

Ernæring på tværs

- et pilotprojekt

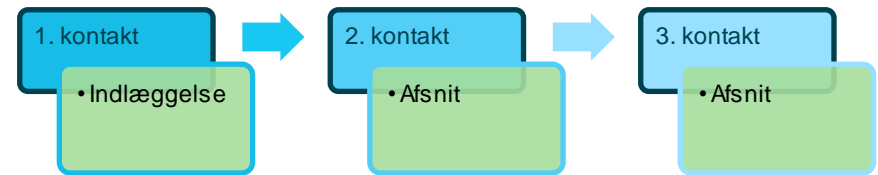
Karin Kaasby, Udviklingssygeplejerske, Klinik Anæstesi
Tina Beermann, Led. Klinisk diætist, cand. scient., CET

AALBORG UNIVERSITETSHOSPITAL



Pilotprojekt

Hvordan bliver patientens ernæringstilstand og behandling registreret og dokumenteret mellem afsnit, sektorer, eventuelt sygehuse – hvilke problemområder kan identificeres



Systematisk litteratursøgning

400 abstracts

PubMed 60, Embase 240, Cinahl 100

Søgeord: feeding behavior, nutritional status, nutritional assessment, body weight, malnutrition, weight, chronic obstructive lung disease, COPD, clinical handover, patient care, transfer, transition



1 artikel

Transition of patients with COPD across different care settings: Challenges and opportunities for hospitalists

Kilde: Chuang C. Hosp Pract (1995). 2012 Feb;40(1):176-85

The article focuses on the pivotal role of the hospitalist in promoting and facilitating the steps toward improving quality outcomes and transitions of care for patients with COPD

Inklusion:

- Alle patienter med diagnosekoden kronisk obstruktiv lungesygdom – KOL
- Alle patientjournaler, hvor patienten har mindst en indlæggelse på et intensivt afsnit, alternativt intermediært afsnit i løbet af sit indlæggelsesforløb i 2013
- Alle patienter med > 3 dages samlet indlæggelse

Metode

- Fokus på specifikt valgte data omhandlende patientens ernæringsforløb
- Retrospektiv gennemgang af 21 tilfældigt udvalgte journaler og sygeplejedokumentation



De valgte data

- Patientens vægt
- Tandstatus, synkeproblemer, cerebrale status
- Ernæringscreening
- Vurdering af ernæringsbehov
- Opfyldelse af ernæringsbehov
- Plan for ernæring
- Vejledning ved diætist
- Monitorering af ernæringstilstand
- Planlagt/akut overflytning
- Skriftlig/elektronisk information om ernæring i overgangene
- Handlinger i forhold til den overleverede information

Resultater

21 pt.: 8 K, 13 M

	Alder, år	BMI ind N= 11	BMI ud N= 10	Vægttab, kg N= 7(ud af 8 mulige)	LOS, dage	Dage på intensiv	Antal skift
Gn.snit	70	22,8	21,4	3,4	23,1	9,7	3,5
Median	72	22,4	20,1	3,1	12	2	3
Variation	51 - 83	14,5 – 30,3	17,1 – 29,8	0,4 - 7	3-115	1-80	1-8

Intensive afsnit: 13 pt. på RIMA, 8 pt. på R, 7 pt. på TIA, 1 pt. på NOTIA

Hyppigste ikke-intensive afsnit: 9 pt. på hjertemed, 8 pt. på lungemed., 6 pt. på gastro.kir, 5 pt. på thorax kir.

13 pt. er indlagt akut, 20 pt. oplever akut overflytning ml. afsnit

13 pt. udskrives til eget hjem, 2 til plejehjem, 6 mors under indlæggelse

Alle pt. har mindst 1 co-morbiditet:

17 pt. har en hjerte-kar relateret lidelse (hypertension, hyperkolesterolæmi, iskæmisk hjertesygdom, AMI)

9 pt. har diabetes (8 pt. med type 2, 1 pt. med type 1)

17. pt. har en anden co-morbiditet (fx osteoporose, astma, levercirrhose, apopleksi, pneumoni m.fl.)

4 pt. har eller har haft cancer

2 pt. har et alkoholmisbrug

2 pt. har dårlig tandstatus

3 pt. har dysfagi

7 pt. har været cerebralt påvirket i forløbet

Resultater

5 pt. er ernærings-/KRAM screenet *v. indlæggelse* - 9 pt. er ernærings-/KRAM screenet *i forløbet*

13 pt. har fået vurderet ernæringsbehovet i forløbet

2 pt. har et dokumenteret opfyldt ernæringsbehov på et tidspunkt under indlæggelsen, ingen har igennem hele forløbet

19 pt. har fået vurderet kostform, fx sonde, ernæringsdrik eller per os

Hos 17 pt. er vægt og/eller kost monitoreret på et tidspunkt under indlæggelsen – ikke i hele forløbet

Hos 8 pt. er der info. om ernæring i overgangene ml. afdelinger – ikke i hele forløbet

Hos 3 pt. er der info. om ernæring ved udskrivelsen – hos 1 pt. er der fulgt op

2 pt. er blevet vejledt af diætist i forløbet – efter hhv. 1 og 2 mdr. indlæggelse

Konklusion

– overgangene synes i relation til patientens ernæring at have betydning for

- ❑ Manglende plan for ernæring
- ❑ Diskontinuitet i ernæringstilbuddet
- ❑ En lav prioritering af ernæring
- ❑ Manglende screeninger
- ❑ Manglende fokus på spisesituationen
- ❑ Patienterne taber sig og ernæres ikke tilstrækkeligt

Måske er tankegangen.....

