved projektets afslutning afslørede en generel tilfredshed med maden og måden, den blev serveret på. Der var ingen væsentlig forskel på videnniveauet om kosttilbud før og efter projektperioden.

Ifølge spørgeskemaundersøgelsen blandt personalet blev ernæringsassistenten betragtet som en samarbejdspartner og ressourceperson. Personalets videnniveau i forhold til ernæringsområdet ændrede sig ikke væsentligt. Det bemærkes dog, at resultaterne af undersøgelserne før og efter projektperioden ikke er direkte sammenlignelige på grund af personaleudskiftning.

Undervisning af personalet er det eneste område, hvor ernæringsassistenten ikke helt levede op til forventningerne. Hun er nu fastansat i afdelingen.

Konklusioner

Rapporten opsummerer i en række anbefalinger, hvad der skal til, for at implementeringen af projektet kan lykkes:

Opgaver:

- Sikre, at patientens ernæringsbehov dækkes
- Implementere ernæringsassistentens funktion i afsnittet
- Opkvalificere plejepersonalet inden for ernæringsområdet
- At nedsætte madspildet
- At beskrive funktionen som ernæringsassistent ud fra de forskellige afsnits patientbehov
- At dokumentere, hvilke ressourcer der skal til, for at implementeringen lykkes.

Struktur:

- Hvert afsnit sit speciale – og muligvis forskellige behov på ernæringsområdet
- Ernæringsassistenten refererer til afdelingssygeplejersken i eget afsnit
- Hvert afsnit eget budget i forhold til normering
- M 4's arbejdsbeskrivelse for ernæringsassistenten som udgangspunkt for planlægning af ernæringsassistentens arbejde på M 2
- Ernæringsassistenten i forskudte vagter for at vejlede aftenpersonale.

Teknologi:

- Opkvalificering af ernæringsassistenten ved kursusforløb (4 uger)
- Introduktion/oplæring af erfaren ernæringsassistent i afdelingen
- Undervisning af personalet (temadag og vejledning i praksis)
- Vedvarende kontrol med både dækning af ernæringsbehov og vægtstabilitet hos patienterne
- Daglig overvågning af madspild
- Ernæringsassistenten som ansvarlig for madbestilling nedsætter madspildet
- Tabeller og regnemaskiner til udregning af energibehov i madvarerne
- Prævalens to gange årligt kvalitetsovervågning
- Skabelon til ernæringsplan medgives patienten ved udskrivelse
- Grøn recept, så patienten får tilskud til proteindrik ved udskrivelse
- Undervisning/rådgivning af patienten.

Aktører:

- Ernæringsassistent som rollemodel og vejleder
- Plejepersonalet med deres accept af ernæringsassistentens rolle i afdelingen og deres motivation til at bidrage i ernæringsindsatsen
- Projektleder og afdelingssygeplejerske som støtte for ernæringsassistenten
- Netværk for ernæringsassistenter på Bispebjerg Hospital til støtte og inspiration for hinanden
- Ernæringsassistenten i tæt kontakt med kostkonsulenter i centralkøkkenet
- Klinisk diætist som konsulent og rådgiver
- Ressourcestærke patienter deltager med deres egen forståelse og indsats på ernæringsområdet.

Fastholdelse af indsatsen

Ernæringsassistenten på M 2 er efter projektperioden blevet fastansat som ernæringsassistent i afsnittet, og afsnit M 4 har tilsvarende ansat en fuldtids ernæringsassistent. Dermed mangler man kun en ernæringsassistent på ét afsnit, og denne stilling mener man at kunne oprette i 2007. Det er tydeligt, at screeningen går betydeligt bedre på de afsnit, som har en ernæringsassistent ansat.

På det akutte modtageafsnit, ambulatoriet og det elektive afsnit har man i stedet uddannet nøglepersoner, som kan vejlede personalet.

De to ernæringsassistenter, som afdelingen allerede har på M 2 og M 4, er i gang med at danne deres egen lille netværksgruppe, hvor de kan udveksle erfaringer. Her kunne eventuelle ressourcepersoner på området sagtens deltage og få ny inspiration og viden.

Projekt nr. 5

Implementering af en målrettet ernæringsindsats for patienter indlagt på en fælles medicinsk og kirurgisk gastroenterologisk afdeling

Organisation

Hvidovre Hospital, Gastroenheden
Tlf.: 36 32 36 32

Kontaktperson

Inge Nordgaard-Lassen, overlæge
Tlf.: 36 32 60 05
E-mail: inge.nordgaard-lassen@hvh.regionh.dk

Målgruppe

Medicinsk og kirurgisk gastroenterologiske patienter indlagt i Gastroenheden, Hvidovre Hospital.

Formål og baggrund

Formål: Via fuldtidsansættelse af en ernæringskyndig projektsygeplejerske at sikre en målrettet og konsekvent ernæringsterapeutisk indsats for såvel medicinske som kirurgisk gastroenterologiske patienter indlagt i Gastroenheden, Hvidovre Hospital.

Projektet havde følgende delmål:

- At inddrage den enkelte patient i egenomsorg for den ernæringsmæssige indsats og behandling ud fra en selvregistrering af kostindtag på et i forvejen udarbejdet kostregistreringsskema
- At brugerevaluere den ernæringsmæssige indsats
- At kvalitetssikre projektet via to journalgennemgange i projektperioden
- At kvalitetsvurdere den patientrelaterede betydning af ernæringsterapi ud fra et telefoninterview 30 dage efter udskrivelsen
- At anskueliggøre personalets vurdering af ernæring som en aktiv del af plejen.

Gastroenheden på Hvidovre Hospital er en specialiseret afdeling for medicinsk og kirurgisk gastroenterologi med lands- og landsdelsfunktion inden for begge specialer. Ved gastroenterologiske sygdomme er den ernæringsmæssige risiko af særlig betydning, idet der ofte er risiko for såvel nedsat tilførsel af ernæring på grund af dårlig appetit og reduceret mulighed for passage af kosten gennem mave-tarmkanalen som nedsat fordøjelse og/eller optagelse af næringsstoffer på grund af sygdom i bugspytkirtel og tynd- eller tyktarm.

Indsats

Arenaer

Sygehus.

Aktører

Sygeplejerske eller sosu-assistent, læge.

Fokus

Patientinddragelse, kvalitetssikring af ernæringsindsatsen.

Bevilling

Sundhedsstyrelsen bevilgede 370.000 kr. til projektet.

Varighed

1. januar 2004 – 31. december 2004.

Gennemførelse

Indledningsvis søgte man via interview at afdække plejepersonalets videnniveau inden for ernæring. Derudover underviste den projektansvarlige sygeplejerske de enkelte ansatte i praktisk håndtering af ernæringsscreening og i ernæringsterapi. Der blev udarbejdet skriftlige vejledninger til personalet, en scoretabel til sekundær screening, en væggtabstabel, pjecen "Appetitvækker" til småtspisende patienter og en informationsfolder om ernæring til alle patienter. Projektsygeplejersken arbejdede tæt sammen med køkkenet og diætister, og der blev gennemført regelmæssige audits af læge- og sygeplejerejournaler for at vurdere ernæringsindsatsen. Endelig gennemførte man spørgeskemaundersøgelser blandt patienter og personale om relevansen af ernæringsterapi.

Resultater

Andelen af plejepersonale, der sikrede, at patienterne blev ernæringsscreenet, steg fra 73 % til 85 %. Den systematiske kostvejledning steg fra 69 % til 81 %, og personalet var ved projektets afslutning blevet langt bedre til at lave kostplaner (fra 76 % til 96 %). Screening af patienterne steg fra 77 % til 93 % (screening inden for 24 timer fra 60 % til 86 %).

Gennemsnitlig 45 % af Gastroenhedens patienter var i ernæringsmæssig risiko. Indsatsen for iværksat ernæringsterapi steg fra 75 % til 81 %. Stort set alle patienter (92 %) kunne indtage almindelig mad, supplerende ernæringsdrikke blev anvendt af 75-88 %, brug af sondeernæring steg fra 6 % til 31 % ved projektets afslutning på bekostning af parenteral ernæring, der faldt fra 39 % til 17 % som supplerende ernæring til de indlagte patienter.

Patienterne var meget positive over for ernæringstiltag, og næsten alle fandt området relevant.

Konklusioner

Gennemførelsen af projektet var mere krævende end ventet. Specielt viste der sig at være et stort behov for undervisning i hele forløbet og for udarbejdelse af ernæringsvejledninger til personalet og patienterne. Særligt ældre og yngre sygeplejersker og sosu-assistenten havde behov for undervisning, og man holdt derfor tre målrettede kurser i projektperioden. Samtlige medarbejdere blev også tilbudt at deltage.

Gastroenheden fastsatte følgende fremtidige mål for ernæringsindsatsen:

- At fastholde en høj screeningsprocent
- At forbedre indsatsen for tilstrækkelig indtagelse af energi og protein hos patienter i ernæringsterapi
- At forbedre og dokumentere vejledningen af patienter i ernæringsspørgsmål
- Regelmæssigt at revurdere ernæringsmappens indhold. Ernæringsmappen indeholder al relevant information og materiale om ernæring og bruges tilsyneladende som opslagsbog af personalet.

Fastholdelse af indsatsen

Enheden screener fortsat patienterne inden for 24 timer efter indlæggelse. Desuden gennemfører en ernæringsgruppe regelmæssig audit på afsnittene en gang om måneden for at vurdere, om der er nogen problemer på det enkelte afsnit, som man skal sætte ind over for.

Det er stadig et problem at sikre, at patienterne indtager energi og protein svarende til mindst 75 % af ernæringsbehovet.

Alle patienter med ernæringsproblemer får skriftlig vejledning ved udskrivelse.

I forbindelse med projektet blev alle medarbejdere undervist i materialet til ernæringsscreening og ernæringsterapi, og det er blevet fulgt op, så alle nyansatte læger, sygeplejersker og sosu-assistenter modtager tilsvarende undervisning.

Et særligt problem har været bestilling af måltider via computeren, som derfor også indgår i plejepersonalets undervisning.

Projekt nr. 6

Ernæringsintervention til hæmodialysepatienter

Organisation

Odense Universitetshospital, Nefrologisk afdeling
Tlf.: 65 41 33 68

Kontaktperson

Birgitte Bæk, udviklingssygeplejerske
Tlf.: 65 41 11 08
E-mail: birgitte.baek@ouh.regionsyddanmark.dk

Målgruppe

Hæmodialysepatienter, som modtager dialyse tre gange om ugen.

Formål og baggrund

Formål: At igangsætte en proces, der i høj grad sætter ernæring ind som et aktivt led i plejen og behandlingen af dialysepatienten, og hermed sikre, at patienten ernæres suffICIENT så tidligt som muligt i behandlingsforløbet.

Projektet havde følgende delmål:

Pilotprojektet:

- At kvalitetssikre hæmodialysepatientens ernæringstilstand med et gennemsnitligt nPCR (proteinomsætningen beregnet på ugebasis) på 1,0-1,2 g/kg/dag gennem målrettet kvalitetsudvikling, tydelig ansvarsplacering, screening, kostregistrering, diætistintervention samt opfordre til ernæringstilskud

Implementeringsprojektet:

- At give patienterne forudsætninger for at håndtere de sygdomsrelaterede ernæringsproblemer gennem tilpasset information og kontinuerlig kommunikation med "Den motiverende samtale" som referenceramme
 - At arbejde med struktur, proces og resultatindikatorer som standard for kvalitetsmåling.
- At styrke ernæringssygeplejerskernes kompetencer gennem uddannelse i kommunikation og projektledelse.
 - At udvikle metoder til kvalitative og kvantitative undersøgelser som fastholdelse og vedligeholdelse af ernæringsprojektet gennem "Den regionale projektlederuddannelse".

Nefrologisk afdeling på OUH har haft tværfagligt fokus på ernæring siden 2000, fordi den kroniske nyrepatient gennem sit komplekse sygdomsforløb er udsat for underernæring på grund af bl.a. tab af næringsstoffer under dialysen, anoreksi, dårlig tandstatus, almen svækkelse, social isolation og immobilitet.

Forudsætningerne for dialyseafsnittes ernæringsintervention til hæmodialysepatienter var allerede implementerede screeningsredskaber, undervisning af personalet i ernæringsintervention, screening og scoring samt en tværsnitsundersøgelse på 108 patienter i starten af 2003, som viste, at afdelingen havde et markant ernæringsproblem: 37 % af patienterne var underernærende, og 29 % var ernæringstruede.

Indsats

Arenaer

Sygehus.

Aktører

Overlæge, sygeplejerske, diætist.

Fokus

Patientinddragelse, kvalitetssikring af ernæringsindsatsen.

Bevilling

Sundhedsstyrelsen bevilgede kr. 233.000,- til projektet.

Varighed

1. oktober 2003 – 1. marts 2005.

Gennemførelse

Pilotprojektet knyttede sig til projektets første delmål og blev gennemført fra 1. oktober 2003 – 1. februar 2004. 120 patienter deltog i pilotprojektet. Der blev indledningsvis gennemført gruppevis undervisning i projektets indhold. Ved første screening af patienterne udleverede sygeplejersken et skema til registrering af kost i tre dage, hvis patienten havde et ernæringsproblem.

På baggrund af kostregistreringen gennemførte en klinisk diætist i alt 12 samtaler med pårørende til demente og ældre patienter, som gjorde det muligt at få større indsigt i deres kostvaner og problemstillinger. For at få et godt udgangspunkt for implementeringsdelen, blev der gennemført et fokusgruppeinterview med personalet.

Ved pilotprojektets afslutning gennemførte man endnu en screening.

Resultater

De to screeninger i forbindelse med pilotprojektet viste, at en række kvalitetsmål for pilotprojektet blev nået via kostregistrering, screening og diætistintervention. Andelen af patienter i gruppen med nPCR 1,0-1,2 steg således i løbet af pilotprojektet fra 44,2 % til 50,8 %, mens andelen i gruppen med nPCR < 0,8 faldt fra 28,3 % til 21,7 %. I midtergruppen med nPCR 0,8-1,0 var andelen uændret på 27,5 %.

Konklusioner

Ernæringsintervention gennem et tværfagligt samarbejde med en diætist forbedrer dialysepatientens ernæringstilstand, og vejledning ved én gennemgående person styrker processen.

Ansaret omkring ernæringsintervention er gjort tydeligere med baggrund i kostpolitik, instrukser og funktionsbeskrivelser. Derudover er ernæring som et af afdelingens kerneområder klar til audit og kontinuerlig kvalitetsudvikling i forbindelse med akkreditering.

Pilotprojektet viste bl.a., at kostregistrering er et godt udgangspunkt for en samtale med patienten og pårørende, at ernæringssygeplejerskernes uddannelse bør styrkes gennem projektledelse og styring, kommunikation og vejledning, og at patientens kostindtagelse påvirkes positivt af, at kostinterventionen varetages af én gennemgående person med stor faglig indsigt, fx en diætist.

Personalet blev positivt overraskede over patienternes store interesse i kostregistrering. I alt 72 patienter indvilligede i at kostregistrere, og 59 patienter gennemførte kostregistreringen, svarende til 81,9 %. Pårørende gav desuden generelt udtryk for et stort behov for viden om, hvordan de kan hjælpe patienten med at variere kosten og gøre den mere proteinrig.

Ernæringssygeplejerskerne fandt det ressourcekrævende at følge op på undervisning i screening, og de oplevede en vekslende motivation blandt sygeplejerspersonalet i forhold til projektet.

Fastholdelse af indsatsen

”Den motiverende samtale” er blevet fastholdt gennem ”Ernæringsrådet” og har været et indsatsområde for undervisning og træning gennem et tilrettelagt forløb i 2005-2006 på det generelle og specifikke niveau.

Der er uddannet 14 sygeplejersker, som fungerer som nøglepersoner og rollemødder (”mønsterbrydere”) på de enkelte afsnit. Uddannelsen af nøglepersonerne fokuserede på kommunikation og bestod af NLP-træning og sygeplejefaglig vejledning.

Sygeplejerskerne lærte blandt andet metoden ”nøglen” at spørge ind til og analysere patientens nuværende tilstand og ønsker. Patienten får biofeedback i forhold til parametre, som vedkommende kan forholde sig til, fx svindende muskelmasse eller vægtændringer.

Tid og anerkendelse af problemer omkring ernæringsintervention til dialysepatienten (viden, holdninger og færdigheder) er vigtige elementer at have sig for øje og foregår i den løbende proces for såvel patienter, pårørende og personale – læger som sygeplejerspersonale.

Man har derfor fokus på at fastholde fremskridtene – fx også hen over ferieperioder. Det sker bl.a. gennem omtale i årsrapporter. Hver afdeling har en ernæringsgruppe med en overlæge som garant for, at indsatsen er lægefagligt funderet.

I forlængelse af projektet har man medio 2005 oprettet et sygeplejeambulatorium, hvor alle patienter hver anden måned skriftligt inviteres til at deltage (hvilket 95 % af de ca. 130 patienter faktisk gør). Her foretager man en impedansmåling for at følge patienten ernæringstilstand. En udskrift med historik til patienten skal motivere denne til en ekstra indsats omkring kost og motion.

Denne indsats har haft særlig god effekt over for de yngre patienter på op til 35 år, men også de ældre patienter har i en række tilfælde kunne bruge den løbende støtte til at undgå vægttab.

Projekt nr. 7

Ernæringsindsatsen hos kirurgiske patienter, hvornår og hvordan?

Organisation

Odense Universitetshospital, afsnit A6
Tlf. : 65 41 22 44

Kontaktperson

Hanne Christiansen, afdelingssygeplejerske
Tlf.: 65 41 12 44
E-mail: hanne.christiansen@ouh.regionsyddanmark.dk

Målgruppe

Patienter, som skulle opereres for cancer i spiserør, mave og bugspytkirtel

Formål og baggrund

Formål: At undersøge, om ernæringstilstanden hos cancerpatienter kunne bedres gennem systematisk information/kostvejledning præoperativt. Det skulle ske gennem:

- At styrke patienternes ernæringstilstand op til en operation via en tidlig målrettet kostvejledning og følge udviklingen ved og under indlæggelse og efter udskrivning
- At få viden om patienternes motivation og håndtering af deres ernærings-situation
- At skabe et naturligt sammenhængende patientforløb ved at fokusere på mad/ernæring i relation til en forestående operation.

På Odense Universitetshospitals afsnit A6 indlægges patienter med cancer i spiserør, mave og bugspytkirtel. Symptomerne, der optræder ved disse sygdomme, påvirker i større eller mindre grad muligheden for at spise eller optage ernæring. På afsnittet har man erfaringer med, at patienter ofte møder ernæringstruede op til indlæggelse. Derfor har man længe været interesseret i at styrke indsatsen over for disse patienter præoperativt med henblik på at forbedre deres ernæringstilstand og dermed styrke dem til den forestående operation. Den præoperative indsats skulle gerne på længere sigt bidrage til, at patienterne kan gennemføre et indlæggelsesforløb uden ernæringsrelaterede komplikationer.

Indsats

Arenaer

Sygehus.

Aktører

Sygeplejerske, klinisk diætist.

Fokus

Patientinddragelse, kvalitetssikring af ernæringsindsatsen.

Bevilling

Sundhedsstyrelsen bevilgede kr. 38.440,- til projektet.

Varighed

1. september 2003 – 1. december 2004.

Gennemførelse

Ved det første møde med sygehuset fik patienter udleveret information om projektet og blev samtidig tilbudt at deltage. 23 patienter tog imod tilbuddet – dog måtte 4 udgå. Patienterne blev interviewet, umiddelbart efter at de havde været til undersøgelse, og her registrerede man også patienternes vægt og BMI. På baggrund af disse oplysninger beregnede man patientens ernæringsbehov. Efterfølgende blev der foretaget systematisk højde- og vægtkontrol ved og flere gange under indlæggelse og efter udskrivelse.

Pjecen ”Mad og drikke under indlæggelse” med patientinformation blev udarbejdet og udleveret ved indlæggelse. Derudover blev patienterne ernæringsscreenet på baggrund af et ernæringsskema. Målet var, at patienten på den tredje postoperative dag skulle have indtaget 75 % af det beregnede energi- og proteintilskud. Endvidere besluttede man, at et vægttab på over 5 % skulle udløse kontakt til klinisk diætist. Endelig foretog man en patienttilfredshedsundersøgelse via udsendte spørgeskemaer.

Resultater

Af de 19 patienter, der fuldførte projektet, havde 13 taget på i vægt fra det første interview og frem til indlæggelsen. 9 af patienterne fik tilskudsdrikke tre gange om ugen, og de oplevede de største vægtstigninger på mellem to og fire kilo.

Ingen af patienterne opnåede at indtage de 75 % af det beregnede energi- og proteinbehov på det tredje postoperative døgn. Alle patienter fik ernæring fra det første postoperative døgn, men på grund af operationstype og andre forhold var der grænser for, hvor meget parenteral ernæring man kunne give.

14 patienter returnerede spørgeskemaet, og besvarelsene viste stor tilfredshed med både den mundtlige information og det udleverede materiale, herunder pjecen.

Konklusioner

En tidlig indsats med kostvejledning og tilskud af proteinberigede ernæringsdrikke har en gunstig effekt på patienternes vægtstigning. En vurdering af, om indsatsen samtidig har en indvirkning på det postoperative forløb ved at nedsætte komplikationsraten, vil kræve et yderligere analysearbejde og ligger ud over projektets formål. Dog står det klart, at et tidligt fokus på kostvejledning og ernæring danner grundlag for et forebyggende og sammenhængende kirurgisk patientforløb.

Indsatsen viste, at ernæringstruede patienter og pårørende er meget motiverede for at gøre en aktiv indsats for at forbedre deres ernæringsstatus. Projektet har i høj grad været beriget af, at de involverede patienter og pårørende har vist stor interesse i at følge udviklingen af deres ernæringssituation, og af, at de har taget ansvar.

De vejledninger om patientforløb, som er tilgængelige som links på sygehusenes intranet, bør også indeholde links til kost- og ernæringsvejledning til patienterne op til en operation, men også efter udskrivelse.

Selvom der skal tages forbehold for, at patienterne i dette projekt har en alvorlig kræftdiagnose, som de bliver opereret for, er der nogle indsatsområder, der kan overføres til andre kirurgiske patientforløb.

Fastholdelse af indsatsen

Man gennemfører præoperative samtaler om kost med en stor del af patienterne, som identificeres i forbindelse med forundersøgelsen. Disse undersøgelser sker imidlertid på andre afdelinger, hvilket vanskeliggør overførslen af informationer.

Projektet har også medført, at man gennemfører flere samtaler efter operation, ligesom man samarbejder med en diætist, som deltager i morgenkonferencen en gang om ugen. Det har medført, at der gennemføres mere kostregistrering end før projektet og en tidligere indsats med tilskudsernæring.

Projekt nr. 8

IMERAS: Implementering og evaluering af Målrettet Ernæringsplan på Ringkjøbing Amts Sygehuse

Organisation

Ernæringsenheden i Ringkjøbing Amt
Tlf.: 99 12 58 93

Kontaktperson

Lone Degn Olesen, klinisk diætist
Tlf.: 99 12 58 93
E-mail: ernaeringsenheden@ringamt.dk

Målgruppe

Patienter indlagt på sygehusene i Ringkjøbing Amt

Formål og baggrund

Formål:

- At indføre en målrettet ernæringsplan, som omfatter:
 - o screening af indlagte patienter for ernæringsmæssig risiko
 - o udarbejdelse af handlingsplan
 - o individuel vurdering af målopfyldelse
- At evaluere graden af målopfyldelse ud fra fastsatte effektparametre og standarder
- At forberede ernæringsområdet til den kommende akkreditering.

Ringkjøbing Amts sygehuse omfatter fem sygehuse med ca. 800 senge fordelt med ca. 345 senge på hvert af sygehusene i Herning og Holstebro og ca. 110 på de tre mindre sygehuse i Tarm, Ringkøbing og Lemvig. På alle sygehuse har man gennem mange år arbejdet på at forbedre ernæringen til risikopatienter, men med forskellig intensitet, struktur og organisering.

Fra juli 2001 blev sygehusstrukturen ændret fra fem selvstændige sygehuse til ét sammenhængende amtsligt sygehus med tværgående centre og lokale sygehusledere og med en sundhedsdirektion som den overordnede ledelse. På sygehusene i Ringkjøbing Amt mangler der fælles retningslinjer, procedurer og redskaber, som kan fremme en målrettet og individuel ernæringsindsats over for indlagte patienter.

Indsats

Arenaer
Sygehus.

Aktører

Læge, plejepersonale, kostkonsulent, klinisk diætist, økonoma, køkkenassistent.

Fokus

Patientinddragelse, kvalitetssikring af ernæringsindsatsen.

Bevilling

Sundhedsstyrelsen bevilgede kr. 193.900,- til projektet.

Varighed

1. januar 2004 – 31. december 2004.

Gennemførelse

Implementeringen af tre forskellige kostformer – normalkost, sygehuskost og kost til småtspisende – var påbegyndt forud for projektperioden på alle fem sygehuse i Ringkøbing Amt. For at optimere og ensarte ernæringsindsatsen på sygehuse udarbejdede man et fælles undervisningsmateriale.

Alt plejepersonale på de fem sygehuse blev tilbudt undervisning. Undervisningen af sygeplejersker, sygehjælpere, social- og sundhedsassistenter og serviceassistenter på afsnittene blev varetaget af et team bestående af en sygeplejerske, en kostkonsulent og en klinisk diætist. Undervisningen omfattede bl.a. praktisk screening af patienterne, registrering og beregning af patienternes kostindtag ved hjælp af fortrykte skemaer og anvendelse af sygeplejeark, som blev anvendt til screening for ernæringsmæssig risiko og udarbejdelse af ernæringsplaner. Derudover blev plejepersonalet informeret om køkkenernes madtilbud og bestillingen af maden.

Til samtlige køkkener (et på hvert af de fem sygehuse) blev der udarbejdet to foldere til patienterne, som informerer om henholdsvis normalkost og sygehuskost/kost til småtspisende samt om køkkenets tilbud i forhold til disse kostformer. Derudover blev der udarbejdet en pjece til patienter i ernæringsmæssig risiko med titlen ”Mad til dig, der kun kan spise lidt”, som kort beskriver, hvorfor det er vigtigt at spise, når man er syg, og som samtidig giver konkrete anbefalinger om mad, når appetitten er lille.

Som en del af evalueringen blev der gennemført en audit af kostnøglepersonerne på sygehuses sengeafsnit.

Resultater

Tre ud af fire patienter blev vejet, og hver anden primærscreenet. Af de 94 udførte screeninger blev 85 % foretaget inden for det første døgn. Godt en tredjedel af patienterne blev fundet i ernæringsmæssig risiko, og omkring hver anden af disse fik foretaget sekundærscreening.

Halvdelen af alle patienter, som ikke er i et terminalt forløb, er risikoscreenet inden for 24 timer efter indlæggelsen. Dette er mindre end den standard, der er sat for projektet ($\geq 80\%$). Næsten alle risikopatienter får lagt en ernæringsplan, og 85 % af patienterne ernæres efter den lagte plan.

I alt 51 patienter fik sygehuskost eller kost til småtspisende, svarende til 86 % af dem, hvor der var indikation for ernæringsplan.

Kun få patienter ligger så længe, at kontrolvejning og gentagen sekundærscreening bliver aktuelt.

I forhold til de professionelle fik ca. 1.180 personer tilbudt undervisning, og ud af dem deltog ca. 840. Det svarer til, at mere end 70 % af plejepersonalet deltog i undervisningen.

Konklusioner

Der har igennem projektperioden været en stigende interesse for at ”gøre noget” for patienter i ernæringsmæssig risiko. Eksempelvis er flere og flere patienter blevet kostregistreret, og det har givet personalet bedre muligheder for at vurdere behovet for og mængden af sondekost.

Sygeplejearkene har ikke været lige anvendelige på alle afsnit, idet flere har påpeget, at de finder sygeplejearkene uoverskuelige, og at de volumenmæssigt fylder meget.

Evalueringen viser, at et stort antal patienter er indlagt så kort tid, at der ikke skal foretages en sekundærscreening. Det understreger nødvendigheden af, at samarbejdet mellem sygehuse og primærsektoren forbedres, så der bliver fulgt op på identificerede risikopatienter.

I projektet har der ikke været kontakt til ambulatorierne. Man kunne med fordel ernæringsscreene patienterne her, så en evt. ernæringsmæssig behandling kan igangsættes så hurtigt som muligt. Der kunne desuden etableres kontakt til hjemmeplejen.

Der bør følges op på undervisningen af plejepersonalet i ernæringens betydning for patienterne. Især tyder meget på, at uddannelse af kostnøglepersonerne skal prioriteres højere, således at disse føler sig bedre rustet til at varetage opgaverne.

Det tager tid at ændre veletablerede kulturer, procedurer og arbejdsgange. Nogle fandt det eksempelvis svært at skulle screene patienterne i sygeplejearkene – det gjaldt særligt i de afsnit, som tidligere havde anvendt andre former for screenings-skemaer. Følgegruppen har påbegyndt en revision af sygeplejearkene og har desuden taget kontakt til dokumentationsgruppen med henblik på at gøre arkene mere brugervenlige og sikre den videre implementering.

Fastholdelse af indsatsen

Den målrettede ernæringsplan er nu implementeret på alle fem sygehuse i Ringkøbing Amt.

Fremover vil der blive satset specielt på kostnøglepersonerne med henblik på efter- og videreuddannelse. Ved projektets afslutning afholdt man et todages kursus i ernæring (bl.a. i screening og kostregistrering) for de 45-50 kostnøglepersoner, og dette kursus gentages som endagskursus to gange årligt, fortrinsvis for nye medarbejdere.

Undervisningen i brugen af sygeplejearkene har medført, at de nu bruges i hele amtet.

En følge af projektet er også, at man nu vil træne nøglepersonerne i, hvordan de kan gennemføre audit på afsnitsniveau, så man kan få detaljeret feedback i forhold til indsatsen.

Projekt nr. 9

Roomservice (Er det valgfrihed og stor fleksibilitet i forbindelse med madtilbudet, eller er det omsorg fra personalet, der motiverer patienter i ernæringsmæssig risiko til et større kostindtag?)

Organisation

Rigshospitalet
Tlf.: 35 45 35 45

Kontaktperson

Lise Munk Plum, klinisk udviklingssygeplejerske
Tlf.: 35 45 31 66
E-mail: lise.munk.plum@rh.regionh.dk

Målgruppe

Alle patienter indlagt på undersøgelsesafsnittene i formålings- og interventionsperioden, som er i ernæringsmæssig risiko ved indlæggelsen, eller som i løbet af indlæggelsen bliver risikopatienter.

Formål og baggrund

Formål: At undersøge, hvilken effekt to forskellige former for organisering af mad og måltider har på kostindtaget hos indlagte patienter i ernæringsmæssig risiko, og at belyse underernærede patienters opfattelse af mad og måltider i forbindelse med indlæggelse, herunder især patienternes erfaring med, hvad der har betydning for, at de kan spise på trods af den nedsatte appetit som følge af sygdom eller behandling.

Der er i de senere år etableret mange former for spisemuligheder, hvor danskerne kan købe mad med hjem eller spise på stedet. Her tænkes både på hel- og halvfabrikerede færdigretter og på pizzeriaer, caféer mv., som er karakteriseret ved, at man uformelt og uden forudbestilling vælger fra et menukort og sammensætter sit måltid ud fra sin øjeblikkelige sult og madlyst. Maden tilberedes og leveres inden for kort tid. Der er altså tale om en form for globalt spisekort, som tilgodeser et individuelt spisemønster og en særlig madkultur. I dette projekt har man ønsket at tænke denne udvikling ind i ændringen af kostforplejningssystemet og afprøve individuelle, fleksible løsninger med høj grad af brugerinvolvering.

Indsats

Arenaer

Sygehus.

Aktører

Sygeplejerske, køkkenassistent.

Fokus

Patientinddragelse, kvalitetssikring af ernæringsindsatsen.

Bevilling

Sundhedsstyrelsen bevilgede kr. 609.900,- til projektet.

Varighed

1. maj 2004 – 31. december 2004.

Gennemførelse

Roomservice er en fleksibel og individuel kostbestillingsform, som omfatter telefonisk bestilling af mad og mellemmåltider fra et særligt sammensat menukort. Patienterne har kunnet ringe alle ugens dage mellem kl. 10.30 og 19.00. Maden leveres på afdelingen inden for en time. I køkkenet har fire personer delt Roomservice-opgaverne imellem sig.

Ændret organisering af kostforplejningen har fundet sted på tre udvalgte afdelinger på Rigshospitalet. Patienter i ernæringsmæssig risiko på to afdelinger (medicinsk og kirurgisk) blev tilbudt at bestille mad efter roomservice-konceptet, og på medicinsk specialafdeling blev der tilført en fuldtidsansat ernæringsansvarlig sygeplejerske.

Den ernæringsansvarlige sygeplejerske er blevet uddannet som superbruger inden for det eksisterende kostforplejningssystem og har i interventionsperioden haft til opgave at optimere patienternæringen inden for det eksisterende systems rammer.

Der blev gennemført kvalitative interviews med otte patienter for at få større viden om patienters oplevelse af at spise på hospitalet trods manglende appetit.

Resultater

På den ene roomserviceafdeling var der en signifikant forøgelse af energiindtaget i form af mad, mens der på den anden afdeling med roomserviceordning ikke var nogen forskel. På begge roomserviceafdelinger benyttede langt hovedparten af risikopatienterne – henholdsvis 75 % og 86 % – sig af muligheden for at bestille mad. På afdelingen med den ernæringsansvarlige sygeplejerske spiste patienterne mere, og der var en signifikant forøgelse af proteinindtaget i form af mad. Patienterne har således ikke blot spist mere, men også mere lødigt i forhold til at få dækket deres behov for såvel energi som protein.

I de gennemførte interview gav patienterne udtryk for, at serveringen af måltidet har stor betydning for, om de overkommer at spise. Kvaliteten af serveringen opleves som meget svingende. Fleksibilitet i forhold til spisetidspunkt, menuvalg og individuel tilpasning af menuerne opleves endvidere som vigtige faktorer, og disse tilgodeses ifølge patienterne i begge afprøvede kostforplejningsformer.

Konklusioner

Valgfrihed og en høj grad af selvbestemmelse i forhold til mad og måltider kan medvirke til, at patienter i ernæringsmæssig risiko kan spise mere, men kan ikke alene sikre, at de får dækket deres næringsbehov.

Ifølge projektmedarbejderne har den direkte patientkontakt påvirket dem både fagligt og personligt. Patientkontakten har virket inspirerende og forpligtende på projektmedarbejderne i køkkenet, men har også overrasket ved at fylde mere end ventet.

Projektet lægger desuden op til, at der på afdelinger med mange patienter i ernæringsmæssig risiko i fremtiden skal arbejdes strategisk med at sikre, at der er de nødvendige ressourcer til stede til at løfte opgaven med at få patienter til at spise mere. Det drejer sig om ressourcer i form af tid, men også kompetencer hos personalet, som bør have viden og erfaring med sygepleje til underernærede.

Derudover skal kostforplejningssystemet leve op til kravene om fleksibilitet, valgmuligheder og leveringssikkerhed. Det er vigtigt, at maden er lettilgængelig, så personalet kan fokusere indsatsen på selve serveringen af måltidet. Et veludviklet samarbejde mellem køkken og afdeling er derfor nødvendigt, hvis kostforplejningssystemet skal leve op til de velbegrundede krav, som er beskrevet af patienterne i denne undersøgelse.

Fastholdelse af indsatsen

Patienthotellets køkken arbejder videre med de tilbud, der blev lanceret med projektet. Fra 1. februar 2007 tilbyder man til de patienter, som diætisten fastslår, er mest ernæringstruede, en ”ringemenu”, som består af superkost, som kommer inden for tre kvarter efter bestilling. Dette tilbud gælder for hele Rigshospitalet.

På Hæmatologisk Klinik har man ansat en ernæringsansvarlig sygeplejerske i foreløbig to år, og det er meningen, at denne stilling skal indgå i den fremtidige drift. Denne sygeplejerske vil med det nye tilbud fra køkkenet kunne kombinere de to indsats typer, som man afprøvede i projektet.

Indhøstet viden fra projektet indgår nu i det faste H:S-kursus for ernæringsnøglepersoner (6 dage).

Projekt nr. 10

Projekt Snak-pak (Appetitvækker og pædagogisk indsats til ernæringstruede patienter – ortopædkirurgiske patienter, lungemedicinske patienter og hotelpatienter)

Organisation

Århus Sygehus
Tlf.: 89 49 44 44

Kontaktperson

Ella Abraham, afdelingsleder, hotelchef
Tlf.: 86 99 53 52
E-mail: ella.abraham@adr.dk

Målgruppe

Ortopædkirurgiske og lungemedicinske patienter samt onkologiske hotelpatienter med BMI < 21, og/eller mere end tre risikopoint, indlagt mindst fem dage.

Formål og baggrund

Formål: At forebygge, vedligeholde eller bedre de risikotruede patienters ernæringstilstand under indlæggelse i form af ernæringsrigtige mellemmåltider/appetitvækkere.

Projektet havde følgende delmål:

- At skærpe personalets opmærksomhed på underernærede og småtspisende patienter og forbedre indlagte patienters ernæringstilstand
- At samarbejde med patienten om måltiders betydning, såvel kulinarisk som ernæringsmæssigt
- At eksperimentere med mellemmåltidet/appetitvækkerens indhold
- At registrere relevante parametre i et modelprojekt over et halvt år
- At skabe nysgerrighed om projektet
- At sælge idéen

Kostudvalget på Århus Kommunehospital har siden 1998 beskæftiget sig med underernæringsproblematikken. Tværsnitsundersøgelser på sygehusets afdelinger har vist, at der kun sker små fremskridt på indsatsområder som vejning, ernæringsscreeninger og kostregistreringer. Idéen om særlige mellemmåltider opstod på sygehusets patienthotel, som gennem en toårig periode har eksperimenteret med betydningen af ernæring til patienter. På patienthotellet har man erfaret, at patienter tydeligvis spiser mere, hvis personalet spiser med dem. Der er således samtidig tale om en pædagogisk indsats.

Indsats

Arenaer
Sygehus.

Aktører

Sygeplejerske, læge, klinisk diætist.

Fokus

Patientinddragelse, kvalitetssikring af ernæringsindsatsen.

Bevilling

Sundhedsstyrelsen bevilgede kr. 452.000,- til projektet.

Varighed

1. november 2003 – 31. oktober 2004.

Gennemførelse

Modelprojektet om appetitvækker og pædagogisk indsats til ernæringstruede patienter fokuserede på mellemmåltider og foregik i samarbejde med den private fødevare- og emballageindustri. Projektet involverede tre forskellige afdelinger og omfattede 97 patienter.

Den såkaldte ”Snak-pak”-boks har været indsatsens omdrejningspunkt. Boksen indeholder produkter som energidrikke, frugt, chokolade, kage, kiks, brød, smør og ost. Produktsammensætning varierer, men boksen indeholder som udgangspunkt altid 2.500 kJ og 20 g protein. Navnet Snak-pak er symbolsk og anvendt som en metafor for samtalens betydning i relation til patienter og plejepersonale i aktiv proces omkring ernæring.

Den daglige forberedelse af mellemmåltidet Snak-pak foregik i patienthotellets køkken. Projektsygeplejersken bragte efterfølgende boksene ud til projektpatienterne på de forskellige afsnit. Patienternes daglige kostindtag blev noteret i registreringsskemaer, indtastet i en database og behandlet statistisk. Derudover blev der gennemført interview med patienter og personale.

Resultater

40 % af de 97 patienter, som gennemførte, blev kostoptimeret via Snak-pak med et dagligt gennemsnitsindtag på mere end 2.000 kJ. 68 % indtog gennemsnitligt mere end 1.500 kJ. Projektet havde størst succes med langtidsindlagte patienter, specielt onkologiske patienter.

Alle patienter vurderede, at ernæringsplejeindsatsen har stor betydning for både helbred og velvære, ofte begrundet i den daglige kontakt med projektsygeplejersken. Halvdelen af patienterne er ifølge personalets udmeldinger småtspisende og har behov for kostoptimering. Derfor er den gennemsnitlige udvælgelse til projektet på ca. 9 % meget lav, hvilket kan skyldes mangelfuld procedure i forhold til ernæringsscreening eller manglende fokus på gruppen af småtspisende patienter.

Bedst forankret blev projektet på det medicinske afsnit, som nu har ændret procedurer i relation til småtspisende patienter. Man har bl.a. indført madbestilling til hovedmåltider og mellemmåltider, patienterne får Snak-pak efter behov, ernæringsscreening er indført med 100 %, og madspild er reduceret betydeligt.

Konklusioner

Generelt anbefales, at Snak-pak-konceptet indføres i tre energi- og proteinindholdsvarianter: én under 1.500 kJ, én fra 1.500 til 2.000 kJ og én over 2.000 kJ som bestillingsvare direkte fra Centralkøkkenet. Samarbejdet med den private industri har været udviklende, inspirerende og lærerigt, og der er gennemført et

unikt arbejde med fokus på at finde produkter, der er velegnede til småtspisende. Projektet har i hele perioden fået stor opmærksomhed, hvilket har resulteret i både populære og faglige artikler.

Personalets screeningsprocedurer var i fokus, og det viste sig meget aktuelt, da det ofte var usikkert, hvorvidt alle småtspisende patienter blev screenet og dermed havde mulighed for at indgå i projektet.

Det lykkedes kun i nogen udstrækning at motivere personalet som aktiv partner i projektet. Den pædagogiske proces var ofte overladt til projektsygeplejersken, da hun var hos patienterne dagligt og talte forholdsvis meget med dem. Samtalen fokuserede på kost, sygdom og sundhed. Appetitløshed og patienternes egne erfaringer i relation til dette var et væsentligt emne. Patienten skulle selv registrere sit daglige indtag, og det resulterede ofte i en aktiv proces, som tilførte både patienten og pårørende ny viden.

Interviewene med patienter og personale indeholdt flere modsætningsfyldte synsvinkler. Når patienterne eksempelvis taler subjektivt om appetitløshed, så taler personalet om småtspisende patienter, der betegnes som en stor og ensartet gruppe i afdelingen i lighed med diabetespatienter. Patienterne taler om individuelle løsninger ud fra egne erfaringer, mens personalet taler om rutiner og travlhed og betegner det individuelle fokus som en ekstra indsats.

Patienterne var begejstrede for Snak-pak. Det blev opfattet som en kreativ hygepakke, som er privat og kan spises døgnet rundt uden kontrol. Individualitet og kreativitet synes at være vigtige elementer i ernæringspleje. I interviews er det vanskeligt for personalet at komme med kreative forslag og konkrete succesoplevelser, hvilket kan være afgørende for forandringer og resultater i indsatsen for ernæringstruede sygehuspatienter.

Fastholdelse af indsatsen

Efter projektet har man i en periode givet pakker til ambulante onkologiske patienter, som fx har spist pakkernes indhold i ventetiden eller under transporten i forbindelse med kontakten til sygehuset.

Århus Sygehus' kostudvalg har anbefalet afdelingerne at indføre tilbuddet tilpasset den enkelte afdeling.

Man pakker ikke længere færdige Snak-pak-bokse, fordi der var for meget spild, da patienterne ikke kunne lide eller ikke kunne spise hele indholdet. I stedet findes indholdet fra boksene nu på madvognene, som patienterne kan bestille fra.

Patienterne screenes fortsat, og risikopatienter kostregistreres i tre dage. Samtidig har personalet fortsat fokus på det pædagogiske.

Bilag 1c: Projekter, der har inddraget alle tre fokusområder: Kvalitetsvurdering af ernæringsindsatsen, Patientinddragelse og Samarbejde med primærsektoren

Projekt nr. 11

Posthospitalsernæring koordineret ved udgående klinisk diætist

Organisation

Frederiksberg Hospital, Medicinsk Center
Tlf.: 38 16 38 16

Kontaktperson

Vibeke Sode, klinisk diætist
Tlf.: 38 16 44 40
E-mail: vibeke.sode@frh.regionh.dk

Målgruppe

Patienter over 65 år, der havde været indlagt over fem dage med risikoscore > 3 og BMI $< 20,5$ eller nyligt større vægttab. Forventet indlæggelsestid på min. fem dage. En forudsætning var også en i forvejen etableret kontakt til hjemmeplejen.

Patienter med følgende diagnoser indgik ikke:

- Terminale patienter (forventet levetid under tre måneder)
- Patienter med alkohol- og medicinmisbrug
- Patienter med svær demens eller anden kognitiv defekt
- Plejehjemsboere.

Formål og baggrund

Formål: At etablere en funktion i eget hjem til opfølgning af individuelt tilrettede kostplaner til underernærede ældre medicinske patienter.

Interventionen havde følgende mål:

- Patienten opnår vægtstabilitet/vægtøgning i forhold til individuel plan
- Patienten bliver mere opmærksom på kostens helbredsmæssige betydning
- Patienten motiveres til at deltage aktivt i helbredelsen.

Derudover var målet at belyse forhold i relation til videreførelse af ernæringsbehandling, udvikle standarder for "Opfølgning af ernæringsproblemer" mellem primærsektoren og Frederiksberg Hospital samt undervise personale i primærsektoren ud fra en behovsanalyse.

Et vigtigt delmål var desuden at registrere patientengagement og -tilfredshed og definere kontaktheden med primærsektoren omkring ernæringen af risikopatienten.

Inden projektet rettedes ernæringsindsatsen udelukkende mod patienter i ernæringsrisiko under indlæggelse. Der var ingen viden om betydningen af denne indsats og en eventuel fortsat ernæringsbehandling efter udskrivelse.

Da indlæggelsestider på stationære medicinske senge er faldet markant gennem årene, fandt man det relevant at overveje betydningen af videreførelse af ernæringsterapi efter udskrivelse. Derfor ønskede man at undersøge, hvordan en organisation kunne etableres og gennemføre behandlingen efter udskrivelse til primærsektoren. Videreførelsen af ernæringsterapi kan bl.a. have betydning for rehabilitering i hjemmet, videre sygelighed efter udskrivelse og risiko for genindlæggelse med forværring af sygdommen.

Indsats

Arenaer

Sygehus, eget hjem.

Aktører

Diætist, læge.

Fokus

Patientinddragelse, kvalitetssikring af ernæringsindsatsen, samarbejde med primærsektoren.

Bevilling

Sundhedsstyrelsen bevilgede kr. 323.376,- til projektet.

Varighed

1. januar 2004 – 28. februar 2006.

Gennemførelse

Projektet var inddelt i to faser, hvor man i første fase afprøvede metode og inklusion. I anden fase fortsatte man med justeringer. Patienterne blev informeret mundtligt om projektet af sygeplejersken eller lægen, som herefter henviste til projektdiætisten.

Vejledningsforløbet var tilrettelagt således, at patienterne fik tilbudt i alt fire besøg over en seks måneders periode. Det første besøg bestod i en indledende samtale under indlæggelsen. De tre efterfølgende samtaler foregik henholdsvis to uger, to måneder og seks måneder efter patientens udskrivelse.

Ved den første vejledning udarbejdede diætisten i samarbejde med patienten en individuel kostplan. Kostplanen skulle være realistisk og let at følge, og den skulle desuden rumme fem til seks daglige måltider og sikre en væskeindtagelse på min. 1½ liter.

Ved hvert hjemmebesøg blev patienten vejlet, og målet for den næste vejning blev drøftet.

Ud over den mundtlige vejledning om kost modtog patienterne pjecen ”Maden er den bedste medicin”, som er en informationsfolder om kostvejledning til småspisende.

Som en del af projektet blev der endvidere gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger samt undervisning og spørgeskemaundersøgelse i Frederiksberg Kommunes Hjemmepleje.

Resultater

Projektets første fase inkluderede i alt ni patienter, mens anden fase inkluderede 44 patienter. En audit i projektperioden viste, at 22 % af patienter fra medicinske afdelinger udskrives med fortsat behov for ernæringsterapi i hjemmet.

Af de inkluderede patienter var tre ud af fire motiverede for hjemmebesøg. Det var overvejende kvinder, der tog imod tilbuddet om deltagelse. 65 % havde etableret madservice. Omkring fire ud af fem modtog et eller flere besøg efter inklusion. 17 patienter blev fulgt i op til 6-12 måneder, og de havde generelt god forståelse for kostomlægning i henhold til ”Bedre mad til syge”.

Det lykkedes 65 % af disse patienter at stoppe vægttabet eller ligefrem tage på. Kostplanerne blev fulgt. Patienterne spiste og drak mere, samtidig med at måltidsfordelingen blev forbedret. Succesen med at fastholde og motivere patienter fremgår af deres ønske om genbesøg op til 12 måneder efter inklusion.

En spørgeskemaundersøgelse viste, at hjemmeplejen generelt ved meget om ”Bedre mad til syge”. Derimod er der usikkerhed om vurdering af ernæringsrisiko. Blandt de praktiserende læger er der interesse for ernæringsterapi, men den generelle holdning var på tidspunktet, at ernæringsbehandling bør varetages af en diætist eller på sygehuset.

Konklusioner

En udgående klinisk diætist-funktion er effektiv, men den kan med fordel udbygges med en ambulant funktion på sygehuset. I primærsektoren er der en klar interesse for ernæringsterapi, som dog opfattes som en opgave, der kræver særlig visitation og ressourcetildeling. Der er endvidere (både hos praktiserende læger og i hjemmeplejen) behov for mere information om og undervisning i at opfange ernæringsproblemer hos de syge og for bedre henvisningsmuligheder til klinisk diætist eller sygehusafdeling.

Inklusionen i projektet var langt mindre end forventet, hvilket i nogen grad skyldtes en endnu ikke optimal brug af screeningsproceduren på afdelingerne. Proceduren for henvisning til udgående diætist vil måske kunne forbedres ved en daglig tilstedeværelse på sygehuset tæt på udskrivningssituationen, indtil funktionen er fasttømret som et senere naturligt led i ernæringsbehandlingen af udskrevne patienter i ernæringsrisiko.

De motiverede patienter, som hovedsagelig var ældre, enlige kvinder, satte en ære i at følge kostrådene og nå målene for vægtstigning. Samtlige adspurgte patienter ville ikke have taget imod tilbuddet om løbende kontrol, hvis den skulle være foregået på hospitalet frem for hjemme hos dem selv.

Patienter, der ikke ønsker besøg i hjemmet, bør motiveres til at deltage i ernæringsbehandling i et andet regi, fx besøg i et ambulatorium tilknyttet afdelingen eller henvisning til egen læge til helbreds- og ernæringsmæssig kontrol.

Spørgeskemaet, som blev anvendt i vurderingen af patienternes kostindtag, var et godt redskab, der kan bruges af alle faggrupper.

Overordnet kan konkluderes, at det med en relativt beskeden indsats over 6-12 måneder tilsyneladende er muligt at opnå markante ændringer i de underernærede patienters ernæringsforhold via vejledning og kontrol af en udgående klinisk diætist.

Fastholdelse af indsatsen

Der er planer om at ansætte en klinisk diætist som bindeled mellem hospitalet og primærsektoren. Både hospitalet og de praktiserende læger i kommunen skal kunne henvise. Frederiksberg Kommune har i forvejen to diætister, som imidlertid kun arbejder med forebyggelse.

Projekt nr. 12

Forbedret ernæringsindsats i hjemmeplejen – et samarbejdsprojekt mellem hjemmeplejen i Brønshøj-Husum og Geriatrisk Klinik på Bispebjerg Hospital

Organisation

Københavns Kommune, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Sundhedsstaben
Tlf.: 35 30 35 30

Kontaktperson

Susanne Westergren, specialkonsulent
Tlf.: 35 30 35 24
E-mail: fq17@suf.kk.dk

Målgruppe

269 ældre borgere tilknyttet hjemmeplejen Husumvænge, der blev fulgt som hjemmeplejeklienter og som patienter under indlæggelse og efter udskrivelse fra Geriatrisk Klinik, ambulatorium og dagshospital samt fra januar 2005 også afdeling H (reumatologisk) og afdeling Y (kardiologisk) på Bispebjerg Hospital

Formål og baggrund

Formål: At forbedre ernæringstilstanden hos hjemmeplejeklienterne ved at:

- udvikle en samarbejdsmodel mellem hjemmeplejen og Geriatrisk Klinik, der kunne styrke samarbejde om og videndeling ved indlæggelse, udskrivelse og ernæringsplaner, herunder forbedre mulighederne for henvisning til udredning ved geriatrisk team og dermed forbedre mulighederne for at blive visiteret til ambulatorium
- tilbyde ernæringsterapi i hjemmeplejen til småtspisende og undervægtige ældre samt som opfølgning over for udskrevne patienter med behov for hjemmepleje

Geriatrisk Klinik på Bispebjerg Hospital og hjemmeplejen i Brønshøj-Husum i Københavns Kommune indledte i januar 2004 et toårigt samarbejdsprojekt om en forbedret ernæringsindsats i hjemmeplejen før, under og efter indlæggelse med en interventionsperiode på 1½ år fra april 2004 til og med oktober 2005.

På Geriatrisk Klinik på Bispebjerg Hospital har man gennem ti år haft fokus på de ældres ernæringstilstand under indlæggelse. Klinikken er akkrediteret, og som følge heraf ernæringsscreenes alle patienter inden for det første indlæggelsesdøgn. SuffICIENT ernæring prioriteres under indlæggelse, og mange ældre opernæres i løbet af deres sygehusophold.

I Københavns Kommune er 15.000 ældre visiteret til hjemmepleje, hvoraf 5.000 på baggrund af ernæringsforskningen kan forventes at være småtspisende og undervægtige.

Indsats

Arenaer

Sygehus, eget hjem.

Aktører

Sygeplejerske, hjemmesygeplejerske, hjemmehjælper, sosu-assistent, sosu-hjælper.

Fokus

Patientinddragelse, kvalitetssikring af ernæringsindsatsen, samarbejde med primærsektoren.

Bevilling

Sundhedsstyrelsen bevilgede kr. 800.000,- til projektet.

Varighed

1. januar 2004 – 31. december 2005.

Gennemførelse

Hospitalet og hjemmeplejen havde som udgangspunkt et dårligt kendskab til hinandens organisationer, kompetencer og handlemuligheder. I foråret 2004 blev der derfor gennemført et fælles startseminar for hjemmesygeplejersker, sosu-assistenten og sosu-hjælperen fra hjemmeplejen i Brønshøj-Husum og projektsygeplejersken. På seminaret modtog deltagerne bl.a. undervisning i ernæring til ældre i forhold til de ældres holdninger til mad og måltider. Efterfølgende begyndte hjemmehjælperne at tilbyde hjemmeplejeklienterne ernæringsscreening med afsæt i ”Kostskema til ældre” fra ”Anbefalinger for den danske institutionskost” til brug for en 0-punkt-måling af ernæringstilstanden.

Hjemmeplejen udviklede en kategoriseringsmodel til brug ved intervention på baggrund af ernæringsscreening. I modellen inddeles hjemmeplejeklienterne i farverne rød, gul, grøn og grå i forhold til ernæringsstatus og intervention.

Projektsygeplejersken var på ugentlige besøg hos hjemmehjælperne ved deres gruppemøder, hvor hun dels underviste i ernæring, dels støttede og vejlede hjælperne i ernæringsscreening og senere opfølgning over for de småtspisende klienter.

Resultater

Hjemmeplejeklienterne i Brønshøj-Husum og personalet i hjemmeplejens to grupper samt på hospitalet har fået stort udbytte af projektet.

Blandt hjemmeplejeklienterne i Brønshøj-Husum er andelen af småtspisende og undervægtige med BMI < 24 faldet fra 49 % til 33 %. Samtidig er andelen af ældre med BMI > 24 steget fra 28 % til 40 %. De redskaber, som hjemmeplejen har brugt for at følge de ældres vægt og trivsel, har vist sig håndgribelige og brugbare for både plejepersonale og hjemmeplejeklienter.

Den største gevinst for personalegrupperne har været nedbrydning af barrierer og en bedre forståelse af hinandens praksis og hverdag. For hospitalspersonalet er især kendskabet til den kommunale BUM-struktur på ældreområdet (bestiller-udfører-modtager) øget betydeligt. I hjemmeplejen har den større viden om ernæring rustet hjemmehjælperne bedre til at rådgive og vejlede de ældre og deres pårørende i forhold til ernæring, mad og måltider.

Med hjemmeplejens nye handlemuligheder – herunder vejning af hjemmeplejeklienterne, støtte i forbindelse med mad og måltider samt tilbud om den energi- og proteinrige ”menu til småtspisende” fra den kommunale leverandør af madservice – er hjemmehjælperne blevet bedre til at håndtere ernæringsmæssige problemstillinger og er samtidig blevet mere tilfredse med deres arbejde.

Konklusioner

For mange sosu-hjælpere var det en stor udfordring at gå i dialog med de ældre om ernæring og tilbyde dem vejning. Nogle hjælpere ønskede ikke denne rolle, da de kun besøgte de ældre for at gøre rent hver anden uge. I projektets første del blev der derfor brugt meget tid på at motivere sosu-hjælperne, og der blev i denne forbindelse udnævnt én sosu-hjælper med et særligt engagement i ernæringsindsatsen som tovholder for hjælperne. Tovholderen havde ansvaret for at følge op på klienter i dårlig ernæringstilstand, som derved fik mulighed for at bygge et tilkedsforhold op til én fast kontaktperson. Tovholderfunktionen blandt hjælperne giver den opbakning og kvalitet i ernæringsindsatsen, der er mest hensigtsmæssig for hjemmeplejeklienterne.

Dele af projektets samarbejdsmodel kan fungere som model for andre, der ønsker at øge videndeling og dialog omkring et specifikt fagområde mellem primær- og sekundærsektoren.

Projektet giver følgende centrale anbefalinger:

- At man ansætter en ressourceperson, der færdes både på sygehuset og i primærsektoren
- At de sosu-hjælpere, der er tættest på borgerne, sikres redskaber og opdateret viden til at kunne motivere og vejlede småtspisende ældre
- At alle hjemmeplejeklienter tilbydes vejning regelmæssigt
- At sygeplejeepikriserne fra sygehusene tydeligt beskriver status for ernæringstilstanden ved udskrivelsen.

Fastholdelse af indsatsen

Københavns Kommune har vedtaget en kostpolitik, og 800 borgere (hjemmeboende ældre med hjemmepleje) får hvert år ernæringsterapi (4 timer over 3-6 måneder). Kommunen uddanner tovholdere blandt sygeplejerskerne, som gennemfører det første besøg i forbindelse med terapien.

Desuden har man kostkonsulenter i lokalområderne, som skal sikre, at ernæring er en del af helhedsplejen.

Kommunen tilbyder sygeplejerskerne en nøglepersonuddannelse i ernæring i CVU-regi. Nøglepersonerne skal sørge for, at epikriserne følges op i primærsektoren.

Ernæring er også en del af den kvalitetsstandard, som kommunen i løbet af 2007 vil fastsætte.

Projekt nr. 13

Samarbejde med primærsektor, fortsat ernæringsindsats til patienter efter udskrivelse og ernæringsscreening af borgere før henvisning til sygehus

Organisation

Regionshospitalet Randers
Tlf.: 89 10 20 00

Kontaktperson

Birgit Svendsen, udviklingschef
Tlf.: 89 10 20 11
E-mail: bsv@rc.aaa.dk

Målgruppe

- Borgere/patienter fra Mariager, Grenaa og Rosenholm Kommuner, der udskrives fra Randers Centralsygehus/Grenaa Sygehus til fortsat ernæringsindsats
- Borgere fra Mariager, Grenaa og Rosenholm Kommune, der er ernæringsscreenet før henvisning til indlæggelse, undersøgelse og/eller behandling på Randers Centralsygehus/Grenaa Sygehus.

Formål og baggrund

Formål:

- at forebygge og afhjælpe ernæringsproblemer hos indlagte patienter gennem målrettet ernæringsindsats
- at sikre, at ernæringsindsatsen fortsætter efter patientens udskrivelse fra sygehus
- at ernæringsscreene borgere, før de henvises til undersøgelse og/eller behandling på sygehuset
- at afdække ernæringsbehov hos borgere, der har forebyggende hjemmebesøg
- at afklare mulighederne for leverance af forskelligartede kosttilbud til de borgere, der har ernæringsproblemer og ikke er omfattet af den kommunale madservice
- at konkretisere kvalitetsstandarden for den kommunale madservice, således at forskelligartede kostbehov hos borgerne kan tilgodeses.

Målene er desuden konkretiseret i en række delmål, og projektet opregner også konkrete succeskriterier for indsatsen.

Borgere, som henvises til indlæggelse, undersøgelse og/eller behandling på sygehuset bliver ikke ernæringsscreenet og får ikke vejledning om tilstrækkelig kost inden kontakten til sygehuset.

Patienter til fortsat ernæringsindsats udskrives derudover i dag alene med skriftlig og mundtlig information om kostens betydning som en del af behandlingen, plejen, genoptræningen og rekonvalescensen. Der er ikke etablerede muligheder for støtte og vejledning fra plejepersonalet i kommunerne eller de praktiserende læger om kosttilbud, der tilgodeser en ernæringsindsats til borgeren.

Projektet har således skullet skaffe viden og erfaringer om, hvordan ernæringsindsatsen over for patienten kan fortsætte efter udskrivelse, og hvordan ernæringscreening af borgere, der henvises til indlæggelse, undersøgelse og/eller behandling på sygehuset kan indføres og gennemføres i kommunerne og hos de praktiserende læger.

Indsats

Arenaer

Sygehus, eget hjem.

Aktører

Plejepersonale, læge, klinisk diætist, kostkonsulent, økonoma og køkkenpersonale, praktiserende læge.

Fokus

Patientinddragelse, kvalitetssikring af ernæringsindsatsen, samarbejde med primærsektoren.

Bevilling

Sundhedsstyrelsen bevilgede kr. 484.780,- til projektet.

Varighed

1. september 2004 – 30. september 2005.

Gennemførelse

På Randers Centralsygehus/Grenaa Sygehus er plejepersonalet på i alt 17 medicinske og kirurgiske sengeafsnit blevet undervist i ernæring, ernæringscreening og kostregistrering. Lægegrupperne har også fået undervisning og/eller orientering.

I Grenaa, Rosenholm og Mariager Kommuner er plejepersonalet, omkring 500 medarbejdere i hjemmeplejen, ligeledes blevet undervist i ernæring, ernæringscreening og kostregistrering. De praktiserende læger med tilknytning til de tre kommuner er orienteret om projektet.

I forbindelse med ernæringsprojektet er der indført et nyt skema til ernæringscreening, som følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2002. Det samme skema til ernæringscreening er implementeret i hjemmeplejen i de tre kommuner og på sygehuset. Der er ligeledes indført et nyt kostregistreringsskema på sygehuset og kostregistrering i de tre kommuners hjemmepleje, som ikke tidligere har kostregistreret borgerne.

På sygehuset har plejepersonalet ernæringsscreenet alle patienter inden for de første 24 timer efter indlæggelse. I kommunerne er alle plejekrævende borgere blevet ernæringsscreenet regelmæssigt efter skøn og ved visitation til madservice. Resultatet af ernæringscreeningen har afgjort, om borgeren/patienten efterfølgende skulle kostregistreres.

Endelig har man gennemført en audit på ernæringscreeningsskemaerne for at få kendskab til borgernes/patienternes ernæringstilstand ud fra ernæringscreeningen og til kompletheden i udfyldelsen af skemaerne.

Resultater

Projektkoordinatoren, kostkonsulenten, de kliniske diætister og kostnøglepersoner har undervist, holdt møder og fulgt op sammen med plejepersonale og læger i de enkelte afsnit i forhold til målrettet ernæringsindsats, ernæringscreening, kostregistrering, håndtering, anretning og servering af maden.

En analyse af ernæringscreeningsskemaerne fra hjemmeplejen i Grenaa og Rosenholm Kommune og fra sygehuset har vist, at borgere og patienter fra 75 år er i risiko for at blive ernæringstruede med lav vægt og lavt BMI. Borgere og patienter fra 85 år er særligt udsatte.

En audit på sygehuset viste, at 85 % af patienterne er blevet screenet inden for de første 24 timer efter indlæggelsen. I 70 % af screeningsskemaerne er der taget stilling til samtlige felter på skemaet. For 10 % af patienterne er kostregistrering vurderet og iværksat.

En audit på ernæringskemaer i to kommuner viser, at der i Grenaa Kommune i 93 % af screeningsskemaerne er taget stilling til samtlige felter på skemaet, og for 5 % af patienterne er kostregistrering vurderet og iværksat. De tilsvarende andele er for Rosenholm Kommune er 79 % og 7 %.

I en undersøgelse af 24 patientforløb, hvor der har været fokus på patientens ernæring under indlæggelsen og efterfølgende i hjemmeplejen i kommunerne efter udskrivelsen, tog patienterne i 10 patientforløb i gennemsnit 3 kilo på, efter at de var kommet hjem fra sygehuset, når plejepersonalet i kommunen fortsat har haft fokus på ernæring. 6 patienter holdt vægten, mens 8 patienter tabte i gennemsnit 7 kilo. Disse patienter var alle vurderet som svært syge.

Konklusioner

Fokus på ernæringsindsatsen skal fastholdes efter projektet såvel i hjemmeplejen som på sygehuset. Fastholdelsen gør det muligt at forebygge og handle i konkrete situationer, så en borger eller en patient ikke bliver ernæringstruet. Den indsamlede viden og erfaring fra projektet skal forankres i hjemmeplejen i kommunerne og på sygehuset, så der fremover bliver sammenhæng i patientforløbet i relation til ernæringsindsatsen.

Ernæringscreening og kostregistrering skal endvidere indgå i de faste rutiner i hjemmeplejen og på sygehuset, så reel og potentiel undervægt og underernæring forebygges og behandles. Det anbefales desuden, at der fokuseres på patientforløbene, når en borger/patient udskrives fra eller henvises til sygehus, således at en iværksat ernæringsindsats kan fortsætte i hjemmeplejen eller på sygehus.

Projektet har øget opmærksomheden på betydningen af samarbejdet mellem hjemmeplejen i kommunerne og sygehuset i forbindelse med borgenes og patienternes ernæringstilstand ved udskrivelse og henvisning til sygehus. Det har des-

uden vist, at der i fremtiden i den målrettede ernæringsindsats må fokuseres og udvikles i forhold til faglige og organisatoriske aktiviteter, så borgerne og patienterne får og oplever gode patientforløb, hvor ernæring er en integreret del.

Fastholdelse af indsatsen

Rapporten giver en lang række anbefalinger til forankring af projektet, herunder bl.a.:

- Introduktion til nyt personale om ernæring, ernæringsscreening, kostregistrering
- Udarbejdelse af retningslinjer for ernæringsscreening og kostregistrering samt udvikling af forskellige kosttilbud til ernæringstruede borgere i hjemmeplejen
- Etablering af ernæringsorganisation i hjemmeplejen
- Udveksling af viden og erfaringer om ernæring mellem kommunernes hjemmepleje, sygehuset og køkkenerne
- Kontinuerlig undervisning og implementering fortsættes i hjemmeplejen gennem aktiv inddragelse af ernæringsindsats i de forebyggende hjemmebesøg.

Kommunalreformen medfører, at Mariager Kommune ikke længere skal høre til Århus Amt, og samarbejdet har derfor været koncentreret om Grenaa og Rosenholt Kommuner.

Sammen med kommunerne har man i januar 2006 gennemført fælles undervisning om småtspisende patienter, hvor der deltog godt 100 plejepersonale og køkkenpersonale.

Desuden har de to kommuner indført superkost til ældre borgere. På plejehjemmenes caféer kan pårørende købe måltider, ligesom hjemmesygeplejerskerne i de to kommuner kan rekvirere superkostmåltider fra caféerne.

Endelig overvejer man at lade ernæring indgå i de kommende sundhedsaftaler mellem region og kommuner.

Projekt nr. 14

Organisering af patientforløb for patienter i ernæringsmæssig risiko mellem sygehusafdelinger på Aalborg Sygehus samt alment praktiserende læger og hjemmeplejen i Aalborg Kommune – et tværsektorielt kvalitetsudviklingsprojekt

Organisation

Det Amtslige Kostudvalg i Nordjyllands Amt og sygehusledelsen på Aalborg Sygehus
Tlf.: 99 32 25 11

Kontaktperson

Henrik Højgaard Rasmussen, formand for Det Amtslige Kostudvalg, overlæge, ph.d.
Tlf.: 99 32 62 29
E-mail: hhr@rn.dk

Målgruppe

Patienter i ernæringsmæssig risiko

Formål og baggrund

Formål: At udvikle en samarbejdsmodel, der skal sikre, at nødvendig information om patienternes ernæringsmæssige risiko og opfølgningsplaner formidles til almen praksis og hjemmesygeplejen på en måde, som gør det muligt for primærsektoren at fortsætte en relevant ernæringsindsats, efter at patienten er udskrevet.

Projektet havde følgende delmål:

- Sygehusafdelingerne skal dokumentere ernæringsmæssig risiko, behandlingsplan og opfølgning/monitorering i patientjournalerne.
- Ansvar for, at ernæringsindsatsen fortsættes efter udskrivelse, skal være klart placeret og defineret mellem primær- og sekundærsektoren.
- Patienten skal ved udskrivelsen fra sygehuset være informeret om sit ernæringsmæssige problem og vejledt i håndteringen af egen ernæring.
- Information om en patient i ernæringsmæssig risiko skal formidles til primærsektoren i epikriser og sygeplejerapporter ved udskrivelsen.

Alment praktiserende lægers og hjemmesygeplejerskers viden om håndtering af ernæringsmæssige problemer hos patienter i ernæringsmæssig risiko skal øges.

Der blev i 2001-2003 gennemført to projekter i Nordjyllands Amt med relevans for dette projekt. Kostudvalget på Aalborg Sygehus var initiativtager til et projekt på fire afdelinger på sygehuset, som i april 2003 resulterede i implementering af Sundhedsstyrelsens "Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister. Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko". Det Amtslige Kostudvalg i Nordjyllands Amt gennemførte i 2003 en spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger og hjemmesygeplejersker i Nordjyllands Amt bl.a. for at afdække videnniveauet om ernæ-

ringsproblemer og ernæringsterapi blandt amtets alment praktiserende læger og -hjemmesygepleje. Undersøgelsen viste bl.a., at ansvaret for patienter i ernæringsmæssig risiko ved udskrivelsen ikke er klart placeret mellem sygehus, almen praksis og hjemmeplejen, at der mangler viden til at gå aktivt ind i ernæringsmæssige problemstillinger, og at primærsektoren ikke føler sig godt nok rustet til at give kostvejledning til underernærede patienter.

Som en naturlig forlængelse af disse projekter ønskede Det Amtslige Kostudvalg i Nordjyllands Amt at udvikle en samarbejdsmodel mellem sygehuse, almen praksis og hjemmeplejen, der sikrer, at patienter med ernæringsmæssige problemer ved udskrivelse følges op i primærsektoren.

Indsats

Arenaer

Sygehus, eget hjem.

Aktører

Souschef, læge, sygeplejerske, praktiserende læge, plejepersonale, klinisk diætist, bistandsplejeleder, sekretariatsleder.

Fokus

Patientinddragelse, kvalitetssikring af ernæringsindsatsen, samarbejde med primærsektoren.

Bevilling

Sundhedsstyrelsen bevilgede kr. 589.600,- til projektet.

Varighed

1. november 2003 – 1. oktober 2004.

Gennemførelse

Indsatsen blev gennemført som et tværsektorielt kvalitetsudviklingsprojekt mellem to afdelinger (medicinsk og kirurgisk gastroenterologisk afdeling, Aalborg sygehus) og Aalborg Kommune. Interventionen blev foretaget på såvel primær- som sekundærsektorniveau.

På afdelingerne blev der indført ernæringsjournal og udskrivningsbreve indeholdende ernæringsdata for læger og sygeplejersker. I primærsektoren blev der introduceret behandlingsalgoritme, patientinformationsmateriale og kostregistreringssystem (for hjemmeplejen).

For både primær- og sekundærsektoren blev der givet undervisning til læger og sygeplejersker samt nedsat en tværfaglig ekspertkomité, som kunne kontaktes via e-mail. Evaluering blev foretaget på sygehuset gennem audit af journaler og udskrivningsbreve og i primærsektoren gennem udsendelse af spørgeskema til praktiserende læger og hjemmeplejen før og efter interventionen.

Resultater

Auditten på sygehuset viste, at over 90 % af journalerne (læge/sygeplejen) indeholdt tilfredsstillende ernæringsoplysninger, men i 24-44 % af udskrivningsbrevene manglede ernæringsdata.

I spørgeskemaundersøgelsen i primærsektoren var der blandt praktiserende læger og hjemmesygeplejen en svarprocent på henholdsvis 32 og 24. Hos de praktise-

rende læger, var videnniveauet øget, herunder viden om kosttilskud, og der blev screenet flere patienter og udarbejdet flere ernæringsplaner. Over 70 % fandt informationsmaterialet og redskaberne, som blev udleveret, relevante.

I hjemmesygeplejen var videnniveauet generelt øget, herunder viden om kostråd (ernæringsrecepter, kosttilskud mv.). Man var desuden blevet mere bevidst om underernæring blandt patienter, og man brugte i højere grad informationsmaterialet og redskaberne, herunder screening.

Sygehus, almen praksis og hjemmeplejen anvender i dag samme ernæringsscreening og giver samme patientinformation, og det er med til at skabe en højere grad af sammenhæng i patientforløbene. Der er udarbejdet værktøjer til alle faggrupper under hensynstagen til de enkelte faggruppers opgaver i håndteringen af patienter i ernæringsmæssig risiko.

Der er ligeledes kommet mere klarhed over hjemmesygeplejerskernes mulige arbejdsopgaver i forbindelse med håndteringen af patienter i ernæringsmæssig risiko, herunder at både sygehus og almen praksis kan ”bestille” en hjemmesygeplejerske til ældre patienter med ernæringsmæssige problemer, der kræver en form for opfølgning efter udskrivelsen.

Konklusioner

Projektets model med tilhørende redskaber skønnes at kunne anvendes overalt i Danmark. Der er dog stadig behov for flere undersøgelser, som kan belyse implementering og kliniske effektmål for patienter i ernæringsrisiko i primærsektoren.

Det har været svært at ændre sygehuslægenes rutiner i forbindelse med epikriseskrivningen, specielt på en af afdelingerne. Der var desuden dårlig opbakning til deltagelse i spørgeskemaundersøgelsen blandt hjemmesygeplejerskerne, selvom man havde forventet en langt større svarprocent hos denne gruppe end hos de praktiserende læger.

Kun en forholdsvis lille andel af de praktiserende læger (25 %) og hjemmesygeplejerskerne (48 %) deltog i den tilbudte undervisning. Dette var til en vis grad forventet, og derfor har man også gjort brug af andre formidlingsorganer for at nå så bredt ud som muligt, herunder skriftlig formidling af materiale via lokale faglige tidsskrifter, personlige breve og Internettet.

Fastholdelse af indsatsen

De to afdelinger bruger stadig ernæringsepikrisen fra projektet. Indsatsen videreføres desuden via en fastansat diætist i Aalborg Kommune.