

*Skaberen nøder Mennesket til at spise
for derigennem at opretholde Livet,
indbyder ham dertil gennem Appetitten,
og lønner ham derfor gennem Nydelsen.*

J.-A. Brillat-Savarin's V aforisme i Smagens Fysiologi (1826)

Baggrund

Møde i Folketingets Sundhedsudvalg 1996
Debat i Folketinget 1997

Projekter i Sverige og England har vist øget kostindtag:
identifikation af risikopatienter
kostregistrering
mellemmåltider mv.

Ernæringsenheden RH:
90% af risikopatienterne holder vægten/tager på
og/eller
får >75 % af deres behov dækket

Projekt UPS: Underernæring På Sygehuse blev finansieret af Sundhedsministeriet, Nordjyllands Amt, Storstrøms amt og H:S. Projekt forløb i 3 faser, som beskrevet nedenfor, i årene 1999-2002. Denne rapport blev fremlagt af Jens Kondrup ved det afsluttende møde på Rigshospitalet i maj 2002

Fase 1: Indlæggelses-screening ved UPS Team (Gns \pm SEM)
 3 sygehuse: N= 750 udtrukket tilfældigt blandt alle nyindlagte via Grønt System; N=10 med insuff data til risikovurdering.

	Risikopt ¹	Ikke-risiko ²
Antal	124	616
Alder, år	63 \pm 2	60 \pm 1
Vægt, kg	62 \pm 2	75 \pm 1
Højde, cm	170 \pm 1	170 \pm 1
BMI	21.4 \pm 0.5	25.8 \pm 0.2
Vægttab, 0-3:3-6:6-9:9-12 mdr	43:5:2:13	49:15:3:19
Nyligt vægttab 0-3 mdr, antal	43	49
Nyligt vægttab, kg ³	6.9 \pm 0.6	3.3 \pm 0.3
Nedsat kostindtag (<75%), antal	98	77
Kostindtag, 0-25:25-50:50-75%, antal	16:40:42	0:3:74
ET grad	2.3 \pm 0.1	0.2 \pm 0.02
Sygdomsgrad	1.3 \pm 0.1	0.5 \pm 0.02
Samlet score	3.7 \pm 0.1	0.6 \pm 0.03

¹ Score >3

² Score <3

³ Blandt dem med nyligt vægttab

Fase 1: Screening ved afdelingerne

	Antal
Screenet iflg. Bilag 5 ¹	29
Screenet v. eget system ²	416
Totalt screenet	445
% ³	59

¹ Vægt + højde + nyligt vægttab + nyligt kostindtag + sammenhæng m vurdering af sværhedgrad af sygdom.

² Vægt dokumenteret + sammenhæng m vurdering af sværhedgrad af sygdom

³ % spontant screenet, dvs 'iflg. bilag 5' + 'eget system'

Fase 1: Afdelingernes varetagelse af screenede patienter.

3 sygehuse: total screenet: 678, heraf 5 terminale som udgår

	Antal	%
Risikopatient v indl	79	
Forebygg risikopatient	47	
Risikopt under indl ¹	11	
Risikopt i alt	137	100
Plan ²	64	47
Kost registr dgl ³	29	31
Vejning × 3 ugl ⁴	28	39

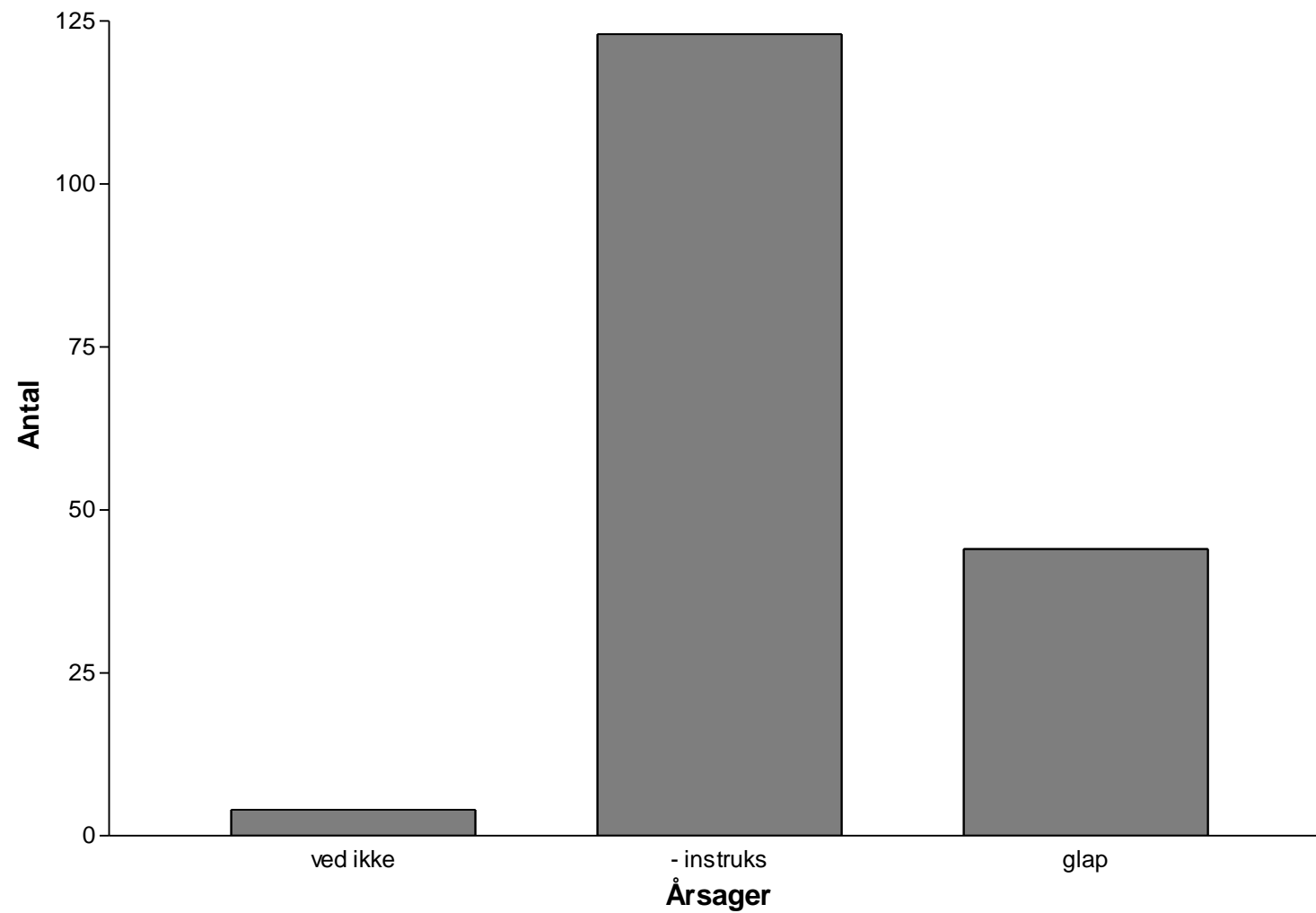
¹ Blandt ptt indl > 1 uge

² Blandt risikoptt: Ja, hvis der er foretaget: skøn over behov + stillingtagen til kostform + plan for monitorering

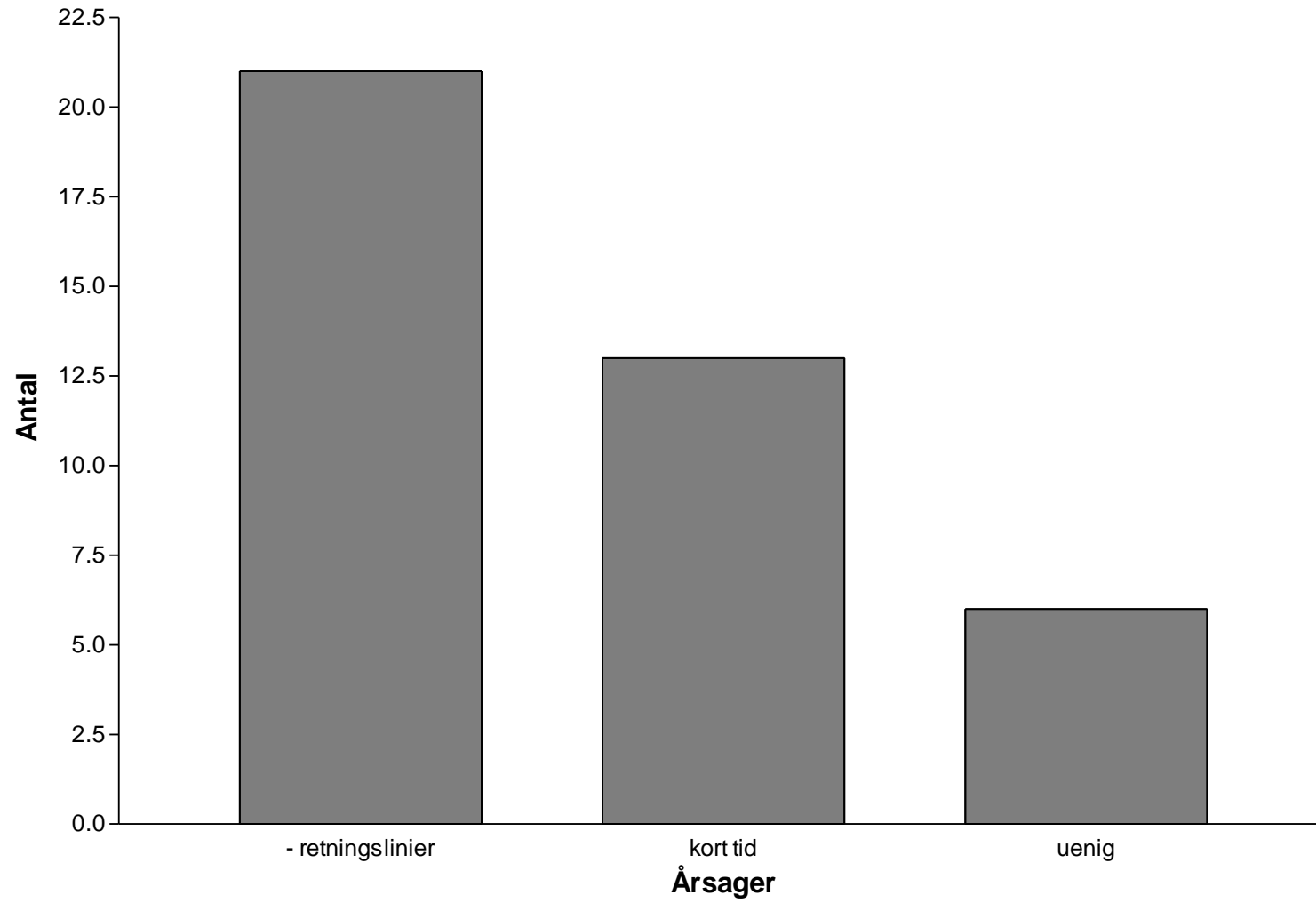
³ Blandt risikoptt: Ja hvis 3 af 5 dage i 3 af 4 uger. Hvadenten J/N til plan: afd kan gøre det rigtige uden at have en plan. Hvis pt udskrevet/død <4 dg: ingen data, idet kostreg J/N gøres op per uge. Terminale ptt ikke medregnet. Dvs. 29 + 64 kan evalueres.

⁴ Blandt risikoptt: J hvis vejning ≥ 2 × ugl i 3 af 4 uger. Hvis pt udskrevet/død <4 dg: ingen data, idet vejning J/N gøres op per uge. Terminal ptt ikke medregnet, ej heller 'uvejelige' ptt, dvs. 28 + 44 kan evalueres.

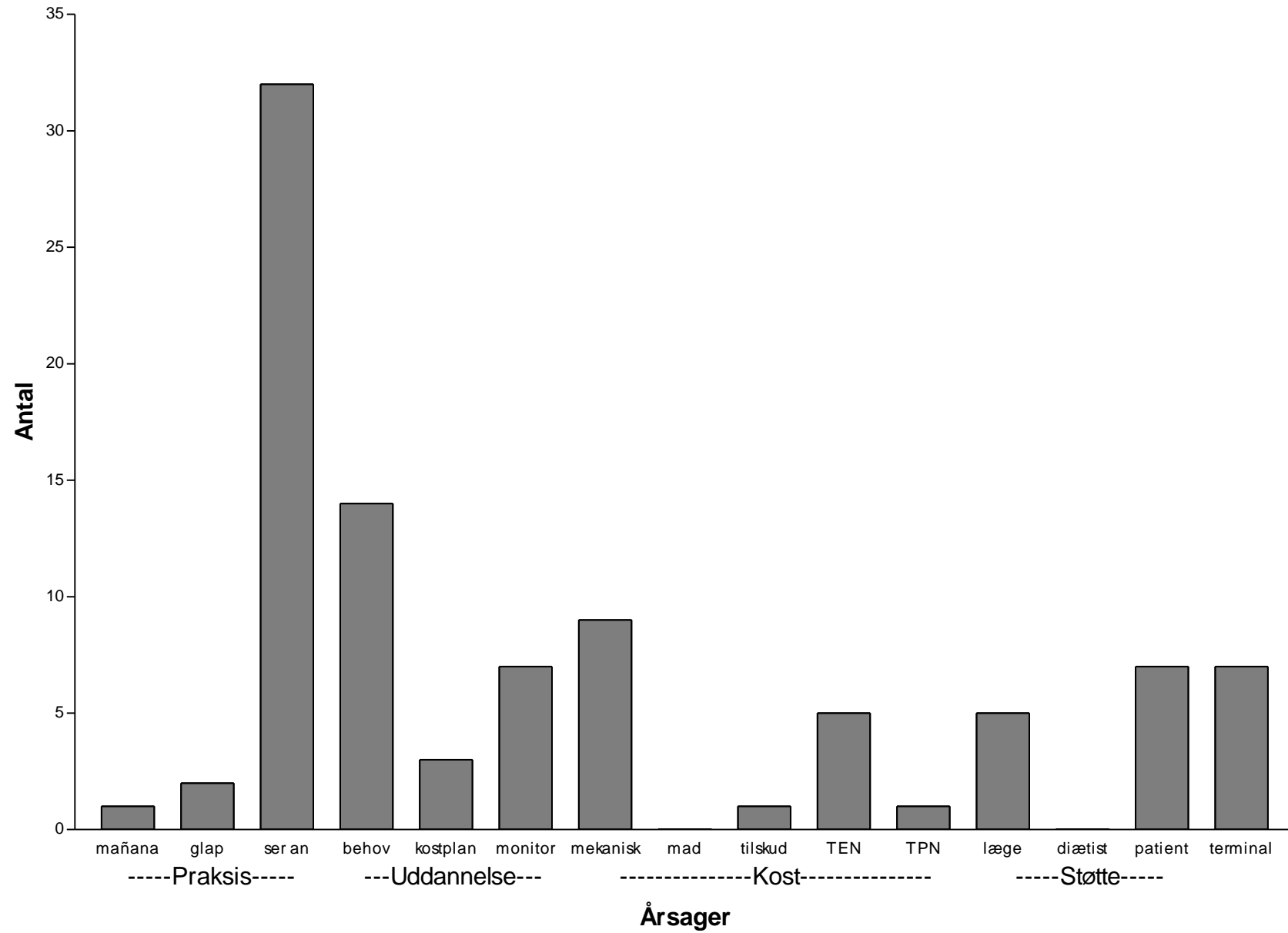
Årsager til manglende screening



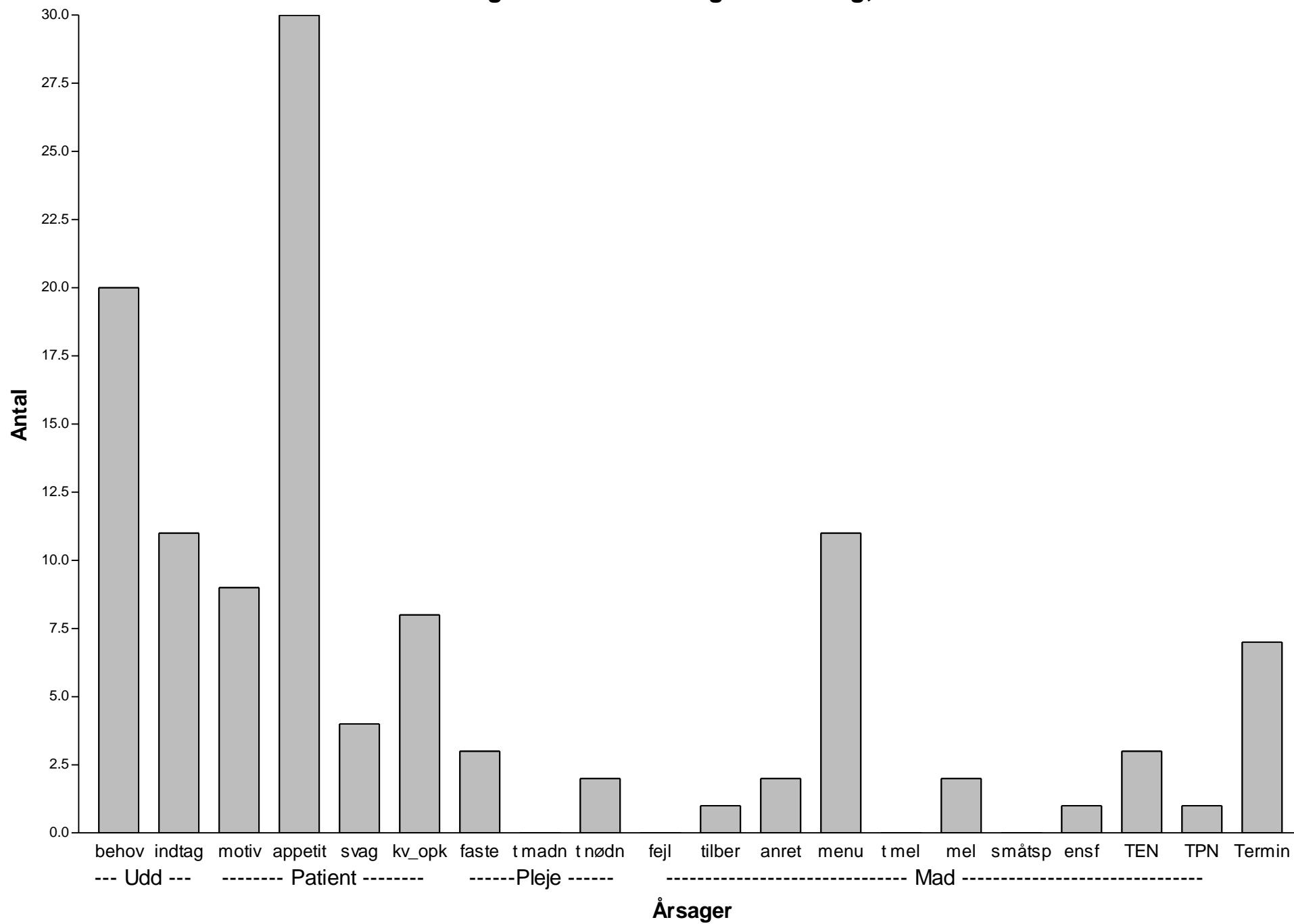
Årsager til 'ikke risiko patient'



Årsager til manglende plan



Årsager til utilstrækkeligt kostindtag; N = 71



Paratviden: 268 sygeplejersker svarede på 20 hurtige spørgsmål

	%	J	N	V
Er en pt med collum fem fraktur, med BMI 18,5 - 20,5, en ernæringsmæssig risikopatient, ifølge de officielle anbefalinger?	54	7	39	
Er en apopleksipatient med kostindtag 25-50% af skønnet behov i den sidste uge en ernæringsmæssig risikopatient, ifølge de officielle anbefalinger?	83	7	10	
Er en patient med kronisk lungesygdom, som har haft et vægttab på 5-10% i løbet af 6 uger, en ernæringsmæssig risikopatient, ifølge de officielle anbefalinger?	71	13	16	
Er 2 ugers præoperativ ernæringsterapi tilstrækkeligt til at reducere postoperative infektioner?	48	23	29	
Kan tidlig enteral ernæring efter større gastrokirurgi reducere behovet for smertestillende medicin?	37	16	46	
Må der startes sondeernæring efter større gastrokirurgi, selv om ventriklen indeholder 150 ml?	28	21	51	
Taber de fleste underernærede patienter sig yderligere under en indlæggelse?	94	3	3	
Hvis en patient har tabt 10% af sin kropsvægt: er tabet af muskelkraft også 10%?	30	45	25	
Udgør patienter i ernæringsmæssig risiko ca. 30% af alle indlagte patienter?	79	5	15	
Udvikler de fleste apopleksi patienter tegn på underernæring under sygehusopholdet?	75	8	18	
Standard-planen for sygehuskost forudsætter, at patienten indtager ca. 25% som mellemmåltider?	37	29	34	
Er patienters gennemsnitlige proteinbehov 110-120 g/dag?	26	15	59	
Er patienters gennemsnitlige energibehov 8.000-9.000 kJ?	71	13	16	
Er bouillon godt som kost til småtspisende?	24	71	6	
Indeholder ymer ca. 3 g protein/100 ml?	33	13	54	
Indeholder Ret 1 (sygehuskost) ca. 9.000 kJ i de 3 hovedmåltider?	53	17	29	
Er Ret 1 et bedre valg til den småtspisende patient end Ret 2?	64	25	11	
Hvis en hovedret til aften ønskes ændret til flydende kost: kan det lade sig gøre til kl. 16 (uden merpris)?	38	32	29	
Hvis man har husket at bestille: er der 5-10 frostretter, der kan anvendes som alternativ til en hovedret?	79	11	9	
Var disse spørgsmål relevante?	89	7	4	

V = ved ikke. **Fed skrift** er rigtigt svar.

Team's daglige kostregistrering i quartiler
(0-25%, 25-50%, 50-75%, 75-100%)

Blandt risikopatienter indlagt >3 dage (N = 83):

I gennemsnit 50-75% af proteinbehovet dækket

75-100% af proteinbehovet dækket: 24% af patienterne

Fase 1: Konklusioner

Retningslinier

Uddannelse:

viden, behov & planlægning, rekvirering

Menuvalg et problem, men ellers var maden ikke det store problem

- men de fik jo heller ikke noget at spise

Fase 2: september 2000-august 2001

Retningslinier indført efter 2, 4 og 12 måneder på de 3 sygehuse

Undervisning mv, % fordeling af gns. 230 timer

	HS	NF	RH	Gns
sygeplejerske konf	6	2	6	5
læge konf	1	10	2	4
introduktionsundervisning	1	2	12	5
tema dage	4	45	4	18
supervision	80	32	40	51
etablere ernæringsgrupper	3	0	16	6
køkkenprojekt	5	10	20	12
Sum	100	100	100	100

Køkkener:

Hjemmelavede energi-proteindrikke

Mellemmåltider

Kost til småtspisende

Fase 3: august 2001-marts 2002
1013 patienter: screening ved afdelingerne

	%	
	Fase 1	Fase 3
Screenet iflg. Bilag 5 ¹	4	19 ¹⁾
Screenet v. eget system ²	44	40
Totalt screenet ³	49	60 ²⁾
1) P<0.0001 2) P = 0.001		

¹ Vægt + højde + nyligt vægttab + nyligt kostindtag + sammenhæng m vurdering af sværhedsgrad af sygdom.

² Vægt dokumenteret + sammenhæng m vurdering af sværhedsgrad af sygdom

³ % spontant screenet, dvs 'iflg. bilag 5' + 'eget system'

Fase 3: Afdelingernes varetagelse af screenede patienter.

	Fase 1	Fase 3
Risiko-patienter i alt, N	137	180
Plan, % ¹	47	58
Kost registr dgl, % ²	31	65 ¹⁾
Vejning × 3 ugl, % ³	39	65 ²⁾
1) P<0.001 2) P=0.002		

¹ Blandt risikoptt: Ja, hvis der er foretaget: skøn over behov + stillingtagen til kostform + plan for monitorering

² Blandt risikoptt: Ja hvis 3 af 5 dage i 3 af 4 uger. Hvadenten J/N til plan: afd kan gøre det rigtige uden at have en plan. Hvis pt udskrevet/død <4 dg: ingen data, idet kostreg J/N gøres op per uge. Terminale ptt ikke medregnet.

³ Blandt risikoptt: J hvis vejning ≥ 2 × ugl i 3 af 4 uger. Hvis pt udskrevet/død <4 dg: ingen data, idet vejning J/N gøres op per uge. Terminal ptt ikke medregnet, ej heller 'uvejelige' ptt.

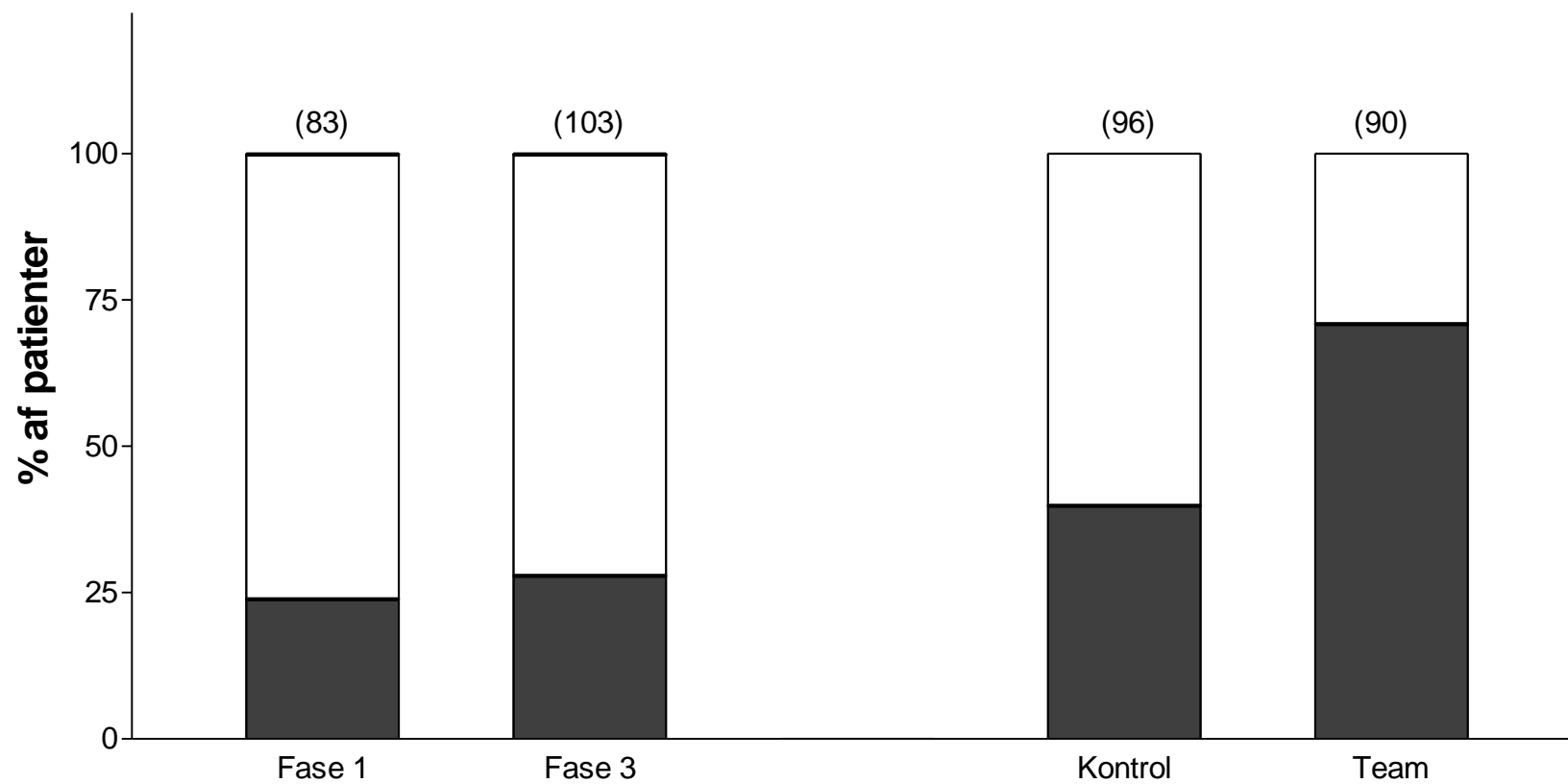
Andel af patienter indlagt >3 dage, som fik proteinbehov dækket

Fase 3
Gns. af hver uges quartil

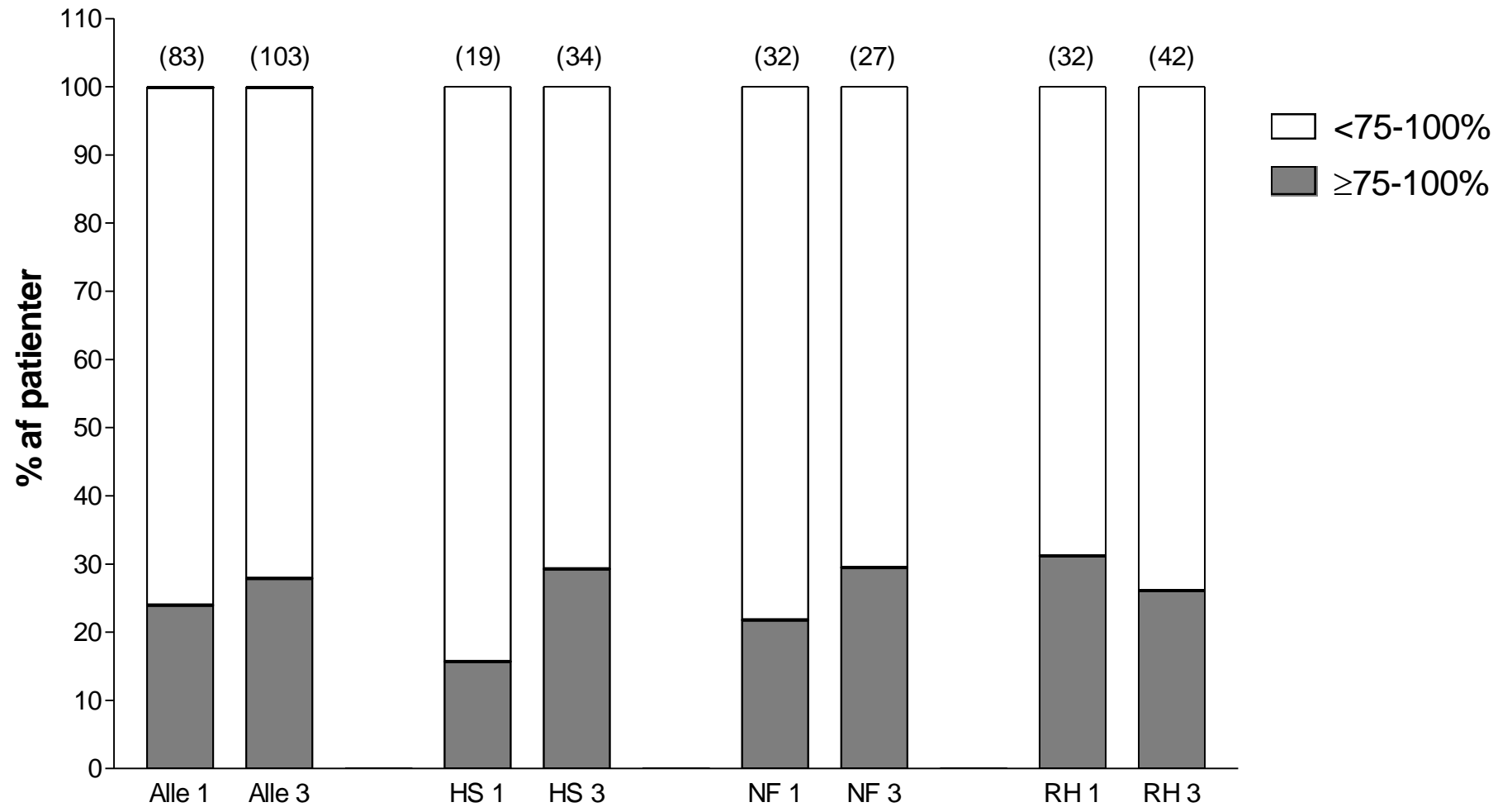
□ <75-100%
■ ≥75-100%

Kontrolleret us.
Gns. af dgl. registrering

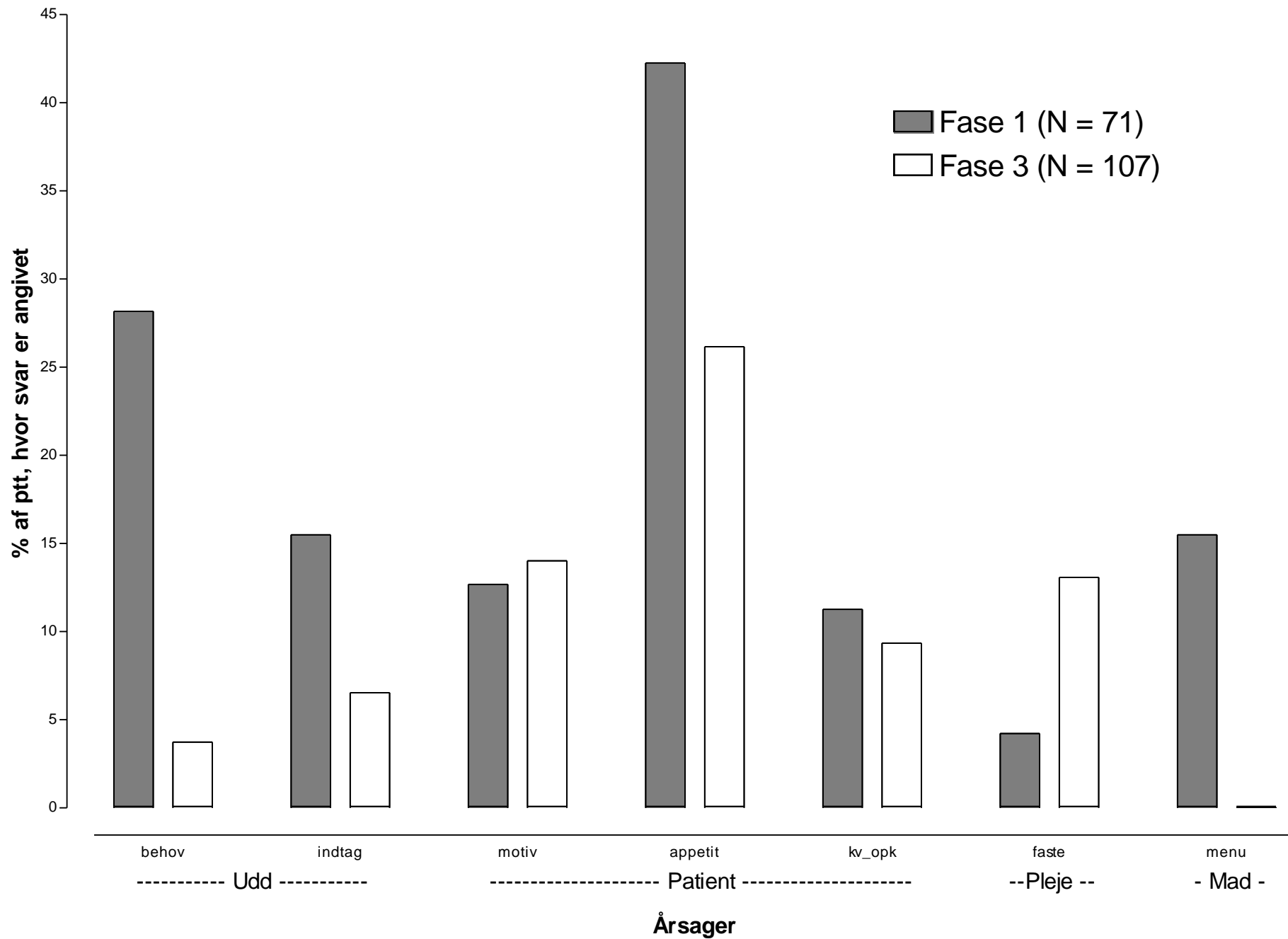
□ <75%
■ ≥75%



Indtag ved >3 dages indlæggelse i fase 1 og 3
Gns. af hver uges quartil (N)



Årsager til utilstrækkeligt kostindtag



Paratviden: 20 hurtige spørgsmål

	Fase 1 N = 268			Fase 3 N = 234		
%	J	N	V	J	N	V
Er patienters gennemsnitlige proteinbehov 110-120 g/dag?	26	15	59	22	48	29
Indeholder ymer ca. 3 g protein/100 ml?	33	13	54	38	28	35
Indeholder Ret 1 (sygehuskost) ca. 9.000 kJ i de 3 hovedmåltider?	53	17	29	50	29	21
Hvis en hovedret til aften ønskes ændret til flydende kost: kan det lade sig gøre til kl. 16 (uden merpris)?	38	32	29	47	32	21

V = ved ikke. **Fed skrift** er rigtigt svar.

Konklusioner: UPS førte til

Retningslinier

Øget viden

Større opmærksomhed:

screening

kostregistrering

vejning

Kostindtag uændret lavt med afdelingens indsats:
patientens dårlige appetit og manglende motivation er
hovedproblemer

Særligt uddannet sygeplejerske og diætist kan øge kostindtaget i
forening med afdelingens øgede viden og opmærksomhed

TAK

til

Sundhedsministeriet

Nordjyllands amt

Storstrøms amt

H:S

Sygehusledelser

og til

de ret sejge sygeplejersker og diætister, der var med

≈1000 filer til tiden!