

Arbeidsrapport

Ernæringsstatus og kognitiv svikt i sykehjem



Liv Wergeland Sørbye og Olaug Vibe 2010

FORORD

Cathinka Guldborg-senteret gjennomførte i februar/mars 2009 og ca 12 måneder senere en kvalitetssikringsstudie. Beboerne ble vurdert med det internasjonale verktøyet "Resident Assessment Instrument" (www.interrai.org). Diakonhjemmet høgskole ved prosjektleder Liv Wergeland Sørbye hadde inngått et samarbeid for å vurdere ernærings situasjonen ved Cathinka Guldborg-senteret sammenlignet med to andre sykehjem i Oslo. Nasjonalforeningen for Folkehelse, Rådet for Demens støtter forskningsprosjektet. Prosjektet er godkjent av Datatilsynet og Regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskning (REK).

Cathinka Guldborg-senteret var i en særstilling. Her var ingen eksterne forskere involvert. Dataene var en del av sykehjemmets dokumentasjon. Først når prosjektet var avsluttet ved de andre to sykehjemmene ble anonymiserte data fra Cathinka Guldborg-senteret analysert ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS og ble definert som et kvalitetssikringsprosjekt.

Likevel kan vi slik vi tolker REK ikke publisere resultatene uten at vår totale søknad til REK blir omgjort til et kvalitetssikringsprosjekt.

Vi vil gjerne få takke alle som har bidratt til å gjennomføre prosjektet.

Liv Wergeland Sørbye

Oslo 02.09.2010

Prosjektleder

INNHold

FORORD	2
Sentrale funn	4
Ernæringsstatus og kognitiv svikt i sykehjem	Feil! Bokmerke er ikke definert.
Ernæringsstatus i sykehjem	5
Bakgrunn	5
Målsetting	7
Metode	7
Resultater	8
Sykepleietiltak relatert til spise- og svelgproblemer	11
Oppsummering	12
Konklusjon	13
Referanser	13

Sentrale funn

- Totalt 125 beboere (76% kvinner og 24% menn) deltok i undersøkelsen
- Gjennomsnittsalderen var 87,1 år den yngste var 55 og den eldste 101 år.
- Gjennomsnittlig botid ved første vurdering var 3,0 år med variasjon fra noen dager til tretten år.
- Det var 38 (33,1%) av beboerne som ble vurdert til å ha moderat alvorlig til veldig alvorlig svekket kognitiv funksjon.
- Ved første vurdering (2009) var kroppsmasseindeksen $< 20,5$ for 48 (41,9%) av beboerne (N=112)
- Normalkost ble servert til 89 (76,7%), de resterende beboerne fikk tilpasset mat, fortrinnsvis for å svelge lettere (N=116).
- Det var 13 av de 22 beboerne som *ikke* fikk normalkost som hadde en KMI $< 20,5$. Det var 29 (24,8%) av beboere som fikk personlig hjelp til å spise, disse var i større risiko for å ha en KMI $< 20,5$ (OR=2,6; CI; 1,098-7,360; $p=0,027$).
- Det var noe sjeldnere at beboere som hadde bodd 1-2 år på sykehjemmet var undervektige, sammenlignet med de som hadde bodd der kortere eller lengre enn to år.
- Lengden på botiden og grad av demens ga ingen statistisk signifikante utslag.
- Det var relativt liten endring i vekten til beboerne i løpet av prosjektiden.
- Det var 55 (40%) av beboere som døde i løpet av prosjektet (vel ett år). Vi har ikke data på hvordan ernærings situasjonen var den siste tiden før de døde. BMI $< 20,5$ ved første vurdering hadde ingen prediktiv effekt for hvem som kom til å dø. Heller ikke alvorlig kognitiv svikt.
- For de 55 beboerne som døde i løpet av prosjektperioden var liggetiden over 3 år (Mean= 3,7 år og Median=3.4 år).
- Fem beboere led av fedme, KMI > 30 , ingen av disse var alvorlig eller svært alvorlig demente.
- Ingen led av ekstrem fedme, KMI > 35 .
- Ved vurdering av nøkkelvariabler for beboere med lav KMI, burde det være mulig å sette i gang individuelle tiltak for å øke andel med noe høyere vekt.

ARBEIDSAPPORT- KVALITETSSIKRING

Ernæringsstatus og kognitiv svikt i sykehjem

Ernæringsstatus i sykehjem

Forskningsprosjektet omfatter ernæringsstatus hos beboere ved Cathinka Guldberg-senteret. Senteret har i flere år benyttet det internasjonale vurderingsverktøyet Resident Assessment Instrument for langtidspleie som en del av sitt kvalitetssikringssystem. Dette prosjektet hadde som hensikt å sammenligne beboere med moderat til alvorlig demens med andre beboere relatert til ernæringsstatus i løpet av et års oppfølging.

Bakgrunn

Eldreomsorg i de nordiske landene er blant den beste i verden (Carpenter m.fl. 2004, Herard m.fl. 2006). Likevel er omsorgen for de gamle stadig i medias søkelys. En viktig årsak er at norsk eldreomsorg er offentlig og de pårørende forventer at det offentlige skal ha høy standard. Ernæringsstatus er en sentral sykepleiefaglig utfordring og et tema som gir stor samfunnsmessig oppmerksomhet og vekker engasjement (Sørbye m.fl. 2008, Smedshaug 2009). Beboere som blir innlagt i sykehjem er ofte meget pleietrengende. En viktig indikator på helse og trivsel er i hvilken grad den gamle er i stand til å nyttiggjøre seg ernæring. Vekttap er et kjent problem hos skrøpelige eldre, og er med kognitiv svikt er ekstra utsatt (Mowé 2005, Mamhidir m.fl. 2007). Så langt vi kjenner til er det ikke gjort noen studier i norske sykehjem hvor ernæringsstatus til beboere med demens er vurdert i forhold til andre beboere.

For å øke kvaliteten på ernæringsstatus i sykehjem er det ulike fremgangsmåter. Her vil vi gi eksempler på en prevalensstudie, en kvalitetssikringsstudie og vårt eget forskningsprosjekt.

Prevalensstudie: Oslo kommune har med bakgrunn i RAI valgt ut fem objektive kvalitetsindikatorer. Utsiktet vekttap er en av dem. Tre ganger i året (uke 17, 34 og 49) blir alle beboere i sykehjem veid og målt og KMI regnet ut. Dataene samles inn av ansatte på de enkelte avdelingene og registrert på excel-ark. Gjennomsnittsverdiene for hvert sykehjem blir publisert online (www.helse-og-velferdsetaten.oslo.kommune.no). Enkelt individer blir ikke identifisert. Dataene kan heller ikke kobles til IPLOS (helsedirektoratet 2009) eller andre persondata. Det blir derfor opp til ansvarlig helsepersonell å gjøre en helhetlig vurdering av hvilke risikofaktorer som kan ligge til grunn for en lav KMI.

Kvalitetssikringsprosjekt består av data som samles inn som en del av de etablerte rutiner på avdelingen for alle beboerne. Et hvert foretak har ansvar for å sørge for kvalitetssikring, innenfor de rammer som krav til personvern setter. Når ansatte undersøker og registrerer data som et ledd i sine daglige rutiner, kreves dette ikke godkjenning fra Regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskning. Grensen mellom kvalitetssikring og forskning relatert til beboere kan ofte være uklar (Utne & Thelle 2009). Nettopp denne grensen har vært utfordrende i forhold til dette prosjektet.

Forskningsprosjekt karakteriseres ved å være bygget på anerkjente transparente metoder som kan etterprøves. I helseforskningsloven § 4 (www.lovdatabasen.no) defineres medisinsk og helsefaglig forskning som «virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom». Det stilles krav til utvalg og forskning og mennesker har krav på god informasjon om prosjektet og dets egenart og eventuelt ulemper ved å delta. Om ikke forskningen vil komme den aktuelle deltaker til nytte må prosjektet vise til at dersom prosjektet gjennomføres vil det være samfunnsnyttig, dvs. komme andre til gode. I informasjonsskrivet til potensielle deltakere skal det komme tydelig frem at den som

samtykker, når som helst kan trekke seg fra prosjektet uten at dette får konsekvenser for videre behandling eller omsorg. Data om vedkommende blir slettet. Et forskningsprosjekt skal ha klare hypoteser eller forskningsspørsmål. Prosjektbeskrivelsen skal gi teoretisk rammeverk for og vise til relevant forskning innen samme tema. For å starte et forskningsprosjekt kreves godkjenning fra aktuelle regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskning (REK). I følge helseforskningsloven § 2 (www lovdata.no) faller forskning på anonyme data der det ikke har vært direkte kontakt mellom forsker og deltaker utenfor loven. Her er det viktig å skille mellom aidentifiserbare og anonyme data. Ofte benyttes begrepet ”Anonyme på forskers hånd”. Det vil si at det eksisterer en kodenøkkel som er oppbevart hos en ansvarlig instans utenfor forskers rekkevidde. Data som blir innhentet av ansvarlig personale, uten at forsker møter pasienten kan derfor leveres anonymisert til forsker – og faller uten for REK sitt ansvar (Simonsen & Hølen 2010).

Prosjektansvarlig hadde vurdert ernæringsstatus i hjemmetjenesten som et ledd i sitt doktorgradsarbeid og ønsket å videreføre disse erfaringene til omsorg for eldre i sykehjem. Hun hadde da benyttet det internasjonale vurderingsverktøyet ”Resident Assessment Instrument” (RAI) som både hadde en versjon for hjemmesykepleie og sykehjem. For å kunne realisere et slikt prosjekt var det tre viktige komponenter som måtte være på plass a) en forskningsarena, b) finansiering, c) godkjenning fra datatilsynet og regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskning.

Upubliserte data fra 314 beboere ved Cathinka Guldborg-senteret viste at det ikke var noen signifikant forskjell på beboernes ernæringsstatus ved innkøst. Det viste det seg imidlertid, at over tid hadde moderat til alvorlige demente beboere statistisk signifikant dårligere ernæringsstatus og var mer dehydrerte enn andre skjøpelige eldre. Ledelsen ved sykehjemmet stilte seg positive til å delta på et forskningsprosjekt. Anonymiserte data fra sykehjemmet ble først levert til prosjektleder etter at 12 mnd oppfølging var avsluttet.

For å få et større materiale ble to andre sykehjem kontaktet. Prosjektleder var bevisst på at disse skulle være i Diakonhjemmets sykehus sin sektor og at høgskolen skulle ha samarbeidsavtale om studentplasser. Intensjonen var at en skulle få en positiv synergieffekt av å ha både lærere og studenter til stede i miljøet. Ansvarlig ledelse ved begge sykehjemmene var interessert i å bli med i den videre planleggingen, men med forbehold. Begge sykehjemmene forhandlet med kommunen om fortsatt drift. Begge aktørene tapte sine anbudsrunder – og nye eierne overtok. Det samarbeidet som var initiert med ledelsen våren, måtte derfor starte på nytt høsten 2008.

Finansiering

God forskning koster penger. Forskning basert på overskuddsaktivitet blir sjelden god. Nasjonalforeningen for Folkehelse utlyste midler øremerket for forskning til beboere med demenslidelser med søknadsfrist 01.06.08. Det ble utarbeidet en søknad underbygget med nyere forskningsartikler. Søknaden på 200.000 kr ble innvilget og tilsagnsbrev mottatt 26.09.2008. Dette tilsa et stramt budsjett, med lite muligheter for frikjøp av forskningstid. For å få allerede travle sykehjemsansatte til å delta i opplæring og datasamling var det viktig med noe økonomisk godtgjørelse.

Juridiske og etiske aspekt

Det stilles strenge krav til de juridiske og etiske aspekt til prosjektet som skulle omfattet en stor andel beboere med demenslidelser. Et kvalitetssikringsprosjekt består av data som samles inn som en del av de etablerte rutiner på avdelingen for alle pasientene. Cathinka Guldberg-senteret har som et hvert foretak ansvar for å sørge for kvalitetssikring, innenfor de rammer som krav til personvern setter. Når ansatte undersøker og registrerer data som et ledd i sine daglige rutiner, kreves dette ikke godkjenning fra Regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskning. Grensen mellom kvalitetssikring og forskning relatert til pasienter kan ofte være uklar (Utne & Thelle 2009). I dette aktuelle prosjektet ble anonymiserte data analysert først når alle dataene forelå.

Siden Cathinka Guldberg-senteret benytter RAI som en integrert del av sin elektroniske journal ble det automatiske generere aktuelle risikofaktorer og forslag til sykepleietiltak ut fra den omfattende databasen. Senteret hadde et eget opplegg for pasienter som har en KMI < 20.

Målsetting

Hensikten med prosjektet var å synliggjøre risikofaktorer som personalet i sykehjem må være oppmerksom på for å forbedre matinntaket til beboerne, samt identifisere tegn på underernæring som predikerer en naturlig del av dødsprosessen og ikke er et resultat av ukyndig pleie av pasienter med demenssykdom.

Hypotese: Gode intensjoner er ikke tilstrekkelig for å redusere andel demente pasienter med utilsiktet vekttap og/eller dehydrering i løpet av ett år.

Metode

Viktige variabler var blant annet dokumentasjon angående ernærings- og hydreringsstatus, fysisk og kognitiv fungering (jfr. Vibe, Sørbye & Grue 2003).

Ernærings- og hydreringsstatus Vekt: kroppsmasse indeks (KMI), vektendring (utilsiktet vekttap 5% eller mer de siste 30 døgn eller 10% eller mer de siste 180 døgn).

Mat og væskeinntak: evne til å svelge (behov for spesielt tilrettelagt mat); oralstatus slik som problem med tygging eller svelging (f eks. smerter ved spising) og munntørrehet.

Spesielle sykepleietiltak relatert til spise og svelgproblemer. Her skal det registres antall dager beboerne får slik hjelp i mer enn 15 minutter.

Funksjonsnivået ble målt ved hjelp av den hierarkiske ADL- skalaen (0-6) som baserer seg på individuell utførelse av fire funksjoner: Mobiliteten på avdelingen, spisesituasjonen, toalettbesøk og personlig hygiene.

Kognitiv funksjon ble målt ved hjelp av "Cognitive Performance Scale" CPS (Hartmaier m.fl.1995). Den er sammensatt av variablene korttidshukommelse, evne til å gjøre seg forstått, evne til å ta daglige beslutninger, avhengighet av å bli matet og bevissthetsnivå. CPS har en skala fra 0 til 6 («0» er helt intakt og «6» er meget alvorlig svekket). I dette prosjektet har vi benyttet 3 som grensesnitt for å dele beboerne i to grupper. En pasient med en CPS skåre fra 0 til 3 er i stand til å svare på spørsmål om egne prioriteringer og vurdere sin egen tilstand. En CPS skåre på 4-6 tyder på moderat til alvorlig kognitiv svikt og er ekvivalent til en skåre på 15 eller mindre i Mini Mental State Examination (MMSE).

Psykisk helse Tegn på depresjon, angst og tristhet ble vurdert ut fra følgende variabler: En opplevelse av tristhet eller depresjon: Livet er ikke verd å leve, ingenting betyr noe, konstant sint på seg selv eller andre, uttrykker ubegrunnet frykt, gjentatte klager over helsen, tilbakevendende gråt, trekker seg fra aktiviteter redusert sosial interaksjon, uttrykker (inkludert nonverbalt) mangel på glede i livet. Depression Rating Scale (DRS – skala 0-4)

Ulike sykdommer Demens og andre nevrologiske sykdommer, artritt, astma, KOLS, hjertelidelse, lever- og nyre lidelser, kreft, diabetes, hypothyreose, postoperative tilstander, infeksjonssykdommer eller andre akutte sykdommer med feber, kroniske smerter.

Beboernes botid Ved oppstart av studien hadde noen av beboerne bodd lenge på sykehjemmene, andre kort. Dataene fra hele populasjonen ble analysert med utgangspunkt i resultatene fra den første og siste vurderingen med RAI-NH og lengden på botid ble vurdert.

Dataanalyse

Anonymiserte data fra rutine vurdering av beboerne i 2009 og 2010 ble overført fra sykehjemmetsdataansvarlig og lagret på en minnepinne. Data ble så analysert ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS. Dataanalysen ble utført i SPSS versjon17.

De to nøkkelvariablene var kroppsmasse indeks (KMI= vekt/høyde²) og ”Cognitive Performance Scale” (CPS). CPS er en algoritme som er bygget opp av ulike variabler i RAI-skjemaet og gir et godt bilde av pasientens evne til kognitiv fungering.

Resultater

I denne arbeidsrapporten presenterer vi utvalgte data som omhandler vurderinger gjort i forhold til å dokumentere sentrale områder knyttet til ernærings situasjonen til beboerne. Først presenteres noen bakgrunnsdata deretter nøkkelvariabler som kroppsmasse indeks og kognitiv fungering.

Tabell 1. Andel beboere etter kjønn, sivilstatus, og botid i sykehjem

	Kvinner N (%)	Menn N (%)	Totalt N (%)
Kjønn	95 (76,0)	30 (24)	125 (100)
Alder Mn, min/maks	88,9 (63-101)	82,2 (55-97)	87,1 (55-101)
Botid ved første intervju antall år gj.snitt, max. og min. Mn,MD (min/maks)	3,0; 2,0 (0-13)	2,8; 2,3 (0-9,8)	3,0; 2,5 (0-13)

Tabell 2. Andel beboere med ulik kognitiv fungering

Kognitiv fungering	N (%)
0. Ingen svikt, intakt	9 (7,8)
1. Grenseland intakt	15 (13,0)
2. Mild svekkelse	15 (13,0)
3. Moderat svekkelse	38 (33,0)
4. Moderat- alvorlig svekkelse	4 (3,5)
5. Alvorlig svekket	23 (20,0)
6. Veldig alvorlig svekket	11 (9,6)
Totalt	115 (99)

Det var 38 (33,1 %) som ble vurdert til å være alvorlig og veldig alvorlig nedsatt kognitiv evne (CPS 4-6).

Tabell 3. Andel beboere etter kjønn i ulike kroppsmasse indeks grupper

KMI-grupper	Kvinner	Menn	Totalt
	N (%)	N (%)	N (%)
≤ 18,5: Undervektig	26 (31,0)	4 (14,3)	30 (26,8)
18,6-20,5: Risiko for undervekt	12 (14,3)	6 (21,4)	18 (16,1)
20,6-24,9: Normal vekt	21 (25,0)	10 (35,7)	31 (27,7)
25,0-29,9 Overvekt	22 (26,2)	6 (21,4)	28 (25,0)
≥ 30 Fedme	3 (3,6)	2 (7,1)	5 (4,5)
Totalt	84 (101)	28 (100)	112 (101)*

- 13 beboere mangler data for KMI

Det var 48 (42,9%) av beboerne som hadde en kroppsmasseindeksen < 20,5.

Det var 14 av beboerne som ble vurdert til å ha ulike stadier av trykksår (1-4) hadde åtte en KMI < 20,5. Det var 60 (53,6%) av beboerne som hadde ne BMI < 22.

Tabell 4. Andel beboere med KMI < 20,5 og Kognitiv svikt (CPS > 3) etter liggetid

Liggetid	Under ett år	1-2 år	Mer enn 2 år	Mer enn 5 år
KMI < 20,5	Ikke signifikant	P=0.023*	Ikke signifikant	Ikke signifikant
CPS (4-6)	Ikke signifikant	Ikke signifikant	Ikke signifikant	Ikke signifikant

*OR=0.273; KI=0.085-0.878

Både i forhold til alvorlig kognitiv svikt (CPS > 3) og undervekt (KMI < 20,5) var det liten statistisk signifikans relatert til botid og svikt. Beboere som hadde bodd -2 år på sykehjemmet hadde en lavere risiko for å være undervektige.

For de 55 beboerne som døde i løpet av prosjektperioden var liggetiden over 3 år (Mean= 3,7 år og Median=3.4 år).

Tabell 5. Andre ernæringsforhold. N=116

Seksjon K.2, J1d,c Ernæringsspørsmål	N	%
Vekttap - 5% eller mer de siste 30 døgn eller 10% eller mer de siste 180 (n=116)	18	15,5
Vektøkning - 5% eller mer de siste 30 døgn eller 10% eller mer de siste 180 (n=116)	8	6,5
Utilstrekkelig væskeinntak	13	11,5
Dehydrert	6	5,2

Vekttap og utilstrekkelig væskeinntak, var det hyppigste problem relatert til enæringsvariabler i tabell 5. I 2010 var det 11 (19%) av beboerne som ble vurdert til å ha vekttap.

Tabell 6. Type konsistens på maten (hvordan maten ble gitt). N=116*

Seksjon K.5 i,c, f, h, Type konsistens på maten	N	%
Normal - Svelger all slags konsistens på maten	89	76,7
Krever tilpasset diet for å svelge fastmat	17	14,7
Mellommåltider/ekstra diet	8	6,9
På et planlagt vektendringsprogram	4	3,4

*Her er svaralternativene overlappende: Totalt 22 beboere fikk noe annet enn normalkost.

Det var 13 av de 22 beboere som fikk spesiell tilrettelagt kost som hadde en KMI < 20,5.

Tabell 7. I hvilken grad trengte beboerne hjelp til å spise. N=117

Seksjon GI. hA) Hjelp til spising	N	%
0. Uavhengig -	58	49,6
1. Tilrettelegging	24	20,5
2. Tilsyn	6	5,1
3. Begrenset assistanse	14	12,0
4. Omfattende assistanse	15	12,8
Total	117	100,0

Beboerne med KMI < 20,5 hadde langt oftere personlig hjelp til å spise (variablene 3-4); OR=2,6; CI; 1,098-7,360; p=0,027).

Tabell 8. Tann og munnstatus. Andel som er vurdert til å ha problem.

Seksjon L.1 Tann og munn status	N	%
Har tannproteser og/eller fjernbar bro	39	33,6
Brukende, skadede, løse eller på andre måter ikke intakte naturlige tenner (Lc eller Ld)	27	23,7
Smerter/ubehag i munn	5	4,3
Svelgproblemer	25	21,6
Tyggeproblemer	29	25,0
Betente eller blødende gommer, i tilknytning til naturlige tenner eller tannrester	1	0,9

Det var 48 beboere som ble vurdert til å ha tygge og/eller svelgproblemer. Denne gruppen hadde ikke statistisk signifikant hyppigere KMI < 20,5 enn andre beboere. De var heller ikke i høyere risiko for å være demente eller tygge og svelgproblemene predikerte heller ikke en høyere risiko for død etter ett år.

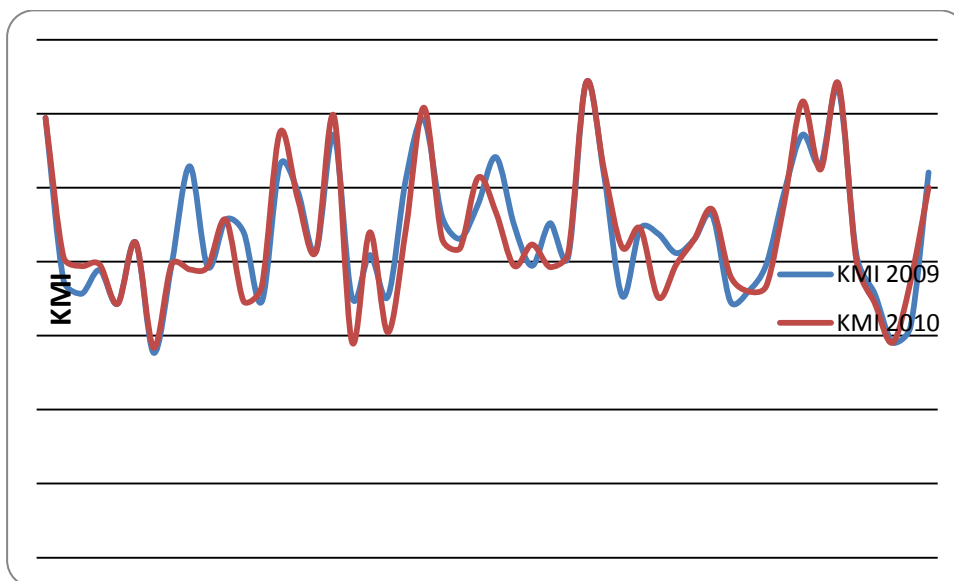
Sykdomsgrupper og vekttap

Det er foretatt kryssanalyser mellom KMI < 20,5 som avhengigvariable og de mest vanlige sykdomsgrupper (se metodekapitlet). Det ble funnet statistisk sammenheng med lårhalsbrudd, og lav BMI; OR=2,9; CI; 0,979-8,436 p=0,048. Ved å benytte en KMI < 18,5 var det en høyere risiko for lårhalsbrudd, samt å ha osteoporose var risikoen henholdsvis OR=3,1; CI; 1,074-0,013 p=0,031 og OR=3,3; CI; 1,172-9,051 p=0,019.

Det var ingen statistisk signifikant mellom tegn på depresjon ≥ 3 (skala 0-14). I forhold til sosiale relasjoner hadde de beboerne med KMI < 20,5 en høyere risiko for å trekke seg fra sosiale aktiviteter OR=2,9; CI; 0,979-8,4361 p=0,048.

Vektendring i løpet av ett år

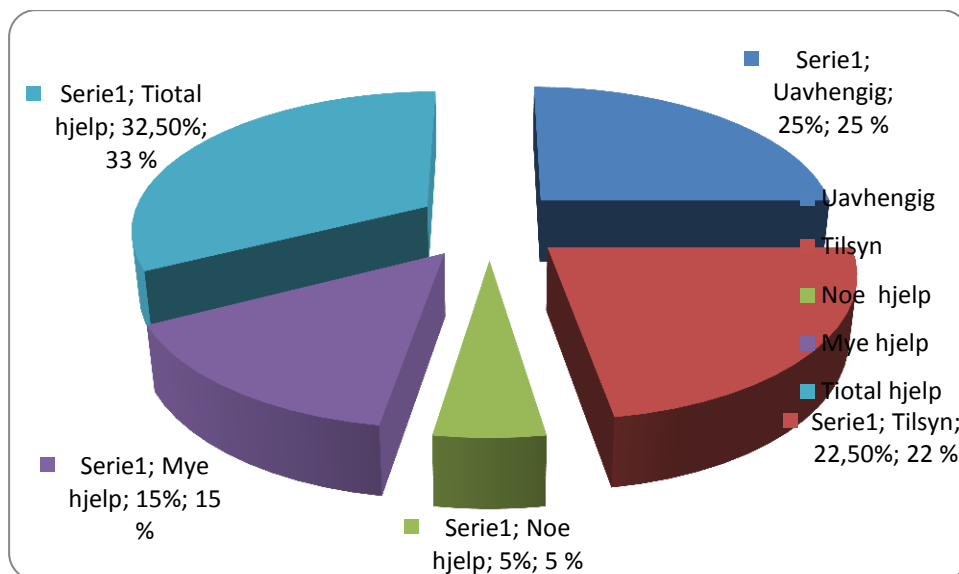
Her er en oversikt over de KMI til de beboerne som det deltok både ved første og andre vurdering. N=50.



Figur 1. Kroppsmasse indeksen (KMI) x-aksen: "pasientnummer".

Figur 1 viser en relativt stabil vekt på de pasientene som deltok både i 2009 og 2010. Dersom vi tar utgangspunkt i 2009 (n=112) var KMI i gjennomsnitt 21.1 (standardavvik 4,7) mot 21.9 i 2010 (n=55) (standardavvik 4,6). I 2009 var den laveste målte KMI 12,2, i 2010 var tilsvarende tall 14,19.

Sykepleietiltak relatert til tygge- og svelgproblemer



Figur 2. Beboere med svelge- eller tyggeproblemer. Hjelp i spisesituasjonen. N=40

Av de 40 beboerne som hadde svelge- eller tyggeproblemer var 14 totalt avhengig av å bli matet og for seks av beboerne var de ofte to i matesituasjonen. Av de 27 beboerne som fikk tilrettelagt mat hadde 22 svelge eller tyggeproblemer $p < 0.001$. To av beboerne som hadde en KMI henholdsvis på 13,8 og 14,5 fikk et spesielt opplegg for vektendring. Disse gikk ikke gått ytterligere ned i vekt og var i live ett år senere.

Dødsfall

Det var 55 av beboerne som døde i løpet av den tiden oppfølgingen varte.

Det var ingen statistisk sammenheng mellom KMI eller alvorlig kognitiv svikt i 2009 og risiko for å dø et år senere.

Oppsummering

I denne arbeidsrapporten har vi tatt utgangspunkt i baselinedata fra 2009, der det er gjort sammenligninger med 2010 er dette eksplisitt nevnt. Utgangspunktet for denne var å vurdere ernæringsstatus til beboere med moderat og alvorlig kognitiv funksjonssvikt versus andre beboere i sykehjemmet. Så langt vi kan se av våre analyser skiller det ingen statistisk signifikante forskjeller mellom disse to pasientgruppene på Cathinka Guldberg-senteret. Det er heller ikke funnet noen statistiske sammenheng verken med alzheimers og annen demens, slag, kreft eller andre aktuelle sykdommer.

Det er likevel utfordrende at 48 (42,9%) av beboerne har en KMI < 20.5 . Vel halvparten av beboerne hadde en BMI < 22 , grenseverdien for risiko for underernæring for eldre 70+.

Vi ser at i oversikten fra Oslo kommune har Cathinka Guldberg-senteret i perioden 49/2009, 17/2010 og 34/2010 store variasjoner i andel med vekttap, henholdsvis 9,7%, 13,5 % og 6,7%. Når pasientpopulasjonen utskiftes med vel 1/3 i løpet av ett år blir det vanskelig og

sammenligne fra måling til måling på det enkelte sykehjem. For Oslo som helhet er prosentandelen for alle de angitte periodene 12%.

Totalt er det registrert at 89 (76,7%) av beboerne normalkost. Her kan det være aktuelt å se nærmere på tiltak til de ”letteste” beboerne. En stor andel er vurdert til å mestre spisesituasjonen ved hjelp av tilrettelegging. Her bør det også vurderes hvilke beboere det er som trenger tettere oppfølging og konkret hjelp både til å få i seg tilstrekkelig med mat og væske.

For mange pleiere var det å vurdere ”primærpatientene” etter et omfattende vurderingsskjema en god oppsummering av pasientens allmenntilstand. Flere av forholdene som skulle vurderes hadde de ikke tilstrekkelig informasjon på og måtte undersøke nærmere med eksisterende skriftlig dokumentasjon, pasienten og/eller kollegaer. Flere ga uttrykk for at deltakelsen i prosjektet hadde gjort dem mer bevisst på hva det var viktig å observere, rapportere og å samtale med pasienten om.

Som tidligere beskrevet ble prosjektet noe forsinket i oppstart på grunn av nye driftansvarlige ved sykehjemmet. For de ansatte hadde vært en usikker periode med mye å konsentrere seg om. Ernæringsprosjektet ble enda en ny ting å forholde seg til. Prosjektet ble derfor ikke en integrert del av hverdagen, men en oppgave for de som hadde fått tildelt oppdraget.

Konklusjon

Beboere med moderat til kognitiv svikt er ikke mer utsatt for underernæring eller dehydrering enn andre sykehjemsbeboere. En mer kontinuerlig vurdering av ulike sider ved ernærings situasjonen hos den individuelle bruker vil kunne stimulere til et høyere væske og matinntak. For å kunne vurdere standarden ved ”sitt eget” sykehjem vil det bli nyttig å sammenligne disse resultatene med de to andre sykehjemmene som inngår i prosjektet.

Referanser

- Burrows AB, Morris JN, Simon SE, Hirdes JP, Phillips C. Development of a minimum data set-based depression rating scale for use in nursing homes. *Age Ageing* 2000 Mar;29(2):165-72.
- Carpenter I, Gambassi G, Topinkova E, Schroll M, Finne-Soveri H, Henrard JC, et al. Community care in Europe. The Aged in Home Care project (AdHOC). *Aging Clin Exp Res*. 2004 Aug;16(4):259-69.
- Forskningsetiske komiteer. Etiske retningslinjer og veiledninger relevante for medisinsk og helsefaglig forskning. 2009. <http://www.etikkom.no/no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/> (lest 12.04.10).
- Guttormsen AB, Helsedirektoratet Avdeling ernæring. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring elektronisk ressurs. Oslo: Helsedirektoratet; 2009.
- Hartmaier SL, Sloane PD, Guess HA, Koch GG, Mitchell CM, Phillips CD. Validation of the Minimum Data Set Cognitive Performance Scale: agreement with the Mini-Mental State Examination. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1995 Mar;50(2):M128-33.
- Helsedirektoratet. IPLOS veileder for personell i kommunale helse- og sosialtjenester. Oslo: Helsedirektoratet; 2009.

- Henrard JC, Ankri J, Frijters D, Carpenter I, Topinkova E, Garms-Homolova V, et al. Proposal of a service delivery integration index of home care for older persons: application in several European cities. *Int J Integr Care*. 2006;6:e11.
- Lov 2008-06-20 nr 44. Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven).
- Mamhidir AG, Karlsson I, Norberg A, Mona K. Weight increase in patients with dementia, and alteration in meal routines and meal environment after integrity promoting care. *J Clin Nurs*. 2007 May;16(5):987-96.
- Mowé M. Kosthold og demens. *Demens i allmennpraksis*. 2005 <http://www.dia-online.no/artikkel.asp?ID=241> (lest 12.04.10).
- Oslo. kommune. Objektive kvalitetsindikatorer. [http://www.helse-og-velferdsetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/helse-%20og%20velferdsetaten%20\(HEV\)/ett%20\(HEV\)/Dokumenter/dokument/omsorg/Rapport%20OKI-1%202009.pdf](http://www.helse-og-velferdsetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/helse-%20og%20velferdsetaten%20(HEV)/ett%20(HEV)/Dokumenter/dokument/omsorg/Rapport%20OKI-1%202009.pdf). 2009.
- Simonsen S, Hølen J. Er forskningsprosjekter med innsamling av anonyme data å anse som forskning på mennesker? . *Forskningsetikk*. 2010;10(1):22-3.
- Smedshaug G. Ernæring til eldre med bakgrunn i de nye nasjonale retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring. *Geriatrisk sykepleie, Tidsskrift for sykepleiere i geriatri og demens*. 2009;3(1):6-9.
- Sørbye L. Resident Assessment Instrument for long term care facilities (RAI-LTCF) norsk versjon. Oslo: Diakonhjemmet høyskole. Copy right www.interRAI.org; 2009.
- Sørbye L, Finne-Soveri H, Schroll M, Jónnson P, Topinkova EL, Ljunggren G, et al. Unintended weight loss in the elderly living at home: the Aged in HOME Care Project (AdHOC). *Journal of Nutrition, Health and Ageing* 2008;12(1):10-6.
- Utne PH, Thelle DS. Kvalitetssikring eller forskning? *Tidsskr Nor Legeforen*. 2009 Nov 19;129(22):2385.
- Vibe OS, LW; Grue, EV. Hvordan vet du det? - Dokumentasjon i sykehjem. *Sykepleien*. 2003;91(8):36-9.

DRS - Depression Rating Scale (Burrows mfl. 2000)

E1a + E1b + E1fc+ E1d + E1e + E1f + E1g = 0 – 14

Tegn på depresjon, angst og nedstemthet

Observerte tegn, uansett årsak.

0. Tegn ikke tilstede
 1. Tilstede men ikke synlig siste 3 siste døgn
 2. Tilstede og synlig 1-2 av de 3 siste døgn
 3. Tegn av denne typen er sett daglig de 3 siste døgn
- a. Negative utsagn ”ingenting betyr noe”, ”ville heller vært dø” ”hvilken hensikt har det” ”angrer på at jeg har levd så lenge”; la meg få dø”.
 - b. Konstant sint på seg selv eller andre - blir f eks. Lett irritert, sint over mottatt hjelp
 - c. Utrykker ubegrunnet frykt for eksempel frykt for å bli sviktet, overlatt til seg selv, være sammen med andre, intens frykt for spesielle ting eller situasjoner.
 - d. Gjentatte klager over helsen, søker stadig om medisinsk oppmerksomhet, tvangstanker om kroppens fungering.
 - e. Gjentatte klager/bekymringer - søker f eks. Konstant oppmerksomhet/ bekreftelse i forhold til avtale, måltider, vasking, påkledning, familieforhold
 - f. Sorgfullt, smertefullt, urolig ansiktsuttrykk rynkede bryn
 - g. Tilbakevendende gråt, tar lett til tårer