

Ældre borgere i hjemmepleje og plejebolig har stor gavn af en tværfaglig ernæringsindsats

Et studie foretaget af Socialstyrelsen viser de mange fordele ved en tværfaglig ernæringsindsats for både borgeren og kommunen

Danske undersøgelser har vist at mange ældre beboere i plejebolig oplever et vægttab, og at ældre i hjemmepleje og i plejebolig oftere er undervægtige end raske selvhjulpne ældre. Årsagerne er mange, heriblandt forskellige ernæringsmæssige risikofaktorer som tygge- og synkeproblemer, behov for hjælp til at spise, og akut sygdom. Den dårlige ernæringstilstand har alvorlige konsekvenser for de ældres helbred, livskvalitet og evne til at klare sig selv, men også for kommuneøkonomien (Københavns Universitet og Madkulturen 2015).

Eksempelvis har en dansk, en svensk og en norsk undersøgelse vist, at ældre borgere i hhv. plejebolig og hjemmepleje, der er i dårlig ernæringstilstand, har brug for mere hjælp til almindelige dagligdags levevis (ADL) end ældre borgere, der er i god ernæringstilstand. I det danske studie blev 450 ældre beboere i plejebolig fulgt gennem et år, og resultaterne viste, at de beboere, der tabte i vægt (uanset størrelsen af vægttabet), fik mere brug for hjælp af plejepersonalet til forskellige dele af ADL sammenlignet med beboere, der holdt vægten (Beck et al. 2012). I det svenske studie var behovet for hjælp til ADL dobbelt så højt hos borgere i beskyttet bolig i dårlig ernæringstilstand som hos borgere i god ernæringstilstand (Olin et al. 2005). I det norske studie viste resultaterne, at borgere i hjemmepleje med vægttab fik ca. 1,5 gange flere besøg fra hhv. hjemmepleje

og hjemmesygepleje end de øvrige borgere (Sørbye et al. 2008).

Der er efterhånden gennemført en del studier, især blandt ældre i plejebolig, med henblik på at forbedre ernæringstilstanden. Indsatsen har oftest bestået i at tilbyde industrielt fremstillede energi- og proteinrige drikke, og resultaterne har vist en øget vægt og en bedre overlevelse (Socialstyrelsen 2015). Desværre er der kun få studier af, om det også er muligt at forbedre funktionsevnen, livskvaliteten og kommuneøkonomien. Der har også kun sjældent været forsøgt, at gøre noget ved de forskellige ernæringsmæssige risikofaktorer ved at tilbyde en tværfaglig ernæringsindsats (Socialstyrelsen 2015).

Formålet med det aktuelle studie var derfor at gennemføre en tværfaglig ernæringsindsats blandt ældre borgere i hjemmepleje og plejebolig med henblik på at afdække, om det var muligt at opnå forbedret funktionsevne, ernæringstilstand og livskvalitet, og om indsatsen dermed var økonomisk rentabel.

Materialer og metoder

Målgruppen for ernæringsindsatsen var borgere over 65 år dels fra to plejeboliger og dels fra hele hjemmeplejen. Forudsætningen for, at borgere fra hjemmeplejen kunne indgå, var, at de modtog ydelser

som ernæring eller madservice efter Serviceloven.

Studiet bestod af tre faser:

I fase 1 blev der foretaget en afdækning af den eksisterende ernæringsindsats i kommunen.

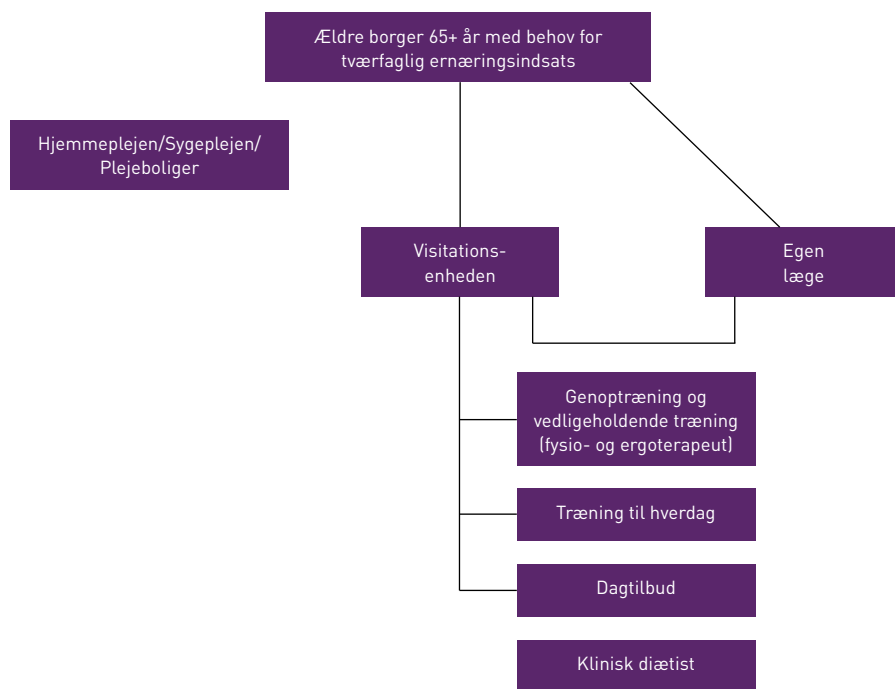
I fase 2 var der bl.a. fokus på uddannelse af udpegede ernæringsnøglepersoner via tre dages AMU-kursus: "Ernærings-screening i ældreplejen" med sideløbende deltagelse i lokale studiekredse samt sidemandsoplæring af kollegaerne. Omdrejningspunktet i uddannelsen var Ernæringsvurderingsskemaet (EVS) fra Socialstyrelsen. Formålet med EVS er at hjælpe med at afklare, om en ældre borger har potentiale for gavn af en ernæringsindsats i relation til at opnå en forbedret funktionsevne. Det sker ud fra en vurdering af spisevaner, evt. forekomst af vægttab og af forskellige ernæringsmæssige risikofaktorer (behov for hjælp til at spise, tygge- og synkeproblemer samt akut sygdom) [2].

I fase 3 var formålet at afprøve effekten af en ny model for ernæringsindsats og sammenligne den med effekten af den ernæringsindsats, der blev tilbudt i kommunen inden starten af fase 3 (se figur 1) i et lodtrækningsstudie.

Som det fremgår af figur 1 var der inden fase 3 studiets begyndelse fysioterapeuter, ergoterapeuter og kliniske diætister ansat i kommunen. Fysioterapeuter og ergoterapeuter var involveret i kommunens rehabiliterings-, genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsindsatser, mens de kliniske diætister bl.a. varetog ernæringsindsatsen til småtspisende ældre borgere efter lægehenvielse.

De primære forskelle mellem de to indsatsvar, at den nye model for ernæringsindsats var uafhængig af en indledende visitation, havde fast tilknytning

Studier viser, at ældre i plejebolig opnår øget vægt og bedre overlevelse ved indtag af kosttilskud, men der mangler viden om indsatsernes indvirkning på funktionsevne, ernæringstilstand og livskvalitet



Figur 1. Model for ernæringsindsats før start af fase 3 (Socialstyrelsen 2014).

af ernæringsfaglig ekspertise i form af en klinisk diætist og formaliserede det tværfaglige samarbejde mellem klinisk diætist, ergoterapeut og fysioterapeut (se figur 2).

Ernæringsnøglepersoner skulle altså, i såvel interventions- som kontrolgruppen, fortsætte med ernæringsindsatsen, som blev introduceret i fase 2.

Der var i de 11 uger, fase 3 studiet varede, særligt fokus på borgere, som havde potentiale for gavn af en tværfaglig ernæringsindsats i relation til at opnå en forbedret funktionsevne, når de blev vurderet ved hjælp af EVS. Desuden var der særlig fokus på at gøre noget ved de ernæringsmæssige risikofaktorer, der var identificeret vha. EVS.

De fysioterapeuter, der var tilknyttet studiet, havde primært fokus på styrke- og

balancetræning af de ældre borgere. Træningen foregik to gange om ugen – enten i hold eller individuelt ved hjemmebesøg. I forbindelse med holdtræningen var der samtidig tilbud om spisning for borgere tilknyttet hjemmeplejen og tilbud om en industrielt fremstillet energi- og proteinrig drik til alle. Endvidere blev borgerne vejet ugentligt (dvs. ca. ved hver anden træning).

De kliniske diætister, der var tilknyttet studiet, skulle bistå plejerspersonalet med ernæringsindsatsen.

Den tilknyttede ergoterapeut havde især fokus på vurdering af tygge- og synkefunktion, herunder behov for en tygge- og synkevenlig menu samt eventuelt behov for spisehjælpemidler.

Der blev hver uge holdt et to-timers møde, med deltagelse af klinisk diætist,

I artiklen beskrives resultaterne af et studie som Socialstyrelsen gennemførte i 2012-2013 [1]. Formålet med studiet var at undersøge, om det var økonomisk rentabelt at gennemføre en tværfaglig ernæringsindsats blandt ældre borgere i hjemmepleje og i plejebolig, og om deltagerne kunne opnå en forbedret ernæringstilstand, funktionsevne og livskvalitet.

Studiet blev gennemført blandt ældre borgere, som modtog kommunal visiteret madservice eller ydelsen ernæring samt beboere i to plejeboliger i Frederiksberg kommune. Resultaterne viste, at borgerne fik bedre funktionsevne og større livskvalitet, og at indsatsen var økonomisk rentabel.

Anne Marie Beck er ansat som seniorforsker ved Forskningsenheden for ernæring (EEFECT) Det Nordiske Køkken, Herlev Hospital

Annette Gøgsig Christensen er ansat som ernæringsfaglig konsulent, i Herlev Kommune

Birthe Stenbæk Hansen er ansat som ernæringsfaglig konsulent i Frederiksberg Sundhedscenter i Frederiksberg Kommune

Signe Damsbo-Svendsen er ansat som AC-fuldmægtig i Frederiksberg Sundhedscenter, Frederiksberg Kommune

Tina Kreinfeldt Skovgaard Møller er ansat som klinisk diætist på Rehab Vaby & Lioba i Frederiksberg Kommune

Ernæringsindsatsen brugte de eksisterende kommunale medarbejdere, men formaliserede samarbejdet imellem dem i indsatsen over for den enkelte borger

ergoterapeut og fysioterapeut, hvor de involverede borgere blev diskuteret med henblik på justeringer i den tværfaglige ernæringsindsats.

Resultater

Af rapporten fra studiet (Socialstyrelsen 2014) fremgår det, at der var særdeles god tilslutning til den nye model for ernæringsindsats (se figur 2), og resultaterne viser at:

- Borgerne i interventionsgruppen opnåede en forbedring af deres fysiske funktionsevne
- Borgerne i interventionsgruppen fra hjemmeplejen opnåede en forbedring af deres livskvalitet
- Vægtøgning generelt hang tæt sammen med øgning i livskvalitet

De økonomiske analyser viste, at den nye model for ernæringsindsats var omkostningseffektiv og dermed klart acceptabel som en ny intervention. Prisen for den nye model var 64.000 kr. pr. QALY [3], hvilket er langt mindre end de 200.000 kr. pr. QALY, som anses for acceptable.

Sammenfattende viste den økonomiske analyse af ernæringsindsatsen, at den nye model krævede en vis omkostning, som dog ikke anses for urimelig stor sammenlignet med, hvad der betales for at opnå tilsvarende resultater i andre dele af sundhedsvæsenet. De besparelser i plejegyldigheder, som indsatsen må forventes at give anledning til, er endda ikke modregnet. Alt i alt må ernæringsindsatsen dermed i et økonomisk perspektiv siges at have givet

et tilfredsstillende resultat og formodes at kunne udløse et gevinstpotentiale (Socialstyrelsen 2014).

Diskussion

Der har aldrig været gennemført et lodtrækningsstudie af, om en tværfaglig ernæringsindsats blandt ældre borgere i plejebolig og hjemmepleje er økonomisk rentabel.

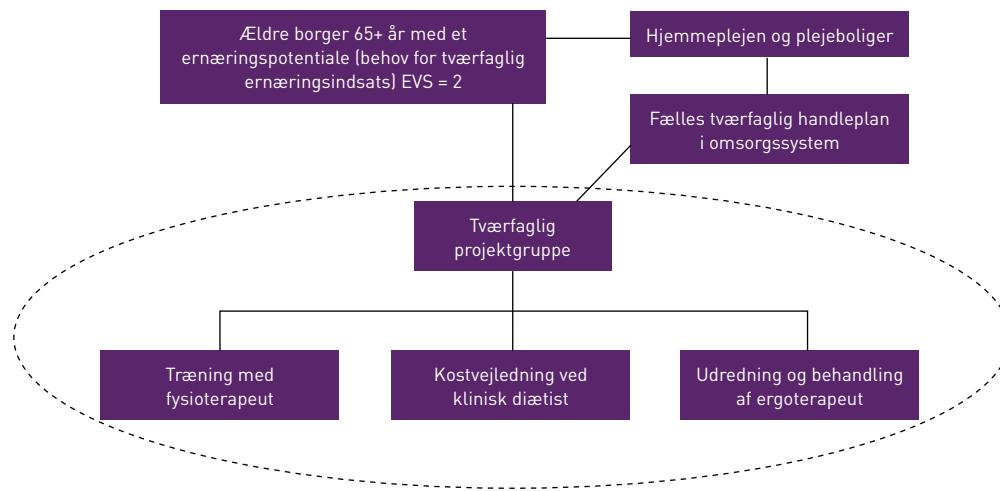
I et studie fra Holland er det påvist, at en ernæringsindsats i form af industrielt fremstillede energi- og proteinrige drikke til ældre borgere, som er i dårlig ernæringsstilstand på grund af sygdom kan medføre besparelser på sundhedsudgifterne bl.a. på grund af en reduktion i antallet af hospitalsindlæggelser (Freier et al 2012). Den primære forskel mellem de to modeller, der blev afprøvet i det aktuelle studie, var, at den nye model for ernæringsindsats var uafhængig af en indledende visitation, havde tilknytning af en ernæringsfaglig ekspertise i form af en klinisk diætist, og formaliserede det tværfaglige samarbejde mellem klinisk diætist, ergoterapeut og fysioterapeut (se figur 2). Som det fremgår

af figur 1 var alle relevante fagpersoner allerede til stede i kommunen. Desuden var indsatsen ved fysioterapeut og ergoterapeut ikke meget anderledes end vanligt. Endvidere var det sådan, at der i kontrolgruppen også var en hel del af deltagerne, der var visiteret til træning af funktionsevnen vha. hhv. ergoterapeut og fysioterapeut (Socialstyrelsen 2014).

Alligevel lykkedes det at opnå en positiv effekt på funktionsevnen og livskvaliteten hos indsatsgruppen. Det formaliserede tværfaglige samarbejde omkring indsatsen mellem klinisk diætist, ergoterapeut og fysioterapeut har derfor formodentlig haft stor betydning.

I dag findes der i de fleste kommuner ergoterapeuter, fysioterapeuter og kliniske diætister. Meget sjældent er der dog et formaliseret samarbejde mellem disse tre faggrupper om den enkelte borger. Det gælder fx i forhold til rehabilitering, hvor det, udover plejepersonalet, primært er ergoterapeuter og fysioterapeuter, der er involveret (Socialstyrelsen 2013). For nylig er der vedtaget en ny lovgivning, som forpligter kommunalbestyrelsen til at tilbyde et korterevarende rehabiliteringsforløb,

Borgeren opnåede forhøjet funktionsevne og livskvalitet, og de økonomiske analyser viste at modellen er omkostningseffektiv. Ernæringsindsatsen kan med fordel medtænkes i rehabiliteringsforløb



Figur 2. Den nye model for tværfaglig ernæringsindsats. Indsats via de forskellige faggrupper tilknyttet studiet. Den stiplede linje symboliserer, at der er et løbende tværfagligt samarbejde omkring hver enkelt borger (Socialstyrelsen 2014).

før man vurderer modtagerens behov for hjemmehjælp. Tilbuddet gives, hvis man vurderer, at et sådant forløb kan forbedre modtagerens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjemmehjælp. Set i lyset af det aktuelle studies resultater er det således særdeles vigtigt, at en ernæringsindsats tænkes ind i et sådan forløb for at få et reelt billede af borgerens potentiale.

Mange borgere tilbydes også genoptræning eller vedligeholdelsestræning. Igen er det oftest fysioterapeuter og ergoterapeuter, der er involveret. Formålet er, at borgeren opnår samme funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne efter de nuværende omstændigheder. Studiets resultater viser, at ernæring også her spiller en vigtig rolle for, at borgeren får mest mulig gavn af den tilbudte træning.

Alt i alt viser resultaterne fra det aktuelle studie, at det, både af hensyn til borgerens udbytte og kommunens økonomi, er en god ide at få sat den tværfaglige ernæringsindsats i system.

Noter

[1] Studiet var en opfølgning på projektet God mad-godt liv og blev gennemført af et konsortium bestående af Foreningen af Kliniske Diætister, analyseinstituttet KORA og Københavns Universitet. Frederiksberg kommune med 102.040 borgere deltog som projektkommune (Socialstyrelsen 2014).

[2] Ernæringsvurderingsskemaet EVS og vejledningen til EVS findes her: <http://www.socialstyrelsen.dk/aeldre/forebyggelse-og-sundhed/mad-og-maltider-1/ernaeringscreening>.

[3] Betegnelsen står for Quality Adjusted Life Years, og indekset giver et tal mellem 0 og 1, hvor 1 er fuldt helbred.

Referencer

Beck A, Damkjær K, Simmons SF (2012). The relationship between weight status and the need for health care assistance in nursing home residents. *Journal of Aging Research and Clinical Practice*, vol. 2. Pp. 173-8

Freijer K, Nuijten MJ, Schols JM (2012). The budget impact of oral nutritional supplements for disease related malnutrition in elderly in the community setting. *Front Pharmacol*, vol. 3. P. 78

Københavns Universitet og Madkulturen (2015). *Skønne Måltider til Alle Gamle*. Københavns Universitet og Madkulturen, januar

Olin AÖ, Koochek A, Ljungqvist O, Cederholm T (2005). Nutritional status, well-being and functional ability in frail elderly service flat residents. *European Journal of Clinical Nutrition*, vol. 59. Pp. 263-70

Socialstyrelsen (2013). *Kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet*. Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2014). *Cost-effectiveness studie af tværfaglig ernæringsindsats hos skrøbelige underernærede ældre*. Socialstyrelsen (Rapporten med supplerende referencer kan findes her <http://www.socialstyrelsen.dk/aeldre/forebyggelse-og-sundhed/mad-og-maltider-1/cost-effectiveness>)

Socialstyrelsen (2015). *Faglige anbefalinger og beskrivelser af god ernæringspraksis for ernæringsindsats til ældre med uplanlagt væggtab*. Socialstyrelsen, januar

Sørbye L. W. et al. (2008). Unintended weight loss in the elderly living at home: the aged in Home Care Project (AdHOC). *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, vol. 12. Pp. 6-10

Taksigelser

Tak til docent Eigil Boll Hansen, KORA for varetagelse af de kvalitative interview, professor Hans Keiding, Københavns Universitet for varetagelse af de økonomiske analyser og til programleder Vibeke Høj Worm, Socialstyrelsen for konstruktiv og lærerig sparring under hele studiet.