

Indikator VII

-Andel af patienter, der får vurderet ernæringsrisiko.

Ernæring er i fokus i sygehusvæsenet og specielt i forhold til alvorligt syge og ældre(1,2,3,4). Dette fokus afspejler sig både nationalt og lokalt i audit kommentarerne til Indikator VII, i det ingen anfægter vigtigheden af, at apopleksipatientens ernæringsrisiko skal vurderes akut, selv om evidensstyrken for anbefalingen er lav (evidensstyrke D)(5,6).

Den fastsatte standard for indikator VII er at 90% af patienterne skal have vurderet deres ernæringsrisiko senest 2. indlæggelsesdøgn.

Imidlertid viser de første opgørelser, at kun 38.4%, af patienter indlagt på apopleksiafsnit har fået foretaget denne vurdering ved starten af indlæggelsen, og at kun 77.9% af patienterne senere i forløbet har fået registreret deres ernæringsrisiko.

Hvordan kan det nu være? Nationalt vurderes årsagen til den lave grad af registrering, at være manglende viden om registrering af ernæringspraksis og ikke entydige datadefinitioner, og man foreslår derfor at datadefinitionerne præciseres (6).

Lokalt i amterne samler begrundelserne, for den ofte lave grad af registrering, sig hovedsageligt indenfor områderne:

- problemer med registreringspraksis
- dokumentationsproblemer
- tvivl om principper for ernæringsvurdering

Registreringsproblemer og dokumentationspraksis

Problemer med registrerings- og dokumentationspraksis ser ud til at blive løst lokalt, ligesom man flere steder vil stramme op om undervisning og om ernæringscreening. Det bliver spændende at se hvordan de igangsatte tiltag, ved næste audit, vil influere på graden af opfyldelsen af den fastsatte standard.

Principper for ernæringsvurdering

Da der fra flere sider er rejst tvivl om, hvad en ernæringsvurdering omfatter, og der er tvivl om datadefinitionerne (5) gennemgås disse i det følgende.

Overordnet kan det siges, at det, at der er foretaget en ernæringsvurdering ikke er et mål i sig selv, og at en registrering af patientens ernæringsrisiko ikke nød-

✓/Forskningssygeplejerske Doris Christensen,
klinisk oversygeplejerske Susanne Zielke Schaarup.

vendigvis er et udtryk for at patienten er sufficient ernæret under indlæggelsen, som er det egentlige mål. Men at vurdere patientens ernæringsrisiko ved indlæggelsen, er en af de væsentligste forudsætninger for at kunne vurdere, om apopleksipatienten akut eller senere i forløbet, vil have behov for individuel ernæringsterapi.

På NIP skemaet (5) bliver man bedt om at registrere om man har:

- Foretaget en vurdering af ernæringsrisiko
- Vejet patienten i kg og målt hans højde i cm

Følgende forhold indgår i vurdering af apopleksipatientens ernæringsmæssige risiko:

- Patientens ernæringstilstand
- Patientens alder
- Apopleksiens sværhedsgrad
- Patientens grad af dysfagi

Patientens ernæringstilstand

● Body Mass Index (kropsmasseindex) kg/m²
Grundlaget for at kunne vurdere om patienten er i ernæringsmæssig risiko er, at man ved indlæggelsen kender patientens Body Mass Index, som udregnes ud fra patientens aktuelle vægt i kg og hans højde i cm. På den baggrund, kan man på dertil indrettede tabeller udregne patientens Body Mass Index (BMI), man kan også regne det ud ved at dividere højde x højde op i vægten. Udregningen af patientens BMI er en forudsætning for, at kunne foretage en egentlig vurdering af patientens ernæringstilstand og dermed også ernæringsmæssig risiko. BMI angiver et menneskets vægt i forhold til dets højde og har vist sig relativt vel korreleret med legemets relative indhold af fedt og kan bruges til definitioner af overvægt og undervægt. Er patienten undervægtig med et lavt BMI < 20,5 er patienten i risiko for underernæring. For at kunne opfylde standarden for Indikator VII, er det altså afgørende at patienten indenfor de første 2 døgn bliver målt og vejet. Det er simple rutiner, som den der modtager patienten er kendt med. Imidlertid kan patientens situation vanskeliggøre, at patienten

kan komme op at stå eller sidde på en vægt, eller få målt sin højde stående.

Med en vægtarm til liften, er det ikke et problem at veje patienten. Et centimetermål muliggør udregning af patientens højde. Ved at måle fra midten af brystbenet til fingerspids og x antallet af centimeter med 2, fås et udtryk for patientens højde.

● Nyligt vægttab, nedsat kostindtagelse

I daglig praksis kan underernæring vurderes ud fra om patienten har haft et nyligt vægttab, eller om patientens kostindtagelse har været nedsat. Kroppen har mulighed for at opbygge fedtdepoter og kan kompensere for et lavt energiindtag, men har ikke samme mulighed for at kompensere for et nedsat proteinindtag. Et hurtigt forløbende vægttab medfører derfor risikoen for at patienten taber livsvigtig muskelvæv, hvis kroppen ikke har fået tilført et sufficient proteinindtag dagligt. I forhold til det officielt anbefalede danske redskab (Anbefalinger for den danske institutionskost, bilag 5) (9) afgøres det hvor stort vægttabet har været eller i hvor høj grad kostindtagelsen har været nedsat. Patienten tildeles en score på 1 til 2.

Det er sjældent at apopleksipatienten er underernæret ved indlæggelsen, men risikoen for at underernæring opstår under indlæggelsen er stor, og det anbefales derfor at følge patientens vægtforløb og veje patienten mindst 1 gang ugentligt og vurdere ernæringsrisikoen løbende under hele indlæggelsen.

Patientens alder

Som noget forholdsvis nyt, skal alle patienter over 70 år tildeles en ernæringsmæssig risikoscore på 1 (2,4,10).

Apopleksiens sværhedsgrad /Stressmetabolisme

Beregning af stressmetabolisme: Man finder den aktuelle diagnose i skemaet. Diagnosen apopleksi er tildelt en score på 2 i den akutte fase. Den akutte fase er forsøgsvis sat til de 3 første uger.

Patientens grad af dysfagi

Der er udarbejdet, et ikke officielt, statusark vedrørende screening for dysfagi (7), hvor patientens evne til at synke tildeles en score fra 0 til 1.



Totalscore

Patientens totale ernæringsmæssige risikoscore fremkommer ved at summere de aktuelle scorer indenfor alle ovennævnte områder. Ved en score på ≥ 3 points, eller som kan forventes at blive ≥ 3 points i løbet af indlæggelsen, iværksættes individuel ernæringsterapi.

Eksempel: En patient på 70 år (score 1), som har en apopleksi i den akutte fase (score 2) vil alene på den baggrund have en score på 3. En score, som nemt kan blive endnu højere, hvis patienten har et BMI under 20,5 (score 2) eller hvis patienten også har dysfagi (score 1). En sådan tænkt patient vil have en ernæringsrisiko score på 6.

Hvis man foretager disse beregninger indenfor 2. døgn og registrerer det i NIP skemaet, vil man opfylde Indikator VII, som et udtryk for, at man bevidst har taget stilling til patienten ernæringsmæssige tilstand, og at man har vurderet hans risiko for utilsigtet vægttab. Det giver et godt overblik over patientens ernæringsmæssige tilstand og det tydeliggør, hvor eventuelle personaleressourcer skal anvendes/ikke skal anvendes i forbindelse med opretholdelse af patientens ernæringsbehov.

Det officielt anbefalede danske redskab (Anbefalinger for den danske institutionskost, bilag 5) til identifikation og monitorering af patienter i ernæringsmæssig risiko (8), findes også i NUTRICIA's lomme folder (9).

Sundhedsstyrelsen har i 2003 udsendt en 'Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister. Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko'. Vejledningen er stort set identisk med det beskrevne, og bygger på 'Anbefalinger for den danske institutionskost' (10).

Sundhedsstyrelsen påpeger at alle fra ledelsesniveau til køkkenassistent på forskellig måde har ansvar for patientens ernæring. På afdelingsniveau anbefales at 'lægen sikrer, at alle risikopatienter ifølge screeningsskemaet identificeres og, at resultatet noteres i journalen. Screeningen kan gennemføres af plejepersonalet' (10).

I NIP audit materialet fremgår det, at nogle amter tager Sundhedsstyrelsens udmeldinger til efterretning, hvorimod det i andre amter er en del af en 'plejepakke' hvoraf man kan skønne, at det er plejepersonalet der har ansvaret (6). Det er formentlig ingen tvivl om, at alle i det tværfaglige team omkring patienten, har en berettiget faglig indfaldsvinkel både i forbindelse med den initiale vurdering af patientens ernæringsrisiko og senere vurderinger i rehabiliteringsforløbet.

Forskningssygeplejerske
Doris Christensen
Neurologisk afdeling
Århus Sygehus, Århus Universitetshospital
Nørrebrogade 44
8000 Århus C
E-mail: dorch@akh.aaa.dk

Klinisk oversygeplejerske, stud.
Susanne Zielke Schaarup
Neurologisk afdeling
H:S Bispebjerg Hospital
Bispebjerg Bakke
2400 København NV
E-mail: sz02@bbh.hosp.dk

Referencer

1. Westergren A, Karlson S, Andersson P, Ohlsson O, Hallberg IR. Eating difficulties, need for assisted eating, nutritional status and pressure ulcers in patients admitted for stroke rehabilitation. *Journal of Clinical Nursing* 2001;10:257-269.
2. Espen Guidelines for Nutritional Screening 2002. www.espen.org
3. Zielke S, Christensen D. Ernæring ved apopleksi. *Sygeplejersken* 2000;18:50-58
4. Ernæring og aldring. En rapport fra Ernæringsrådet 2002. Publ. nr. 28 – Ernæringsrådet. www.ernæringsrådet.dk
5. Det Nationale Indikatorprojekt. Apopleksi. Standarder, indikatorer og prognostiske faktorer. Datadefinitioner. www.NIP.dk
6. www.Sundhedsportalen.dk
7. Christensen D, Zielke S. Ernæring til patienter med apopleksi, - opdatering af evidensbaseret klinisk retningslinje. *Apopleksi* 2003;2:16-17
8. Pedersen AN, Ovesen L. Anbefalinger for den danske institutionskost. Fødevaredirektoratet;2000.
9. Vurdering af ernæringsrisiko. NUTRICIA.
10. Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister. Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko. Sundhedsstyrelsen 2003. www.sst.dk