



SOCIALSTYRELSEN

Cost-effectiveness studie af
**tværfaglig ernærings-
intervention blandt skrøbelige
underernærede ældre**



Forkortelser

ADL: Almindelig daglig levevis

AMU: Arbejdsmarkedsuddannelse

BMI: Body mass index

CES-studiet: Cost-effectiveness-studiet

EVS: Ernæringsvurderingsskema

HVEM: Hurtig Vurdering af Ernærings Mangler (også kaldet MNA)

ICER: Incremental cost-effectiveness ratio

IKAS: Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet

MDS: Minimum Data Set

QALY: Quality adjusted life years

RAI: Resident Assessment Instrument

SOSU-assistent: Social- og sundhedsassistent

SOSU-hjælper: Social- og sundhedshjælper

TTH: Træning til hverdagen

TTT-sessioner: Train-the-trainer-sessioner

Inholdsfortegnelse

Kapitel 1. Indledning	8
1.1. Læsevejledning	9
1.2. Sammenfatning	10
1.3 Kort om ernæringsvurderingsredskabet (EVS) og omkostningerne ved underernæring	11
Kapitel 2 Fase 1: Kortlægning af eksisterende ernæringsindsats i projekt kommunen	13
2.1. Beskrivelse af Frederiksberg Kommunes organisering	14
2.2. Ernæringsindsatsen i Frederiksberg Kommune	15
2.3. Ledelse og medarbejderes oplevelser af muligheder og begrænsninger for at iværksætte ernæringsindsatser	21
2.4. Sammenfatning	22
Kapitel 3. Fase 2: Udvikling af eksisterende madservice og kompetencer i projektkommunen	23
3.1. Optimering af eksisterende madservice	24
3.2. Lokal efteruddannelse	25
3.3. Ledelse og medarbejderes oplevelser af muligheder og begrænsninger for at iværksætte ernæringsindsatser	32
3.4. Sammenfatning	33
Kapitel 4. Fase 3: Forskningsdesign og beskrivelse af en ny model for ernæringsintervention	35
4.1. Beskrivelse af forskningsdesign og en nye model for ernæringsintervention	37
4.2. Gennemgang af de anvendte målemetoder	41
4.3. Beskrivelse af målgruppen	44
4.4. Tilbud til interventionsgruppen (den nye model for ernæringsintervention)	51
4.5. Sammenfatning	54

Kapitel 5. Fase 3. Resultater fra afprøvningen af en ny model for ernæringsintervention målrettet skrøbelige ældre	57
5.1 Borgernes effekt af at deltage i en ernæringsintervention	58
5.2 De økonomiske resultater af en ernæringsintervention	65
5.3 Borgernes oplevelse af at deltage i ernæringsintervention	70
5.4 Ledere og medarbejderes oplevelser af at deltage i ernæringsindsatsen	74
Kapitel 6. Diskussion	77
6.1. Afprøvning af en ny model for ernæringsintervention	78
6.2. Medarbejdernes erfaringer med ernæringsinterventionen	80
Brugen af EVS	
Kapitel 7. Konklusion	83
Kapitel 8. Perspektivering	85
8.1 Generel perspektivering	86
8.2. Forslag til, hvordan en ernæringsindsats kan implementeres i den kommunale praksis Ernæringsvurdering som en del af et rehabiliteringsforløb	88
Kapitel 9. Epilog	91
Litteraturliste	92
Bilag	95
Bilag 1: Frederiksberg Kommunes Sundheds- og Omsorgsafdeling (maj 2013)	96
Bilag 3: Spørgeskema til evaluering af AMU-kursus, studiekredse og rollen som nøgleperson	99
Bilag 4: Madønsker	102
Bilag 5: Handleplan for Ernæring, småtspisende EVS =2 point	103
Bilag 6: CES-studiets organisering	105
Bilag 8. Ernæringsindsatsen ved starten af fase 1 i hjemmepleje, sygepleje og plejebolig	108
Bilag 9. Ernæringsindsatsen i slutningen af fase 2 i hjemmepleje, sygepleje og plejebolig	113
Bilag 10. Ernæringsindsatsen i fase 3 i interventions- og kontrolgrupperne	118
Bilag 11. Indsatsen fra den tværfaglige gruppe i fase 3 i CES-studiet	127

Publikationen er udgivet af
Socialstyrelsen
Edisonsvej 18, 1.
5000 Odense C
Tlf.: 72 42 37 00
E-mail: info@socialstyrelsen.dk
www.socialstyrelsen.dk

Udgivet januar 2014
Copyright Socialstyrelsen
Trykt: ISBN 978-87-93052-54-3
Elektronisk ISBN 978-87-93277-06-9

Forfattere: Cost-effectivness studie af tværfaglig ernæringsintervention blandt skrøbelige underernærede ældre er gennemført for Socialstyrelsen af seniorforsker Anne Marie Beck, cand. scient. i gastronomi og sundhed, klinisk diætist Annette Gøgsig Christensen, projektkoordinator Birthe Stenbæk Hansen, akademisk medarbejder Signe Damsbo-Svendsen, klinisk diætist Tina Kreinfeldt Skovgaard Møller, docent Eigil Boll Hansen og professor Hans Keiding.
Fotograf : Tina Kreinfeldt Møller.

Frederiksberg Kommune har deltaget som projektkommune.
I den forbindelse takkes Sundheds- og omsorgschef Torben Laurén, Chef for hjemmeplejen Bente Bech, Leder af Hjemmesygeplejen Anny Vestergaard, Projektleder Irene Harboe Brandt samt medarbejdere og ledere i de involverede afdelinger og teams for deltagelse i projektet.



Kapitel 1. Indledning



Mad og måltider har en væsentlig betydning for ældres helbred og livskvalitet. Underernæring er et problem blandt danske ældre i hjemmepleje og plejebolig (Kjær S & Beck A. 2010). Underernæring har alvorlige konsekvenser for ældres fysiske, psykiske og sociale funktionsevne, trivsel og livskvalitet (Inzitari et al. 2011; Fried et al. 2001, Beck & Damkjær 2007). Konsekvenserne af underernæring for den enkelte er alvorlige, og der er store samfundsmæssige konsekvenser af dårlig ernæringstilstand.

Der har aldrig været gennemført et kontrolleret cost-effectiveness-studie¹ af en ernæringsindsats blandt skrøbelige ældre. Satspuljepartierne har derfor som opfølgning på Socialstyrelsens projekt God mad-godt liv afsat midler til at gennemføre et cost-effectiveness-studie (CES-studie) af en ernæringsindsats målrettet skrøbelige ældre i hjemmeplejen og plejeboligen.

Formålet med CES-studiet af en ernæringsindsats målrettet skrøbelige ældre i hjemmeplejen og plejeboligen er at afdække, om skrøbelige ældre i hjemmeplejen og plejeboligen opnår forbedret livskvalitet, funktionsevne og ernæringstilstand, og om indsatsen er økonomisk rentabel. Målgruppen er borgere over 65 år i hjemmeplejen eller plejebolig, der får madservice og ofte også anden hjælp og støtte efter Serviceloven.

Nærværende rapport er resultatet fra dette CES-studie.

Dette kapitel indeholder en indledning, læsevejledning samt en sammenfatning af rapportens indhold (afsnit 1.2). Derudover indeholder kapitlet en beskrivelse af ernæringsvurderingsredskabet (EVS) og omkostningerne ved underernæring (afsnit 1.3).

¹ Cost-effectiveness er forklaret i faktaboks 5.2 i kapitel 5

1.1. Læsevejledning

CES-studiet bestod af tre faser:

- Fase 1: Kortlægning af eksisterende ernæringsindsats i projektkommunen (foråret/sommeren 2012)
- Fase 2: Udvikling af eksisterende madservice og kompetencer i projektkommunen (efteråret/vinteren 2012)
- Fase 3: Afprøvning af en ny model for ernæringsintervention (foråret/sommeren 2013)

I fase 1, 2 og 3 blev der foretaget en evaluering af ernæringsindsatsen baseret på audit og interviews med personale og borgere.

I fase 3 af CES-studiet var formålet at gennemføre et studie med henblik på at afprøve effekten af en ny model for ernæringsintervention og sammenligne den med effekten af den model, der blev introduceret i fase 2 af CES-studiet.

Effekten blev vurderet ud fra ændringer i de ældre borgeres livskvalitet, fysiske funktionsevne og ernæringstilstand. Herudover blev der i studiets fase 3 indsamlet en række andre data om de deltagende borgere, bl.a. vedrørende hospitalsophold, fald, rehabiliteringsophold og andel, der afgik ved døden. Resultaterne fra CES-studiets fase 2 og 3 indgik i de økonomiske analyser.

Rapporten følger de tre faser i CES-studiet og er struktureret i følgende kapitler:

- Kapitel 2 beskriver fase 1, herunder de gennemførte interviews
- Kapitel 3 beskriver fase 2, herunder de gennemførte interviews
- Kapitel 4 beskriver fase 3, dvs. de forskningsmetoder m.v. der blev anvendt ved afprøvningen af en ny model for ernæringsintervention
- Kapitel 5 beskriver de resultater der kom ud af afprøvningen af en nye model for ernæringsintervention målrette skrøbelige ældre.

I slutningen af hvert af kapitlerne er der en sammenfatning.

- Kapitel 6, 7 og 8 diskuterer, konkluderer og perspektiverer på de opnåede resultater
- Kapitel 9 er projektkommunens epilog fra efteråret 2013.



1.2. Sammenfatning

Mad og måltider har en væsentlig betydning for ældres helbred og livskvalitet. Og underernæring, som er særlig udbredt blandt ældre borgere i hjemmepleje og plejebolig, har alvorlige konsekvenser for både den ældre selv og samfundsøkonomien. Det har dog aldrig været undersøgt om en ernæringsindsats blandt disse skrøbelige ældre er økonomisk rentabel.

Formålet med cost-effectiveness-studiet var således at afdække, om denne målgruppe opnåede forbedret livskvalitet, funktionsevne og ernæringstilstand, og om indsatsen dermed var økonomisk rentabel. Metoden, der blev undersøgt, var en ny model for tværfaglig ernæringsintervention. Den nye model for ernæringsintervention var uafhængig af en indledende visitation, havde tilknyttet en klinisk diætist og formaliserede det tværfaglige samarbejde mellem klinisk diætist, ergoterapeut og fysioterapeut.

Der var særdeles god compliance i den nye model for ernæringsintervention, og resultaterne viste at:

- Borgerne i interventionsgruppen opnåede positiv effekt af indsatsen på deres fysiske funktionsevne
- Borgerne i interventionsgruppen fra hjemmeplejen opnåede positiv effekt på deres livskvalitet
- Vægtøgning generelt hang tæt sammen med øgning i livskvalitet.

Specifikt i forhold til det tværfaglige samarbejde sås det, at et sådan formaliseret samarbejde mellem klinisk diætist, ergoterapeut og fysioterapeut var langt mere effektivt end en indsats, der udelukkende benyttede en af de tre faggrupper.

Den vægtøgning, der er set i tidligere studier af ernæringsindsats, sås ikke i det aktuelle. En forklaring kan være, at deltagerne i interventionsgruppen blev mere fysisk aktive som følge af deres forbedrede fysiske funktionsevne. En anden forklaring kan være, at de forskellige forslag til udvikling af projektkommunens madservice ikke var slået så meget igennem, at forslagene kunne udnyttes optimalt.

Der var en del udfordringer i CES-studiet undervejs, og desuden var der kort tid til implementering af ernæringsnøglepersonernes funktion. Derfor ville der formodentlig kunne opnås mere positive resultater, hvis den nye model for en ernæringsintervention bliver fuldt implementeret.

De økonomiske analyser viser, at den nye model for ernæringsintervention var omkostningseffektiv og dermed klart acceptabel som en ny intervention. Prisen for den nye model er 64.000 kr. pr. QALY, hvilket er langt mindre, end de 200.000 kr. pr. QALY², som anses for acceptable. Sammenfattende om den økonomiske analyse af ernæringsinterventionen kan det siges, at den nye model krævede en vis omkostning, som dog ikke kunne anses for urimelig stor sammenlignet med, hvad der betales for at opnå tilsvarende resultater i andre dele af sundhedsvæsenet. De besparelser i plejeudgifter, 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 dermed formodes at kunne udløse et gevinstpotentiale.

² Betegnelsen står for Quality Adjusted Life Years, og indexet giver et tal mellem 0 og 1, hvor 1 er fuldt helbred.

1.3 Kort om ernæringsvurderingsredskabet (EVS) og omkostningerne ved underernæring

Ernæringsvurderingsredskabet (EVS)

Der blev i forbindelse med satspuljeforliget og udmøntning af satspuljen for 2007 afsat midler til kvalitetsudvikling af madservice til ældre. 11 initiativer blev iværksat i regi af projekt God mad - godt liv. Resultatet blev en række metoder og redskaber, som kommunerne kan benytte til at styrke kvaliteten af deres madservice til ældre.

Et af de initiativer, der skulle styrke kvaliteten af madservice, er ernæringsvurderingsredskabet (EVS)³, som blev udviklet og afprøvet via kompetenceudviklede ernæringsnøglepersoner i udviklingsprojektet "Udvikling af et redskab til ernæringsvurdering og behandling af ældre med henblik på at identificere de ældre, der har et behov for og gavn af en ernæringsindsats". Udover ernæringscreening giver EVS anvisning på, hvordan handling skal iværksættes i samarbejde med bl.a. klinisk diætist, fysioterapeut, ergoterapeut, praktiserende læge m.v. (Kjær & Beck 2010)

I ovennævnte udviklingsprojekt var personalet generelt positive overfor at tilbyde en ernæringsindsats til de ældre, der blev vurderet til at have gavn af en indsats, og de fleste ernæringsnøglepersoner var i udgangspunktet positive overfor at indgå i denne rolle. Set i lyset af afprøvningsforløbet korte varighed var det usikkert at sige noget grundlæggende om rollen som ernæringsnøgleperson, da en sådan funktion formodedes at kræve længere tid til implementering (Kjær & Beck 2010).

Det blev i udviklingsprojektet konkluderet, at en høj andel af ældre i hjemmeplejen og i plejebolig havde behov for en indsats i relation til ernæringstilstand, og at EVS syntes at være en brugbar metode til at identificere disse ældre. Yderligere viste det sig, at i de tilfælde, hvor der ikke var ansat en ernæringsfaglig person til at øge kvaliteten af ernæringsindsatsen, blev der kun i ca. 60 % af tilfældene handlet korrekt på ernæringscreeningsresultatet (Kjær & Beck 2010).

EVS er udviklet på baggrund af en gennemgang af den eksisterende litteratur vedrørende effekten af ernæringsindsatser blandt skrøbelige ældre i hjemmepleje og plejebolig. De fleste studier er gennemført blandt sidstnævnte gruppe, og herudfra ser det bl.a. ud til, at de ældre, der får 2 point, når deres kostindtag, vægtudvikling og risikofaktorer vurderes, har særlig god gavn af en ekstra tværfaglig ernæringsindsats (Kjær & Beck 2010; Beck et al. 2013).

Omkostninger og konsekvenser af dårlig ernæringstilstand

I en hollandsk undersøgelse er det udregnet, hvad udgiften er for at forbedre dårlig ernæringstilstand hos ældre borgere i plejebolig. Resultatet af undersøgelsen viste, at der er en merudgift på 10.000 euro per ældre beboer i dårlig ernæringstilstand på grund af den indsats, der kræves for at rette op på problemet, herunder tilknytning af klinisk diætist, tilbud om industrielt fremstillede energi- og proteinrige drikke, tid brugt på vejning og opfølgning på indsatsen m.v. (Meijers et al. 2012).

³ EVS og den tilhørende vejledning findes her <http://www.socialstyrelsen.dk/aeldre/forebyggelse-og-sundhed/mad-og-maltider-1/ernaeringscreening>

En dansk, en svensk og en norsk undersøgelse har vist, at ældre borgere i hhv. plejebolig og i hjemmepleje, der er i dårlig ernæringsstilstand, har brug for mere hjælp til "almindelig daglig levevis" (ADL) end ældre borgere, der er i god ernæringsstilstand. Det danske studie fulgte 450 ældre beboere i plejebolig i gennem et år, og det 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 pleje-"tyngden", målt på en skala fra 1-7 (hvor 7 er tungest) i gennemsnit ca. 2 hos borgere i beskyttet bolig i god ernæringsstilstand og ca. 5 hos borgere i dårlig ernæringsstilstand (Olien et al. 2005). I det norske studie sås det, at borgere i hjemmepleje med vægttab fik ca. 1,5 gange flere besøg fra hhv. hjemmepleje og hjemmesygepleje (Sørby et al. 2008).

FAKTABOKS 1.1: Ernæringsvurderingsredskabet (EVS)

EVS skal hjælpe med at afklare, om en ældre borger har gavn af en ernæringsindsats i relation til at opnå en forbedret funktionsevne. Det sker ud fra en vurdering af spisevaner, uplanlagt vægttab og forekomst af forskellige risikofaktorer (behov for hjælp til at spise, tygge- og synkeproblemer samt akut sygdom). Ved at udfylde skemaet sammen med den ældre borger kan man gennem et simpelt pointsystem finde ud af, om han eller hun er i en af de følgende kategorier:

- Uden for risiko (**0 point**)
- I risiko for dårlig ernæringsstilstand (**1 point**)
- Har gavn af ernæringsindsats (**2 points**)

Hvis man af forskellige grunde ikke kan indhente informationer om den ældres vægtudvikling, spisevaner og risikofaktorer, skal man automatisk give 2 points.

Ældre, der har fået 2 point, vil have god gavn af ernæringsindsats. Hvis en ældre har fået 1 point, kan det dog også være en rigtig god ide at være opmærksom på de problemer, der kan gøre det svært for den ældre at spise og drikke tilstrækkeligt. I begge tilfælde udfyldes der en handleplan ud fra forskellige punkter i EVS.



Kapitel 2

Fase 1:
Kortlægning af
eksisterende
ernæringsindsats i
projekt kommunen

Dette kapitel indeholder en beskrivelse af organiseringen af hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og de to deltagende plejeboliger Østervang og Betaniahjemmet, der indgik i CES-studiet (afsnit 2.1.). Derudover er den eksisterende ernæringsindsats foråret/sommeren 2012 kortlagt med en beskrivelse af ernærings- og træningstilbud samt madservicetilbud (afsnit 2.2.). Endelig er projektkommunens ernæringsindsats inden CES-studiets opstart kortlagt via interviews af udvalgte repræsentanter fra plejepersonale, ledelse m.v. (afsnit 2.3 og bilag 8).

2.1. Beskrivelse af Frederiksberg Kommunes organisering

Formålet med dette afsnit er at give en beskrivelse af organiseringen af hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og de to deltagende plejeboliger Østervang og Betaniahjemmet, der indgik i CES-studiet til brug for planlægningen af CES-studiets fase 2 og 3. Metoden til brug for beskrivelsen har været indhentning af informationer fra Frederiksberg Kommunes hjemmeside, kontakt til relevante aktører m.v.

Beskrivelse af hjemmeplejen

Hjemmeplejen er den organisatoriske enhed, der udfører personlig og praktisk hjælp samt træning efter Serviceloven. Hjemmeplejen er overordnet organiseret under en chef og sous-chef i tre plejegrupper, som geografisk er placeret i lokalområderne tæt på de borgere, de skal servicere. Hver gruppe har en plejegruppeleder, som leder og koordinerer social- og sundheds-hjælpere (SOSU-hjælpere).

Frederiksberg Kommunes hverdagsrehabiliterende indsats "Træning til hverdagen" (TTH) er ligeledes organiseret i hjemmeplejen, og alle borgere, der er berettiget til hjemmepleje, kan efter Visitationens vurdering blive henvist til dette tilbud og trænes til at kunne klare almindelige dagligdags opgaver. Endelig kan borgere i eget hjem visiteres til dagtilbud, hvor der udbydes forskellige former for individuel- og holdtræning.

Hjemmehjælpsydelse bevilges efter Servicelovens § 83, og ydelseens serviceniveau er forankret i kommunens kvalitetsstandarder, som beskriver indholdet af de enkelte ydelser. Kvalitetsstandarderne fungerer som arbejdsredskab sammen med den bevilling, der er givet. Indsatskataloget med tilhørende tidsangivelser for de enkelte ydelser er et udtryk for maksimumbevillinger, dvs. tidsangivelserne er vejledende. Tiderne er forankret i bevillingsniveauet, som er politisk vedtaget.

Beskrivelse af hjemmesygeplejen

Hjemmesygeplejen er den organisatoriske enhed, der udfører (hjemme)sygepleje som udkørende funktion i borgerens eget hjem. Hjemmesygeplejen er overordnet organiseret under en chef, som også er chef for forebyggelsesteamet samt genoptræning og rehabilitering. Til hver af de tre hjemmeplejegrupper er der tilknyttet en sygeplejegruppe, der har en sygeplejegruppeleder, som leder og koordinerer arbejdet.

Sygeplejeydelser er primært sundhedslovsydelser, men sygeplejerskerne udfører også Servicelovsydelser bl.a. ved komplekse forløb.

Beskrivelse af de to deltagende plejeboliger

Ud af projektkommunens 12 plejeboliger indgik der i projektet to plejeboliger, hhv. Betaniahjemmet og Østervang. Betaniahjemmet er en selvejende institution med driftsoverenskomst med Frederiksberg Kommune. Der er plads til 60 beboere, og Betaniahjemmet har eget produktionskøkken. Østervang er en kommunal plejebolig med i alt 124 boliger og har eksternt produktionskøkken.

2.2. Ernæringsindsatsen i Frederiksberg Kommune

Formålet med dette afsnit er at give en beskrivelse af den eksisterende ernæringsindsats i Frederiksberg Kommune inden start af CES-studiet. Informationerne skulle bruges til planlægningen af CES-studiets fase 2 og 3.

Metoden til brug for beskrivelsen har været indhentning af informationer fra Frederiksberg Kommunens hjemmeside, kontakt til relevante aktører m.v.

Beskrivelse af ernærings- og træningstilbud

Ernæringsindsatsen, og de dertilhørende understøttende funktioner som fx træning, er alle organiseret i Frederiksberg Kommunes Sundheds- og Omsorgsafdeling, som varetager de sundhedsfremmende og forebyggende opgaver og tilbud. Nedenfor ses en oversigt over enheder

- Forebyggelsesteamet
- Genoptræning og rehabilitering (ambulant og døgnbehandling)
- Hjemmeplejen
- Hjemmesygeplejen
- Plejeboliger
- Dagtilbud
- Visitation.

Forebyggelsesteamet inkl. forebyggende hjemmebesøg, den ambulante genoptræning og rehabilitering samt sygeplejeklinik er samlet i Frederiksberg Sundhedscenter. Kommunen tilbyder forebyggende hjemmebesøg til borgere, der er fyldt 75 år. Ambulant genoptræning og rehabilitering er et tilbud til dem, som har en genoptræningsplan eller som er visiteret hertil. Sygeplejeklinikken er for borgere, der har behov for sygepleje som fx sårbehandling, og som selv er i stand til at komme til klinikken. Tilbuddet kræver lægehenviisning.

Indsats ved klinisk diætist

Borgere med et uplanlagt vægttab kan modtage vejledning fra diætisterne i Forebyggelsesteamet efter en henvisning fra egen læge. De to plejeboliger Østervang og Betaniahjemmet, der indgår i projektet, har ikke i udgangspunktet en klinisk diætist ansat, men anvender ved behov typisk kliniske diætister ansat i ernæringsfirmaer.

Indsats ved fysioterapeut og ergoterapeut

Borgere med en genoptræningsplan fra hospital tilbydes genoptræning, som for hjemmeboende borgere foregår i Frederiksberg Sundhedscenter. Hjemmeboende borgere kan desuden selv, via egen læge eller hjemmeplejen søge om genoptræning og vedligeholdende træning gennem Frederiksberg Kommunes Visitationsenhed. Udover individuel træning og holdtræning er der mulighed for hjemmetræning ved behov – typisk for borgere, der ikke er i stand til at

komme til sundhedscentret. Træning af spisesituation og vurdering af synkebesvær (dysfagi) af en ergoterapeut søges via Visitationssenheten. På Østervang er der ansat såvel fysioterapeuter som ergoterapeuter, mens der på Betaniahjemmet er et dagligt tilbud om fysisk træning med fysioterapeuter.

Indsats ved omsorgstandpleje

I henhold til Sundhedsloven skal kommunen tilbyde omsorgstandpleje med det formål at sikre forebyggende og behandlende tandpleje til borgere, der som følge af et varigt funktionstab med nedsat førlighed eller vidtgående fysisk eller psykisk handicap er bundet til eget hjem. Omsorgstandplejen foretager selv visitation på baggrund af en ansøgning fra plejepersonalet.

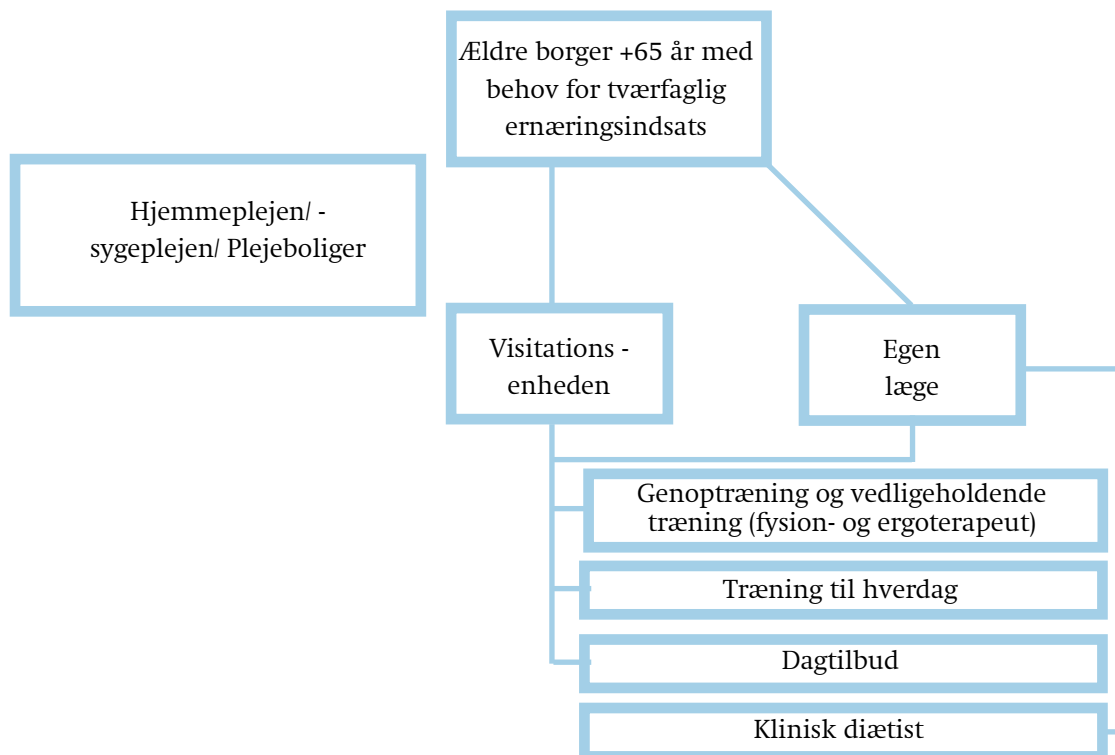
Mulige tværfaglige samarbejdspartnere

I CES-studiet var omdrejningspunktet beboere på de to deltagende plejeboliger Østervang og Betaniahjemmet samt borgere i eget hjem, der modtog ydelser som madservice og ernæring. Tabel 2.1 viser, hvilken ekspertise, der umiddelbart var til rådighed, og hvordan disse kunne inddrages i en ernæringsindsats. De respektive specialister oprettede typisk en handleplan på det identificerede problem, som ikke lagde op til et tværfagligt samarbejde.

	Betaniahjemmet (60 boliger)	Østervang (124 plejeboliger)	Hjemmeplejen
Klinisk diætist	Via ernæringsfirmaer Via henvisning fra praktiserende læge	Via ernæringsfirmaer Via henvisning fra praktiserende læge	Via henvisning fra praktiserende læge
Fysioterapeut / træning	Ansats Dagligt tilbud	Ansats Dagligt tilbud	Via genoptræningsplan Via Visitationssenheten Via "Træning til hverdagen"
Ergoterapeut	Via Visitationssenheten	Ansats	Via genoptræningsplan Via Visitationssenheten
Omsorgstandpleje	Via ansøgning	Via ansøgning	Via ansøgning

Tabel 2.1: Mulige tværfaglige samarbejdspartnere i ernæringsindsatsen.

Nedenfor illustreres, hvordan en evt. ernæringsindsats blev organiseret før interventionen. Indsatsen gik via visitationssenheten eller egen læge. Hos borgere med et ernæringsproblem oprettede faglig udviklingsleder/gruppeleder/sygeplejerske typisk en handleplan, som fx indebar flere ydelser efter Serviceloven eller ændring af nuværende. Evt. blev den ældres egen læge inddraget med henblik på henvisning til klinisk diætist eller udskrivelse af grøn ernæringsrecept med henblik på tilskud til industrielt fremstillede energi- og proteinrige drikke. Der var ikke et formaliseret tværfagligt samarbejde mellem de forskellige indsatses.



Figur 2.1: Model for ernæringsintervention før start af CES-studiet

Beskrivelse af eksisterende standarder for ernæring og madservice

Frederiksberg Kommunes kvalitetsstandard for mad indeholder ydelserne ernæring, supplerende ernæring samt madservice, som er hjemmehjælpsydelse efter Serviceloven. Ydelsernes tidsangivelser reduceres med en tredjedel i weekender og på helligdage.

FAKTABOKS 2.1: ERNÆRINGSYDELSE

I ydelserne ernæring og supplerende ernæring indgår hjælp som:

- Indbydende borddækning og anretning
- Tilberedning af morgenmad og snitter
- Tilberedning og servering af drikkevarer
- Opvarmning af færdigretter i mikrobølgeovn
- Hjælp til at indtage mad og drikkevarer
- Afrydning og opvask
- Træning i færdigheder i forbindelse med måltiderne, eksempelvis borddækning
- Råd og vejledning om hensigtsmæssig kost
- Løbende vurdering af ernæringstilstanden.

Frederiksberg Kommunes kvalitetsstandard for mad inkl. madservice, som er gældende for borgere i eget hjem, indeholdt i foråret/sommeren 2012 ikke retningsgivende dokumenter i forhold til ældres eventuelt ernæringsmæssige problemer. En klar ansvarsfordeling af ernæringsindsatsen i forhold til småtspisende ældre mellem hjemmeplejen og hjemmesygeplejen forelå heller ikke.

På Betaniahjemmet blev beboernes eventuelle ernæringsmæssige problemer vurderet via Minimum Data Set (MDS)⁴ to gange om året. På Østervang forelå der kliniske standarder for ernæring, ernæringscreening (vha. Hurtig Vurdering af Ernæringsmangler (HVEM)), opfølgning på HVEM samt for ordination af grøn ernæringsrecept.

Beskrivelse af madservicetilbud i projektkommunen

Borgere, der bor i eget hjem og som på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne ikke selv kan tilberede mad, kan blive visiteret til madservice, således at maden bliver leveret. I plejebolig indgår servering af dagens måltider som en del af servicepakken. I tabel 2.2 er der en karakteristik af projektkommunens madservicetilbud, tidsforbrug til forplejning m.v. i hjemmeplejen og de to deltagende plejeboliger Østervang og Betaniahjemmet.

	Betaniahjemmet (60 boliger)	Østervang (124 boliger)	Hjemmeplejen
Organisering	Eget produktionskøkken	Eksternt produktionskøkken og resten produceres i afdelingskøkkener ☐)	Eksternt produktionskøkken #)
Kostformer	Se tekst	Se tekst	Se tekst
Pædagogiske måltider	Ja	Ja	Skal visiteres
Tidsforbrug til "forplejning" per borger	572 min. per uge (køkken + pleje) ☐)	436 min. per uge (pleje) ☐)	158 min per uge til ydelsen ernæring. 63 min per uge til ydelsen supplerende ernæring
Mellemmåltider	Indgår (tilbydes formiddag, eftermiddag og aften)	Indgår (tilbydes eftermiddag og aften)	Skal tilkøbes *)
Energi- og proteinrige drikke	Indgår	Indgår	- Hjemmeplejen kan få visiteret tid til fremstilling
Hjemmelavede	Indgår	Indgår	- Kan tilkøbes via indkøbsordning
Protein %)	Indgår ikke	Indgår	
Industrielt fremstillede energi og proteinrige drikke	Skal tilkøbes &)	Skal tilkøbes &)	Skal tilkøbes &)
Kommentarer		Nuværende kontrakt løber indtil 1. 1. 2014	Nuværende kontrakt løber indtil 1.6.2014

Tabel 2.2: Karakteristik af Madservicetilbuddet i foråret/sommeren 2012 i projektkommunen.

☐) Notat i forbindelse med køkkenanalyse. BDO december 2012. Tidsforbruget for plejen til forplejningsmæssige opgaver udgør ca. 1/5 af den samlede arbejdstid

*) afregnes ikke via pension men skal betales separat

&) med grøn ernæringsrecept fra læge

%) færdiglavet energi- og proteinrig drik som kan købes i supermarked

⁴ Se detaljer om indholdet af Minimum Data Set i kapitel 4

Officielle anbefalinger for mad til ældre

Skrøbelige ældre er ofte småtspisende, og ifølge ”Anbefalinger for den danske institutionskost” (Pedersen & Ovesen 2009) bør Kost til småtspisende derfor være den foretrukne kostform til ældre i plejebolig og til ældre i eget hjem, der får madservice. Som supplement til kost til småtspisende anbefales tygge-/synkevenlig kost (Gratinkost og Blød kost) baseret på de samme principper. Årsagen til disse anbefalinger er, at der er god dokumentation for, at en kost baseret på principperne i Kost til småtspisende kan medvirke til en øgning af ældre borgeres ernæringstilstand (Beck & Kjær 2010). Et døgn Kost til småtspisende/tygge-/synkevenlig kost inkl. drikkevarer bør indeholde 9 MJ og have et fedtindhold på ca. 50 % af energien (50 E %).

FAKTABOKS 2.2: DEN ANBEFALEDE ENERGIFORDELING I FORSKELLIGE KOSTFORMER

	Kost til småtspisende *)	Sygehuskost **)	Normalkost
Protein	18 %	18 %	15 %
Fedt	50 %	40 %	30 %
Kulhydrat	32 %	42 %	55 %

*) Tygge-/synkevenlig kost anbefales den samme energifordeling; **) Anbefales ikke til ældre (Pedersen & Ovesen 2009)

Desuden bør op til halvdelen af energien komme fra mellemmåltider. Såfremt der kun leveres en hovedret, bør energiindholdet i hovedretten svare til minimum 30 % (30 E %) af energiindholdet i en hel dags menu, og energiprocentfordelingen i hovedretten skal svare til energiprocentfordelingen i en hel dags menu (Pedersen & Ovesen 2009).

Normalkost anbefales primært til brug i ældrecafeer og lignende. Sygehuskost anbefales ikke (Pedersen & Ovesen 2009). Hvis ældre småtspisende borgere lider af en diætkrævende sygdom som fx diabetes eller hjerte-karsygdom, anbefales det endvidere at tilsidesætte principperne for Diabetes-, Fedt- og kolesterolmodificeret diæt og lignende til fordel for genoprettelse af ernæringstilstanden. Disse borgere bør derfor tilbydes Kost til småtspisende eller Tygge-/synkevenlig kost i stedet for diæt (Pedersen & Ovesen 2009).

Beskrivelse af madservicetilbud til borgere i de deltagende plejeboliger

Betaniahjemmet har eget produktionskøkken og producerer samtlige måltider til beboerne. Der er en spisestue, hvor beboerne indtager det varme måltid midt på dagen, og hvor der hver dag kan vælges mellem to retter. De øvrige måltider tilbydes på de respektive afdelinger. Udover de tre hovedmåltider er der tilbud om tre mellemmåltider. Det daglige varme måltid er som udgangspunkt en menu baseret på principperne for Kost til småtspisende. Ca. 10 % får diæt og en borger får Tygge-/synkevenlig kost. Hver dag tilbydes borgerne hjemmelavede energi- og proteinrige drikke.

Østervang får mad til dagens samlede måltider leveret fra en privat leverandør. Hovedparten (70 %) af den leverede døgnkost er sammensat svarende til principperne for en Normalkost og ca. 20 % Kost til småtspisende. De enkelte komponenter til aftenens varme måltid varmes i afdelingskøkkenerne og anrettes til servering i spisestuerne i de respektive afdelinger. Diæter (ca. 10 %) leveres portionsanrettet, og der er mulighed for tilvalg af fx kartoffelmos og bired. Få tilbydes Tygge-/synkevenlig kost i form af Gratinkost. I de tilfælde er det kun muligt at få varm

mad til frokost og aften, hvilket begrænser variationsmulighederne væsentligt. Der tilbydes tre hovedmåltider og to mellemmåltider pr. dag.

I begge plejeboliger tilbydes de ældre mellemmåltider, og de to plejeboliger har tilbud om ekstra forplejning til småtspisende ældre. Tilbuddene har en bredde, der strækker sig fra, at de ældre tilbydes ekstra forplejning med afsæt i de mad- og drikkevarer, der indgår i det eksisterende sortiment, til at der bliver tilberedt hjemmelavede energi- og proteinrige drikke.

Beskrivelse af madservicetilbud til borgere i hjemmepleje.

Frederiksberg Kommune har tre godkendte madleverandører, som borgere i eget hjem, visiteret til madservice, kan vælge imellem. En enkelt udbyder leverer langt størstedelen af maden, idet 84 % af de leverede varme måltider kommer herfra. Frederiksberg Kommunes kvalitetsstandard for madservice bevilger én hovedret per dag. Den enkelte borger kan vælge at få leveret det varme måltid enten til middag eller til aften. Det er endvidere muligt at få det varme måltid leveret som kølemad to gange ugentligt. Såfremt en borger ønsker baret eller andre tilvalg (fx dessert og industrielt fremstillet energi- og proteinrige drikke), skal dette tilkøbes via madservice og betales særskilt via fx PBS. Køb af mellemmåltider kan foretages via indkøbsordning (levering en gang om ugen). Alternativt kan den enkelte borger ved behov få visiteret ekstra tid til, at SOSU-hjælper fremstiller en hjemmelavet energi- og proteinrig drik. Langt hovedparten af de leverede måltider er Normalkost (66 %), og meget få borgere (ca. 2 %) får leveret Tygge-/synkevenlig kost. De resterende får leveret en såkaldt Energitæt kost, der svarer til principperne for Sygehuskost. Det er naturligt nok vanskeligere at imødekomme individuelle behov hos borgere i eget hjem, da der her typisk kun leveres ét af dagens måltider i forhold til borgere i plejebolig, som får og betaler for en fuld dagskost.

Grøn ernæringsrecept

En væsentlig del af Kost til småtspisende og Tygge-/synkevenlig kost er mellemmåltider for at sikre, at den ældre får de fornødne kalorier. Et mellemmåltid kan bestå af energi- og proteinrige drikke, og borgere med et sygdomsbetinget vægttab er berettiget til tilskud (60 % af prisen) fra Regionsrådet ved bestilling af industrielt fremstillede energi- og proteinrige drikke, såfremt den ældre får en grøn ernæringsrecept fra en læge. Typisk skaffes den grønne ernæringsrecept til den enkelte ved, at en klinisk diætist eller en medarbejder fra plejepersonalet kontakter borgerens egen læge. Erfaringer viser, at brugen af grønne ernæringsrecepter med fordel kunne benyttes til flere ældre end for nuværende. Årsagen til den begrænsede anvendelse er angivelig en barriere på grund af formuleringen i vejledningen om tilskud til industrielt fremstillede ernæringspræparater, hvor der står, at tilskud ydes i forbindelse med sygdomsbetinget vægttab og ikke bør gives til "småtspisende ældre".

De tilbudte kostformer i forhold til de officielle anbefalinger

Hovedparten af de serverede måltider til hjemmeboende borgere er Normalkost, dvs. med et fedtindhold på ca. 30 E % og Energitæt kost/Sygehuskost med et fedtindhold på ca. 40 E% og følger således ikke de officielle anbefalinger om Kost til småtspisende. De leverede hovedretter til projektkommunens borgere indeholder ca. 2,7 MJ – altså som anbefalet ca. 30 % af energiindholdet af en dagsmenu på 9 MJ. I og med det hovedsageligt er Normalkost, der bliver serveret, bliver portionerne meget voluminøse for småtspisende ældre. Meget lidt Tygge- og synkevenlig kost blev anvendt, hvilket langt fra svarer til antallet af ældre med tygge- og

synkeproblemer (Patientombuddet 2012). Fra en rapport fra Patientombuddet ved man, at dette i værste tilfælde kan forårsage fejlsynkning (Patientombuddet 2012). Borgere, der udover at være småtspisende, har diabetes, forhøjet kolesterol eller anden diætkrævende sygdom får ofte leveret diæt med lavt fedtindhold og dermed stor volumen, hvilket ikke lever op til de officielle anbefalinger. Heri er det som nævnt nødvendigt at tilsidesætte principperne for Diabetes, Fedt- og kolesterolmodificeret diæt og lignende til fordel for genoprettelse af ernæringstilstanden og derfor tilbyde Kost til småtspisende m.v. (Pedersen & Ovesen 2009).

2.3. Ledelse og medarbejderes oplevelser af muligheder og begrænsninger for at iværksætte ernæringsindsatser

I dette afsnit refereres, hvad interviewede ledere og medarbejdere vurderede, at der i fase 1 fandtes af muligheder og begrænsninger i forhold til at yde en ernæringsindsats over for borgerne. I bilag 8 kan findes en mere fylldig beskrivelse på baggrund af interviewene af, hvordan en indsats i forhold til borgernes ernæringstilstand har været prioriteret før CES-studiet, hvordan borgernes ernæringstilstand har været afdækket, og hvad en ernæringsindsats har bestået i.

Hjemmeplejen

Som et hæmmende forhold for en ernæringsindsats nævntes, at der kommer mange forskellige SOSU-hjælpere i nogle hjem. Det betyder, at det dels bliver svært at opdage en dårlig ernæringstilstand, dels at gøre noget ved den. Modstand hos borgeren nævntes ligeledes som en barriere, idet nogle borgere ikke er motiverede for at ændre på deres vægt, ikke ønsker at bruge eller ikke har penge til den mad, de egentlig har brug for. Derudover kan der være problemstillinger relateret til de pårørende, der eksempelvis ikke overholder aftaler om indkøb eller madlavning. Endelig fremhævedes i ledelsesgruppen problemer relateret til tidsforbrug og den BUM-model, indsatsen i hjemmeplejen er organiseret efter. Alle indsatser og tiden hertil skal tildeles via visitationen. Den tildelte tid giver således nogle rammer for arbejder, men det var ikke altid muligt at regne ud, hvornår de måtte bruge ekstra tid til at tale med en borger om ernæring, og det kunne nogle gange være problematisk i forhold til de tidsrammer, de har. Der visiteredes heller ikke altid tilstrækkelig tid.

Plejeboligerne

Betaniahjemmet

I både ledelses- eller medarbejdergruppen nævntes modvilje hos borgerne som en væsentlig hæmmende faktor i forhold til at måle en beboers ernæringstilstand og iværksætte en indsats. Nogle beboere finder det grænseoverskridende at skulle vejes, ligesom nogle har det bedst med at være tynde, hvis det er sådan, de har set ud hele deres liv. Der var borgere, som havde fra-bedt sig hjælp, fordi de fandt det ubehageligt at skulle spise, når man ikke har appetitten.

Beboere med en demenssygdom blev nævnt som en særlig udfordring, da det kunne være svært at motivere og lave aftaler med dem. Denne problematik blev dog særligt fremhævet ift. beboere der overspiser, fordi de ikke kan huske, at de allerede har spist.

Ledelsen fremhævede det som en stor ressource, at man har eget køkken i plejeboligerne, da det giver stor fleksibilitet i forhold til at kunne tilpasse kosten efter individuelle behov. Køkkenpersonalet kender borgerne i en eller anden udstrækning og kan i vid udstrækning tage

højde for, hvad de enkelte beboere kan lide og ikke lide.

SOSU-hjælperne pegede på den ledelsesmæssige opbakning som et fremmede forhold i forhold til at iværksætte ernæringsindsatser, idet det var med til at holde fokus på ernæring i hverdagen.

Østervang

Det kunne være en udfordring at forklare beboerne vigtigheden af, at de spiser rigtigt. Dette var en særlig udfordring overfor beboere med demens, men også andre beboere kunne beslutte, at de ikke vil spise eller deltage i en ernæringsindsats.

Det oplevedes af ledelsen som en udfordring af få koordineret og sammentænkt de mange forskellige projekter, der var i huset omkring hhv. aktivitet, tænder, kost, træning m.m. Projekterne blev nemt isolerede øer, der ikke sammentænkes i den daglige indsats. Det kunne desuden være en udfordring at implementere ændringer i plejen på tværs af de mange vagthold, der ofte har deres egne måder at gøre tingene på. Dette betyder, at beboerne oplever stor variation i, hvordan tingene gøres.

En ernæringskoordinator efterlyste mere tid til både at varetage funktionen som ernæringskoordinator i den daglige pleje og til opkvalificering.

2.4. Sammenfatning

Kortlægningen af ernæringsindsats, inden CES-studiet blev iværksat, viste, at der i Frederiksberg Kommune var de mulige tværfaglige samarbejdspartnere til stede i forhold til at tilbyde den rette behandling til den enkelte via en tværfaglig ernæringsindsats. Der var mulighed for at trække på tværfaglige samarbejdspartnere i større eller mindre grad, men der var ikke et formaliseret samarbejde og en fælles platform som en fælles handleplan i forhold til ernæringsindsatsen.

Plejepersonalet i de deltagende enheder, der indgik i CES-studiet, anså opmærksomhed på borgernes ernæringstilstand som vigtigt. I hjemmeplejen gennemførtes der imidlertid ikke systematiske screeninger af borgernes ernæringstilstand. Det var op til SOSU-hjælpere og hjemmesygeplejersker, der kommer i hjemmene, at følge ernæringstilstanden hos de borgere, de kom hos.

Projektkommunens kvalitetsstandard for mad inkl. madservice, som var gældende for borgere i eget hjem, indeholdt ikke retningsgivende dokumenter i forhold til ældres ernæringsmæssige risiko. Der forelå endvidere ikke retningsgivende dokumenter for fx ansvarsfordeling mht. ernæringsindsatsen i forhold til småtspisende ældre mellem hjemmeplejen og hjemmesygeplejen.

På Østervang var der kliniske standarder for ernæring, ernæringscreening vha. HVEM, opfølgning på HVEM samt ernæringsordination (grøn ernæringsrecept). Ernæringskoordinatorerne foretog ernæringscreeninger af alle beboere to gange årligt, hvor bl.a. vægt og BMI blev indskrevet i omsorgssystemet. På Betaniahjemmet fandtes ikke kliniske standarder, men en koordinator af projekter udarbejdede hvert halve år en status på alle beboere, hvor vægt og BMI noteredes. Samtidig vurderedes beboernes ernæringsmæssige risiko via MDS. På Østervang og Betaniahjemmet var der regelmæssige tværfaglige møder, hvor bl.a. borgernes ernæringstilstand kunne drøftes, og en indsats kunne planlægges. Samme tiltag fandtes ikke i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen.

Kapitel 3.

Fase 2:

Udvikling af eksisterende madservice og kompetencer i projektkommunen



Dette kapitel beskriver CES-studiets fase 2, der foregik i efteråret/vinteren 2012. I denne del af CES-studiet skulle madservicetilbuddet i Frederiksberg Kommune optimeres (beskrives i afsnit 3.1), og der blev udpeget ernæringsnøglepersoner, som blev kompetenceudviklet med fokus på ernæringscreening og handling baseret på EVS (beskrives i afsnit 3.2.). Endelig er projektkommunens ernæringsindsats ved afslutningen af CES-studiets fase 2 kortlagt via interviews af udvalgte repræsentanter fra plejepersonale, ledelse m.v. (afsnit 3.3 og bilag 9).

FAKTABOKS 3.1: ERNÆRINGSNØGLEPERSONER

Udpeget plejepersonale, der blev kompetenceudviklet, blev defineret som ernæringsnøglepersoner. Ernæringsnøglepersonernes opgave var at stå til rådighed for borgernes kontaktperson som samarbejdspartner og igangsætter ved ernæringsvurdering og brug af EVS i forhold til ernæringscreening af ældre borgere samt handling og evaluering. Derudover var opgaven, at undervise kollegaer i ernæring og brugen af EVS, bl.a. via train-the-trainer sessioner. Ernæringsnøglepersonerne kunne benytte sig af CES-studiets hotline-funktion.

3.1. Optimering af eksisterende madservice

Formålet med CES-studiets fase 2 var, på baggrund af kortlægningen af projektkommunens madservicetilbud før start af CES-studiet, at optimere tilbuddet, såfremt det var nødvendigt. Østervang og hovedparten (84 %) af borgerne i hjemmeplejen modtager madservice fra samme private leverandør, og derfor var det udbuddet herfra sammen med madservice på Betania-hjemmet, der skulle optimeres i fase 2.

Metoden til optimering af madservicetilbuddet var i første omgang at tage kontakt til de involverede køkken og madservice-leverandører for at undersøge mulighederne for optimering. Madudbuddet fra den private leverandør var imidlertid lagt fast i forhold til gældende kravspecifikation og kvalitetsstandard for madservice, og det var derfor ikke muligt at optimere madservicetilbuddet, som det ellers var fundet nødvendigt under kortlægningen i fase 1. Dette var en uforudset barriere i CES-studiet, men det afspejler den virkelige verdens udfordringer, og at det kan være relevant for andre kommuner, der ønsker at optimere madservicetilbuddet, at vide, at ændringer kan forudsætte nye kravspecifikationer.

Da en egentlig ændring af madservicetilbuddet ikke var mulig, blev fokus derfor rettet mod at udnytte potentialet for det eksisterende tilbud. Samtlige muligheder for en bedre udnyttelse af det eksisterende madservicetilbud blev inddraget i de afholdte studiekredse med opfordring til efterfølgende at ændre praksis via ernæringsnøglepersonerne.

Bestilling af Sygehuskost/Energitæt kost med et fedtindhold på ca. 40 E % kost frem for Normal-kost er et bedre valg til småtspisende, og dermed blev Energitæt kost anbefalet som den foretrukne kost til skrøbelige borgere. Som nævnt blev der leveret meget lidt Tygge- og synkevenlig kost, fx Gratinkost. Derfor blev ernæringsnøglepersonerne opfordret til sammen med personalet omkring den enkelte borger at afdække risikofaktorer som tygge- og synkeproblemer og sikre tilpasning af konsistensen af den leverede mad. Borgere, der udover at være småtspisende, havde diabetes, forhøjet kolesterol eller anden diætkrævende sygdom, fik ofte leveret diæt med et lavt fedtindhold og dermed stort volumen, hvilket ikke levede op til de officielle anbefalinger.

Ifølge disse er det nødvendigt at tilsidesætte principperne for Diabetes, Fedt- og kolesterolmodificeret diæt og lignende til fordel for genoprettelse af ernæringstilstanden (Pedersen & Ovesen 2009). Der blev gjort opmærksom herpå ved de afholdte studiekredse, men også på at ændringen burde ske i samråd med bl.a. den praktiserende læge.

En anden uudnyttet mulighed for borgere i eget hjem var muligheden for tilkøb af desserter og mellemmåltider via madservice. Denne mulighed kæver dog en del planlægning, som mange småtspisende og skrøbelige ældre ikke selv formår, og som er besværlig, fordi betalingen skal foregå særskilt via PBS. Et alternativ hertil var at udnytte en indkøbsordning til køb af mellemmåltider, der kan leveres en gang om ugen.

3.2. Lokal efteruddannelse

Formålet med efteruddannelsen var at give ernæringsnøglepersoner kompetencer til tidligt at opspore de skrøbelige ældre, der har brug for en ekstra ernæringsindsats, så den ældre bevarer eller opnår øget funktionsevne og livskvalitet. Delmål var at undersøge, om rollen som ernæringsnøgleperson og de opgaver den bestod af, fungerede og havde den ønskede effekt. Derudover var det et delmål at undersøge, om efteruddannelsen med studiekredse, der supplerede AMU-kursus med efterfølgende vidensdeling via train-the-trainer-sessioner (TTT-sessioner), var gennemførlig.

Metoden til efteruddannelse var baseret på den metode, der blev benyttet i udviklingsprojektet: "Udvikling af et redskab til ernæringsvurdering og behandling af ældre med henblik på at identificere de ældre, der har et behov for og gavn af en ernæringsindsats" (Kjær & Beck 2010). Efteruddannelsen var derfor niveauopdelt med et særligt løft til ernæringsnøglepersonerne samt et generelt løft af øvrigt plejepersonalet via vidensdeling (TTT-sessioner) fra ernæringsnøglepersoner til kollegaer.

Udpegning af ernæringsnøglepersoner

Det plejepersonale, der skulle efteruddannes og fik funktion som ernæringsnøgleperson, blev udpeget af ledelsen fra henholdsvis hjemmeplejen, hjemmesygeplejen samt de to deltagende plejeboliger. Hjemmeplejen havde udpeget SOSU-hjælpere til efteruddannelsen og i hjemmesygeplejen var det SOSU-assistenten og sygeplejersker. I hjemmesygeplejen var de udpegede ernæringsnøglepersoner personale, der på et tidligere tidspunkt havde modtaget ernæringsuddannelse vedrørende ældreernæring af en klinisk diætist fra Frederiksberg Hospital. På Betaniahjemmet var de udpegede ernæringsnøglepersoner en SOSU-hjælper fra hver afdeling samt en ernæringsassistent fra køkkenet. På Østervang var det SOSU-assistenten, der allerede havde funktion som ernæringskoordinatorer i deres respektive afdelinger. Fordeling fremgår af tabel 3.1.

	Sygeplejerske	SOSU-assistent	SOSU-hjælper	Ernæringsassistent
Hjemmeplejen	0	0	18	0
Hjemmesygeplejen	5	5	0	0
Østervang	0	6	0	0
Betaniahjemmet	0	0	4	1

Tabel 3.1: Fordeling af personale udpeget som ernæringsnøglepersoner fra hjemmeplejen, hjemmesygeplejen samt de to deltagende plejeboliger Østervang og Betaniahjemmet.

Omfanget af efteruddannelsen

For SOSU-hjælpere og ernæringsassistenten på Betaniahjemmet, SOSU-assistenterne på Østervang og SOSU-hjælpere i de tre plejegrupper bestod den planlagte efteruddannelsen af følgende dele:

- Tre dages etableret AMU-kursus
- Fire studiekredse á to timers varighed.

For SOSU-assistenters samt sygeplejersker i hjemmesygeplejen bestod efteruddannelsen af følgende dele:

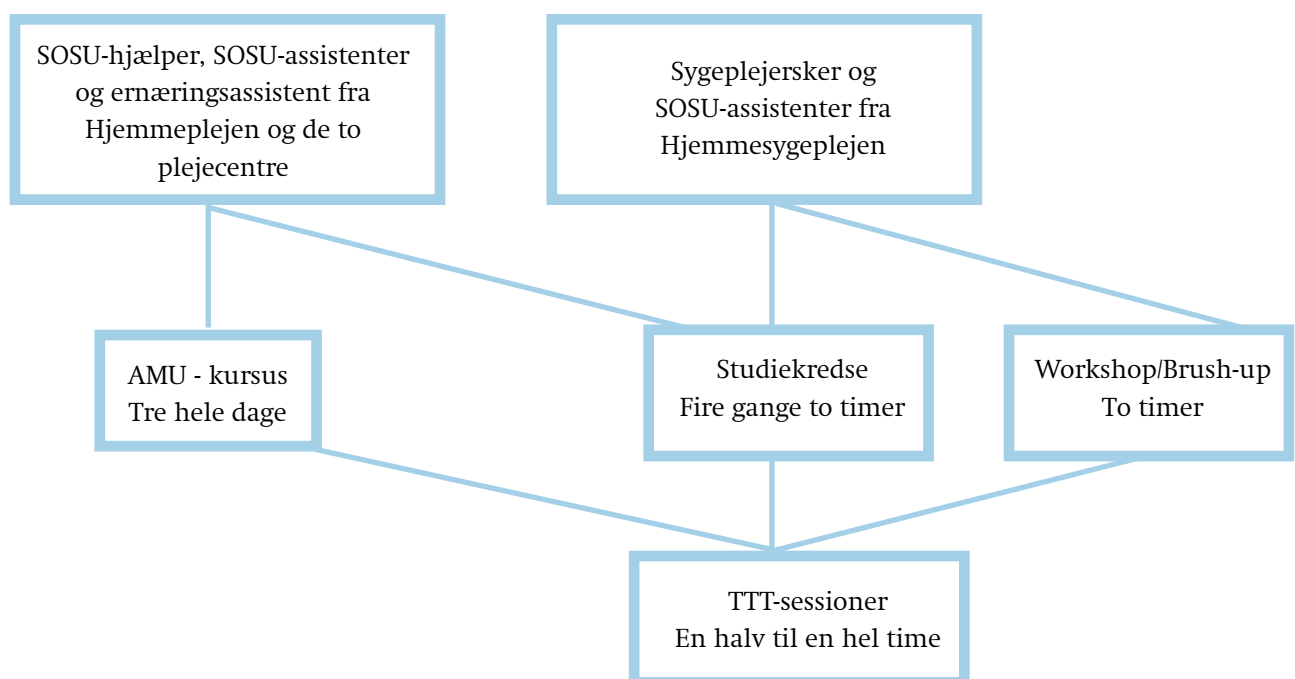
- To timers brush-up-kursus (genopfriskningskursus) eller workshop til repetition af tidligere ernæringsuddannelse vedrørende ældreernæring
- Fire studiekredse á to timers varighed sammen med ernæringsnøglepersoner fra hjemmeplejen.

Ernæringsnøglepersonerne skulle formidle deres nyerhvervede viden videre til deres kollegaer via TTT-sessioner.

Ernæringsnøglepersonerne gennemgik efteruddannelsen dels via etablerede AMU-kurser og dels via studiekredse. AMU-kurser og studiekredse var nøje planlagt i forhold til hinanden, således at fx første studiekreds lå før første dag på AMU-kursus med henblik på at forberede ernæringsnøglepersonerne på AMU-kurset.

Ernæringsnøglepersonerne fik udleveret et telefonnummer til en hotline-funktion, hvor de efter behov kunne få hjælp af en ernæringsfaglig medarbejder (dvs. en klinisk diætist) fra CES-studiet. Ved hver studiekreds blev deltagerne opfordret til at bruge hotline-funktionen i deres daglige arbejde med ernæring.

Organiseringen af efteruddannelsen i CES-studiets fase 2 fremgår af figur 3.1.



Figur 3.1: Organiseringen af efteruddannelsen i CES-studiets fase 2

³For de tre dages AMU-kursus var der mulighed for at søge VEU-godtgørelse til deltagerne. Herudover udlignede kommunen differencen mellem den reelle udgift for frikøb af medarbejdere fra hjemmeplejen til de tre dages AMU-uddannelse og VEU-godtgørelsen. Endvidere frikøbte kommunen medarbejderne fra hjemmeplejen og hjemmesygeplejen til de lokale studiekredse, brush-up og workshop

AMU-kursus

Sideløbende med de lokale studiekredse udbød Frederiksberg Kommune et lokalt tilpasset AMU-kursus med udgangspunkt i AMU-kurset "Ernæringscreening i ældreplejen". Indholdet i kurset er fastlagt, men gruppen, der stod for CES-studiet, valgte i samarbejde med projektkommunen at foretage en lokal tilpasning af kurset ved at inddrage eksperter fra projektkommunen med fokus på den tværfaglige ernæringsindsats. Ekspertgruppen bestod af en fysioterapeut fra Betaniahjemmet, som underviste i de praktiske aspekter vedrørende styrketræning til skrøbelige ældre, en ergoterapeut fra Østervang som fortalte om tygge- og synkebesvær og vurdering heraf, samt en tandplejer fra Frederiksberg Kommunes lokale omsorgstandpleje, som underviste i betydningen af daglig mundhygiejne og konsekvensen af manglende tandpleje.

AMU-kurset, der varede tre dage, blev afholdt eksternt. Deltagelsesprocenten var høj og fraværet de tre dage var 7-10 %. Underviserne ved studiekredsene (de kliniske diætister tilknyttet CES-studiet) deltog ligeledes i AMU-kurset, så sammenhængen mellem studiekredsene og AMU-kurset blev størst mulig.

Formålet med AMU-kurset var beskrevet i kursusbeskrivelsen som, "at deltagerne i det daglige plejearbejde kan medvirke til at vurdere den ældre borgers ernæringstilstand vha. ernæringscreening. På den baggrund kan medarbejderne samarbejde med borgeren og igangsætte målrettede kostændringer med henblik på at forbedre ernæringstilstanden eller forebygge fejl- og underernæring. Deltagerne arbejder med baggrund i viden om mulige sundhedsmæssige konsekvenser ved dårlig ernæringstilstand hos ældre. Ernæringsnøglepersonerne bliver i stand til at observere den ældre borgers ernæringsmæssige tilstand over tid og inddrage relevante samarbejdspartnere i en tværfaglig indsats. I det arbejde kan deltagerne løbende evaluere, justere og dokumentere indsatsen". I tekstboks 3.2 ses en oversigt over temaer i AMU-kurset baseret på kursusbeskrivelsen:

TEKSTBOKS 3.2: Indhold på AMU-kursus

DAG 1

Tema 1: Hvorfor særlig ernæring til ældre?

Undervisningen bestod af en gennemgang af den aldrende krop, næringsstoffer med fokus på ældres behov, konsekvenser ved vægttab/vægtøgning samt risikofaktorer ved fejl og underernæring. Derudover en gennemgang af gevinster ved en øget eller den rette vægt samt rehabilitering, forebyggelse og samfundsøkonomi.

Tema 2: Hvordan kan den ældres risiko for fejl- og underernæring vurderes?

Ved tema 2 fik kursisterne eksemplificeret ernæringscreening gennem cases med stillingtagen til hhv. normal ernæringstilstand, risikogruppe eller dårlig ernæringstilstand (kosthåndbogs metode- ernæringsvurdering). Desuden var der en gennemgang af dilemmaer i forhold til ernæringscreening af borgerne.

Tema 3: Hvordan kan jeg screene borgerne for fejl- og underernæring?

Undervisning omhandlede screeningsredskabet i praksis samt opgaver til næste kursusdag.

DAG 2

Tema 4: Hvordan laves en handleplan, når en borger er fejl- eller underernæret eller er i risikogruppen, og hvordan iværksættes den i praksis?

Undervisningen foregik ved en opsamling på kursisternes dataindsamling og screeninger samt opsummering af, hvilke konkrete tiltag der kan ændre på borgerens ernæringsmæssige tilstand. Endvidere opsamling på samarbejde med borgeren og andre faggrupper herunder fysioterapeut i forhold til praktiske aspekter vedr. styrketræning og ergoterapeut vedrørende tygge- og synkebesvær og hjælperedskaber samt tandplejen vedr. belægning, tandstatus og tandbørstning. Derudover var der fokus på, hvilke konkrete mål kursisterne kunne sætte for indsatsen til næste kursusdag samt fokus på handleplaner i Frederiksberg Kommune.

DAG 3

Tema 5: Hvordan implementeres handleplanen i praksis og hvordan påvirker daglige vaner og rutiner samt arbejdskulturer praktiseringen af screening?

Tema 5 var tilrettelagt således, at kursisterne udvekslede erfaringer og diskuterede relevante dilemmaer, hvorefter der var en gennemgang af, hvordan den ernæringsmæssige indsats skulle evalueres, justeres og dokumenteres i Frederiksberg Kommune.

Derudover var der fokus på, hvordan deres nye viden kunne formidles i egen praksis.

Resultatet af evalueringen af AMU-kursus

En fast del af AMU-kurser er en obligatorisk evaluering, som foretages af uddannelsesstedet. Deltagerne blev bedt om at vurdere deres tilfredshed med kurset på en skala fra 1 til 5, hvor 5 var meget tilfreds. Evalueringen viste en høj tilfredshed, idet 83 % af deltagerne var meget tilfredse, dvs. gav 5. Ligeledes fik lærer, fagligt niveau og brugbarhed en meget fin evaluering, idet 80 % af deltagerne gav 5 og var meget tilfredse. Udover den obligatoriske evaluering, udfyldte ernæringsnøglepersonerne et spørgeskema udviklet til brug i CES-studiet. Det fremgik, at deltagerne ikke kendte til formål og mål med kurset og ikke havde gjort sig overvejelser om deres deltagelse. Kursisterne udtrykte stor enighed om, at kurset havde været lærerigt, og at der var god sammenhæng mellem teori og erfaring fra det daglige arbejde. Ligeledes var der bred enighed om, at det havde været lærerigt at møde kollegaer fra hhv. hjemmeplejen og plejeboligerne, og de fleste ville anbefale kurset til andre.

Studiekredse

Formålet med studiekredsene var at give deltagerne større indsigt i, hvordan de som ernæringsnøglepersoner kunne være med til at forbedre ernæringsmæssige problemstillinger. Intentionen var at forberede deltagerne på rollen som ernæringsnøgleperson helt specifikt og lokalt på deres arbejdsplads. Desuden var det ønsket at understøtte AMU-kursus eller brush-up-kursus og workshop⁶. Fokus var på anvendelsen af EVS til en ernæringsindsats og tværfagligt samarbejde om mad og måltider både i teori og i praksis i form af "hjemmearbejde" mellem studiekredsene.

⁶ Frederiksberg Kommune har endvidere tilbudt en række workshop for forskellige faggrupper (ergoterapeuter, fysioterapeuter, forebyggende medarbejdere, visitatorer m.v.) som en del af kommunens indsats. Ved disse workshops er tidsforbruget til udfyldelse af og reproducerbarheden af EVS undersøgt. Resultaterne findes i rapporten "Værktøjer til systematisk identifikation af ernæringsstilstand (underernæring)" udarbejdet for Sundhedsstyrelsen i februar 2013.

Endvidere var et gennemgående tema ved de fire studiekredse at få sat ord på den gode historie – dvs. de oplevelser ernæringsnøglepersonerne havde undervejs med ældre, der trivedes bedre på grund af den iværksatte indsats.

Overvejelser i forhold til tilrettelæggelsen

Studiekredsene var baseret på metoden anvendt i Fødevareinstituttet og Socialstyrelsens projekt "Udvikling af et redskab til ernæringsvurdering og behandling af ældre" (Kjær & Beck, 2010), men tilpasset således, at det understøttede AMU-uddannelsen og ydermere inddrog relevante tværfaglige samarbejdspartnere i forhold til en ernæringsindsats. Der blev udarbejdet en detaljeret beskrivelse af indholdet af hver enkelt studiekreds, herunder powerpoint til brug for undervisningen, forslag til læsning for både underviser og ernæringsnøglepersoner, forslag til hjemmearbejde mellem studiekredsene m.v. Studiekredsene blev afholdt lokalt, dvs. i plejeboligerne og i plejegrupperne. Hensigten med at mødes lokalt var at styrke muligheden for at gøre diskussionerne så praksisnære og direkte anvendelige for den enkelte medarbejder som muligt. Deltagerne fik hjemmearbejde – bl.a. i form af praktisk afprøvning af EVS, afdækning af muligheder for mellemmåltider m.v. samt teoretisk læsning.

Det centrale ved hver studiekreds var, at deltageres egne refleksioner over praksis blev behandlet på en konstruktiv måde, så der kunne arbejdes videre med de nødvendige ændringer i praksis. Temaer i studiekredsene kan ses i tekstboks 3.3.

TEKSTBOKS 3.3: Indhold i studiekredse

Studiekreds 1:

Ældre og ernæring samt introduktion til rollen som ernæringsnøgleperson

Formålet med første studiekreds var, at deltagerne fik afstemt deres forventninger til rollen som ernæringsnøgleperson og blev introduceret til ernæring og ældre. Indholdet i undervisningen var en introduktion til forløbet, undervisere og information om de øvrige studiekredse og efteruddannelse. Deltagerne fik endvidere introduktion til rollen som ernæringsnøgleperson samt ældre og ernæring, hvor der blev vist relevante sekvenser fra DVD'en: "I Danmark dør man da ikke af sult". Derudover en gennemgang af betydningen af dokumentation i omsorgssystemet.

Studiekreds 2:

Handleplaner med maden i fokus samt planlægning af TTT-session

Formålet med anden studiekreds var, at deltagerne blev bevidste om, hvilke konkrete tiltag (fx mellemmåltider, berigelser og drikkevarer), der kan øge energi- og proteinindtaget hos den enkelte ældre. Desuden var formålet at blive bevidst om kommunes kvalitetsstandarder (fx madservice og indkøbsordning) samt at reflektere over daglig praksis og kommende TTT-sessionerne. Indholdet i undervisning var en gennemgang af ovenstående samt af deltageres udfyldte EVS.

Studiekreds 3:

Handleplaner med fokus på det tværfaglige samarbejde og evaluering af TTT-session. På tredje studiekreds var formålet at diskutere, hvordan EVS lægger op til et tværfagligt samarbejde. Desuden var hensigten at få evalueret TTT-sessionerne. Undervisningens indhold var en evaluering af deltagernes TTT-sessioner, gennemgang af eventuelle problemer med udfyldning af EVS og dokumentation i omsorgssystemet. Derudover gennemgang af handleplaner og det tværfaglige aspekt samt en diskussion og refleksion af, hvad man selv kan gøre som ernæringsnøgleperson fremadrettet.

Studiekreds 4:

Rutiner og rammer omkring måltidet samt introduktion til fase 3 af CES-studiet. Formålet med sidste studiekreds var at reflektere over måltidssituationens betydning for de ældres energiindtag samt at få indsigt i fase 3 af CES-studiet. Indholdet i undervisningen var en gennemgang af deltagernes udfyldte EVS'er samt problematikker omkring dokumentation i omsorgssystemet (fx udfyldelse af handleplaner). Derudover gennemgang af måltidssituationen, de fysiske rammer, stemningen omkring måltidet samt en beskrivelse af fase 3 i CES-studiet. Afslutningsvis, deltagernes evaluering af AMU-kursus og studiekredse samt deres rolle som ernæringsnøgleperson.

Evaluering af studiekredse

Studiekredsene forløb tilfredsstillende. De planlagte emner blev gennemgået, og der var god opmærksomhed, dialog og samarbejde med deltagerne. Der blev samtidig taget andre relevante emner op, som deltagerne bragte på banen fra deres daglige udfordringer i arbejdet med ernæring – både i forhold til kollegaer og borgere, og der blev fremsat forslag til ændringer af de nuværende rutiner. Det var en stor udfordring for ernæringsnøglepersonerne at komme i gang med at ernæringscreenene vha. EVS, så en del tid blev brugt på at gennemgå de ernærings-screeninger, der var lavet siden sidste studiekreds samt på opfølgninger af igangsatte handlinger. Et gennemgående tema var fokus på de gode historier fra hverdagen, som en del bød ind med.

Studiekredsene skabte mulighed for en tværfaglig dialog. Blandt andet diskuterede de respektive ernæringsnøglepersoner fra henholdsvis hjemmepleje og hjemmesygepleje deres fælles borgere. Udover de udpegede ernæringsnøglepersoner blev relevante samarbejdspartnere som faglig udviklingsleder, fysioterapeut og ergoterapeut fra de respektive områder inviteret med til studiekredsene.

Til hver af de fire studiekredse blev der indbudt medarbejdere fordelt på de tre plejegruppeområder og de to plejeboliger, og over halvdelen deltog per gang, hvoraf størstedelen var fra hjemmeplejen. Fordelt over alle fire studiekredse var fremmødet for SOSU-hjælpere over 70 % og for sygeplejersker og SOSU-assistenten under 50 %. Studiekredsene var for ernæringsnøglepersoner, men også nogle af lederne og de faglige udviklingsledere deltog, når de havde mulighed for det. Dette var meget vigtigt i forhold til den daglige ledelsesopbakning og gjorde det nemmere for ernæringsnøglepersonerne at løfte opgaven.

Deltagerne på studiekredsene blev ved den fjerde studiekreds bedt om at udfylde et spørgeskema med henblik på at evaluere forløbet. SOSU-hjælperne var glade for studiekredsene og syntes, det havde været lærerigt og skabt basis for samarbejde med de øvrige ernæringsnøglepersoner. Ikke alle vidste på forhånd, hvad rollen som ernæringsnøgleperson indeholdt, men de var glade for funktionen og fik opbakning fra ledere og kollegaer. Antallet af evalueringer fra ernæringsnøglepersonerne i sygeplejen var få, men udtrykte frustration i forhold til manglende tid til opgaven, funktionen som nøgleperson og manglende ledelsesopbakning.

Brush-up-kursus og workshop

Brush-up-kursus og workshop bestod af to timers efteruddannelse af de ernæringsnøglepersoner, der ikke var berettiget til et AMU-kursus samt for andre interesserede. Det overordnede formål med workshops samt brush-up-kursus var at repetere allerede erhvervet ernæringsuddannelse vedrørende ældreernæring samt at afdække den optimale, systematiske indsats overfor skrøbelige småtspisende ældre i Frederiksberg Kommune. Målet var, at "alle som møder de ældre bliver i stand til at identificere dem, der har gavn af en indsats, og er klar over arbejdsgangene for, hvem der gør hvad, hvornår. At deltagerne er i stand til at screene de ældre borgere i hjemmet – iværksætte en handling som løbende evalueres, således at der tilbydes den rette indsats til den enkelte. Dette forudsætter kendskab til risikofaktorerne og at være i stand til at inddrage relevante samarbejdspartnere".

Indholdet i undervisningen var håndgribelig viden om ældreernæring og opsporing af ældre i risiko for underernæring vha. EVS m.m. Endvidere var der information om kost til småtspisende ældre, om baggrunden for indholdet af de forskellige risikofaktorer i EVS samt om sammenhængen mellem dårlig mundhygiejne og lungebetændelse. Derudover gennemgang af arbejdsgangbeskrivelser, visitering til ydelsen EVS⁷, dokumentation i omsorgssystem, og tværfaglige samarbejdspartnere herunder hvilke faggrupper, der var relevante at inddrage i en ernæringsindsats.

Evaluering af Brush-up og workshop

De udpegede ernæringsnøglepersoner fra hjemmesygeplejen havde først sent i forløbet mulighed for at deltage i ernæringsundervisningen, som derfor først blev afholdt i begyndelsen af fase 3. Få af de udpegede ernæringsnøglepersoner deltog i ernæringsundervisningen. Årsagen hertil er uklar. Der var ikke nogen formaliseret skriftlig evaluering, men de deltagende udtrykte umiddelbar tilfredshed.

Train-the-trainer-sessioner

Ved TTT-sessionerne var der altid en klinisk diætist fra CES-studiet med som støtte til ernæringsnøglepersonerne. Formålet med TTT-sessionerne var, at ernæringsnøglepersonerne formidle deres tillærte ernæringsviden med EVS som omdrejningspunkt videre til deres kollegaer. Sessionernes indhold var baseret på en vekselvirkning mellem teori og praksis. Ernæringsnøglepersonerne skulle være igangsætter og ressourceperson for det øvrige personale. Undervisningens omdrejningspunkt var at klæde kollegaerne på til at kunne ernæringssscreene de borgere, de var kontaktperson for, ved hjælp af EVS. Ernæringsnøglepersonerne skulle hjælpe til med at give kollegaerne større fokus på borgernes ernæringstilstand, så de hurtigt kunne spotte, når der var behov for en ekstra ernæringsindsats. De skulle bl.a. præsentere EVS og brugen af det

⁷ I forbindelse med CES-studiet blev der oprettet en ydelse til ernæringscreening ved hjælp af EVS, på 15 minutter

samt fortælle om deres rolle som ernæringsnøgleperson. Derudover orienterede de om, hvilket pjecemateriale kollegaerne kunne benytte og kom med forslag til energitætte mellemmåltider.

Erfaringer med train-the-trainer-sessioner

Ernæringsnøglepersonerne underviste deres kollegaer i ca. en halv time. Ernæringsnøglepersonernes opfølgning til kollegaerne bestod af sidemandsoplæring og hjælp ved behov. De planlagte TTT-sessioner blev afholdt på forskellige måder og ernæringsnøglepersonerne planlagde selv indholdet, og den måde hvorpå, det skulle formidles. Ernæringsnøglepersonerne var glade for, at der var en klinisk diætist fra CES-studiet med ved sessionen. Det gav tryghed. Oftest blev undervisningen afholdt i forbindelse med kaffe- eller frokostpauser, og der var stor forskel på gruppestørrelsen, der skulle undervises. I alt blev der afholdt 20 TTT-sessioner. Ti TTT-sessioner i hjemmeplejen og ti i de to deltagende plejeboliger. I hjemmesygeplejen blev der ikke afholdt TTT-sessioner.

Evaluerings af train-the-trainer-sessioner

Undervisningen virkede bedst i plejeboligerne, da teams her er små (under 10 kollegaer). Derudover kendte personalet hinanden godt, da de arbejder under samme tag. I hjemmeplejen var grupperne store (20-40 kollegaer). Det var en udfordring for ernæringsnøglepersonerne, som var utrænede undervisere, at komme ud med deres budskab i så stor en forsamling. Derudover kendte personalet ikke hinanden særlig godt, da de arbejder ude hos borgerne og kun ser hinanden til frokost. Det var derfor svært for ernæringsnøglepersonerne at videndele med kollegaerne i dagligdagen. Det var problematisk, at der ikke blev afholdt TTT-sessioner i hjemmesygeplejen, da viden om ældreernæring derved ikke blev formidlet videre til kollegaerne. Samlet set var deltagerne på uddannelsesforløbet glade for deres nyerhvervede viden men syntes også, det var en udfordring, hvordan det øgede fokus på ernæring skulle fungere optimalt i hverdagen.

3.3. Ledelse og medarbejderes oplevelser af muligheder og begrænsninger for at iværksætte ernæringsindsatser

I dette afsnit refereres hvad interviewede ledere og medarbejdere vurderede, der i fase 2 fandtes af muligheder og begrænsninger i forhold til at yde en ernæringsindsats over for borgerne. En mere fyldig beskrivelse på baggrund af interviewene, der er foretaget ved afslutningen af fase 2, kan findes i bilag 9 og sammenfattes i afsnit 3.4.

Hjemmeplejen

Det oplevedes i mange tilfælde som svært at ændre borgernes spisevaner.

Faglige udviklingsledere vurderede, at det ikke var den "rigtige" målgruppe, som indgik i CES-studiet, da borgere med ernæringsindsats kun har begrænsede muligheder for at udvikle sig. Der ville have været større perspektiv i at fokusere på fx borgere, der alene har rengøringshjælp eller madservice.

Plejeboligerne

Betaniahjemmet

Tidspresset i dagligdagen gør det vanskeligt at følge op på de små ting. Det nævntes endvidere, at det er svært at ændre beboernes spisevaner.

Medarbejderne nævnte, at det har været et problem, at der kun er én vægt til 60 beboere (en stolevægt). Økonomien kan sætte begrænsninger. Man kunne ønske sig noget mere frugt til beboerne, og de har skullet spare på saftevandet. Kage op til weekenden og om lørdagen var også blevet skåret væk.

EVS havde bidraget til, at personalet var blevet mere opmærksom på beboernes ernæringstilstand. Muligheden for tværfaglighed mellem fysioterapeuter, plejepersonale og køkkenpersonale blev anset som en fordel. Det havde endvidere været en fordel, at der kunne handles direkte uden bureaukratiske procedurer i forhold til et ernæringsproblem.

Østervang

Det blev angivet, at det kunne være vanskeligt at følge op på en ernæringsvurdering, fordi en beboer ikke ønsker at spise. Det sværeste er beboernes sygdomme, demens, synkebesvær eller beboernes stædighed.

Det er ifølge medarbejderne altid et spørgsmål om at finde tid til forskellige opgaver. Det blev vurderet som en god ting, at EVS ligger i omsorgssystemet, og man havde ifølge ledelsen haft godt gavn af CES-studiets kliniske diætist, som havde været på centret.

Det blev beskrevet som fremmede, at man havde retningslinjer for ernæringsindsatsen, og at man havde ernæringskoordinatorerne til at løfte opgaven. Det blev endvidere beskrevet som fremmede, at man har en forventning om, at beboerne på Østervang er i en ordentlig ernæringstilstand. Det blev angivet som en fordel med kontaktpersoner, som kender beboernes ønsker og behov.

3.4. Sammenfatning

Udviklingen af eksisterende madservice og lokal efteruddannelse i projektkommunen

Den eksisterende madservice var bundet af gældende kravspecifikation og kvalitetsstandard. Men mange uudnyttede muligheder i forhold til optimering af den eksisterende madservice blev identificeret i forhold til at sikre, at en større andel af de skrøbelige borgere fik den kost, de havde behov for. Forslag til optimering af madservice var således:

- Energitæt kost/Sygehuskost som førstevalg i hjemmepleje og i plejebolig
- Identifikation af tygge- og synkeproblemer samt bestilling af kost med den rette konsistens
- Kost til småtspisende frem for diætkost til småtspisende ældre med fx diabetes
- Tilkøb af desserter og mellemmåltider via madservice til borgere i hjemmepleje
- Bestilling af energi- og proteinrige drikke via indkøbsordning.

Efteruddannelsen med studiekredse, der supplerede AMU-kursus, viste sig at være gennemførlig i praksis, og generelt var ernæringsnøglepersoner meget glade for deltagelsen. Den efterfølgende videndeling via TTT-sessioner var vanskeligere at gennemføre, særligt i hjemmeplejen. I fremtiden bør TTT-sessionerne derfor foregå i de nye og mindre teams på højst 10 kollegaer og i praksis nok med mere fokus på sidemandoplæring. Det overordnede formål med efteruddannelsen var at give ernæringsnøglepersonerne kompetencer til at kunne opspore skrøbelige ældre, der havde brug for en ekstra ernæringsindsats og iværksætte en handling.

Om det formål var nået kunne først ses i fase 3, hvor de opnåede kompetencer skulle i spil.

Ledelse og medarbejderes beskrivelse af ernæringsindsatsen i slutningen af fase 2.

I dette afsnit sammenfattes ledere og medarbejderes beskrivelse gennem interview af, hvordan en indsats i forhold til borgernes ernæringstilstand har været prioriteret i fase 2 i CES-studiet, hvordan borgernes ernæringstilstand har været afdækket, og hvad en ernæringsindsats har bestået i.

I forhold til før interventionen blev borgere, som indgik i CES-studiet, i slutningen af fase to i alle enheder systematisk ernæringsvurderet med EVS. I hjemmeplejen var det borgere med ydelsen ernæring, mens det på Østervang og Betaniahjemmet var alle borgere. På Østervang havde man tidligere ernæringsvurderet borgerne hvert halve år med et andet ernæringskema (HVEM), således at det ikke her var nyt systematisk at screene borgernes ernæringstilstand. Det var det imidlertid i hjemmeplejen og på Betaniahjemmet, hvor man dog på Betaniahjemmet havde vejet borgerne hvert halve år.

Medarbejderne skulle vænne sig til at bruge EVS, og der blev nævnt nogle punkter i skemaet, som ikke helt gav mening for personalet.

Interventionen gennem CES-studiet og ernæringsvurderingen med EVS havde samtidig betydet, at der i alle enheder var kommet mere opmærksomhed på borgernes ernæringstilstand og på muligheden for at tilbyde energitæt kost. Der var ikke sket væsentlige ændringer i samarbejdsrelationerne mellem forskellige faggrupper eller i inddragelsen af eksterne eksperter i forhold til borgernes ernæring.

Ledelse og medarbejdere har i en række tilfælde oplevet det som en udfordring at få lavet aftaler med borgerne om ændringer i deres kostvaner. På Betaniahjemmet fremhævedes betydningen af muligheden for tværfagligt samarbejde, mens man på Østervang fremhævede fordelene ved at have ernæringskoordinatorer.



Kapitel 4.

Fase 3: Forskningsdesign og beskrivelse af en ny model for ernæringsintervention



I dette kapitel beskrives en nye model for ernæringsintervention, det anvendte forskningsdesign samt den inkluderede population. Formålet med studiet, der blev gennemført i fase 3 i foråret/sommeren 2013, var at afprøve effekten af en ny model for ernæringsintervention og sammenligne den med effekten af den model, der blev introduceret i fase 2. Metoden hertil var, at der i 11 uger skulle være særligt fokus på borgere med 2 point i EVS, dvs. de borgere som havde et potentiale for gavn af en tværfaglig ernæringsindsats. Resultaterne skulle indgå i de økonomiske analyser beskrevet i kapitel 12.

Baggrund for afprøvningen

EVS er udviklet på baggrund af en gennemgang af den eksisterende litteratur vedrørende effekten af ernæringsindsatser blandt skrøbelige ældre i hjemmepleje og plejebolig. De fleste studier er gennemført blandt sidstnævnte gruppe, og herudfra ser det bl.a. ud til, at de ældre, der får 2 point, når deres kostindtag, vægtudvikling og risikofaktorer vurderes, har særlig god gavn af en ekstra tværfaglig ernæringsindsats (Kjær & Beck 2010; Beck et al. 2013). Der har dog aldrig været gennemført et kontrolleret cost-effectiveness-studie af en ernæringsindsats blandt skrøbelige ældre med henblik på at afdække, om denne målgruppe opnår forbedret livskvalitet, funktionsevne og ernæringstilstand, og om indsatsen dermed kan være økonomisk rentabel.

Fase 2-modellen

Overordnet bestod modellen, der blev introduceret i fase 2, i udpegning af ernæringsnøglepersoner og kompetenceudvikling af disse. Endvidere var der behov for en ydelse i omsorgssystemet for at hjemmeplejen kunne ernæringscreenere borgerne. Derfor blev ydelsen EVS oprettet med en varighed på 15 min. EVS og Madønsker blev lagt i projektkommunens omsorgssystem sammen med en handleplan for at fremme og lette arbejdet med dokumentationen. Handleplanen skulle oprettes hos borgere, der havde fået 2 point i EVS og dermed havde potentiale for en ernæringsindsats. For borgere med 1 point i EVS skulle der skrives om en evt. indsats under "Ernæring" i funktionsvurderingen. Endelig blev der udarbejdet arbejdsbeskrivelser for, hvordan EVS m.m. findes, gemmes og anvendes i omsorgssystemet.

Audit

Ved indledningen af fase 1 og efter afslutningen af fase 2 og 3 i CES-studiet blev der gennemført audits i kommunens omsorgssystem, hvor der på tilfældigt udvalgte borgere blev kigget efter dokumentation vedrørende ernæring. Formålet var at se om der skete en positiv udvikling i graden af dokumentation

For bedst at tilgodese de meget forskellige forudsætninger i de deltagende plejegrupper og plejeboliger – specielt ved starten, blev der ved vurderingen af audit resultaterne anvendt en metode, der tog udgangspunkt i, hvorvidt der var handlet korrekt på resultatet af ernæringscreeningen eller ej. Det vil sige, om der var forsøgt at gøre en indsats i de tilfælde, hvor ernæringscreeningen (uanset om metoden var BMI, HVEM, EVS eller andet) afslørede et ernæringsproblem.

Herudover blev det undersøgt, om der var sket en forbedring i graden af dokumentation i omsorgssystemet uanset udgangsniveauet.

Status for kompetenceudvikling, ernæringsnøglepersoner og brug af dokumentation i omsorgssystem ved indledningen af studiet i fase 3 fremgår af tabel 4.1. Det samme gør de relevante aktører i forhold til en ernæringsindsats for de involverede plejeboliger og plejegrupper, baseret på beskrivelsen i kapitel 3.

Opdeling i fase 3 studiet	Kontrol	Kontrol	Kontrol	Intervention	Intervention	Intervention
	Betania-hjemmet	Østervang Vestfløj	Plejegruppe 1	Østervang Østfløj	Plejegruppe 2	Plejegruppe 3
Kompetenceudvikling	Ja	Ja	Ja [⊘])	Ja	Ja [⊘])	Ja [⊘])
Ernæringsnøglepersoner	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Brug af EVS i omsorgssystem	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Brug af handleplan i omsorgssystem *)	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja	Ja
Dokumentation af vægte i omsorgssystem *)	Nej	Delvist	Ja	Delvist	Nej	Ja
Klinisk diætist	Fra FSC §)	Fra FSC §)	Fra FSC §)	Fra FSC §)	Fra FSC §)	Fra FSC §)
Fysioterapeut	Dagligt tilbud	Dagligt tilbud	Fra FSC §)	Dagligt tilbud	Fra FSC §)	Fra FSC §)
Ergoterapeut	Fra FSC §)	Dagligt tilbud	Fra FSC §)	Dagligt tilbud	Fra FSC §)	Fra FSC §)
Omsorgstandpleje	Skal ansøges	Skal ansøges	Skal ansøges	Skal ansøges	Skal ansøges	Skal ansøges

Tabel 4.1: Status for de iværksatte initiativer ved indledningen af fase 3 samt de relevante aktører i forhold til en ernæringsindsats for de involverede plejeboliger og plejegrupper.

FSC: Frederiksberg Sundhedscenter. *) for borgere med EVS og baseret på resultater af audits (se bilag 7); [⊘]) Det var primært personalet, som arbejder i hjemmeplejen, der var kompetenceudviklet §) kræver visitation eller henvisning fra læge.

Som det fremgår af tabel 4.1 var forudsætninger for at tilbyde og dokumentere en tværfaglig ernæringsindsats nogenlunde ens i interventions- og kontrolgruppen – dog med undtagelse af tilbuddet om fysioterapeut.

4.1. Beskrivelse af forskningsdesign og en nye model for ernæringsintervention

Design

Undersøgelse af effekten af den nye model for ernæringsintervention skete ved hjælp af et blokrandomiseret kontrolleret studie⁸. Der blev tale om seks blokke (hvor tre blokke svarede til de tre plejegruppeområder, to blokke var lig med hhv. østfløjen og vestfløjen på Østervang, mens Betaniahjemmet udgjorde den sidste blok). Via lodtrækning blev de seks blokke opdelt i henholdsvis en interventions- og en kontrolgruppe. Blokrandomiseringen blev anvendt for at sikre, at der var to blokke fra hjemmeplejen i interventionsgruppen, da det er her, der især mangler viden om betydningen af en ernæringsindsats (Beck et al. 2013; Kjær & Beck 2010). Resultatet af lodtrækningen blev, at østfløjen på Østervang og to plejegruppeområder kom i

⁸ CES-studiets fase 3 blev godkendt af Datatilsynet (HEH-2013-001) og Videnskabs etisk komite (H-1-2012-126) og en beskrivelse blev lagt ind på www.ClinicalTrials.gov (NCT01873456). Der blev givet tilladelse til brug af den danske version af EuroQol (EQ-5D) af EuroQol Group Foundation.

interventionsgruppen og skulle afprøve den nye model for ernæringsintervention. De deltagende plejeboliger og hjemmeplejen blev inkluderet (og afsluttet) løbende med ca. to ugers mellemrum. Først blev Betaniahjemmet inkluderet, derefter Østervang og afslutningsvis de tre plejegruppeområder en af gangen.

Inklusion af borgere

Ældre borgere, som i fase 2 af CES-studiet havde fået foretaget en ernæringsvurdering vha. EVS, blev tilbudt at deltage i fase 3. Undtagelsen var borgere, der var terminale, fast sengeliggende, eller ikke kunne gennemføre de fleste af de planlagte tests. Efter aftale med de deltagende plejeboliger og hjemmeplejen blev alle borgere inkluderet via brev som typisk blev afleveret af borgerens kontaktperson. Indholdet af brevet var dog forskelligt:

Borgere i kontrolgruppen og borgere i interventionsgruppen med 1 point i EVS fik et brev med information om studiet inkl. en forespørgsel om, hvorvidt de havde lyst til at deltage og om tidspunkt for evt. indsamling af data hvis de takkede ja. Hvis borgeren ikke meldte fra til kontaktpersonen, pårørende, medarbejderne på CES-studiet eller andre, blev de inkluderet i studiet i fase 3.

Borgere i interventionsgruppen med 2 point i EVS fik et brev med information om studiet i fase 3 inkl. en forespørgsel om, hvorvidt de havde lyst til at deltage. For borgere fra hjemmeplejen var der endvidere information om, at de ville blive tilbudt mad og drikke (hovedret og dessert baseret på Kost til småtspisende) i forbindelse med træningen på Østervang. Projektkommunen betalte for dette, ligesom projektkommunen betalte for frikøb af et par af ernæringsnøglepersonerne, for at de kunne tage med til træningen første gang og en gang undervejs. Hvis borgeren ikke meldte fra til kontaktpersonen, pårørende, medarbejderne i CES-studiet eller andre, fik de et nyt brev med tidspunkt for dataindsamling og træning. Hvis borgeren fortsat ikke meldte fra til nogen af ovennævnte, blev vedkommende inkluderet i studiet i fase 3⁹.

I første omgang deltog hjemmesygeplejen slet ikke i inkluderingen af borgere, bl.a. fordi de stort set ikke havde medvirket i kompetenceudviklingen i fase 2. Da inklusionen af deltagere via de tre gruppeledere i hjemmeplejen var afsluttet i april, og der viste sig et behov for at inkludere flere deltagere, blev hjemmesygeplejen dog opfordret til at bidrage med borgere til studiet i fase 3. I praksis foregik det lidt anderledes end for de øvrige borgere: Hjemmesygeplejen udsendte breve med information om studiet til samtlige borgere, der ikke havde fået lavet en EVS. Det skete ud fra den oprindelige liste over modtagere af ydelsen af ernæring fra den plejegruppe, hvor der var inkluderet færrest borgere. Som opfølgning herpå blev alle borgere kontaktet telefonisk med henblik på om de ville deltage i studiet i fase 3.

Indsatsen i kontrolgruppen

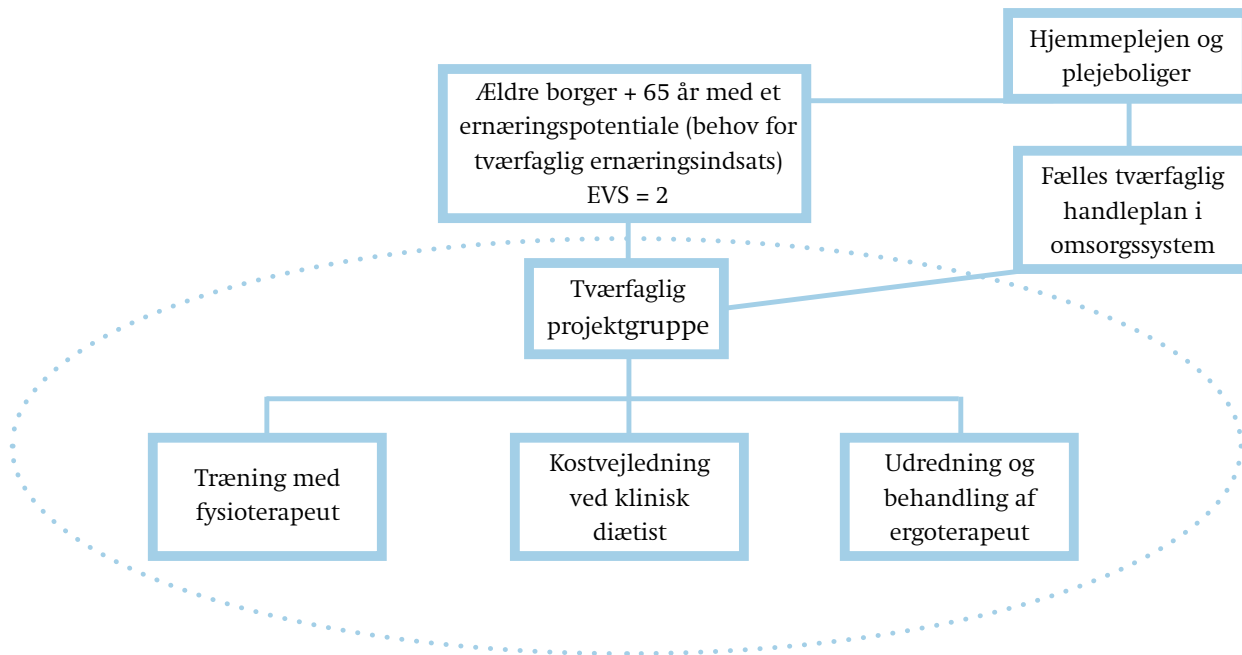
Kontrolgruppens borgere (dvs. borgere fra et plejegruppeområde, Betaniahjemmet og Østervangs vestfløj) skulle fortsætte med den ernæringsindsats via ernæringsnøglepersoner, som blev introduceret i fase 2. I kontrolgruppen tog ernæringsindsatsen hos borgerne således udgangspunkt i de tilbud om bistand af fysioterapeut, klinisk diætist, ergoterapeut m.v., der i forvejen var i projektkommunen. De forskellige tilbud om bistand skulle derfor iværksættes via projektkommunens normale visitationssystem.

⁹ Ud af de kontaktede var der 15 der sagde ja til at deltage, dvs. få lavet en EVS. Det har ikke været muligt for projektet at få at vide reelt, hvor mange og hvem der blev sendt brev til (angiveligt dog ca. 60 i alt), hvor mange og hvem der blev telefonisk kontaktet, og hvor mange og hvem der sagde nej samt grunden her til. Resultatet blev, at i alt 15 borgere fik udfyldt EVS af Hjemmesygeplejen. I 3 tilfælde var EVS ikke korrekt udfyldt, 2 fik 0 point, 1

Indsatsen i interventionsgruppen (den nye model for ernæringsintervention)

Interventionsgruppens borgere (dvs. borgere fra to plejegruppeområder og østfløjen på Østervang) skulle ligeledes fortsætte med den ernæringsindsats via ernæringsnøglepersoner, som blev introduceret i fase 2. Herudover skulle borgere i interventionsgruppen afprøve effekten af en ny model for ernæringsintervention, hvor fysioterapeut, ergoterapeut og klinisk diætist blev stillet til rådighed via CES-studiet og dermed var uafhængig af en indledende visitation¹⁰.

Modellen er beskrevet i figur 4.1.



Figur 4.1: Den afprøvede nye model for tværfaglig ernæringsintervention. Indsats går via de forskellige faggrupper tilknyttet CES-studiet. Den stiplede linje symboliserer, at der er et løbende tværfagligt samarbejde angående hver enkelt borger mellem de forskellige tilbud. Med udgangspunkt i resultatet af den enkelte borgers EVS, dvs. resultatet af vurdering af spisevaner, uplanlagt vægttab og forekomst af forskellige risikofaktorer (behov for hjælp til at spise, tygge- og synkeproblemer og akut sygdom) var opgaverne for de tre faggrupper tilknyttet CES-studiet følgende:

- Fysioterapeut: Varetagelse af træning enten i hold på Østervang, hvor der samtidig var tilbud om spisning for borgere fra hjemmeplejen, eller individuelt ved hjemmebesøg ca. to gange ugentligt. Fokus var på træning af styrke og balance. I forbindelse med træningen var der desuden tilbud om en industrielt fremstillet energi- og proteinrig drik (træningsdrik). Endvidere blev borgerne vejret ugentligt (dvs. ca. ved hver anden træning).

- Klinisk diætist: Udarbejdelse af individuel ernæringsplan i samarbejde med borgeren og evt. pårørende og opfølgning efter behov ved hjemmebesøg, i forbindelse med holdtræning eller ved telefonisk kontakt. Desuden blev der taget kontakt til plejepersonale, madserviceleverandør, praktiserende læge og andre, hvor det var relevant.

fik 1 point og 9 fik 2 point. De sidste 9 indgik derfor i afprøvningen af den nye model for ernæringsintervention. I praksis betød det, at ikke alle disse borgere fik tilbudt den nye model for ernæringsintervention i 11 uger, da projektet var planlagt til at slutte ultimo juni.

¹⁰ Oprindeligt var det meningen at der også skulle stilles omsorgsstandpleje til rådighed, men det viste sig ikke at kunne gennemføres i praksis.

- Ergoterapeut: Vurdering af tygge- og synkefunktion samt eventuelt behov for spisehjælpemidler. Opfølgning efter behov ved hjemmebesøg, i forbindelse med holdtræningen eller ved telefonisk kontakt. Desuden blev der taget kontakt til plejepersonale, madserviceleverandør, omsorgstandpleje, visitation med henblik på spisehjælpemidler m.v. og andre, hvor det var relevant.

Opgaverne for de enkelte faggrupper var baseret på hhv. tidligere studier og anbefalinger vedrørende ernæringsindsatser (se bl.a. Pedersen & Ovesen 2009; Puggaard 2010; Beck et al 2008, Socialstyrelsen 2013; Vestergaard et al. 2009). Opgaverne blev beskrevet i hhv. diætist-, fysioterapeut- og ergoterapeutjournaler, som de tre faggrupper brugte til at notere de specifikke tiltag for hver enkelt borger. Diætist og ergoterapeut noterede endvidere tidsforbruget til de individuelle samtaler. Som udgangspunkt havde hver borger "sin egen" diætist, fysioterapeut og ergoterapeut. Alle tre faggrupper havde løbende kontakt med hinanden om borgere, hvor det var relevant. Endvidere mødtes de tre faggrupper en gang om ugen, hvor ernæringsindsatsen hos alle borgere, der modtog den nye model for ernæringsintervention, blev evalueret og justeret ¹¹.

Beskrivelse af organiseringen af indsatsen (den nye model for ernæringsintervention) i praksis for interventionsgruppen

Træningen af borgere fra hjemmeplejen

Holdtræningen foregik på Østervang, der stillede lokaler til rådighed. Deltagerne blev transporteret til og fra træningen i bus. Holdtræningen krævede et meget stort planlægningsarbejde af de faglige udviklingsledere med henblik på at sikre, at der bl.a. var SOSU-hjælpere til stede om morgenen, således at borgerne kunne være klar til at blive hentet til træning, at madservice blev afbestilt/flyttet til om aftenen, at andre ydelser som hovedrengøring, bad m.v. ikke var planlagt til, at foregå mens borgerne var af sted til træning og meget mere.

Indsatsen ved fysioterapeut

Inden iværksættelsen af fase 3 var det planen, at alle borgere fra hjemmeplejen med 2 point i EVS skulle tilbydes holdtræning på Østervang. I praksis viste det sig, at kun relativt få af borgerne takkede ja til det tilbud. I stedet blev de tilbudt individuel træning (og træningsdrik) i deres eget hjem.

Indsatsen ved klinisk diætist

Hvorvidt der var behov for en ekstra indsats af klinisk diætist blev afgjort ud fra resultaterne af de ugentlige vejninger. Hvis to på hinanden følgende vægte dokumenteret i omsorgssystemet viste et vægttab, blev den kliniske diætist involveret. Vægten blev i et vist omfang dokumenteret i omsorgssystemet på Østervang men ikke i de to hjemmeplejegrupper i interventionsgruppen. Derfor blev vejning af borgere i stedet for sat på kørelisterne med henblik på at få SOSU-hjælperne til at veje de borgere, der indgik i CES-studiet. I praksis viste status for data vedrørende vægtudviklingen i omsorgssystemet meget hurtigt, at stort set ingen borgere med 2 point i EVS blev vejnet én gang om ugen. Som alternativ blev det aftalt med plejegruppelederne, at den enkelte SOSU-hjælper blev kontaktet direkte (via telefon eller SMS) for at få oplyst vægt. Denne metode fungerede dog kun i et vist omfang. Undersøgelsen af om der var effekt af en indsats fra klinisk diætist, var derfor særdeles afhængig af de vejninger, som CES-studiets fysioterapeuter foretog i forbindelse med træningen.

¹¹ En beskrivelse af de tre faggruppers indsats på baggrund af et samlet gruppeinterview kan findes i bilag 11.

Indsatsen ved ergoterapeut

Hvorvidt der var behov for en ekstra indsats via ergoterapeut, blev i første omgang afgjort ud fra resultaterne af EVS og de data der blev indsamlet ved hjælp af MDS. I de tilfælde hvor data viste, at der kunne være tygge- og synkeproblemer, tog ergoterapeuten kontakt til de ældre borgere og foretog en nærmere udredning af problemets omfang med henblik på iværksættelsen af en eventuel indsats.

4.2. Gennemgang af de anvendte målemetoder

For at vurdere, om der var forskel på effekten af indsatsen i hhv. kontrolgruppen og interventionsgruppen, blev der ved begyndelse og afslutning af fase 3 indsamlet forskellige data vedrørende livskvalitet, fysisk funktionsevne, ernæringstilstand m.v. Metoderne til dataindsamling var baseret på metoder benyttet i tidligere danske studier på området (se fx Socialstyrelsen 2013, Beck et al. 2008; Vestergaard et al. 2009) og beskrives nedenfor.

Målemetoder

Livskvalitet blev vurderet vha. EuroQol (EQ-5D)

- EQ-5D er et spørgeskema bestående af fem spørgsmål, der besvares i tre kategorier. De fem spørgsmål omhandler problemer med bevægelighed, personlig pleje, sædvanlige aktiviteter, smerter/ubehag, angst/depression. Spørgsmålene skal besvares af den ældre selv eller evt. en pårørende. EQ-5D er valgt, da svarene kan omsættes til indextal ved brug af en tabel baseret på danske undersøgelser (Wittrup-Jensen et al. 2002), og dette indextal kan efterfølgende indgå i økonomiske beregninger vedrørende cost-effectiveness. Data blev indsamlet af de sygeplejersker, der var tilknyttet CES-studiet hos borgere med 2 point i EVS.

Fysisk funktionsevne blev vurderet vha. Rejse-sætte-sig test, Senior Fitness Test og Bergs balanceskala

- Rejse-sætte-sig test anvendes til at bestemme det antal gange, den enkelte kan rejse og sætte sig på 30 sek. fra en stol uden brug af armene. For de skrøbeligste deltagere er der mulighed for at foretage en modificeret test, dvs. hvor der benyttes en stol med armlæn. Data blev indsamlet af de fysioterapeuter og medarbejdere der var tilknyttet CES-studiet hos alle borgere med 1 og 2 point i EVS samt borgere med 0 point i EVS på Betaniahjemmet. Der blev foretaget "Interrater realibilitets" test for at sikre, at de forskellige medarbejdere tilknyttet CES-studiet gennemførte testen på samme måde. Resultaterne viste, at forskellige medarbejdere fik samme resultat, når de gennemførte en test på den samme borger. Da det anses for bedre at kunne rejse-sætte-sig få gange uden brug af arme/armlæn end flere gange med brug af arme/armlæn, blev der ved dataopgørelsen set på andelen, der var blevet bedre i stedet for på gennemsnitsværdier.

- Senior Fitness Test tester ældres fysisk formåen ud fra seks forskellige tests (Rickli & Jones 2001). I studiet i fase 3 blev det valgt at bruge fire af de seks tests. De fire tests, der blev gennemført, var antal gange den enkelte kunne hhv. rejse og sætte sig (på 30 sek.), bøj armen med vægtmodstand (på 30 sek.) og løfte knæene (på 2 minutter) samt tidsforbruget for at rejse sig fra en stol, gå 2,45 m., vende, gå tilbage og sætte sig igen. For de skrøbeligste deltagere var det muligt at foretage modificerede tests. Data blev indsamlet af de fysioterapeuter der var tilknyttet CES-studiet hos alle deltagere, der blev tilbudt styrketræning. Også her blev der gennemført "Interrater realibilitets" test. Dataopgørelsen blev foretaget som ovenfor.

- **Bergs balance** skala vurderer balancen, og i balanceskalaen får deltagere, der har dårlig balanceevne, et lavt samlet antal point, mens de, der har god balanceevne, får et højt samlet antal point (Berg et al. 1992). I studiet i fase 3 blev det valgt at bruge tre spørgsmål fra Bergs balanceskala (spørgsmål to: stå uden støtte. Spørgsmål seks: stå uden støtte med lukkede øjne og spørgsmål syv: stå uden støtte med fødderne samlede). Data blev indsamlet af de fysioterapeuter, der var tilknyttet CES-studiet hos alle deltagere, der blev tilbudt styrketræning. Også her blev der gennemført "Interrater realibilitets" test.

Ernæringstilstand blev vurderet vha. vægt, BMI og håndgribestyrke¹²

- Vægt: Data vedrørende vægt blev indsamlet af plejepersonalet i samarbejde med de kliniske diætister og fysioterapeuter, der var tilknyttet CES-studiet, for alle borgere i hhv. interventions- og kontrolgruppen. De indsamlede data blev brugt til at vurdere effekten af indsatsen i de to grupper. Udover ændring i vægt i kilo blev der også kigget på ændring i vægt i procent. Grunden til at medtage vægt i procent er, at selv små vægtændringer hos meget tynde bliver mere synlig.

- BMI blev udregnet ud fra oplysninger om vægt og højde. BMI blev bl.a. brugt ved indsatsen ved klinisk diætist, til at vurdere, om de ældre borgere i interventionsgruppen havde behov for at tage på i vægt (dvs. havde BMI under 18,5) eller "blot" skulle holde vægten.

- Håndgribestyrke vurderer både muskelstyrke og ernæringstilstand og bestemmes vha. et dynamometer, der består af et smalt håndtag med to strenge, som man tre gange i træk skal klemme sammen om så hårdt, man kan. I studiet i fase 3 blev alle tre resultater registreret, men den højeste værdi (HGS max) blev benyttet i de efterfølgende dataanalyser. Data vedrørende håndgribestyrke blev indsamlet hos alle borgere med 1 og 2 point i EVS og hos alle borgere med 0 point i EVS på Betaniahjemmet. De fysioterapeuter og diætister, der var tilknyttet CES-studiet, stod for indsamling af data. Også her blev der gennemført "Interrater realibilitets" test.

Fald, sygdomsdiagnoser, medicinforbrug, hospitalsindlæggelser, rehabiliteringsophold og flytning til plejebolig blev vurderet vha. Minimum Data Set(MDS) og omsorgssystem

- Minimum Data Set (MDS) er en del af Resident Assessment Instrument (RAI), som er et vurderings- og screeningsinstrument udviklet i USA i 1988 med henblik på anvendelse i plejebolig (RAI-NH) og i hjemmepleje (RAI-HC). Instrumentet er oversat til dansk og valideret (Kholty et al. 1994). I mange lande indgår resultater af MDS i kvalitetssikring af forskellige indsatser og benyttes til udregning af ressourcebehov m.v. (se www.interai.org). MDS er velegnet til at vurdere kognitiv funktionsevne og kommunikation, hørelse og synsfunktion, sindsstemning og adfærd, social funktionsevne, fysisk funktionsevne og behov for hjælp til almindelig daglig livsførelse (ADL), kontinens, sygdomsdiagnoser, smerter, fald, ernæringstilstand, synkeevne, tandstatus, hudens tilstand og tryksår, medicinforbrug, hospitalsindlæggelser m.v. MDS kan således bruges til at give en beskrivelse af de deltagende borgere. Endvidere kan MDS opfange ændringer over tid og er dermed også et godt redskab til evaluering af effekten af iværksatte indsatser, generelt og i forhold til ernæring. Specifikt i forhold til sidstnævnte og det aktuelle studie i fase 3 kan MDS bruges til at opfange forskelle i brug af sundhedsrelaterede dyre indsatser (som fx hospitalsindlæggelser, og rehabiliteringsophold). Til MDS hører en manual med vejledning for hver sektion, definitioner og

¹² Det blev vurderet at det ikke var muligt at få valide data om kostindtag hos de ældre borgere der deltog fra hjemmeplejen og det blev derfor valgt ikke at indsamle disse data.

eksempler. Data til MDS blev indsamlet af de sygeplejersker, der var tilknyttet CES-studiet, på alle borgere med 2 point i EVS. Hos den enkelte borger var det den samme projektsygeplejerske, der indsamlede alle data vedrørende MDS ved start og slut.

- Omsorgssystem. De indsamlede MDS data blev suppleret med data fra projektkommunens omsorgssystem.

Tandstatus/mundhygiejne blev vurderet vha. MDS samt observationer

- MDS samt observationer. Udover oplysningerne i MDS om tandstatus mv. blev borgernes mundhygiejne observeret på baggrund af en billedserie, hvor mundhygiejnen vurderes til 1,2 eller 3 (dårligst). Observationerne blev foretaget af de sygeplejersker, der var tilknyttet CES-studiet, hos alle borgere med 2 point i EVS.

Compliance til den nye model for ernæringsintervention blev vurderet vha. observation

- Observation af compliance, dvs. deltagelse ved træning, indtag af træningsdrik, gennemførelse af besøg af klinisk diætist og ergoterapeut m.m., blev noteret i de individuelt udarbejdede diætist-, fysioterapeut- og ergoterapeutjournaler. Her blev også noteret årsager til manglende indtag af fx træningsdrik, aflysning af træning m.v. samt eventuelle bivirkninger til den nye model for ernæringsintervention (fx fald ved træningen). Endelig blev det noteret, hvis borgerne ikke længere ønskede at medvirke. Data blev indsamlet for borgere i interventionsgruppen med 2 point i EVS af de tre faggrupper (fysioterapeut, ergoterapeut og klinisk diætist), der var tilknyttet CES-studiet.

Andel af borgere der hhv. afgik ved døden eller ikke ønskede at deltage undervejs blev vurderet på flere måder

- Andel af borgere der afgik ved døden blev udregnet for både deltagere og ikke-deltagere. I hjemmeplejen skete det vha. data fra projektkommunens omsorgssystem og i plejebolig vha. information fra plejepersonalet. Endvidere blev andelen, der ikke længere ønskede at deltage ved hhv. den nye model for ernæringsintervention og ved de planlagte afsluttende dataindsamlinger, udregnet.

Ydelser efter Serviceloven m.v. blev vurderet vha. projektkommunens omsorgssystem

- Ydelser efter Serviceloven m.v. dvs. information om antallet af hhv. hjemmepleje- og hjemmesygeplejeydelser blev indhentet i projektkommunens omsorgssystem for hver enkelt borger over en 14 dages periode omkring tidspunktet for hvert af de to dataindsamlings-tidspunkter.

Basisdata

Ved begyndelsen af studiet i fase 3 blev der indsamlet forskellige basisdata om deltagere og ikke-deltagere med henblik på hhv. at give en karakteristik af borgerne og undersøge om forskellige grupper var ens:

- Alder og køn samt antallet af ydelser efter Serviceloven m.v. blev indsamlet via projekt-kommunens omsorgssystem.

- Behov for hjælp til almindelig daglig livsførelse (ADL) og kognitiv funktionsevne blev vurderet ud fra data fra MDS der indeholder information om hhv. behov for hjælp fx personlig hygiejne, toiletbesøg, mobilitet, spisning, af- og

¹³ På grund af omorganiseringen i hjemmeplejen som bl.a. betød en omlægning af projektkommunens omsorgssystem, var det dog kun muligt at bruge funktionsvurderingen for deltagere fra Østervang.

påklædning og evnen til at tage beslutninger, gøre sig forståelig, kort- og langtidshukommelse m.v. For de borgere, hvor der ikke var lavet en MDS, blev funktionsvurderingen fra projektkommunens omsorgssystem benyttet.

Enhver begrænsning i hhv. fysisk og kognitiv funktionsevne blev klassificeret som et kognitivt- eller ADL-problem¹⁴.

- BMI. For borgere, hvor der forelå data om både vægt og højde, kunne BMI udregnes. Oplysningen om BMI blev brugt til at vurdere forekomst af undervægt, defineret som et BMI under 18,5.

Styrkeberegning

Da oplysningerne om de deltagende borgeres livskvalitet skulle bruges i de økonomiske beregninger, blev det valgt, at livskvalitet skulle være det primære effektmål i studiet i fase 3. Det vil sige, at livskvalitet var det vigtigste i forhold til de forskellige data, der blev indsamlet for at vurdere, om der var forskel på effekten af indsatsen i hhv. interventions- og kontrolgruppen. Baseret på resultaterne af tidligere studier, der ligeledes havde kigget på livskvalitet blev det anslået, at der ca. skulle indgå 65 ældre i de grupper, der blev sammenlignet. Dette antal var baseret på et forventet frafald af borgere undervejs på ca. 10 %, dvs. svarende til, hvad der er set i et tidligere dansk studie blandt ældre i plejebolig (Beck et al. 2008).

Statistik

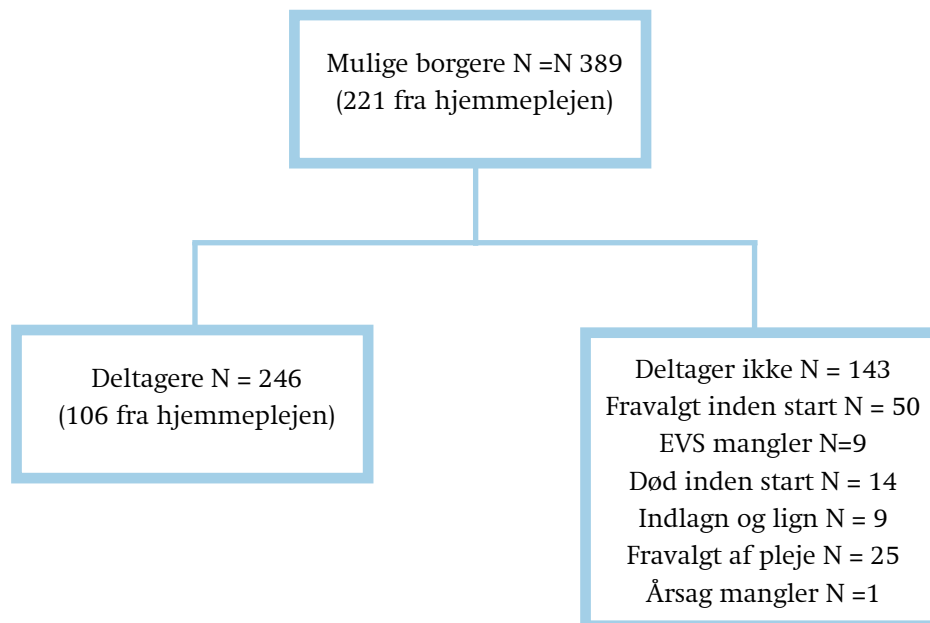
SPSS blev anvendt. Deltagerne blev klassificeret i forskellige grupper (hhv. i forhold til antal point i EVS og i hjemmepleje eller plejebolig). Data i de forskellige grupper blev sammenlignet ved hjælp af forskellige statistiske tests. Pearsons Chi-Square (og evt. Fishers exact test ved små grupper) blev anvendt til at sammenligne, om der var forskel i antal (%) af forskellige parametre i to grupper. T-test eller Mann-Whitney U-test blev brugt til at sammenligne gennemsnitsværdier i to grupper. Variansanalyse (ANOVA) eller Kruskal-Wallis blev brugt til sammenligning af flere grupper, og Pearsons eller Spearman rank blev brugt til undersøgelse af sammenhænge mellem to parametre. Valg af metode afhang af om data var normalfordelte eller ej. Data er præsenteret som gennemsnit og standardafvigelse (SD), difference (med 95 % konfidensinterval (95 % CI)) og antal (%). Forskelle blev anset som signifikante ved en p-værdi under 0,05, og/eller hvis 95 % konfidensintervallet var på samme side af 0.

4.3. Beskrivelse af målgruppen

Forløb for mulige borgere til studiet i fase 3

Inden begyndelsen af fase 3 havde i alt 389 borgere fået udfyldt EVS, dvs. mere end halvdelen af borgerne fra de to deltagende plejeboliger og hjemmeplejen (borgere der får ydelsen ernæring). I to af hjemmeplejegrupperne var der udfyldt langt flere EVS end de andre steder. For at få en nogenlunde ligelig fordeling i antal blev det derfor besluttet at fravælge nogle af disse borgere. I alt blev 329 borgere inviteret til at deltage i studiet i fase 3. I alt 246 (75 %) borgere takkede ja, jf. flow-skema i figur 4.2.

¹⁴ Der blev foretaget en sammenligning af resultaterne af vurderingen vha. hhv. MDS og funktionsvurderingen i omsorgssystemet hvis data for begge forelå for at sikre at der var overensstemmelse mellem de to metoder, hvilket der var.



Figur 4.2: Flow-skema for mulige borgere til fase 3 i CES-studiet

Sammenligning af de borgere, der deltog, og de borgere, der ikke deltog i studiet, i fase 3

Borgere der hhv. deltog og ikke deltog i studiet i fase 3, var forskellige, idet deltagergruppen bestod af flere kvinder (80 % vs. 72 %), havde højere alder (ca. 86 år vs. ca. 84 år), havde færre ydelser fra hjemmesygeplejen (2, 4 vs. 2,9) og havde færre med 2 point i EVS (39 % vs. 67 %). De borgere der deltog i studiet i fase 3 var således i bedre ernæringstilstand og mindre afhængige af hjælp fra hjemmesygeplejen, end de borgere der ikke deltog.

I alt 377 deltagende og ikke-deltagende borgere havde fået lavet en EVS inden begyndelsen af fase 3. Fordelingen af de forskellige risikofaktorer samt andel med OBS i spisevaner og væggtab fremgår af tabel 4.2.

	Betaniahjemmet	Østervang Østfløj	Østervang Vestfløj	Plejegruppe 1	Plejegruppe 2	Plejegruppe 3
Opdeling i fase 3 studiet	Kontrol	Intervention	Kontrol	Kontrol	Intervention	Intervention
EVS point						
0 (%)	18 (36)	38 (63)	22 (48)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
1(%)	21 (42)	11 (18)	11 (24)	31 (36)	33 (38)	7 (15)
2 (%)	2 (22)	11 (18)	13 (28)	56 (64)	53 (62)	41 (85)

	Betaniahjemmet	Østervang Østfløj	Østervang Vestfløj	Plejegruppe 1	Plejegruppe 2	Plejegruppe 3
OBS spisevaner (%)	29 (58)	18 (30)	13 (29)	43 (50)	42 (49)	38 (79)
Vægttab ja/ved ikke (%)	10 (20)	12 (20)	8 (18)	26 (30)	17 (20)	14 (29)
OBS risikofaktor#)	9 (18)	7 (12)	11 (24)	7 (8)	4 (5)	9 (19)
Tygge-synkeproblem (%)	8 (16)	7 (12)	20 (44)	86 (100)	86 (100)	45 (94)
Hjælp til at spise (%)	1 (2)	2 (3)	2 (4)	2 (2)	1 (1)	3 (6)
Akut sygdom m.v. (%)						

#) Det er muligt at have mere end en OBS

Tabel 4.2: Fordelingen af risikofaktorer og samlet score i hhv. de tre plejegrupper, på Østervang (østfløjen og vestfløjen) og Betaniahjemmet. Data er antal (%) for deltagere og ikke-deltagere med en udfyldt EVS ved start.

Andelen af borgere fra hjemmeplejen med 2 point i EVS var ca. tre gange højere end fra plejeboligerne. Det skyldes, at stort set alle deltagende og ikke-deltagende borgere havde OBS i risikofaktoren "hjælp til at spise". Andelen med vægttab var nogenlunde den samme (20-30 %), mens flere af borgerne i plejebolig havde tygge- og synkeproblemer. Kun få borgere havde akut sygdom eller forværring af kronisk sygdom, hvilket stemmer godt overens med at sådanne borgere allerede var fravalgt inden start.

Borgere med 2 point i EVS havde lavere vægt og BMI end de øvrige borgere og specifikt havde 30 % BMI under 18,5. Blandt borgere med 0 point i EVS var der færre, der havde ADL-problemer. Der var ikke forskel på alder, køn, håndgribestyrke (max), andel med kognitive problemer, antal ydelser fra hjemmepleje og hjemmesygepleje og andel der døde undervejs for borgere med hhv. 0, 1 og 2 point i EVS.

	Score 0 #)	Score 1	Score 2	p-værdi §)
Antal (%)	78 (21 %)	114 (30 %)	185 (49 %)	
Kvinder (%)	64 (82 %)	91 (80 %)	136 (74 %)	0,233
Alder (år)	86,3 (8,4)	85,3 (8,9)	85,1 (8,5)	0,549
Vægt, start (kg)	67,0 (12,3)	64,8 (15,2)	57,1 (11,2)	0,000
Højde (m)	1,64 (0,1)	1,63 (0,1)	1,64 (0,1)	0,776
BMI	25,1 (4,8)	24,3 (5,6)	20,9 (3,7)	0,000
BMI under 18,5 (%)	3 (4 %)	8 (10 %)	28 (30 %)	0,000
Håndgribestyrke, max (kg)	14,8 (8,7)	16,1 (6,8)	14,9 (7,8)	0,535
Kognitivt problem (%) *)	39 (67 %)	20 (61 %)	60 (65 %)	0,815
ADL problem (%) *)	32 (53 %)	27 (79 %)	59 (63 %)	0,034

	Score 0 #)	Score 1	Score 2	p-værdi §)
Antal ydelser α)				
Hjemmepleje	-	8,3 (3,2)	8,9 (3,5)	0,223
Hjemmesygepleje	-	2,4 (1,7)	2,7 (2,0)	0,175
Afgik ved døden undervejs (%)	6 (8 %)	4 (4 %)	12 (7 %)	0,380

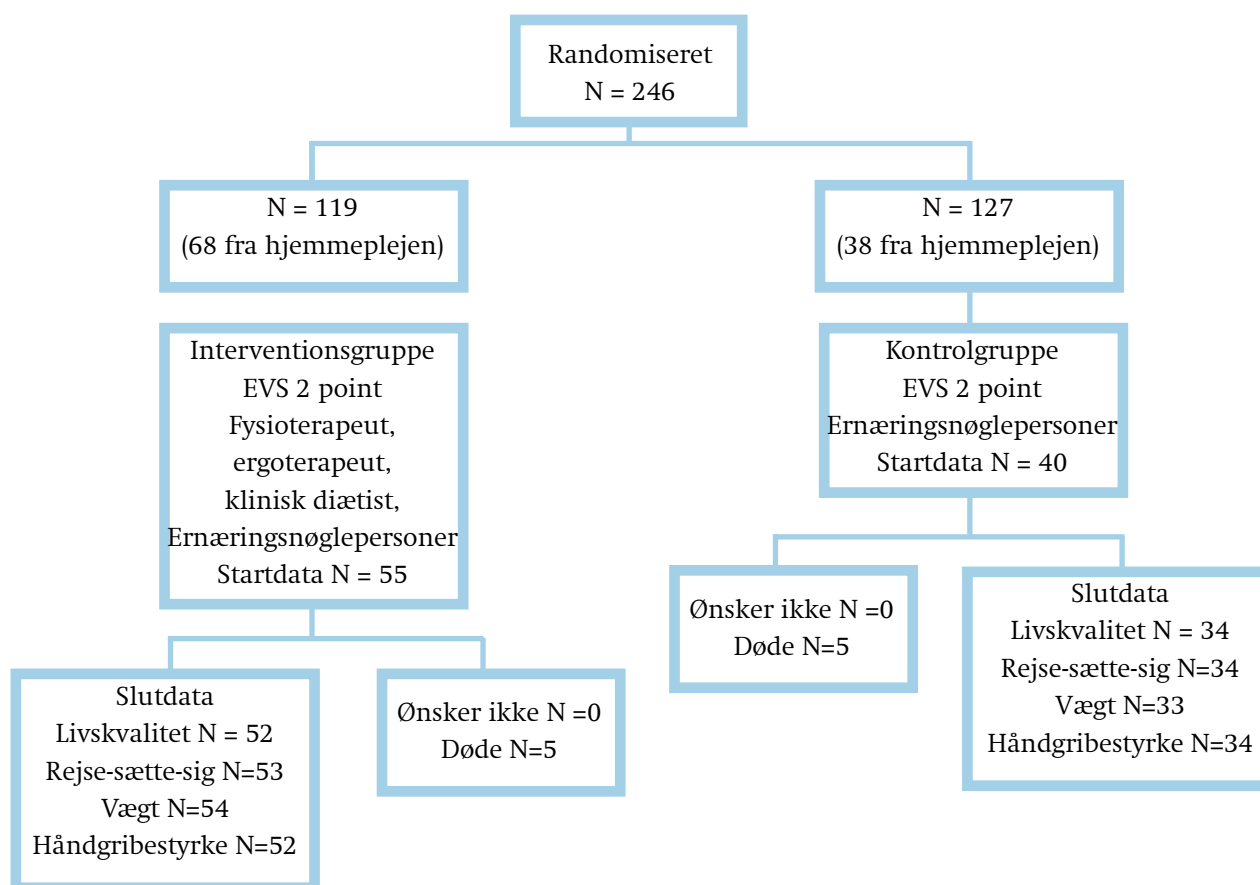
*) Ud fra funktionsvurdering eller MDS data; #) data kun indsamlet for deltagere med 0 point i EVS på Betaniahjemmet; α) Det samlede antal ydelser i omsorgssystemet i løbet af en 14-dages periode, vurderet omkring starttidspunktet; §) Pearsons Chi-square eller anova/Kruskal-Wallis

Tabel 4.3: Basisdata (køn, alder, ernæringstilstand, andel med kognitive og ADL-problemer, antal ydelser) og andel der afgik ved døden undervejs for hhv. deltagende og ikke-deltagende borgere med forskellige point i EVS. Data er gennemsnit (SD) eller antal (%).

Alt i alt var borgere med 2 point i EVS således i dårligere ernæringstilstand end de øvrige borgere vurderet ud fra vægt og BMI.

Forløb for de borgere der deltog i studiet i fase 3

Efter blokrandomisering tilhørte 119 borgere (48 %) interventionsgruppen, dvs. var tilknyttet to af de tre plejegruppeområder eller boede i østfløjen på Østervang. I interventionsgruppen var under halvdelen, dvs. 51 borgere (43 %), således fra plejebolig, mens antallet i kontrolgruppen var langt højere, dvs. 89 (70 %).



Figur 4.3. Flow-skema for borgere, der deltog i studiet i fase 3

Basisdata om alle borgere, der deltog i studiet i fase 3

Basisdata viste, at der ved begyndelsen af studiet i fase 3 ikke var forskel mellem de 119 borgere i interventionsgruppen, og de 127 borgere i kontrolgruppen der deltog med hensyn til alder, køn, ernæringstilstand (højde, vægt, BMI, maksimal håndgribestyrke (HGS max)) og antal ydelser fra hjemmepleje og hjemmesygepleje. Derimod var der forskel på de to grupper mht. fordelingen af point i EVS. Dvs. der var flere i interventionsgruppen, der havde 2 point i EVS. Da der var en højere andel af beboere fra plejebolig i kontrolgruppen, var der i denne gruppe også en tendens til en højere andel med dårlig funktionsevne, dvs. kognitive- og ADL-problemer.

	Interventionsgruppen	Kontrolgruppen	p-værdi §)
Kvinder (%) N=119 og 127	94 (79 %)	103 (81 %)	0,679
Alder (år) N=119 og 127	86,4 (8,4)	86,1 (8,0)	0,402
I plejebolig (%)N=119 og 127	51 (43 %)	89 (70 %)	0,000
Vægt, start (kg) N=118 og 122	61,2 (13,2)	63,8 (14,1)	0,176
Højde (m) N=119 og 126	1,64 (0,09)	1,64 (0,09)	0,823
BMI N=118 og 121	22,7 (5,0)	23,7 (5,1)	0,162
BMI <18,5 (%)N=118 og 121	22 (19)	16 (13)	0,264
Maksimal håndgribestyrke, kg N=84 og 105	15,8 (7,8)	15,1 (7,2)	0,569
EVS point N=119 og 127	1,19 (0,83)	1,02 (0,78)	0,084
EVS point			
0 (%)	32 (27 %)	37 (29 %)	
1 (%)	32 (27 %)	50 (39 %)	
2 (%)	55 (46 %)	40 (32 %)	0,040
Kognitivt problem (%)*)N=81 og 113	48 (59 %)	80 (71 %)	0,094
ADL problem (%) *) N=88 og 113	50 (57 %)	78 (69 %)	0,074
Antal ydelser α)			
Hjemmepleje N=68 og 38	8,6 (3,1)	9,1 (3,3)	0,481
Hjemmesygepleje N=68 og 38	2,2 (1,9)	2,6 (1,7)	0,206

*) Ud fra funktionsvurdering eller MDS data; α) Det samlede antal ydelser i omsorgssystemet i løbet af en 14-dages periode, vurderet omkring starttidspunktet; §) Pearsons Chi-square/Fishers exact test eller t-test/Mann-Whitney

Tabel 4.4: Basisdata (køn, alder, ernæringstilstand, andel med kognitive og ADL problemer, antal ydelser) om de 119 borgere i interventionsgruppen og de 127 borgere i kontrolgruppen, der deltog i fase 3. Data er gennemsnit (SD) og antal (%).

En langt højere andel af alle de borgere, der deltog fra hjemmeplejen end af alle de borgere, der deltog fra plejeboligerne, havde BMI under 18,5 (ca. 22 % mod ca. 11 %). Og som forventet havde en langt højere andel af borgere, der deltog fra plejeboligerne end borgere, der deltog fra hjemmeplejen dårlig funktionsevne, dvs. hhv. kognitive- og ADL-problemer.

Alt i alt var der således flere borgere i interventionsgruppen, der havde potentiale for gavn af en indsats (via træning, ernæring, ergoterapi m.v.), men også flere uden ADL-og kognitive problemer på grund af den højere andel fra hjemmeplejen.

Basisdata om alle borgere med 2 point i EVS, der deltog i studiet i fase 3

Basisdata viste, at der ved begyndelsen ikke var forskel mellem de 55 borgere i interventionsgruppen, og de 40 borgere i kontrolgruppen med 2 point i EVS, der deltog mht. alder, køn, ernæringstilstand (højde, vægt, BMI, maksimal håndgribestyrke (HGS max)), antal ydelser fra hjemmepleje og hjemmesygepleje, tandstatus og livskvalitet. Da der som nævnt ovenfor var en større andel af beboere fra plejebolig i kontrolgruppen, var der en højere andel her med dårlig funktionsevne, dvs. ADL-problemer og en tendens til en højere andel med kognitive problemer, jf. tabel 4.5.

	Interventionsgruppen	Kontrolgruppen	p-værdi §)
Kvinder (%) N=55 og 40	41 (75)	30 (75)	0,960
Alder (år) N=55 og 40	86,0 (8,4)	87,3 (7,6)	0,678
I plejebolig (%)N=55 og 40	9 (16)	22 (55)	0,000
Vægt, start (kg) N=55 og 39	56,9 (11,5)	57,1 (11,1)	0,762
Højde (m) N=55 og 40	1,66 (0,08)	1,64 (0,1)	0,181
BMI N=55 og 39	20,7 (4,0)	21,1 (3,3)	0,445
BMI <18,5 (%)N=55 og 39	18 (33)	10 (26)	0,494
Maksimal håndgribestyrke, kg N=54 og 39	16,0 (8,6)	13,5 (6,3)	0,244
Livskvalitet N=53 og 40	0,6856 (0,2408)	0,6282 (0,3324)	0,646
Tandstatus (skala 1-3 (værst)) N=52 og 39	1,13 (0,40)	1,21 (0,41)	0,265
Kognitivt problem (%)*)N=52 og 40	29 (56)	31 (78)	0,030
ADL problem (%) *) N=54 og 40	30 (56)	29 (73)	0,093
Antal ydelser α)			
Hjemmepleje N=46 og 19	9,3 (3,1)	8,9 (3,4)	0,674
Hjemmesygepleje N=46 og 19	2,4 (2,0)	2,9 (2,0)	0,275

Tabel 4.5: Basisdata (køn, alder, ernæringstilstand, livskvalitet, tandstatus, andel med kognitive og ADL problemer, antal ydelser) om de 55 borgere i interventionsgruppen og de 40 borgere i kontrolgruppen med 2 point i EVS der deltog i fase 3. Data er gennemsnit (SD) og antal (%).

*) Ud fra funktionsvurdering eller MDS data; α) Det samlede antal ydelser i omsorgssystemet i løbet af en 14-dages periode, vurderet omkring starttidspunktet; §) Pearsons Chi-square/Fishers exact test eller t-test/Mann-Whitney

Alt i alt var interventions- og kontrolgruppen således ens, bortset fra andelen af borgere med lav funktionsevne.

Visiterede tilbud til borgere der deltog i studiet i fase 3

I både interventions- og kontrolgruppe var der borgere, som var henvist til fysioterapeut, ergoterapeut og/eller klinisk diætist ud over det, der blev tilbudt interventionsgruppen som en del af den nye model for ernæringsintervention. Desuden var nogle borgere i begge grupper henvist til omsorgstandpleje.

Ved sammenligning af alle borgere sås det, at langt flere i kontrolgruppen end i interventionsgruppen havde indsats af fysioterapeut (50 % vs. 25 %) og benyttede omsorgstandpleje (11 % vs. 2 %). Den samme andel af alle borgere i kontrolgruppe og interventionsgruppe havde tilbud om hhv. ergoterapeut (6 %) og klinisk diætist (ca. 1 %), jf. tabel 4.6.

	Interventionsgruppen	Kontrolgruppe Alle borgere	p-værdi #)
Fysioterapeut N=105 og 112	26 (25)	55 (49)	0,000
Klinisk diætist +)	1 (1)	2 (2)	1,000
Ergoterapeut N=105 og 112	6 (6)	6 (5)	0,908
Omsorgstandpleje §) N=105 og 62	2 (2)	7 (11)	0,009

Tabel 4.6: Fordelingen af andre indsatser (dvs. via fysioterapeut, ergoterapeut, diætist og omsorgstandpleje) hos alle borgere der deltog. Data er antal (%).

#) Pearsons Chi-square/Fishers Exact test; +) fra ernæringsfirma; §) Brug af omsorgstandplejen for deltagere fra hjemmeplejen er estimeret til 0, ud fra opgørelse foretaget af omsorgstandplejen i maj 2013, hvoraf det samlede forbrug fremgår og er meget lavt for hjemmeplejen. Det har ikke været muligt at få data for alle borgere på Østervang.

Ved sammenligning af borgere med 2 point i EVS sås det, at langt flere i kontrolgruppen end i indsatsgruppen fik tilbudt indsats af hhv. fysioterapeut (25 % vs. 5 %) og ergoterapeut (10 % vs. 0 %). Der var en tendens til, at en højere andel af borgere med 2 point i EVS i kontrolgruppe og interventionsgruppe fik tilbud om hhv. omsorgstandpleje (4 % vs. 2 %) og klinisk diætist (5 % vs. 2 %), jf. tabel 4.7.

	Interventionsgruppen	Kontrolgruppe	p-værdi #)
Fysioterapeut N=56 og 40	3 (5)	10 (25)	0,013
Klinisk diætist +) N=56 og 40	1 (2)	2 (5)	0,569
Ergoterapeut N=56 og 40	0 (0)	4 (10)	0,028
Omsorgstandpleje §) N=56 og 27	1 (2)	1 (4)	0,547

#) Pearsons Chi-square/Fishers Exact test; +) fra ernæringsfirma; §) Brug af omsorgstandplejen for deltagere fra hjemmeplejen er estimeret til 0, ud fra opgørelse fortaget af omsorgstandplejen i maj 2013, hvoraf det samlede forbrug fremgår og er meget lavt for hjemmeplejen. Det har ikke været muligt at få data for alle borgere på Østervang.

Tabel 4.7: Fordelingen af andre indsatser (dvs. via fysioterapeut, ergoterapeut, diætist og omsorgstandpleje) hos borgere med 2 point i EVS der deltog. Data er antal (%)

Alt i alt havde kontrolgruppen således flere tilbud om indsatser fra forskellige faggrupper end interventionsgruppen, hvis der ses bort fra den tværfaglige indsats ved fysioterapeut, ergoterapeut og klinisk diætist, der blev tilbudt som en del af den nye model for ernæringsintervention. Forklaringen på denne forskel er formodentlig, at der var flere borgere fra plejebolig i kontrolgruppen.

4.4. Tilbud til interventionsgruppen (den nye model for ernæringsintervention)

Borgere i interventionsgruppen med 2 point i EVS fik tilbudt forskellige indsatser af hhv. fysioterapeut, klinisk diætist og ergoterapeut som en del af den nye model for ernæringsintervention. Fordelingen af disse fremgår af tabel 4.8.

	Antal (%)
”Kun” diætist	6 (11)
”Kun” fysioterapeut + træningsdrik	4 (7)
”Kun” ergoterapeut	0 (0)
Diætist + fysioterapeut	14 (26)
Diætist + ergoterapeut	7 (13)
Diætist + fysioterapeut + ergoterapeut	14 (26)
Ergoterapeut i alt	21 (38)
Diætist i alt	41 (75)
Individuel træning i alt	22 (40)
Holdtræning i alt	10 (18)

Tabel 4.8: Antal (%) borgere med 2 point i EVS, der har modtaget de forskellige indsatser i den nye model for ernæringsintervention.

Den kliniske diætist var involveret i flest (75 %) af deltagerne og ergoterapeuten i færrest (38 %). De hyppigste tværfaglige indsatser bestod af enten et samarbejde mellem fysioterapeut, klinisk diætist og ergoterapeut (26 %) eller et samarbejde mellem de to førstnævnte (26 %). Detaljer om den tilbudte indsats af hhv. fysioterapeut, klinisk diætist og ergoterapeut fremgår af tabel 4.9.

Tilbud	
Fysioterapeuter	
Tilbudt træning (antal gange)	16,8
Gennemført træning (antal gange)	11,9
Deltagere vejet (antal gange) +)	6,2
Skader (%)	0 (0)
Tilbudt træningsdrik (antal gange)	16,7
Drukket > 75 % (antal gange)	10,2
Klinisk diætist	
Hjemmebesøg (antal gange)	2,6
Samtaler ved holdtræning i plejebolig (antal gange)	0,7
Telefonkontakter (antal gange)	1,2
Aflyste besøg (antal gange)	0 (0)
Kontakt til praktiserende læge (%)	11 (27)
Kontakt til omsorgstandpleje (%)	1 (2)
Kontakt til ergoterapeut (%)	19 (46)
Kontakt til fysioterapeut (%)	32 (78)
Kontakt til madserviceleverandør (%)	11 (27)
Kontakt til hjemmepleje (%)	20 (49)
Kontakt til hjemmesygepleje (%)	5 (12)
Kontakt til pårørende (%)	10 (24)
Iværksættelse af grøn ernæringsrecept (%)	26 (63)
Anbefaling af vitamin D tilskud (%)	34 (83)
Ergoterapeut	
Hjemmebesøg (antal gange)	2,4
Samtaler ved holdtræning i plejebolig (antal gange)	0,6
Telefonkontakter (antal gange)	0,1
Aflyste besøg (antal gange)	0 (0)
Kontakt til praktiserende læge (%)	2 (10)
Kontakt til omsorgstandpleje (%)	0 (0)
Kontakt til klinisk diætist (%)	20 (95)
Kontakt til fysioterapeut (%)	13 (62)
Kontakt madserviceleverandør (%)	0 (0)
Kontakt til hjemmepleje (%)	10 (48)
Kontakt til hjemmesygepleje (%)	0 (0)
Kontakt til pårørende (%)	1(5)

+ i forbindelse med den ene af de to træningsgange per uge, blev deltagerne vejet

Tabel 4.9: Beskrivelse af indsatsen af hhv. fysioterapeut, klinisk diætist og ergoterapeut over 11 uger for borgere med 2 point i EVS, der blev tilbudt den nye model for ernæringsintervention. Data er gennemsnit af antal gange eller antal (%).

Indsatsen ved fysioterapeut

Borger, der modtog træning, gennemførte knap 75 % af den tilbudte træning, indtog træningsdrikken i den forbindelse, og der opstod ingen skader undervejs. Den primære årsag til at træningen ikke blev gennemført var sygdom. Sygdom var også den primære årsag til, at deltagerne ikke fik træningsdrikken. Stort set alle ønskede at træne i hele indsatsperioden og kunne lide træningsdrikken.

Indsatsen ved klinisk diætist

Borgere, der fik udarbejdet en individuel ernæringsplan, fik i gennemsnit 4,5 vejledninger (via hjemmebesøg, i forbindelse med holdtræning og ved telefonkontakt). Ingen besøg blev aflyst. I forbindelse med indsatsen var der oftest samarbejde med fysioterapeut og ergoterapeut fra CES-studiet, og herudover især med madserviceleverandør, hjemmeplejen, pårørende og praktiserende læge. I forlængelse af sidstnævnte fik en høj andel af deltagerne (63 %) en grøn ernæringsrecept, dvs. mulighed for tilskud til industrielt fremstillede ernæringsdrikke.

Indsatsen ved ergoterapeut

Borgere, der benyttede ergoterapeut, fik i gennemsnit tre vejledninger (via hjemmebesøg, i forbindelse med holdtræning og ved telefonkontakt). Ingen besøg blev aflyst. I forbindelse med indsatsen var der oftest samarbejde med klinisk diætist og fysioterapeut fra CES-studiet, og herudover især med hjemmeplejen.

Eksempler på hvordan de forskellige indsatser konkret blev omsat til praksis fremgår af faktaboks 4.1.

FAKTABOKS 4.1: EKSEMPLER PÅ INDSATSEN I PRAKSIS

Borgeren fik ikke spist aftensmad, men holdt meget af maden fra en af områdets slagtere. Han kunne dog ikke selv hente den. Det var dog muligt at bestille mad fra slagterne via internettet og få det leveret til døren. Diætisten hjalp derfor borgeren med at få hans internet til at virke, så han kunne bestille maden.

Den fysiske træning bestod ikke kun af hård styrketræning, men blev organiseret på flere måder. Bl.a. blev der gået tur med rollator udendørs, når solen skinnede. Det betød, at flere af deltagerne efterfølgende selv kommer ud at gå en tur hver dag. Simple redskaber, som var til stede i borgerens hjem, blev anvendt i træningen, f.eks. blev der hos flere borgere trænet på trapper.

En af de deltagende borgere kunne tale flere forskellige sprog, så under træningen blev antal gentagelser af en øvelse talt på f.eks. tysk, fransk og engelsk. Det skabte en god stemning og er et eksempel på, hvordan der tages udgangspunkt i borgerens situation, ressourcer og ønsker for at motivere til at træne og spise.

En borger, som havde tabt meget i vægt inden CES-studiet startede, tog på efter, at hendes SOSU-hjælper havde været på kursus vedr. ældre og ernæring. Borgeren havde et mål om at kunne tage ind til Magasin som hun tidligere havde gjort. Dette var muligt ved afslutningen af interventionen, efter hun havde genvundet kræfterne.

4.5. Sammenfatning

Karakteristik af borgere med forskellige point i EVS

Ved sammenligning af borgere med 0, 1 og 2 point i EVS var resultatet, at der var flere med lav vægt og BMI blandt borgere med 2 point i EVS og færre med ADL-problemer blandt borgere med 0 point i EVS.

Alt i alt var borgere med 2 point i EVS således i dårligere ernæringstilstand end de øvrige borgere vurderet ud fra vægt og BMI. Det samme er fundet i et tidligere projekt (upublicerede data fra projektet Faglige kvalitetsoplysninger om plejebolig (<http://www.kl.dk/Aktuelle-temaer/kvalitetsportalen/Faglige-kvalitetsoplysninger-om-plejeboliger/FKOplejeboliger/>)).

I ovennævnte projekt fandt man, at ca. 25 % af borgere i plejebolig fik 2 point i EVS, hvilket svarer til resultaterne i det aktuelle CES-studie. Fordelingen af point i EVS har ikke tidligere været undersøgt for borgere i hjemmepleje. I det aktuelle CES-studie var forekomsten af borgere med 2 point i EVS højere i hjemmeplejen end i plejeboligerne. En forklaring er, at der fra hjemmeplejen primært deltog borgere med ydelsen ernæring (og supplerende ernæring), dvs. borgere som har forskellige problemstillinger, når det gælder mad og drikke. Dette afspejles bl.a. i en høj forekomst (22 %) af borgere med BMI under 18,5 og en høj andel af borgere med OBS i spisevaner. Forekomsten af borgere med 2 point i EVS vil derfor formodentlig være lavere blandt fx borgere, der udelukkende modtager hjemmepleje til rengøring. Med hensyn til andelen med BMI under 18,5 afspejler andelen af borgere i hjemmepleje det, der er fundet i tidligere studier (Kjær & Beck 2010), mens andelen i de to plejeboliger var lavere (11 %), end det tidligere er set. Den høje andel af borgere i hjemmeplejen med BMI under 18,5 er tankevækkende set i lyset af både det høje antal af ydelser (hhv. knap 9 i form af hjemmepleje og knap 3 i form af hjemmesygepleje) og at stort set alle borgerne modtog ydelsen ernæring (og supplerende ernæring).

Forskellige problemstillinger i forbindelse med udfyldelsen af EVS

Med hensyn til den højere andel med OBS i spisevaner i hjemmeplejen skyldtes det formodentlig, at der var sat kryds ved OBS her ud fra en overvejelse om, at alle disse borgere modtog ydelsen ernæring og at det af vejledningen til EVS fremgår at "hjælp til at spise" gælder alle former for hjælp, der gør det vanskeligt for den ældre at spise eller drikke selv, herunder tilberedning og anretning. Principielt burde alle borgere i plejebolig således også have haft OBS i denne risikofaktor, men det var ikke tilfældet. Mellem 20 og 30 % af borgerne fik point i EVS på grund af et vægttab. Meget ofte var dette felt dog ikke udfyldt på trods af muligheden for at vælge "ved ikke", så den reelle andel, der har haft et vægttab, er ukendt.

Borgere inviteret til studiet i fase 3

Borgere, der hhv. deltog og ikke-deltog i studiet i fase 3, var forskellige. Forskellen skyldtes primært, at det var nødvendigt at fravælge en række borgere fra to af de deltagende hjemmeplejegrupper. Selvom det lykkedes at inkludere et højt antal borgere i studiet i fase 3 (i alt 246), var der kun hhv. 55 og 40 borgere med 2 point i EVS og dermed færre end de 65, som var beregnet til at være nødvendige for at kunne påvise en forskel i livskvalitet.

Der var forskel på interventionsgruppen og kontrolgruppen mht. andel, der hhv. boede i plejebolig og havde ADL-problemer. Årsagen hertil var det valgte design, som betød, at der indgik to blokke fra plejebolig (Østervang vestfløj og Betaniahjemmet) i kontrolgruppen mod kun en i interventionsgruppen (Østervang østfløj). Endvidere var der flere med 2 point i interventionsgruppen, hvilket igen afspejler fordelingen af blokke med flest borgere fra hjemmeplejen i interventionsgruppen. Årsagen til den skæve fordeling var bevidst, idet der især mangler viden om betydning af en ernæringsindsats blandt borgere i hjemmepleje. Da forskellen på de to grupper kunne have betydning for de opnåede resultater, blev effekten af interventionen analyseret både for de to grupper samlet og opdelt i hhv. borgere fra hjemmepleje og plejebolig.

Tilbudte indsatser i fase 3

Kontrolgruppen fik flere visiterede tilbud fra forskellige faggrupper end interventionsgruppen, hvis der ses bort fra den tværfaglige indsats ved fysioterapeut, ergoterapeut og klinisk diætist, der blev tilbudt som en del af den nye model for ernæringsintervention. Forklaringen på denne forskel er formodentlig, at der var flere borgere fra plejebolig i kontrolgruppen.

Der var god compliance til de forskellige indsatser (ved hhv. fysioterapeut, klinisk diætist og ergoterapeut) i den nye model for ernæringsintervention.



Kapitel 5.

Fase 3.

Resultater fra afprøvningen af en ny model for ernæringsintervention målrettet skrøbelige ældre



Dette kapitel beskrives de oplevelser, resultater og effekter fra afprøvningen af EVS. I afsnit 5.1 beskrives borgernes effekt af at deltage i ernæringsinterventionen, mens afsnit 5.3 fortæller om borgernes oplevelse af deltagelsen. Samtidig fortælles i afsnit 5.4 om ledere og medarbejderes oplevelser af at deltage i indsatsen. Derudover beskrives de økonomiske resultater af ernæringsinterventionen (afsnit 5.2).

5.1 Borgernes effekt af at deltage i en ernæringsintervention

I dette afsnit gives en beskrivelse af resultaterne af afprøvningen af en ny model for tværfaglig ernæringsintervention. Formålet med afprøvningen var at afdække, om denne nye tværfaglige model var mere effektiv end den model der blev introduceret i fase 2 til at opnå forbedret livskvalitet, fysisk funktionsevne og ernæringstilstand hos de deltagende borgere med 2 point i EVS.

Metoden var et 11 ugers blokrandomiseret kontrolleret studie gennemført i fase 3. Resultaterne af interviews med den tværfaglige gruppe i fase 3 i CES-studiet kan findes i bilag 11.

Effekten af interventionen for borgere med 2 point i EVS

En høj andel af borgerne gennemførte studiet i fase 3, og kun få (ca. 1 %) sprang fra undervejs. En sammenligning af resultaterne opnået i hhv. kontrolgruppen og ved den nye model for ernæringsintervention for borgere med 2 point i EVS fremgår af tabel 5.1 og gennemgås yderligere i det efterfølgende .

	Interventionsgruppe	Kontrolgruppe	Difference (95 % CI)	p-værdi (+)
Ændring i livskvalitet N=52 og 34	0,0638 (0,187)	-0,024 (0,29)	0,09 (-0,01;0,19)	0,104
Bedre i RSS (%) N=53 og 34	25 (47)	6 (17)	-	0,005
Ændring i vægt, kg N=54 og 33	0,12 (1,94)	-0,36 (3,89)	0,48 (-0,76;1,73)	0,817
Ændring i vægtprocent N=54 og 33	0,22 (3,46)	-0,32 (7,2)	0,55 (-1,74;2,83)	0,187
Ændring i maksimal håndgribestyrke, kg N=52 og 34	-0,73 (3,00)	-0,64 (3,59)	-0,09 (-1,52;1,33)	0,757
Rehabiliteringsophold (%) N=44 og 17	1(2)	1 (6)	-	0,483
Til plejebolig (%) N=44 og 17	2 (5)	0 (0)	-	1,000

	Interventionsgruppe	Kontrolgruppe	Difference (95 % CI)	p-værdi (+)
Fald (%) N=53 og 36	4 (8)	4 (11)	-	0,710
Indlagt (%) N=53 og 36	10 (16)	10 (28)	-	0,323
Ønsker ikke at deltage (%) N=55 og 40	1 (2)	0 (0)	-	1,000
Afgik ved døden (%) N=55 og 40	1 (2)	5 (13)	-	0,079

+) Pearsons Chi-squared test/Fishers exact test eller t-test/Mann-Whitney U-test

Tabel 5.1: Ændringer i livskvalitet, fysisk funktionsevne, ernæringstilstand samt frafald m.v. undervejs for borgere med 2 point i EVS i hhv. interventions- og kontrolgruppen. Data er antal (%) eller gennemsnit (SD). RSS = rejse-sætte-sig test

Effekten på livskvaliteten

Der sås en ændring i livskvaliteten på 0,09 (95 % CI: -0,01;0,19) til fordel for borgere i interventionsgruppen, der var grænsesignifikant. Hvis borgere i hhv. interventions- og kontrolgruppe blev slået sammen, var der en signifikant sammenhæng mellem en øgning i vægten og en øgning i livskvaliteten (data ikke vist). Alt i alt betød en øgning i vægt således en øgning i livskvalitet.

Effekten på den fysiske funktionsevne

Ved sammenligning af borgere i hhv. interventions- og kontrolgruppen sås det, at andelen af borgere, der blev bedre ved rejse-sætte-sig testen, var højere i interventionsgruppen end i kontrolgruppen. Forbedringen i evnen til at rejse-sætte-sig understøttedes af resultaterne af hhv. Senior Fitness test og Bergs balance test, som dog kun blev vurderet i interventionsgruppen, og derfor var en sammenligning med kontrolgruppen ikke mulig. Alt i alt havde den nye model for ernæringsintervention således en positiv effekt på de deltagende borgeres fysiske funktionsevne

Effekten på ernæringstilstanden

Ved sammenligning af borgere i hhv. interventions- og kontrolgruppen sås der ingen forskel på ændringen i vægt, selvom interventionsgruppen tog en smule på, og kontrolgruppen tabte sig en smule. I begge grupper sås der et lille fald i maksimal håndgribestyrke, som ikke var forskellig.

Effekten på fald, hospitalsindlæggelser, rehabiliteringsophold, flytning til plejebolig, mundhygiejne, ydelser efter Serviceloven m.v. og død.

Ved sammenligning af interventions- og kontrolgruppen sås en tendens til, at der var en lavere andel, der afgik ved døden i interventionsgruppen. Endvidere sås en tendens til at en lavere andel i interventionsgruppen end i kontrolgruppen kom på rehabiliteringsophold (for deltagere fra hjemmeplejen), faldt og blev hospitalsindlagt. Modsat var der en tendens til at en højere andel i interventionsgruppen end i kontrolgruppen flyttede i plejebolig (for deltagere fra hjemmeplejen). Mht. mundhygiejnen sås der en forbedring hos 7 % af borgerne i interven-

tionsgruppen og 3 % i kontrolgruppen. Og der sås en forværring hos hhv. 7 % og 18 %. Disse forskelle var ikke signifikante. Alt i alt var der en tendens til en positiv effekt af den nye model for ernæringsintervention på både overlevelse og sundhedsrelaterede dyre indsatser, dvs. hospitalsindlæggelser og rehabiliteringsophold.

Der blev også indsamlet data fra projektkommunens omsorgssystem om ydelser fra hjemmepleje og hjemmesygepleje ved start og slut. Disse data er dog ikke benyttet, da SOSU-assistenten 1.5.2013 flyttede fra sygeplejen til hjemmeplejen, og dermed flyttede deres ydelser (servicelovsydelser og delegerede sundhedslovsydelser (dvs. oplært af en sygeplejerske)) med over i hjemmeplejen. Det samme gælder for de data, der er indsamlet om sygdomsdiagnoser og medicinforbrug. Disse data blev indsamlet hhv. via MDS og via projektkommunens omsorgssystem. Da der var meget stor uoverensstemmelse mellem de indsamlede data og meget begrænset information om især sygdomsdiagnoser i omsorgssystemet blev disse data ikke medtaget.

Effekten af interventionen for borgere med 2 point i EVS i hhv. plejebolig og hjemmepleje

Som det fremgår af afsnit 4.5, havde borgere fra plejebolig dårligere funktionsevne end borgere fra hjemmeplejen (dvs. der var flere, der havde kognitive- og ADL-problemer). Det var derfor relevant at undersøge, om der var forskel på de effekter, der kunne opnås i de to grupper. En sammenligning af resultaterne opnået i hhv. kontrolgruppen og interventionsgruppen for borgere med 2 point i EVS fremgår af tabel 5.1a (for borgere i hjemmepleje) og tabel 5.1b (for borgere i plejebolig) og gennemgås yderligere i det efterfølgende ¹⁵.

	Interventionsgruppe	Kontrolgruppe	Difference (95 % CI)	p-værdi (+)
Ændring i livskvalitet N=44 og 16	0,058 (0,166)	-0,097 (0,281)	0,155 (0,04;0,27)	0,011
Bedre i RSS (%) N=45 og 16	23 (51)	6 (38)	-	0,349
Ændring i vægt, kg N=45 og 15	0,20 (1,80)	-0,14 (4,31)	0,34 (-1,23;1,91)	0,770
Ændring i vægtprocent N=45 og 15	0,35 (3,24)	0,17 (7,92)	0,18 (-2,69;3,04)	0,934
Ændring i maksimal håndgribestyrke, kg N=45 og 17	-0,78 (3,20)	-0,25 (4,32)	-0,53 (-2,91;1,85)	0,600
Rehabiliteringsophold (%) N=43 og 17	1 (2)	1 (6)	-	0,49
Til plejebolig (%) N=43 og 17	2 (5)	0 (0)	-	1,00

Tabel 5.1a: Ændringer i livskvalitet, fysisk funktionsevne, ernæringstilstand, samt frafald m.v. undervejs hos borgere med 2 point i EVS i hjemmepleje i hhv. interventions- og kontrolgruppen. Data er antal (%) eller gennemsnit (SD). RSS = rejse-sætte-sig test

¹⁵ Som det fremgår af kapitel 4 blev der i løbet af studiet i fase 3 indsamlet en lang række data fra hhv. alle borgere og borgere med 2 point i EVS der deltog. Da det udelukkende er data fra effekten af indsatsen hos borgere med 2 point i EVS, der er benyttet i de økonomiske analyser, er det valgt kun at vise resultaterne for disse borgere.

	Interventionsgruppe	Kontrolgruppe	Difference (95 % CI)	p-værdi (+)
Fald (%) N=45 og 18	4 (9)	2 (11)	-	1,00
Indlagt (%) N=45 og 18	8 (18)	7 (39)	-	0,076
Ønsker ikke at deltage (%) N=46 og 18	1 (2)	0 (0)	-	0,719
Døde (%) N=46 og 18	0 (0)	1 (6)	-	0,281

+) Pearsons Chi-squared test/Fishers exact test eller t-test/Mann-Whitney U test

Tabel 5.1a: Ændringer i livskvalitet, fysisk funktionsevne, ernæringstilstand, samt frafald m.v. undervejs hos borgere med 2 point i EVS i hjemmepleje i hhv. interventions- og kontrolgruppen. Data er antal (%) eller gennemsnit (SD). RSS = rejse-sætte-sig test

	Interventionsgruppe	Kontrolgruppe	Difference (95 % CI)	p-værdi (+)
Ændring i livskvalitet N=8 og 18	0,0958 (0,290)	0,0402 (0,289)	0,055 (-0,2;0,31)	0,656
Bedre i RSS (%) N=8 og 18	2 (25)	0 (0)	-	0,027
Ændring i vægt, kg N=21 og 17	-0,29 (2,63)	-0,55 (3,63)	0,26 (-2,55;3,10)	0,850
Ændring i vægtprocent N=21 og 17	-0,40 (4,59)	-0,74 (6,80)	0,34 (-4,85;5,53)	0,894
Ændring i maksimal håndgribestyrke, kg N=22 og 19	-0,41 (1,77)	-1,02 (2,74)	0,61 (-1,65;2,87)	0,582
Fald (%) N=8 og 18	0 (0)	2 (11)	-	0,471
Indlagt (%) N=8 og 18	2 (25)	3 (17)	-	0,498
Ønsker ikke at deltage (%) N=9 og 22	0 (0)	0 (0)	-	1,000
Døde (%) N=9 og 23	1 (11)	5 (22)	-	0,648

Tabel 5.1b: Ændringer i livskvalitet, fysisk funktionsevne, ernæringstilstand, samt frafald m.v. undervejs hos borgere med 2 point i EVS i plejebolig hhv. interventions- og kontrolgruppen. Data er antal (%) eller gennemsnit (SD). RSS = rejse-sætte-sig test

+) Pearsons Chi-squared test/Fishers exact test eller t-test/Mann-Whitney U test

Effekten på livskvaliteten

Ved sammenligning af borgere i hjemmepleje i hhv. interventions- og kontrolgruppen sås en ændring i livskvaliteten på 0,155 (0,04;0,27) til fordel for borgere i interventionsgruppen. Ved sammenligning af borgere i plejebolig i hhv. interventions- og kontrolgruppen sås der ingen forskel i forbedringen i livskvalitet.

Effekten på den fysiske funktionsevne

Ved sammenligningen af borgere i hjemmepleje i hhv. interventions- og kontrolgruppen var der flere i førstnævnte end i sidstnævnte, der blev bedre til rejse-sætte-sig testen. Forskellen var dog ikke signifikant. Ved sammenligning af borgere i plejebolig i hhv. interventions- og kontrolgruppen var der ligeledes flere i førstnævnte end i sidstnævnte der blev bedre ved rejse-sætte-sig testen, og her var forskellen statistisk signifikant.

Effekten på ernæringstilstanden

Ved sammenligning af borgere i hjemmepleje i hhv. interventions- og kontrolgruppen sås der ingen forskel i ændring i vægt og håndgribestyrke. Det samme gjaldt ved sammenligning af borgere i plejebolig i hhv. interventions- og kontrolgruppen.

Effekten på fald, hospitalsindlæggelser, rehabiliteringsophold, flytning til plejebolig, ydelser efter Serviceloven¹⁶ og død

Ved sammenligningen af borgere i hjemmepleje i hhv. interventions- og kontrolgruppen var der lige mange der faldt i de to grupper. Der var færre borgere i interventionsgruppen, der afgik ved døden, kom på rehabiliteringsophold og blev indlagt men flere, der kom i plejebolig. Ingen af forskellene var dog signifikante. Ved sammenligningen af borgere i plejebolig i hhv. interventions- og kontrolgruppen var der færre borgere i førstnævnte der hhv. faldt og afgik ved døden, men flere borgere der blev hospitalsindlagt. Ingen af forskellen var dog signifikante.

Effekten af de forskellige indsatser på vægt, maksimal håndgribestyrke og livskvalitet

Borgerne i interventionsgruppen blev tilbudt indsatser af hhv. fysioterapeut, klinisk diætist og ergoterapeut. Effekten af disse indsatser på hhv. vægt, maksimal håndgribestyrke og livskvalitet fremgår af tabel 5.1c og gennemgås kort i det efterfølgende

Tabel 5.1c: Effekten af forskellige (tværfaglige) indsatser på ændringer i hhv. livskvalitet og ernæringstilstand (vægt, og maksimal håndgribestyrke). Data er ændring (95 % konfidensintervaller). Ændringer er signifikante, hvis konfidensinterval er på samme side af 0.

'Fysioterapeut' omfatter også en indsats i form af en træningsdrikDe få (dvs. fire) borgere, der udelukkende fik en indsats bestående af træning ved fysioterapeut (+ træningsdrik), havde et fald i maksimal håndgribestyrke sammenlignet med borgere i kontrolgruppen. Derudover var der ingen signifikante forskelle. Der var dog nogle tendenser, når interventionsgruppen blev sammenlignet med kontrolgruppen:

- En indsats vha. tværfagligt samarbejde mellem klinisk diætist, fysioterapeut og ergoterapeut eller mellem klinisk diætist og ergoterapeut var mest effektiv til at forbedre livskvaliteten
- En indsats vha. tværfagligt samarbejde mellem klinisk diætist og fysioterapeut var mest effektiv til at øge vægten
- En indsats vha. klinisk diætist var mest effektiv til at øge den maksimale håndgribestyrke.

¹⁶ Se tidligere kommentar

	Klinisk diætist vs. kontrol	Fysioterapeut vs. kontrol	Klinisk diætist og fysioterapeut vs. kontrol	Klinisk diætist og ergoterapeut vs. kontrol	Klinisk diætist, fysioterapeut og ergoterapeut vs. kontrol
Ændring i livskvalitet	-0,126 (-0,259;0,234)	0,070 (-0,232;0,373)	0,022 (-0,139;0,184)	0,202 (-0,055;0,459)	0,118 (-0,052;0,289)
Ændring i vægt, kg	-0,30 (-3,63;3,03)	0,46 (-3,55;4,47)	1,34 (-0,85;3,53)	-0,04 (-3,18;3,11)	0,80 (-1,41;3,00)
Ændring i vægtprocent	-1,24 (-7,46;4,97)	0,51 (-6,92;7,95)	1,87 (-2,19;5,92)	0,015 (-5,81;5,84)	1,13 (-2,96;5,22)
Ændring i maksimal håndgribe styrke, kg	1,42 (-1,68; 4,53)	-2,79 (-6,48;-0,90)	-0,66 (-2,87;1,55)	0,72 (-2,37;3,81)	-0,11 (-2,38;2,17)

Tabel 5.1c

Resultater af audit

Ved indledningen af fase 1 og efter afslutningen af fase 2 og 3 i CES-studiet blev der foretaget audit i kommunens omsorgssystem. Formålet var at se om der skete en positiv udvikling i graden af dokumentation. Samlet for de tre plejegrupper i hjemmeplejen viste audit, at der under ernæringsprojektets tre faser skete en meget positiv udvikling mht. dokumentation af vægtmålinger, behov og evaluering. Audit viste endvidere, at plejeboligerne også før ernæringsprojektets gennemførelse (dvs. i starten af fase 1) havde en rutine med at dokumentere oplysninger om ernæring, herunder BMI. Også her sås dog en positiv udvikling.

Sammenfatning af effekten af en ny model for ernæringsintervention

I studiet i fase 3 var formålet at undersøge effekten af en ny model for ernæringsintervention og sammenligne den med effekten af den model, der var introduceret i fase 2. I tabel 5.1d ses en sammenfatning af resultaterne, i forhold til bl.a. effekten på livskvalitet, fysisk funktionsevne og ernæringstilstand (vægt og maksimal håndgribe styrke).

Tabel 5.1d: Sammenfatning af resultaterne af effekten af en ny model for ernæringsintervention for borgere med 2 point i EVS. Data er ændring (95 % konfidensintervaller) eller antal (%). RSS = rejse-sætte-sig. Alt i alt var der særdeles god compliance i den nye model for ernæringsintervention, og resultaterne viste at:

- Borgere med 2 point i EVS opnåede positiv effekt af indsatsen på fysisk funktionsevne
- Borgere i hjemmeplejen med 2 point i EVS opnåede positiv effekt på livskvalitet
- Vægtøgning generelt hang tæt sammen med øgning i livskvalitet.

Specifikt i forhold til det tværfaglige samarbejde sås det, at et sådan formaliseret samarbejde mellem klinisk diætist, ergoterapeut og fysioterapeut var langt mere effektivt end en indsats, der udelukkende benyttede en af de tre faggrupper.

	Alle	Hjemmepleje	Plejebolig
Ændring i livskvalitet	0,09 (-0,01;0,19) P=0,104	0,1555 (0,04;0,27) P=0,011	0,055 (-0,2;0,31) P=0,656
Ændring i funktion (Bedre i RSS, (%))	47 vs. 17 % P=0,005	51 vs. 38 % P=0,349	25 vs. 0 % P=0,027
Ændring i vægt, kg	0,48 (-0,76;1,73) P=0,817	0,34 (-1,23;1,91) P=0,770	0,26 (-2,55;3,10) P=0,850
Ændring i maksimal håndgribestyrke, kg	-0,09 (-1,52;1,33) P=0,757	-0,53 (-2,91;1,85) P=0,600	0,61 (-1,65;2,87) P=0,582
Rehabiliteringsophold (%)	2 vs. 6 % P=0,490	2 vs. 6 % P=0,490	-
Til plejebolig (%)	5 vs. 0 % P=1,000	5 vs. 0 % P=1,000	-
Fald (%)	8 vs. 11 % P=0,710	9 vs. 11 % P=1,000	0 vs. 11 % P=0,471
Indlagt (%)	16 vs. 28 % P=0,323	18 vs. 39 % P=0,076	25 vs. 17 % P=0,498
Ønsker ikke at deltage (%)	2 vs. 0 % P=1,000	2 vs. 0 % P=0,719	0 vs. 0 % P=1,000
Afgået ved døden (%)	7 vs. 13 % P=0,079	0 vs. 6 % P=0,281	11 vs. 22 % P=0,648

Tabel 5.1d



5.2 De økonomiske resultater af en ernæringsintervention

I dette afsnit gives en beskrivelse af de økonomiske analyser baseret på resultaterne af fase 2 og fase 3. I fase 2 blev der udpeget ernæringsnøglepersoner, som blev kompetenceudviklet ved bl.a. AMU-kursus og studiekredse. Endvidere blev der sat fokus på dokumentation i det kommunale omsorgssystem. I fase 3 blev der afprøvet en ny model for ernæringsintervention, hvor fysioterapeut, ergoterapeut og klinisk diætist blev stillet til rådighed via CES-studiet og dermed var uafhængig af en indledende visitation, og hvor det tværfaglige samarbejde mellem de tre grupper blev formaliseret.

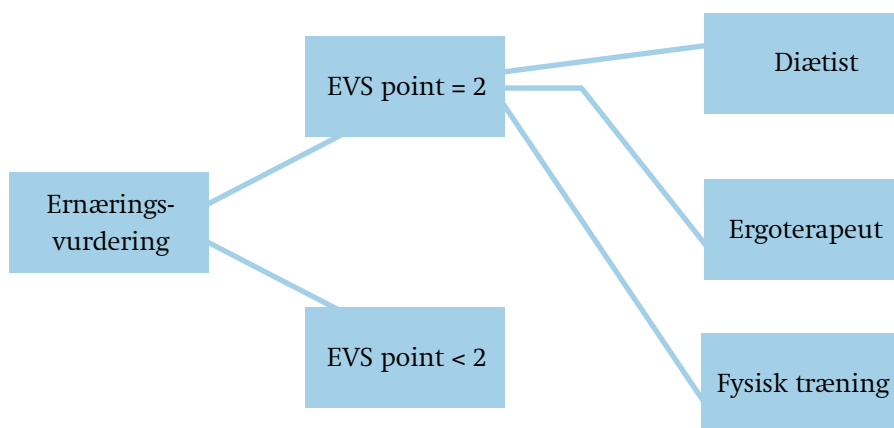
Formålet med de økonomiske analyser var at afdække, om den indsats, der har været iværksat, hhv. kompetenceudviklingen der indgik i fase 2 og en nye model for tværfaglig ernæringsintervention der indgik i studiet i fase 3, var økonomisk rentabel i forhold til opnået vægtøgning og livskvalitet.

Metoden til den økonomiske analyse af en ernæringsindsats baseret på EVS tager udgangspunkt i en stiliseret analysemodel, et såkaldt beslutningstræ og er en såkaldt cost-effectiveness analyse.

FAKTABOKS 5.2: HVAD ER EN COST-EFFECTIVENESS ANALYSE?

I en cost-effectiveness analyse søger man et svar på, hvor meget man får for pengene ved at gennemføre en bestemt intervention. En hvilken som helst intervention vil have bestemte sundhedsmæssige konsekvenser, og den vil påvirke udgifterne til sundhed, ofte både i form af nye udgifter og af besparelser i forhold til, hvad udgifterne ellers ville have været. Mens det, i hvert fald i princippet, er enkelt at opgøre udgifterne og besparelserne ved en intervention, da det i begge tilfælde drejer sig om pengebeløb, kan det være anderledes kompliceret at bestemme, hvilken effekt den har haft. Som regel har interventionen et bestemt formål, og i visse tilfælde kan det måles, i hvor høj grad dette formål er nået. Således er der en oplagt effekt knyttet til kolesterolsænkende medicin, nemlig faldet i patientens kolesterolniveau. Men meget ofte kan et sådant enkelt effektmål ikke stå alene, der kan være bivirkninger, eller patienterne får det måske bedre uden at man egentlig kan måle en ændring. Disse forhold fører til, at man i mange analyser foretrækker at arbejde med et effektmål, der har form af et index for sundhedsrelateret livskvalitet, og der er gennem årene udarbejdet flere metoder til at opgøre et sådant index. Blandt disse har især QALY-målet vundet udbredelse. Betegnelsen står for Quality Adjusted Life Years, og indexet giver et tal mellem 0 og 1, hvor 1 er fuldt helbred. Man vil undertiden se betegnelsen cost-utility for analyser, hvor effekt opgøres som ændring i et helbredsindex, mens betegnelsen cost-effectiveness så reserveres for analyser, hvor effekt kan opgøres i "naturlige" enheder (som kolesterolniveau i eksemplet ovenfor). Sondringen er dog lidt kunstig, og betegnelsen "cost-effectiveness" bruges i begge tilfælde. Resultatet af analysen er den såkaldte ICER, Incremental Cost-Effectiveness Ratio, der viser, hvad interventionen koster, oftest målt i kroner pr. QALY. Man kan så sammenligne forskellige interventioner alt efter, hvor billigt man kan opnå en QALY. Hvis det bliver for dyrt, vil man være skeptisk overfor den pågældende intervention. Man arbejder med en tærskel på 200.000 kr.pr. QALY. Interventioner, der er dyrere, kræver yderligere undersøgelser eller overvejelser af helt anden karakter, før de eventuelt gennemføres.

Borgeren vil i overensstemmelse med EVS få enten 0, 1 eller 2 point. Ved 2 point i EVS tilbydes en særlig indsats, som kan bestå af flere elementer, der kan tilvælges, og denne indsats vil have en effekt på borgerens ernærings- og sundhedstilstand, som vurderes i forhold til det økonomiske ressourcetræk, der er sket såvel i forbindelse med ernæringscreeningen ved EVS som ved den efterfølgende ernæringsindsats.



Figur 5.2: Beslutningstræ for ernæringsindsats ved brug af EVS.

Omkostninger

Ved opgørelsen af omkostningerne pr. borger inddrages dels ernæringsscreeningsomkostninger, dels omkostninger til indsatsen. Da opgørelsen af såvel omkostninger som effekter ved ernæringsindsatsen er vurderet pr. borger i den gruppe, som modtager tilbuddet om indsats, dvs. borgere med 2 point i EVS, vil omkostningen ved ernæringscreeningen af samtlige skulle tillægges borgere i denne gruppe. Da der ud af 185 screenede udvalgte 55, betyder det at ernæringsscreeningsomkostningen for borgere med 2 point ganges med $185/55 = 3,36$ for at dække samtlige omkostninger. Ressourceforbruget ved ernæringscreeningen er vurderet ud fra et tidsforbrug på 15 minutter.

Det kan argumenteres, at ernæringsscreeningsomkostningerne, som er knyttet til EVS, i fremtiden vil skulle afholdes under alle omstændigheder og således ikke er knyttet til interventionen. Det er imidlertid vurderet, at den særlige ernæringsindsats er en opfølgning på brugen af skemaet, således at det vil være forkert at skille de to dele ad. Under alle omstændigheder er de udgifter, der er knyttet til ernæringscreeningen, beskedne i forhold til de øvrige udgifter ved interventionen.

Blandt de borgere, der udvalgte til en særlig ernæringsindsats, blev de enkelte dele af denne indsats tilbudt i varierende omfang, og omkostningerne ved denne indsats er derfor tillagt i overensstemmelse med den procentdel af gruppen, som benyttede det pågældende tilbud. Vurderet ud fra den faktiske deltagelse må det derfor forventes, at 75 % af borgerne vil benytte diætist og 38% vil benytte ergoterapeut. Fysisk træning på hold vil blive benyttet af 18 %, individuel træning af 40 %.

Ved vurderingen af omkostningerne ved de tre tilbud er der til klinisk diætist afsat 45 minutter til indledende samtale og 30 minutter til opfølgende samtaler, hvortil kommer 30 minutters transporttid for hjemmebesøg. I alt 41 borgere benyttede dette tilbud, og for disse blev der gennemført i gennemsnit 2,6 samtaler pr. deltager for hjemmeboende og 0,7 ved holdtræning på Østervang. For brug af ergoterapeut, som blev benyttet af 38 borgere, er der regnet med et tidsforbrug på 30 minutter pr. samtale samt 30 minutters transporttid for hjemmebesøg, og hver enkelt hjemmeboende modtog gennemsnitligt 2,4 besøg, mens deltagerne til holdtræning fik 0,7 samtaler.

Fysisk træning blev valgt af i alt 32 borgere, heraf valgte ti borgere holdtræning, mens 22 valgte individuel træning i hjemmet. Ved den sidste er der regnet med to ugentlige træningsforløb af 30 minutters varighed over 11 uger. Hertil lægges 30 minutters transporttid for fysioterapeut pr. træningsgang. For de hjemmeboende borgere som valgte fysisk træning i hold indgår udgift til transport. Der er videre indregnet en proteindrik (træningsdrik) pr. træningsgang.

Foruden disse omkostninger, der direkte kan tilskrives kontakten med borgerne, er der visse omkostninger ved oplæring af de implicerende personalegrupper, som skal håndtere EVS. Denne udgift kan ses som en éngangsomkostning, som vil kunne benyttes løbende over adskillige forløb, og det konkrete forløb vil derfor kun skulle belastes med en andel af udgiften. Andelen er her sat til 33 %, hvilket formodentlig undervurderer muligheden for genbrug af de erhvervede færdigheder og dermed overvurderer udgifterne til interventionen. Det drejer sig dog om forholdsvis små beløb, som det også fremgår af følsomhedsanalyserne nedenfor. Der er regnet med et kursus af samme omfang som AMU-kurset, og der er regnet med deltagelse af 39 nøglepersoner.

De samlede omkostninger pr. borger med 2 point i EVS kan ses af tabel 5.2. Der er ved værdisætningen af ressourceforbrug benyttet aktuelle lønsatser for de relevante personalegrupper. Beregningsmetoder og kildehenvisninger til pris- og løndata kan findes på regnearket, som danner grundlag for tabellen, se: www.econ.ku.dk/keiding/Ernaering/ErnaeringCEA.xlsx.

	Omkostning pr. borger i interventionsgruppe
Ernæringscreening	117,46
Ernæringsindsats	
Diætist	228,75
Ergoterapeut	96,38
Fysisk træning	2895,93
Uddannelse	743,69
I alt	4082,21

Tabel 5.2: Omkostninger ved ernæringsindsats på grundlag af EVS. Kr. pr. borger udvalgt til særlig indsats.

Effekt på vægt og livskvalitet

Til brug ved den økonomiske analyse af ernæringsindsatsen er valgt to indikatorer for effekt, nemlig dels den direkte effekt i form af vægtøgning i kilo som resultat af indsatsen, dels den mere bredt favnende vurdering af livskvalitet baseret på EQ-5D. Resultaterne fra denne måling er givet ved et index, der generelt betegnes som QALY (Quality Adjusted Life Years), og ændringen i QALY kan betragtes som en effekt af indsatsen. I begge tilfælde kan der ses dels på den absolutte ændring for borgeren, som for vægtøgningens vedkommende var på 0,1185 kg og for livskvalitet en forøgelse af QALY-score på 0,0638 og på ændring relativt til kontrolgruppen. Denne sidste betragtningstype betyder, at der inddrages en underliggende generel tendens, i dette tilfælde til vægttab og forringelse af livskvalitet, som modvirkes af ernæringsindsatsen. Set på denne måde foreligger der en noget større vægtforøgelse og forbedring af livskvalitet. Forskellen er især mærkbar for vægtøgningens vedkommende, idet kontrolgruppen havde et vægttab på 0,36 kg.

Det skal bemærkes, at der ved en cost-effectiveness betragtning ses på gennemsnitstal. Det får derfor ikke umiddelbar betydning for den beregnede omkostningseffektivitet, at f.eks. ændringen af livskvalitet målt i QALY ikke er signifikant. Det hænger sammen med, at en cost-effectiveness analyse er en beslutningsstøtte, og til dette formål er gennemsnitsresultatet det vigtigste, mens variationen omkring gennemsnittet især har betydning for vurdering af behovet for yderligere information, jf. Claxton (1999)

Omkostningseffektivitet

På grundlag af opgørelserne af såvel omkostninger som effekter kan der gives et mål for effektiviteten af indsatsen, den såkaldte ICER (incremental cost-effectiveness ratio), der opgøres som omkostning i kr. pr. enhed opnået effekt. Resultatet af beregningen er vist i tabel 5.2a.

Effektmål:	Absolut effektændring	Relativ effektændring
Vægtøgning	34448	8467
Livskvalitet	63984	46559

Tabel 5.2a: Omkostningseffektivitet af ernæringsindsats ved brug af EVS. Kr. pr. opnået effektenhed.

Det fremgår, at der ved ernæringsindsatsen baseret på EVS er en udgift på knap 35.000 kr. pr. kg vægtøgning. Denne udgift bliver dog markant mindre, såfremt det inddrages, at den gruppe af borgere, som indsatsen rettes mod, formentlig uden indsatsen ville have haft et vægttab, der dermed også indhentes ved indsatsen. Udgiften pr. kg vundet vægt bliver dermed forholdsvis beskedent.

Med en omkostning af størrelsen 64.000 kr. pr. QALY er indsatsen i sammenligning med andre tiltag i sundhedsvæsenet rimeligt omkostningseffektiv, idet man anser nye interventioner for klart acceptable når omkostningseffektivitetsbrøken er mindre end 200.000 kr. pr. QALY. Igen forbedres resultatet, hvis der ses på vundet livskvalitet relativt til kontrolgruppen.

Generelle bemærkninger til de økonomiske analyser

Vurderingen af såvel omkostninger som effekter er behæftet med en vis usikkerhed, og derfor er det af betydning at afgøre, hvor stor en rolle ændringer i data eller skøn vil have på de opnåede resultater. Dette gøres gennem følsomhedsanalyser, hvor udvalgte variable ændres opad eller nedad og virkningen på omkostningseffektiviteten observeres. I tabel 5.2b er angivet resultaterne af et antal af sådanne følsomhedsanalyser.

	Omkostning i kr. pr. kg vægtøgning	Omkostning i kr. pr. vundet QALY
Basisudregning	8.467	46.388
25 % større vægtøgning i interventionsgruppe	7.977	-
25 % mindre vægtøgning i interventionsgruppe	9.055	-
25 % større forøgelse i livskvalitet	-	39.270
	-	56.658
25 % øget lønniveau i alle personalegrupper	10.019	55.057
Afskrivning i uddannelse 50 %	9.262	50.742
Afskrivning i uddannelse 25 %	8.093	44.339
Fysisk træning kun i hold	7.535	41.283
Fysisk træning kun hjemme	8.891	48.709

Tabel 5.2b: Følsomhedsanalyser: Omkostningseffektivitet (opgjort relativt til kontrolgruppe) ved ændrede data eller priser.

Hovedindtrykket af følsomhedsanalyserne er, at resultaterne er robuste overfor endda ret store ændringer i de underliggende data og skøn. Det ses ikke overraskende, at holdtræning er mere omkostningseffektiv end individuel træning. Det skal dog understreges, at der i denne beregning alene ses på omkostningssiden, hvor det især er besparelsen i fysioterapeutens tidsforbrug, der giver udslaget. Også uddannelsesomkostningerne spiller en rolle, og det er her af betydning, om de afholdte omkostninger til uddannelse kan benyttes mange gange, eller om de skal afholdes igen, typisk pga. udskiftning i personale.

Sammenfatning

Sammenfattende om den økonomiske analyse af ernæringsinterventionen kan det siges, at den nye model kræver en vis omkostning, som dog ikke kan anses for urimeligt stor sammenlignet med hvad der betales for at opnå tilsvarende resultater i andre dele af sundhedsvæsenet. Der er endda ikke modregnet de besparelser i plejeudgifter, som indsatsen må forventes at give anledning til. Alt i alt må ernæringsindsatsen dermed i økonomisk perspektiv siges at give et tilfredsstillende resultat.

5.3 Borgernes oplevelse af at deltage i ernæringsintervention

I dette afsnit gives en beskrivelse af, hvordan nogle af de borgere, der var involveret i studiet i fase 3, har oplevet de forskellige tilbudte indsatser.

Formålet med interviewene er at afdække borgernes opfattelse af at medvirke i studiet i fase 3, deres udbytte af og forventninger til træningen samt kostvejledningen. I det nedenstående vil der således blive redegjort for dette samt angivet en beskrivelse af de interviewede borgere og deres hverdagsliv.

Metoden til at opnå disse informationer har været interviews, og der er i alt interviewet seks borgere, der alle har været en del af studiet i fase 3.

Karakteristik af borgerne

De interviewede borgere var fire mænd og to kvinder i alderen 72-92 år. De havde alle været igennem et sygdomsforløb for nyligt eller tidligere i deres liv, og flere var ramt af en række forskellige handicap eller sygdomme, der svækkede deres helbred. En havde eksempelvis synsbesvær, en sad i kørestol og en var lam i højre arm. Flere af borgerne havde tabt sig i forbindelse med nylig indlæggelse, eksempelvis en 92-årig mand der efter indlæggelse med blodprop havde tabt sig 20 kg.

En enkelt af borgerne havde boet i plejebolig det seneste år, mens resten boede alene i eget hjem. Flere af borgerne modtog hjemmepleje dagligt til at få smurt mad, få taget opvasken, redt seng og få støttestrømper af og på. Derudover var der flere, der fik varm mad udefra og havde indkøbsordning, hvor de fik leveret dagligvarer til hjemmet. Alle borgerne fik desuden hjælp til rengøring. En enkelt kvinde på 72 år havde også fået bevilliget en halv times ugentlig aktivitetstur med en SOSU-hjælper.

Nogle af borgerne var for nyligt begyndt at modtage hjemmepleje, mens andre i flere år havde modtaget hjælp. Det gjaldt eksempelvis en 72-årig kvinde, der som barn blev ramt af polio, samt en tidligere alkoholiker på 78 år, der havde været invalidepensionist i 20 år. Det betød også, at de måtte forlade deres embede som henholdsvis læsepædagog og gymnasielærer tidligere end folkepensionsalderen. Dette gjaldt også for en 92-årig mand, der arbejdede som arkivar inden han som 58-årig blev invalidepensionist på grund af Ménières sygdom. En anden mand på 81 år, der tidligere ejede flere forretninger med Radio- og TV udstyr, havde været aktiv inden for sit erhverv indtil han blev syg med kræft for to år siden.

Borgernes nuværende tilværelse

Borgerne fortalte alle om en tilværelse, der i høj grad havde ændret sig fra tidligere, hvor de kom meget mere ud, rejste og var aktive. Deres liv foregik hovedsageligt i hjemmet, hvor de var bundet af deres helbred, der satte nogle begrænsninger for, hvad de kunne og ikke kunne. Sygdomme og handicap besværliggjorde eller forhindrede flere i at gøre det, de havde lyst til. Britta på 72 år, der sad i kørestol, fortalte følgende:

”Men det er blevet begrænset for mig at komme ud netop på grund af, at jeg har brug for et handikaptoilet, der helst skal være godt (...) Jeg har en ven ude i Hellerup, hvor det hele er så handicapvenligt, og hun kan godt give mig en hånd ude på badeværelset. Men min bror gider jeg ikke besøge på grund af toiletforhold, og der er også nogen af mine andre venner, jeg ikke kan besøge. Så bliver man lidt isoleret, det ligger i sagens natur.”

Følelsen af isolation og ensomhed gik også igen hos nogle af de andre borgere, der savnede selskab. Poul på 92 år havde søgt om at få en besøgsven gennem Røde Kors. Han syntes, det var psykisk hårdt at sidde alene hver dag, og han kunne ikke tage sig sammen til at lytte til lyd-bøger, fordi han gerne ville have en at dele det med. Jørgen på 83 år ærgrede sig over, at hans kones familie, efter hendes død, var stoppet med at invitere ham til familiekommmener. Han troede, de ikke regner med, han er i stand til at deltage, men det mente han selv, han kunne, hvis det var.

En enkelt af borgerne havde ikke noget familie, men ellers gav flere af borgerne udtryk for at have en god kontakt til deres familie, som de ofte så eller talte med og modtog forskellig hjælp fra. Derudover foregik dagligdagen hovedsageligt i hjemmet med at læse bøger eller blade, høre radio, se fjernsyn og løse kryds og tværs. Gerda på 90 år fortalte, at hun var meget træt og faldt i søvn hele tiden, og derfor ikke fik lavet så meget i løbet af dagen. Nogle borgere deltog i aktiviteter uden for hjemmet, hvor en kom i Blindesamfundet en gang om ugen, mens en anden gik til kortspil i Ældresagen.

Kost og kostvejledning

Som nævnt havde flere af borgerne tabt sig i forbindelse med indlæggelse, og de gav udtryk for at være bevidste om vigtigheden af at holde deres nuværende vægt eller tage på. Gerda var også overbevist om, at kosten har betydning for kræfterne, og hvad hun kan klare. Der var dog flere, der udtrykte en vis frustration omkring spisning og madindtag. Nogle havde ingen appetit, mens andre havde svært ved at tage på, selvom de syntes, de spiste, hvad de kunne. Poul på 92 år var begyndt at spise roulader til morgenmad og vaniljeis i løbet af dagen, men syntes ikke det hjalp: ”Det eneste er, at jeg ikke kan tage på. Jeg aner ikke, hvad jeg skal gøre”. Britta på 72 år manglede ikke appetit, men havde svært ved at spise ret meget, da hun havde fået fjernet noget af sin tarm, og derfor let fik ondt i maven.

Alle borgere fik mere eller mindre hjælp i forbindelse med madlavning. En borger lavede for det meste selv sin mad, både varm og kold, en anden borger fik meget hjælp fra familien til madlavning, mens resten fik hjælp fra SOSU-hjælperne til at få smurt mad eller fik leveret varm mad udefra. Flere syntes godt om den varme mad, de fik leveret, men en enkelt brød sig ikke om det. I forhold til den kolde mad nævnte Hans også, at der er lidt forskel på SOSU-hjælperne, og at maden nogle gange kan være anrettet pænere end andre.

Nogle af borgerne mente ikke, at de havde fået kostvejledning, men tre fortalte, at de havde fået vejledning omkring deres kost af diætisten, der var tilknyttet studiet i fase 3. Britta sagde, at hun havde fået en artikel af diætisten med kostråd til folk med irriteret tyktarm og havde haft besøg af diætisten, hvor de talte om: ” Hvordan jeg kunne tilpasse de kostråd ind i den kost, jeg får, for jeg laver jo ikke mad selv, og jeg kan jo ikke være alt for krævende, når der

kommer hjemmehjælpere ind, og de har en begrænset tid. Og hvornår kommer jeg i forretning og kan købe speltbrød, eller hvad det er (...) Det handlede om at gøre noget fornuftigt inden for mulighedernes rammer”.

Bjarne på 78 år, der boede i plejebolig, havde fået lagt en kostplan af diætisten, der også havde informeret personalet om kosten, som skal tilpasses hans sukkersyge. Derudover var der flere, der nævnte, at de efter at være startet i studiets i fase 3, var begyndt at drikke proteindrik eller havde øget mængden af proteindrik, som de drak. Nogle syntes, det smagte godt, og drak flere om dagen. En enkelt kunne dog ikke tåle proteindrikkene, der fik ham til at blive dårlig og kaste op. Et par af borgerne nævnte også problemer med tandproteser, der besværliggjorde spisning.

Således var der forskellige udfordringer forbundet med madindtaget, der vanskeliggjorde en vægtøgning for flere af borgerne, og som også påvirkede deres kræfter i forhold til fysisk træning. Poul nævnte i den forbindelse, at han gerne ville træne mere derhjemme, men at hans egen fysioterapeut havde frarådet det, så længe han ikke vejede mere.

Træning i hjemmet eller på Østervang

Fire af de interviewede borgere deltog i træningsholdet på Østervang, mens to modtog træning i hjemmet. Borgerne nævnte forskellige formål med at deltage i træningen. For nogen af dem, der trænede på Østervang, lå motivationen meget i det sociale aspekt, hvor de kunne komme ud og møde andre. Her har fællesspisningen efter træningen stor betydning, og flere påpegede, at de fik god mad og spiste mere, når de sad og hyggede sig med de andre. For Jørgen havde det eksempelvis først og fremmest været det sociale samvær, der havde været formålet med at deltage i træningen, og det havde ikke betydet så meget, om det gav ham flere kræfter eller styrke i musklerne. Flere udtrykte dog et ønske om, at træningen kunne gøre dem mere funktionsdygtige og give styrke i kroppen, hvilket havde været den primære årsag til, at de havde ønsket at deltage i studiet i fase 3. Én havde som målsætning at kunne komme til at rejse sig fra en stol uden at holde fast i bordet, en anden ville gerne kunne gå med støtte fra sin rollator og komme til at lave lidt mad i sit køkken, og en tredje ville gerne kunne gå ud at handle selv. For de to der modtog træning i hjemmet, var den enes formål med at deltage i studiet i fase 3 at få mere styrke i armene og at kunne komme til at gå uden rollator, mens den anden ville styrke sine muskler, så han ikke faldt sammen. Der var ingen, der forventede at blive fuldstændig selvhjulpne i hverdagen, men ønskede sig små skridt i den retning. Hans fortalte også, at øvelserne til træningen var relateret til de muskler, man bruger i hverdagen: ”Jeg håber, at jeg ikke skal tage fat i noget, når jeg skal rejse mig. Det har vi trænet i. Og stå på et ben og få en god balanceevne. Det træning er faktisk de ting, man bruger i hverdagen. Altså bevægelsessystemet”.

Bjarne, der boede i plejebolig, mente ikke at have fået ret meget ud af træningen, hvilket sandsynligvis skyldtes, at hans helbred flere gange havde begrænset ham i at deltage på træningsholdet, og at den medicin han fik, gav ham hjertebanken, som han fandt ubehagelig i forbindelse med træning. Han forklarede, at han har så lang en sygdomshistorik, så han var meget uambitiøs i forhold til træningen, selvom han var meget bevidst om vigtigheden af at træne, da han tidligere havde forsøgt at uddanne sig til idrætslærer. Han kunne ikke prioritere træningen

særlig højt, fordi der var så mange andre ting, der fyldte i hans hverdag. Han havde slet ikke overskud til at træne selv. De andre borgere trænede hovedsageligt også kun i forbindelse med besøg fra fysioterapeuterne eller på holdet på Østervang, men de var alle positive omkring udbyttet af træningen, enten i form af socialt samvær eller forbedret fysisk tilstand. For Jørgen havde det betydet meget, at der var blevet oprettet en telefonliste med deltagerne på holdet på Østervang, så de måske stadig kunne holde kontakt og mødes. Andre fortalte om, hvordan de havde kunnet mærke en forskel i deres fysiske tilstand og håbede på at kunne komme til at klare flere ting selv på grund af træningen.

Hans fortalte følgende om udbyttet af træningen på Østervang: "Det har dog hjulpet det derude, det kan jeg godt sige dig. Jeg kan rette mig op nu og stå på et ben og sådan noget. Jeg kan gå op ad trappen, hvis jeg ikke har noget i hånden, uden at holde fast i gelænderet. Det har hjulpet gevaldigt. Det er efter træningen derude. Jeg har fået trænet både ben og arme med lodder og bly omkring. Det har hjulpet gevaldigt. Nu kan jeg rette mig op igen, jeg var blevet så rundrygget, så det var helt forfærdeligt. Det er godt".

For Gerda på 90 år havde træningen også en psykisk betydning, idet hun var faldet et par gange, og hun håbede på, at træningen med fysioterapeuten ville fjerne usikkerheden i hendes gang og gøre hende mere tryk ved at bevæge sig rundt på egen hånd.

Flere fortalte om, at de havde mærket ømhed efter træningen, men at mængden og intensiteten i træningen havde været passende. De havde kunnet sige fra, hvis det blev for meget. Gerda fortalte også, at hun blev træt efter træningen: "Jeg er nødt til lige at sidde i gyngestolen, når hun er gået. Men så er det ellers dejligt. Det er ret hårdt alligevel, jeg får noget bly på benene og armene. Det er rart når hun går. Jeg har sagt til hende, det er som at blive løsladt på prøve, når hun går".

Flere af borgerne var positivt stemte overfor at ville fortsætte med at træne. De var ærgerlige over at studiet i fase 3 sluttede, og ville gerne finde noget lignende, som de kunne gå til. Britta på 72 år nævnte i den forbindelse, at det, der også havde været godt ved træningen på Østervang, var, at holdet havde været lille, og at der havde været god tid til at tage sig af den enkeltes behov og ønsker. Det havde betydet, at der havde været mulighed for, at hun kunne få hjælp til at komme op ad kørestolen og træne med rollator. For hende havde træningen været meget mere givtig end den halve aktivitetstime om ugen, hun også havde fået bevilliget. Hun nævnte, at der er stor forskel på professionalismen, og det var rart at få træning af nogen, der ved, hvad de gør. Flere roste også fysioterapeuterne for deres engagement og dygtighed.

Sammenfatning

Blandt de seks borgere, som blev interviewet til projektet, var et gennemgående træk, at de gerne ville have forbedret deres gangfunktion og nogle ville gerne have mere selskab. Ønsket om en forbedret gangfunktion har været deres begrundelse for at deltage i træningen i projektet, og for dem der deltog i gruppetræningen var det et plus, at de samtidig kunne være sammen med andre. Nogle af deltagerne havde oplevet en fremgang i deres fysiske funktionsevne gennem træningen, mens andre havde helbredsmæssige problemer, som har sat nogle begrænsninger i forhold til, hvilken fremgang der har kunnet opnås (i løbet af tre måneder).

5.4 Ledere og medarbejderes oplevelser af at deltage i ernæringsindsatsen

I dette afsnit sammenfattes ledere og medarbejderes beskrivelse gennem interview af, hvordan de har oplevet at indgå i ernæringsindsatsen i fase 3.

I hjemmeplejen har alle med ydelsen ernæring skullet screenes ved brug af EVS, og det er sket i både interventionsgruppen og kontrolgruppen. Afhængig af antal point i EVS har borgerne efterfølgende skullet vejes regelmæssigt. Der har været udfordringer forbundet med vejningen, og i en del af kontrolgruppen erkendes, at man ikke har været så gode til at veje borgerne. I alle distrikter fremførtes, at medarbejderne var blevet mere opmærksomme på borgernes ernæringstilstand. I plejeboligerne var alle beboere blevet screenet ved brug af EVS. Både på Østervang og Betaniahjemmet var der før studiet fokus på borgernes ernæring og EVS har givet noget ekstra information, som man har kunnet handle på.

I både hjemmeplejen og i plejeboligerne har SOSU-hjælpere haft ansvaret for at screene borgerne ved hjælp af EVS. De har i alle tilfælde kunnet hente støtte til det fra nøglepersoner, som i CES-studiet havde fået undervisning i skemaerne. Det blev beskrevet, at medarbejderne i nogle tilfælde har skullet vænne sig til skemaerne, og at brugen af skemaerne ikke har været helt logiske for medarbejderne. Det har således ikke været meningsfyldt, at alle borgere, som modtog ydelsen ernæring skulle tildeles værdien 1. Det blev endvidere nævnt, at mange fremmedsprogede har andre spisevaner med hensyn til mælkeprodukter og kartofler end forudsat i skemaet. Det nævntes i begge grupper, at der i flere tilfælde var blevet bestilt energitæt kost eller energidrikke som følge af den øgede opmærksomhed. Der nævntes også i begge grupper eksempler, hvor man havde gjort en særlig indsats i forhold til en underernæret borger. Det er altså ikke tydeligt, at praksis ud over den indsats, der har været en del af CES-studiet, har været forskellig i interventions- og kontrolgruppen. I interventionsgruppen blev CES-studiets diætister betragtet som en ekstra støtte, men samarbejdet med diætisterne har hovedsageligt været på diætisternes initiativ. Interviewene har ikke afdækket, at ernæringsindsatsen i plejeboligerne har ændret sig væsentligt som følge af CES-studiet. I interventionsgruppen nævntes dog, at man har samarbejdet med den tværfaglige gruppe i forhold til borgere, som havde fået værdien 2 i EVS, eller hvor der var særlige udfordringer. Plejeboligerne adskiller sig fra hjemmeplejen ved, at der regelmæssigt afholdes tværfaglige møder mellem plejepersonale og terapeuter. Der er endvidere adgang til, at borgerne kan deltage i fysisk træning.

Det blev i flere tilfælde nævnt som en udfordring, at få borgere med et behov for kostændring til at ændre vaner. I hjemmeplejen nævntes endvidere, at det kan være hæmmende for en sammenhængende ernæringsindsats, at der i et hjem kommer mange forskellige SOSU-hjælpere, som ikke alle er informeret om, hvad der er iværksat i hjemmet. Det nævntes i både hjemmeplejen og i plejeboligerne, at det har været tidskrævende at anvende EVS, men de har også bevirket, at der er kommet mere fokus på borgernes ernæring.

Hæmmende faktorer i forhold til at iværksætte en ernæringsindsats

Personalet har oplevet modvilje hos borgerne i forhold til at ændre kostvaner, og borgernes manglende ressourcer kan være hæmmende og indsatsen kan være en udfordring i forhold til borgere med demens.

Mange forskellige SOSU-hjælpere i et hjem giver udfordringer i forhold til at skabe kontinuitet i indsatsen. Det blev oplevet at der var for lidt visiteret tid til opgaverne.

Der blev rejst tvivl om, hvorvidt borgere med ydelsen ernæring er den rigtige, da der i forvejen er opmærksomhed på dem.

Manglende tid til at varetage funktionen som ernæringskoordinator og tiden til opgaverne har været et problem.

Begrænset adgang til vægte kan gøre det vanskeligt at gennemføre en vejning af borgerne en gang om måneden.

Kontrolgruppen følte sig ikke rigtigt involveret i CES-studiet, og det har været svært at holde gejsten oppe. Der var også modvilje i forhold til, at CES-studiet betød ekstra arbejde.

Fremmende faktorer i forhold til at iværksætte en ernæringsindsats

Det blev nævnt, at CES-studiet har givet en større bevågenhed i forhold til borgernes ernæring, at flere medarbejdere var blevet opmærksomme på det og hvor vigtig proteinrig kost er.

De udtrykte endvidere, at det var godt, at der var retningslinjer for ernæringsindsatsen, og at man har ernæringskoordinatorer. Det nævntes endvidere som fremmende, at der i den ene plejebolig er en forventning om, at borgerne er i en ordentlig ernæringsmæssig tilstand.

Det blev betragtet som fremmende for en ernæringsindsats, at Betaniahjemmet har eget køkken, og at køkkenpersonalet kender beboerne godt. Det blev endvidere betragtet som fremmende, at der er ledelsesmæssig opbakning til en ernæringsindsats.

I dette kapitel er der en diskussion af resultaterne fra afprøvningen af en ny model for ernæringsintervention (afsnit 6.1.) og medarbejdernes erfaringer med interventionen (afsnit 6.2).



Kapitel 6.

Diskussion



6.1. Afprøvning af en ny model for ernæringsintervention

Der er så vidt det vides ikke tidligere gennemført randomiserede kontrollerede studier af effekten af en indsats med fokus på træning, ernæring, ergoterapi m.v., hvor målgruppen har været både borgere i hjemmepleje og i plejebolig. Der har heller ikke tidligere været gennemført randomiserede kontrollerede studier, hvor indsatsen har bestået af et formaliseret tværfagligt samarbejde mellem hhv. klinisk diætist, ergoterapeut og fysioterapeut. I et tidligere dansk studie, hvor den tværfaglige indsats bestod af hhv. dagligt tilbud om energi- og proteinrige drikke, tilbud om holdtræning ved fysioterapeut to gange om ugen og tandpleje ca. en gang om ugen til borgere i plejebolig, sås en positiv effekt på vægt, BMI, proteinindtag og fysisk og social funktionsevne, men ikke på håndgribestyrke og overlevelse. Livskvalitet blev ikke undersøgt (Beck et al. 2008; Beck et al. 2010). Både i det tidligere danske studie (Beck et al. 2009) og i det aktuelle studie gennemført i fase 3 sås der en god compliance til den iværksatte tværfaglige indsats.

I det aktuelle studie i fase 3, sås der en tendens til en bedre overlevelse i interventionsgruppen, der fik tilbudt den nye model for ernæringsintervention. Den samme tendens er set i en metaanalyse af effekten af industrielt fremstillede energi- og proteinrige drikke til småtspisende ældre i plejebolig. Her sås også en positiv effekt på vægt, men ikke på håndgribestyrke. Det var ikke muligt på baggrund af metanalysen at afgøre, om der var en positiv effekt på livskvalitet, da kun få studier havde medtaget data om dette (Milne et al. 2009). Den vægtøgning, der er set i tidligere studier af ernæringsindsats (Milne et al. 2009), sås ikke i nærværende studie i fase 3. En forklaring kan være, at deltagerne i interventionsgruppen blev mere fysisk aktive som følge af deres forbedrede fysiske funktionsevne og dermed ikke opnåede positiv energibalance. Da der ikke er indsamlet informationer om de deltagende borgeres indtag af mad og drikke, er det ikke muligt at afgøre, om det har været tilfældet. En anden forklaring kan være, at de forskellige forslag til optimering af projektkommunens madservice, ikke var slået så meget igennem, at forslagene kunne udnyttes optimalt. Borgerne i interventionsgruppen har derfor muligvis primært fået ekstra energi og protein via de træningsdrikke de blev tilbudt to gange om ugen.

Borgere i både interventions- og kontrolgruppen bevarede deres ernæringstilstand i løbet af de 11 uger i det aktuelle studie i fase 3. Dette er modsat tidligere studier der viser, at ældre borgere over tid taber i vægt (Beck & Kjær 2010). Det tyder således på, at udpegningen og kompetenceudviklingen af ernæringsnøglepersoner havde en positiv effekt på håndtering af borgere med potentiale for en ernæringsindsats.

Selvom der kan være forskellige problemstillinger i forhold til brugen af EVS, så tyder det på, at EVS kunne identificere en gruppe af borgere, der havde særlig god gavn af en indsats svarende til den nye model for ernæringsintervention, dvs. borgere med 2 point i EVS, når deres kostindtag, vægtudvikling og risikofaktorer blev vurderet.

Indtil nu har denne formodning været baseret på en litteraturgennemgang, som har vist, at EVS er mere velegnet end andre værktøjer til at finde ældre borgere i hjemmepleje og plejebolig, som opnår en positiv effekt på deres fysiske funktionsevne, hvis der iværksættes en ernæringsindsats (Beck et al. 2013, Kjær & Beck 2010)). Formodningen er nu bekræftet i et kontrolleret studie, idet der i det aktuelle studie i fase 3 sås en forbedring af den fysiske funktionsevne. I litteraturgennemgangen var det ikke muligt at konkludere noget om effekten på overlevelsen, idet for få af studierne havde data om dette. I det aktuelle studie i fase 3 så det dog ud til, at der også kunne være en positiv effekt her. På grund af den forskellige sammensætning af hhv. interventionsgruppe og kontrolgruppe – hvor der i sidstnævnte var en højere andel af deltagende borgere fra plejebolig skal disse resultater dog tages med forbehold.

De positive effekter på de ældres fysiske funktionsevne i det aktuelle studie i fase 3 sås på trods af, at en højere andel i kontrolgruppen allerede havde visiterede tilbud om indsats ved fysioterapeut.

De positive effekter på livskvaliteten (signifikant for borgere i hjemmeplejen) sås ligeledes på trods af, at det ikke lykkedes at få inkluderet de 65 borgere i hhv. interventions- og kontrolgruppe som styrkeberegningen havde fastlagt var nødvendigt for at finde en signifikant forskel. Det relativt lave deltagerantal betød dog, at det var svært at påvise statistisk signifikante forskelle i de små grupper, der fremkom ved opdeling i hjemmepleje og plejebolig, på trods af en stor forskel i andelen, der fx var indlagt.

De primære forskelle mellem de to modeller var, at den nye model for ernæringsintervention var uafhængig af en indledende visitation, havde tilknytning af ernæringsfaglig ekspertise i form af klinisk diætist og formaliserede det tværfaglige samarbejde mellem klinisk diætist, ergoterapeut og fysioterapeut. Specifikt i forhold til det tværfaglige samarbejde sås det, at et sådant formaliseret samarbejde var langt mere effektivt end en indsats, der udelukkende benyttede én af de tre faggrupper.

Generelt var der særdeles god compliance til den nye model for ernæringsintervention og kun ubetydeligt frafald undervejs. Selvom den nye model for ernæringsintervention var mere effektiv end modellen, der blev introduceret i fase 2, var der i begge grupper borgere, der opnåede en bedre livskvalitet og ernæringstilstand, dvs. vægt. Uanset model betød en forbedret ernæringstilstand også en forbedret livskvalitet.

6.2. Medarbejdernes erfaringer med ernæringsinterventionen

Brugen af EVS

Blandt ressourcepersoner og ledere har vurderingen gennemgående været, at EVS er et godt skema, og det er særligt godt, at det giver anvisninger på, hvilken indsats der skal sættes i værk i forhold til ernæringsmæssige problemstillinger. Kontaktpersonerne, som typisk var SO-SU-hjælperne, havde i flere tilfælde haft svært ved at forstå skemaet, og man har skullet vænne sig til skemaet. Det har her været en fordel, at der var ernæringsnøglepersoner, som havde gennemgået kursus i skemaet, og som kunne supervisere og vejlede ved udfyldelsen af skemaet. Det har endvidere været en styrke – også i forhold til at udarbejde handleplaner – at det var muligt at få bistand fra CES-studiets diætister.

Tid til at udfylde EVS har været en problemstilling. SOSU-hjælperne i hjemmeplejen havde fået tildelt tid til at udfylde skemaet, og det må betragtes som en forudsætning for, at de har kunnet gennemføre det. I plejeboligerne var der ikke været øremærket tid til at udfylde EVS, og her nævntes det, at det havde været en tidsmæssig udfordring at udfylde skemaer i en hverdag, hvor andre opgaver presser sig på.

Ikke alle har fra begyndelsen kunnet se formålet med EVS. Skemaerne har imidlertid sammen med indsatsen i CES-studiet i øvrigt bidraget til, at der blandt medarbejdergrupperne var kommet mere fokus på ernæring. En mere udbredt forståelse af, at borgernes ernæring er et vigtigt opmærksomhedsfelt, har også bidraget til en forståelse for at bruge skemaet. Det nævntes også, at en systematisk afdækning af borgernes ernæringstilstand giver væsentlige informationer om borgerne, som man ellers ikke ville have fået. Der var dog også hele tiden nogen – især i plejeboligerne –, der havde den holdning, at skemaet er overflødig, og at man på udmærket vis kan observere borgernes ernæringstilstand uden skemaet.

Der blev fremført kritik af, at EVS fokuserer meget på kartofler og mælkeprodukter, hvilket ikke passer med de kostvaner, som flere borgere har. Fx er der i Frederiksberg Kommune en del fremmedsprogede med andre kostvaner, som får dækket deres proteinbehov på anden vis.

Systematisk afdækning af borgernes ernæringstilstand og opfølgning

I såvel hjemmeplejen som i plejeboligerne har CES-studiet bidraget til, at der blandt personalet er kommet mere opmærksomhed omkring borgernes ernæring, og særligt i hjemmeplejen nævntes, at der var kommet et øget brug af energitæt kost til borgerne. På såvel Østervang som Betaniahjemmet var der også før CES-studiet fokus på borgernes ernæring, men også her blev det angivet, at der var kommet øget opmærksomhed på borgernes ernæring. Ernæringsindsatsen kan altså have fået et løft i både interventions- og kontrolgrupperne.

Østervang havde i forvejen ernæringskoordinatorer, som skulle have et særligt fokus på borgernes ernæring, og her kan især ernæringscreeningen og den hyppigere vejning af beboerne have øget opmærksomheden. Der kunne dog spores en forskel mellem interventionsgruppen og kontrolgruppen, således at den tættere opfølgning fra CES-studiets diætister i interventionsgruppen kan have bidraget til, at der i denne gruppe er fastholdt et fokus på borgernes ernæring og på at gribe ind ved fx vægttab.

I både hjemmeplejen og på Betaniahjemmet var det nyt, at der var ernæringsnøglepersoner, som havde fået en særlig viden om ældres ernæring og om brug af EVS, ligesom den systematiske ernæringscreening og (hyppigere) vejning af borgere var ny. Begge dele kan altså her have bidraget til en øget opmærksomhed på borgernes ernæringstilstand.

Personalets forståelse for og tid til ernæringscreening og opfølgende vejning

Hjemmeplejen i Frederiksberg Kommune og de to plejeboliger havde på forhånd forpligtet sig til at gennemføre ernæringscreening af borgerne med EVS. Det har altså været betragtet som en "skalopgave", som har skullet indpasses i arbejdsrutinerne. Det er imidlertid befordrende for implementeringen af en systematisk ernæringscreening og opfølgende regelmæssige vejning af borgere, at det udførende personale har en forståelse for, at opgaven giver et udbytte (fx May og Winter 2007). Derudover er tid til eller prioritering af tid til at udføre opgaverne en anden væsentlig faktor for implementeringen.

I hjemmeplejen var der skepsis overfor, om det var den rigtige målgruppe, der blev ernærings-screenet. Der var således ikke her fuldt forståelse for opgaven, men da man havde forpligtet sig til at udføre den, blev den udført. I hjemmeplejen var der afsat tid til, at kontaktpersonerne kunne udfylde skemaerne sammen med borgerne, mens faglige udviklingsledere og personalet i plejeboligerne skulle finde tiden til at udfylde og/eller kontrollere skemaerne på bekostning af andre opgaver. Det har været en udfordring i en række tilfælde. Det har som følge af CES-studiet været specielt, at mange borgere skulle screenes i løbet af en kort periode. Det vil næppe være vilkårene i daglig drift, men en indarbejdelse af ernæringscreening i daglig praksis vil alligevel kræve, at der er klare regler for, hvordan den skal foregå, og for placering af ansvar. Det har uden tvivl også haft betydning for gennemførelsen af ernæringscreeningen, at CES-studiets diætister har fulgt op på, at ernæringscreeningerne blev gennemført. Det peger på, at der ved implementering i daglig drift er brug for en ansvarlig person med overblik, som tager initiativ til og følger op på, at relevante borgere screenes.

Selv om personalet angiveligt har fået en øget forståelse for vigtigheden af ernæring, har det har været en særlig udfordring at gennemføre de regelmæssige vejninger af borgere med 1 eller 2 point i EVS. I hjemmeplejen har det i nogle grupper været lagt ind i SOSU-hjælpernes kørelister, at de skulle veje en borger. Dette synes ikke i alle tilfælde at have været tilstrækkeligt til, at vejningerne har været systematisk gennemført. Tidspres og uvilje hos borgerne kan være årsagen til, at en vejning springes over. I en kontrolgruppe i plejeboligerne synes de regelmæssige vejninger heller ikke helt at være blevet gennemført som foreskrevet. Vejningerne har ikke været betragtet som nødvendige, og der har derfor ikke været fulgt op på, at de blev

gennemført. I interventionsgrupperne har CES-studiets diætister fulgt op på, at vejningerne blev gennemført, mens opfølgningen ikke har været så tæt i kontrolgrupperne. Det kan have haft betydning for en mere systematisk gennemførelse af vejningerne i interventionsgrupperne og understreger behovet for, at der i en daglig praksis er en person, som er ansvarlig for, at vejningerne gennemføres som foreskrevet.

Det er således alt i alt en forudsætning for en systematisk ernæringscreening af borgerne, at der er en tovholder med den nødvendige gennemslagskraft, som tager initiativ til og følger op på, at ernæringsscreeningerne og de opfølgende tiltag gennemføres (se også fx Hansen, 1992, og Angle & Van de Ven, 2000).

I dette kapitel er konklusionen af resultaterne fra afprøvningen af en ny model for ernæringsintervention.



Kapitel 7.

Konklusion



Formålet med dette CES-studie var at gennemføre et cost-effectiveness-studie af en tværfaglig ernæringsintervention blandt skrøbelige ældre med henblik på at afdække om denne målgruppe opnåede forbedret livskvalitet, funktionsevne og ernæringstilstand, og om indsatsen dermed var økonomisk rentabel. Konkret blev det undersøgt, om der var forskel på effekten af to modeller for ernæringsintervention i et 11 ugers randomiseret kontrolleret studie i fase 3 af CES-studiet. I begge modeller var der inden studiet i fase 3 udpeget ernæringsnøglepersoner, og de var kompetenceudviklet. De primære forskelle mellem de to modeller var derfor, at den nye model for ernæringsintervention var uafhængig af en indledende visitation, havde tilknytning af ernæringsfaglig ekspertise i form af klinisk diætist og formaliserede det tværfaglige samarbejde mellem klinisk diætist, ergoterapeut og fysioterapeut.

Generelt var der særdeles god compliance til den nye model for ernæringsintervention afprøvet i studiet i fase 3, og resultaterne viste at:

- Borgere med 2 point i EVS opnåede positiv effekt af indsatsen på fysisk funktionsevne
- Borgere i hjemmeplejen med 2 point i EVS opnåede positiv effekt på livskvalitet
- Vægtøgning generelt hang tæt sammen med øgning i livskvalitet.

Specifikt i forhold til det tværfaglige samarbejde sås det, at et sådan formaliseret samarbejde mellem klinisk diætist, ergoterapeut og fysioterapeut var langt mere effektivt end en indsats, der udelukkende benyttede én af de tre faggrupper.

Borgere i både interventions- og kontrolgruppen bevarede deres ernæringstilstand i studiet i fase 3. Tidligere studier viser, at borgerne over tid taber i vægt, hvorfor det tyder på, at udpegnings af ernæringsnøglepersoner og kompetenceudviklingen havde en positiv effekt på håndtering af borgere med potentiale for en ernæringsindsats.

Den vægtøgning, der er set i tidligere studier af ernæringsindsats, sås ikke i det aktuelle. En forklaring kan være, at deltagerne i interventionsgruppen blev mere fysisk aktive, som følge af deres forbedrede fysiske funktionsevne. En anden forklaring kan være, at de forskellige forslag til optimering af projektkommunens madservice ikke var slået så meget igennem, at forslagene kunne udnyttes optimalt. Borgerne i interventionsgruppen har derfor muligvis primært fået ekstra energi og protein via de træningsdrikke de blev tilbudt to gange om ugen.

Der var en del udfordringer i CES-studiet undervejs, og desuden var der kort tid til implementering af ernæringsnøglepersonernes funktion. Derfor vil der formodentlig kunne opnås mere positive resultater, hvis den nye model for en ernæringsintervention bliver fuldt implementeret.

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

Sammenfattende om den økonomiske analyse af ernæringsinterventionen kan det siges, at den nye model krævede en vis omkostning, som dog ikke kunne anses for urimelig stor sammenlignet med, hvad der på et sammenligneligt område som sundhedsvæsenet betales for at opnå tilsvarende resultater. De besparelser i plejeudgifter, 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 dermed formodes at kunne udløse et gevinstpotentiale.

Kapitel 8.

Perspektivering



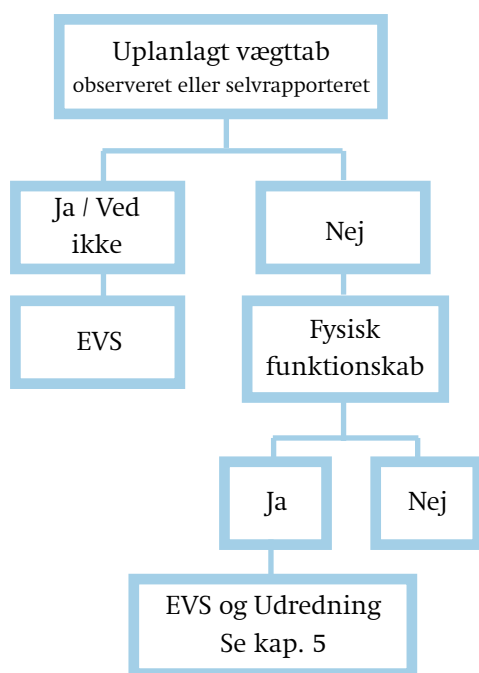
Dette kapitel er baseret på resultaterne af CES-studiet og indeholder hhv. en generel perspektivering og konkrete bud på, hvordan man som kommune kan forholde sig, hvis man ønsker at implementere den nye model for ernæringsintervention.

8.1 Generel perspektivering

Øgning af det økonomiske udbytte

Ved opgørelsen af omkostningerne pr. borger er der inddraget dels ernæringsscreeningsomkostninger, og dels omkostninger til indsatsen. Da opgørelsen af såvel omkostninger som effekter ved ernæringsindsatsen er vurderet pr. borger i den gruppe, som modtager tilbuddet om indsats, dvs. borgere med 2 point i EVS, vil omkostningen ved ernæringscreeningen af samtlige borgere skulle tillægges borgere i denne gruppe. I praksis betyder det, at den økonomiske gevinst ville kunne øges, hvis ikke alle borgere fik en ernæringscreening ved hjælp af EVS.

En måde at øge omkostningseffektiviteten er ved at følge Sundhedsstyrelsens anbefaling om tidlig opsporing. Her foreslås det i første omgang, at alle, der er i berøring med den ældre borger, reagerer på uplanlagt vægttab, og at der "kun" i sådanne tilfælde gennemføres en EVS, jf. algoritmen i figur 8.1.



Figur 8.1: Algoritme for opsporing af ældre med potentiale for en ernæringsindsats (Sundhedsstyrelsen 2013)

En anden måde at øge omkostningseffektiviteten er at tænke ernæringsvurdering ind i hhv. en mere generel vurdering af borgerens funktionsevne og i de rehabiliteringsforløb som borgere med nedsat funktionsevne modtager.

Af resultaterne af CES-studiet fremgår det, at der er visse omkostninger ved oplæring af de implicerende personalegrupper, som skal håndtere EVS. Denne udgift kan ses som en éngangsomkostning, som vil kunne benyttes løbende over adskillige forløb, og det konkrete forløb vil derfor kun skulle belastes med en andel af udgiften. Størrelsen heraf vil dog afhænge af udskiftningen i personalegruppen.

Det synes derfor relevant at overveje, hvordan en ernæringsindsats fastholdes på længere sigt, således at den økonomiske gevinst bliver større. En mulighed kunne være, at indføre e-learning til at understøtte studiekredsene og som et redskab til at fastholde de erhvervede kompetencer hos ernæringsnøglepersonerne og uddannelse af nyt personale.

For deltagere med 2 point i EVS blev der i interventionen indsamlet data fra projektkommunens omsorgssystem om ydelser fra hjemmepleje og hjemmesygepleje ved start og slut. Disse data blev dog ikke benyttet, da SOSU-assistenten 1.5.2013 flyttede fra sygeplejen til hjemmeplejen og dermed flyttede deres ydelser (Servicelovsydelser og delegerede sundhedslovsydelser) med over i hjemmeplejen. I de økonomiske beregninger er der bl.a. af den grund ikke modregnet for de besparelser i ydelser efter Serviceloven, som indsatsen må forventes at kunne give anledning til på længere sigt.

Brugen af EVS

EVS er udviklet på baggrund af en gennemgang af den eksisterende litteratur vedrørende effekten af ernæringsindsatser blandt skrøbelige ældre i hjemmeplejen og plejebolig. De fleste studier er gennemført blandt ældre i plejebolig, og det er bl.a. herudfra at forekomsten af de forskellige signifikante risikofaktorer er identificeret (Beck et al. 2007). I dette CES-studie er EVS desuden anvendt i hjemmeplejen og har også her vist sig at være anvendeligt til at identificere borgere med gavn af en ernæringsindsats. Dog er der en række udfordringer i forbindelse med at udfylde EVS – specielt i forbindelse med risikofaktoren ”hjælp til at spise”. Erfaringerne viser, at denne risikofaktor bør være defineret forskelligt for borgere i hjemmepleje og plejebolig i vejledningen om EVS. Ligeledes kræver formuleringen ”levnet mad” en uddybende forklaring i vejledningen, da erfaringer fra CES-studiet viser, at denne vending kan forstås på flere måder. Vejledningen opdateres derfor.

Hjemmesygeplejens fremtidige rolle i en ernæringsindsats

Der er i CES-studiet afdækket en række udfordringer i forhold til især hjemmesygeplejens rolle i en ernæringsindsats – herunder gennemførelse af EVS i praksis, udarbejdelse af handleplaner m.v. Ernæring bliver dog med det KL's fælles indsatskatalog med faglige beskrivelser af Sundhedsstyrelsens 12 sygeplejefaglige problemområder, fremover et indsatsområde for hjemmesygeplejen. Indsatskataloget kan dermed forhåbentlig være med til at understøtte implementeringen af ernæringsindsatsen i hjemmesygeplejen.

Afklaring af brug af BMI som indikator for ernæringstilstand

Både Embedslægetilsynet og Faglige kvalitetsoplysninger anvender BMI som en indikator for ældre beboeres ernæringstilstand. Også i mange kommuner er lav BMI fortsat den metode der anvendes ved ernæringscreening (Kjær & Beck 2010). Der har de seneste år været stillet spørgsmål ved anvendelsen af BMI alene til vurdering af ældre menneskers behov for en ernæringsindsats. I forbindelse med udviklingen af EVS blev det slået fast, at BMI ikke er velegnet til at identificere dem, der har mest gavn af en ernæringsindsats (se Kjær & Beck 2010), og BMI indgår derfor heller ikke som en indikator i EVS skemaet.

Afklaring af metode til brug for en kvalitetssikringsindsats

Brugen af systematiske opgørelser af fx ældre borgeres ernæringstilstand har vist en positiv effekt på forekomsten af undervægt (Meijers et al. 2013; Beck & Kjær 2010). I Danmark er der i Faglige kvalitetsoplysninger om plejebolig og fra Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (www.IKAS.dk) udarbejdet forslag til indikatorer til vurdering af ældre borgeres ernæringstilstand. Ingen af disse er dog udviklet med henblik på at kunne opfange effekten af en ernæringsindsats på fx de ældres fysiske funktionsevne og afhængighed af hjælp til ADL-aktiviteter.

I mange lande indgår resultater af MDS i kvalitetssikring af forskellige indsatser, idet MDS indeholder forskellige kvalitetsindikatorer (fx vedrørende fald, tryksår, smerter, vægttab osv.). Endvidere benyttes MDS bl.a. til udregning af ressourcebehov og justere plejeopgaver ud fra en inddeling af beboerne i undergrupper efter deres funktionsniveau (Kholy et al. 1994). Endvidere kan MDS opfange ændringer over tid og er dermed også et godt redskab til evaluering af effekten af iværksatte indsatser på de ældre borgeres ernæringstilstand, ADL, fysiske funktionsevne, brug af sundhedsrelaterede dyre indsatser (som fx hospitalsindlæggelser, og rehabiliteringsophold) m.v., hvilket har været udnyttet i en lang række interventionsstudier (se fx Beck et al. 2010).

Disse informationer er ikke kun relevante, når det gælder effekten af en ernæringsindsats, men også mere generelt – når der eksempelvis skal kigges på effekten af rehabiliteringsindsatser.

En række nye muligheder og initiativer

CES-studiet har haft fokus på skrøbelige ældre borgere i plejebolig og hjemmepleje. På sigt er det relevant at udvide målgruppen og opspore et evt. uplanlagt vægttab i forbindelse med fx forebyggende hjemmebesøg, besøg hos praktiserende læge, genoptræning samt ved henvendelse til visitationen.

I nærværende CES-studie er det undersøgt, om der er en økonomisk gevinst ved en ny model for ernæringsintervention blandt skrøbelige ældre i primærsektoren. Som opfølgning herpå vil det være relevant at lave en Mini-MTV, som er et godt redskab i kommunerne som udgangspunkt for beslutningstagen blandt ledelse og politikere.

For at kunne lave en Mini-MTV kræves der viden om teknologien, borgernes oplevelse, organisering af indsatsen og økonomi. Fra det aktuelle CES-studie er der viden om teknologien (dvs. en nye model for ernæringsintervention), borgeraspekt (dvs. den gode compliance til den nye model) og økonomi. Mht. organiseringen af ernæringsindsatsen så syntes en model med udpegning og kompetenceudvikling af ernæringsnøglepersoner i plejebolig også velegnet.

I forhold til at gøre tilsvarende for hjemmeplejen så mangler der her fortsat viden om, hvordan en optimal organisering af ernæringsindsatsen ser ud.

Endvidere - selvom resultaterne tyder på at den nye model for ernæringsintervention er effektiv, så har deltagerantallet været relativt lavt, og der er fortsat så vidt det vides kun lavet meget få studier af effekten af en ernæringsindsats blandt ældre i hjemmepleje. Aktuelt er der dog yderligere et par europæiske randomiserede, kontrollerede studier blandt borgere i hjemmepleje på vej, der formodentlig vil kunne medvirke til at underbygge og argumentere for brugen af en ernæringsindsats.

8.2. Forslag til, hvordan en ernæringsindsats kan implementeres i den kommunale praksis Ernæringsvurdering som en del af et rehabiliteringsforløb

Ernæringsvurderinger af borgere bør tænkes sammen med en mere generel vurdering af borgernes funktionsevne. Det er relevant at tænke ernæringsvurdering ind i de rehabiliteringsforløb, som borgere med nedsat funktionsevne modtager.

Det indebærer bl.a., at der ved henvendelser om hjælp og ved ændring i behovet for hjælp gennemføres en faglig vurdering af borgernes samlede funktionsevne, og behovet for rehabiliteringsindsats med henblik på at forbedre borgerens funktionsevne. Det vil være relevant at en vurdering af borgernes ernæringstilstand er et element i denne faglige vurdering. Vurderingen kan give anledning til forskellige initiativer, herunder initiativer i forhold til borgernes ernæring og en regelmæssig opfølgning på ernæringstilstanden.

Brugen af EVS som opfølgning på opsporing af uplanlagt vægttab

Som nævnt i afsnit 8.1 foreslås det i følge Sundhedsstyrelsens anbefaling om tidlig opsporing (Sundhedsstyrelsen 2013) i første omgang, at alle, der er i berøring med den ældre borger, reagerer på uplanlagt vægttab og at der "kun" i sådanne tilfælde gennemføres en EVS.

I kommunalt regi er der ofte allerede en række relevante tværfaglige samarbejdspartnere til stede, der kunne tænkes ind i denne opsporing, jf. tabel 8.1.

	Hyppighed	Metode
Rehabiliteringsophold	Ved ankomst og min x 1/måned, hyppigere efter sygdom	Vægt
Praktiserende læge	Ved første henvendelse, og min x 1/år alternativt ved sundhedstjek, fornyelse af kørekort, influenzavaccination, efter hospitalsindlæggelse	Vægt
Forebyggende hjemmebesøg	Ved hvert besøg	Spørgsmål om uplanlagt vægttab
Visitation	Ved henvendelse	Spørgsmål om uplanlagt vægttab
Hjemmepleje	Ved visitation og min x 1/måned, hyppigere efter sygdom	Vægt
Plejebolig	Ved indflytning og min x 1/måned, hyppigere efter sygdom	Vægt
Fysioterapi, ergoterapi, omsorgstandpleje osv.	Ved visitation	Spørgsmål om uplanlagt vægttab, hvis muligt suppleret med journaloplysninger om vægt

Fremtidens madservice som en del af rehabiliteringsindsatsen

Både ældre borgere selv og kommunerne bruger i dag mange penge på madservice, uden nogen af parterne får det fulde udbytte af den. Udover den eksisterende dokumentation for, at Kost til småspisende kan medvirke til at forbedre de ældre borgeres ernæringstilstand (Beck & Kjær 2010), viser resultater fra dette CES-studie, at en forbedret ernæringstilstand medfører forbedret livskvalitet og funktionsevne og dermed kommuneøkonomi. I forlængelse af indsatserne i relation til rehabiliteringsforløb vil det derfor være relevant at tænke madservice ind. Og madservice kunne således bruges til at understøtte kommunernes arbejde med rehabilitering inden for ældreområdet (Socialstyrelsen 2012).

Fremtidens madservice som en del af forebyggelsen af tab af funktionsevne

Mad har stor betydning for oplevelsen af livskvalitet, bevarelsen af et godt helbred og evnen til at udføre dagligdags aktiviteter. Det er aldrig hverken for sent eller for tidligt at begynde at spise rigtigt. Mange kommuner arbejder allerede med ernæring som et særligt indsatsområde for det forebyggende arbejde (Rambøll 2012). Erfaringerne viser, at spisevenner og spisefællesskaber synes at have en gavnlig effekt på funktionsevne og livskvalitet (Socialstyrelsen). Madservice kunne med fordel tænkes ind i disse sammenhænge.

Overvejelser vedrørende udbud af madservice

CES-studiet har afdækket, at der er mange uudnyttede muligheder i det eksisterende tilbud, som vil kunne indgå i en optimering af tilbuddet til den enkelte. I forbindelse med et fremtidigt optimalt udbud af madservice kan det være relevant at overveje følgende:

- Mulighed for rekvirering af kost til småtspisende som en selvstændig kostform, dvs. hovedmåltider i små portionsstørrelser (svarende til i alt 50 % af dagens energibehov) suppleret med et øget antal mellemmåltider, der indeholder de resterende 50 % af energibehovet (jf. de officielle anbefalinger i Pedersen & Ovesen 2009).
- Mulighed for at den enkelte borger i hjemmepleje kan foretage tilkøb af desserter, mellemmåltider samt energi – og proteinrige drikke via madservice med betaling over pensionen sammen med madservice og ikke via separat betaling.
- Mulighed for levering af komponenter til dagens måltider til borgere i hjemmepleje, således at tilberedelse af et måltid kan indgå i rehabiliteringen, og at ydelsen ernæring kan blive en ydelse, som borgeren i samarbejde med medarbejdere kan træne.
- Mulighed for at energi- og proteinrige drikke, hvortil der foreligger en grøn ernæringsrecept, kan indgå som en del af det madservicetilbud, der leveres til de ældre borgere i plejebolig og hjemmepleje, og således ikke skal afregnes separat.
- Mulighed for større variation i tygge- og synkevenlig kost, herunder tilbud om smørrebrød, m.v.

Overvejelser vedrørende kompetenceudvikling og øget adgang til ernæringsfaglig ekspertise
Fra tidligere studier vides det, at efteruddannelse, der kombinerer teori og praksis, har en positiv afsmittende effekt på ældre beboeres ernæringstilstand (Beck & Kjær 2010). Det blev bekræftet i det aktuelle CES-studie. Resultater fra CES-studiet har endvidere vist, at der er behov for forskellige tiltag for at sikre implementeringen af en effektiv ernæringsscreening og efterfølgende ernæringsindsats:

- Det er en fordel at have ernæringsnøglepersoner, som har gennemgået et kompetenceudviklingsforløb vedrørende brugen af EVS, og som kan supervisere og vejlede ved udfyldelsen af skemaet.
- Det er en fordel, at der i forhold til kompetenceudvikling tænkes relevante tværfaglige samarbejdspartnere ind i efteruddannelsesforløbene – eksempelvis klinisk diætist, fysioterapeut, ergoterapeut og omsorgstandpleje.
- Det er en styrke – bl.a. i forhold til udarbejdelse af handleplaner – at det er muligt for plejepersonalet at få bistand fra en ernæringsfaglig ekspert i form af fx en klinisk diætist
- Ved implementering i daglig drift er der brug for en ansvarlig person med overblik, som tager initiativ til og følger op på, at relevante borgere screenes, og at der i en daglig praksis er en person, som er ansvarlig for, at borgerne vejes som foreskrevet. Det er således alt i alt en forudsætning for en systematisk ernæringsscreening af borgerne, at der er en tovholder med den nødvendige gennemslagskraft, som tager initiativ til og følger op på, at ernæringsscreeningerne og de opfølgende tiltag gennemføres (se fx Hansen, 1992, og Angle & Van de Ven, 2000).
- Det er befordrende for implementeringen af en systematisk ernæringsscreening og opfølgende regelmæssige vejninger af borgere, at det udførende personale har en forståelse for, at opgaven giver et udbytte (May & Winter 2007). Derudover er tid til eller prioritering af tid til at udføre opgaverne en anden væsentlig faktor for implementeringens succes.



Kapitel 9.

Epilog

Det styrkede fokus på ernæring og deltagelse i CES-studiet har bevirket, at ernæringsindsatsen i Frederiksberg kommune er blevet beskrevet og koblet til de daglige arbejdsgange i hovedparten af de afdelinger, der har med ældreomsorg og pleje at gøre.

Indsatsen har medført, at der er implementeret systematik i arbejdet med ernæring. Der er udarbejdet klare arbejdsgange og en tydelig ansvarsfordeling for opgaveløsningen. Opfølgning og vejning af borgere i eget hjem bliver sat på kørelisterne, således at man sikrer en systematisk tilgang til opgaven.

Efter CES-studiets afslutning har politikerne i Frederiksberg Kommune besluttet at forankre ernæringsindsatsen med en budgetudvidelse i budget 2014 og frem. De erfaringer, som er indsamlet i CES-studieperioden, vil blive rullet ud til alle Frederiksberg Kommunes plejeboliger og ældreinstitutioner med uplanlagt vægttab som pejlemærke og EVS som ernæringscreeningsværktøj. Plejeboligerne vil få tilbudt kompetenceudvikling og hjælp af ernæringskoordinatoren til implementering. Der vil endvidere i 2014 blive sat særligt fokus på Frederiksberg Kommunes døgnrehabiliteringsenheder, hvor det skønnes at hovedparten af de indlagte borgere har gavn af en ernæringsindsats.

Opgave- og ansvarsbeskrivelsen blev udarbejdet for henholdsvis hjemmeplejen, hjemmesygeplejen, TTH, Visitation, den ambulante genoptræning og rehabilitering, diætvejledningen og de forebyggende hjemmebesøg. Det vil blive implementeret og justeret i 2014.

Det vil understøtte, at alle borgere +65 år, som modtager et kommunalt tilbud og/eller hjælp, vil blive spurgt til uplanlagt vægttab, vejet og screenet ved behov. Ældre med behov for en ernæringsindsats vil få den tilbudt, og indsatsen vil blive dokumenteret ensartet og systematisk i Fælles Journal.

Anbefalinger og erfaringer fra CES-studiet vil desuden blive inddraget, når Madservice skal i udbud i foråret 2014. Herudover har deltagelsen i CES-studiet overordnet styrket rehabiliteringsindsatsen, således at træning og ernæring nu altid tænkes sammen. Der undervises bl.a. i vigtigheden af den rette mad på Geriatiske genoptræningshold, ligesom der serveres kakao-mælk ved træningen.

Deltagelsen har medvirket til, at Frederiksberg kommunes arbejde med hverdagsrehabilitering er blevet styrket til gavn for både borgere og frontmedarbejdere.

Litteraturliste

- Angle HL , Van de Ven HA. Suggestions for managing the innovation journey. I A.H. Van de Ven, H.L. Angle & M.S. Poole, eds. Research on the management of innovation, Minnesota Studies. Oxford University Press 2000
- Beck A, Beermann T, Kjær S, Rasmussen HH. Identification of elderly patients at nutritional risk in primary health care: a validation study of different screening tools. Nutrition 2013 Epub ahead of print
- Beck A, Damkjær K. Forebyggelse af tab af fysisk, mental og social funktionsevne ved fokus på ældres ernæringstilstand og risikofaktorer. DTU Rapport 2007
- Beck A, Damkjær K, Beyer N. Multifaceted nutritional intervention among nursing-home residents has a positive influence on nutrition and function. Nutrition 2008; 24: 1073-80.
- Beck A, Kjær S. Baggrundsmateriale til kvalificering af indholdet af en måltidspolitik. Service-styrelsen 2010.
- Beck A, Damkjær K, Simmons SF. The relationship between weight status and the need for health care assistance in nursing home residents. J Aging: Res Clin Pract 2012; 2: 173-8
- Beck A, Damkjær K, Soerby L. Physical and social functional abilities seem to be maintained by a multifaceted randomised controlled nutritional intervention among old (65 years) Danish nursing home residents. Arch Gerontol Geriatr 2010; 50: 351-55.
- Beck A, Damkjær K, Tetens I. Lack of compliance of staff in an intervention study with focus on nutrition, exercise and oral care among old (65+ y) Danish nursing home residents. Aging Clin Exp Res 2009; 21:143-9
- Berg KO, Wood-Dauphinee SL, Williams JI, Maki B. Measuring balance in the elderly: Validation of an instrument. Can J Publ Health 1992;(suppl. 2):S7-S11
- Claxton K. The irrelevance of inference: a decision-making approach to the stochastic evaluation of health care technologies, Journal of Health Economics 1999; 18: 341 – 364.
- Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, McBurnie MA; Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001; 56:M146-56.
- Hansen EB: Forandring og fornyelse gennem SUM. AKF Forlaget. København 1992.
- Inzitari M, Doets E, Bartali B, Benetou V, Di Bari M, Visser M, Volpato S, Gambassi G, Topinkova E, De Groot L, Salva A; International Association Of Gerontology And Geriatrics (IAGG) Task Force For Nutrition In The Elderly. Nutrition in the age-related disablement process. J Nutr Health Aging 2011;15:599-604
- Kholy KE, Damkjær K, Schroll M. Plejehjemsundersøgelsen "Liv på plejehjem" – En profil af Københavnske plejehjemsbeboere 1992/1993. Københavns Sundhedsdirektorat. 1994
- Kjær S. Opfølgende ernæringsterapi til ældre i eget hjem. Bachelorprojekt 2007
- Kjær S, Beck A. Projekt "udvikling af et redskab til ernæringsvurdering og behandling af ældre".

DTU Fødevarerinstitutionen og Servicestyrelsen, december 2010

May PJ & Winter SC. Politicians, Managers, and Street-Level Bureaucrats: Influences on Policy Implementation. *Journal of Public Administration Research and Theory*. Advance Access Publication. 2007; October 25.

Meijers JM, Halfens RJ, Wilson L, Schols JM. Estimating the costs associated with malnutrition in Dutch nursing homes. *Clin Nutr*. 2012; 31:65-8.

Meijers JM, Tan F, Schols JM, Halfens RJ. Nutritional care; do process and structure indicators influence malnutrition prevalence over time? *Clin Nutr*. 2013; 1-7

Milne AC, Potter J, Vivanti A, Avenell A. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Apr 15;(2):CD003288. doi: 10.1002/14651858.CD003288.pub3.

Olin AÖ, Koochek A, Ljungqvist O, Cederholm T. Nutritional status, well-being and functional ability in frail elderly service flat residents. *Eur J Clin Nutr* 2005; 59: 263-70.

Patientombuddet. Temarapport om dysfagi – om faren ved fejlsynkning. Patientombuddet 2012

Pedersen, A., & Ovesen, L. (red.). Anbefalinger for den danske institutionskost. Fødevarestyrelsen 2009.

Puggaard L. Ældretræning i et MTV perspektiv. Servicestyrelsen 2010.

Rambøll. Forebyggelse af funktionsevnetab hos ældre. Kortlægning af kommunale praksiserfaringer. Socialstyrelsen 2010

Rickli RE, Jones CJ. Senior Fitness Test Manual. Champaign, IL: Human Kinetics 2001

Socialstyrelsen. National handlingsplan for måltider og ernæring til ældre i hjemmeplejen og plejebolig. Socialstyrelsen 2012

Sundhedsstyrelsen. Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring – sammenfatning af anbefalinger. Sundhedsstyrelsen 2013

Vestergaard M, Beyer N, Mikkelsen LT, Christensen SC. Evalueringsrapport. Stol på idræt 2005-2008. Ældremobiliseringen og Dansk Arbejder Idrætsforbund. 2009.

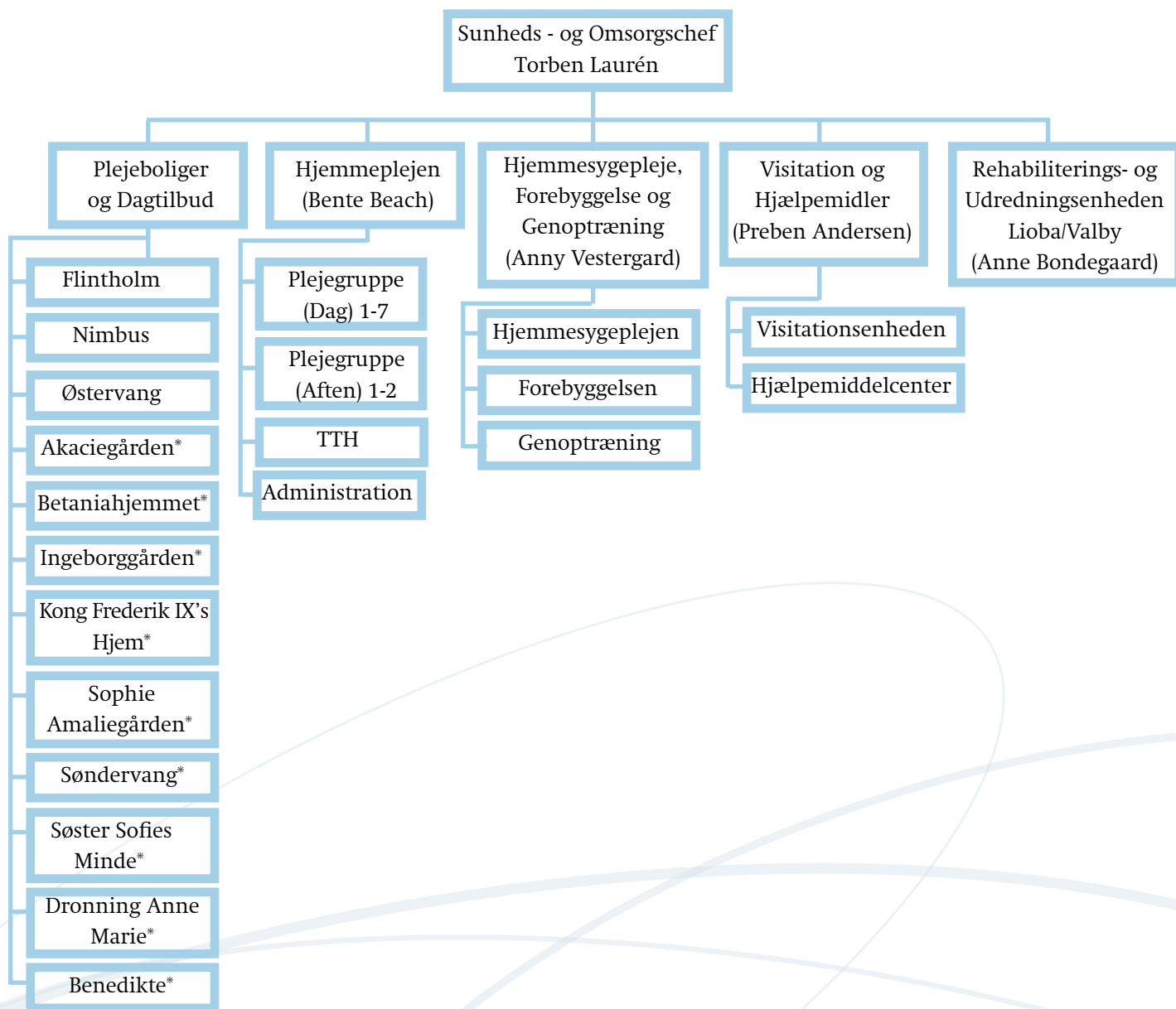
Ware JE, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care*: 1996; 34: 220-33

Wittrup-Jensen KU, Lauridsen JT, Gudex C, Brooks R, Pedersen KM. Estimating Danish EQ-5D tariffs using the Time Trade-off (TTO) and visual analogue scale (VAS) methods. In: Norinder AL, Pedersen KM, Roos P (eds.). EuroQol Plenary Meeting Copenhagen 2001 6-7 September. IHE. Lund 2002

Bilag



Bilag 1: Frederiksberg Kommunes Sundheds- og Omsorgsafdeling (maj 2013)



Bilag 2: Indhold på AMU-kursus

AMU kursus 42952 med split, ”Ernæringscreening i ældreplejen”

FK (Frederiksberg Kommune) efterår 2012

Et ernæringskursus for ernæringsnøglepersoner. Kurset er fordelt over 3 hele dage på Metropol Tagensvej.

AMU mål:

Deltagerne kan i det daglige plejearbejde medvirke til at vurdere den ældre borgers ernæringstilstand gennem screening. På den baggrund kan deltagerne samarbejde med borgeren og igangsætte målrettede kostændringer med henblik på at fremme ernæringstilstanden eller forebygge fejl- eller underernæring. I den forbindelse arbejder deltagerne ud fra viden om de sundhedsmæssige konsekvenser ved dårlig ernæringstilstand hos ældre. Deltagerne er i stand til at observere den ældre borgers ernæringsmæssige tilstand over tid og inddrage relevante samarbejdspartnere i en tværfaglig indsats. I det arbejde kan deltagerne løbende evaluere, justere og dokumentere indsatsen.

Dag 1:

Tema 1: Hvorfor særlig ernæring til ældre?

- Den aldrende krop: Hvad sker der?
- Gennemgang af næringsstoffer med fokus på ældres behov
- Hvilke konsekvenser har vægttab/vægtøgning (risikofaktorer for fejl- og underernæring)?
- Gevinster ved øget eller rette vægt (rehabilitering/forebyggelse/ samfundsøkonomi)

Tema 2: Hvordan kan den ældres risiko for fejl- og underernæring vurderes?

- Ernæringscreening eksemplificeret gennem cases med stillingtagen til hhv. normal ernæringstilstand, risikogruppe eller dårlig ernæringstilstand (kosthåndbogs metode- ernæringsvurdering)
- Dilemmaer i forhold til ernæringscreening af borgerne.

Tema 3: Hvordan kan jeg screene borgerne for fejl- og underernæring?

- Screeningsredskabet i praksis/opgaver til næste kursusdag.

Dag 2:

Tema 4: Hvordan laves en handleplan når en borger er fejl- eller underernæret eller er i risikogruppen og hvordan iværksættes den i praksis?

- Opsamling på kursisternes dataindsamling/screeninger
- Hvilke konkrete tiltag kan ændre på borgerens ernæringsmæssige tilstand? – samarbejdet med borgeren og andre faggrupper

Fysioterapeut – praktiske aspekter vedr. styrketræning

Ergoterapeut – tygge- og synkebesvær/hjælperedskaber

Tandplejen – belægning/tandstatus/tandbørstning

- Hvilke konkrete mål kan sættes for indsatsen fremadrettet (til næste kursusdag), fokus på handleplaner i Frederiksberg Kommune.

Dag 3:

Tema 5: Hvordan implementeres handleplanen i praksis, og hvordan påvirker daglige vaner og

rutiner samt arbejdskulturer praktiseringen af screening?

- Erfaringsudveksling/dilemmaer og hvordan ny viden formidles i egen praksis – hvordan evalueres, justeres og dokumenteres den ernæringsmæssige indsats i Frederiksberg Kommune

Transfer, innovation, arbejdsportfolie – med opgaver mellem kursusforløb, cooperative learning, cases.



Bilag 3: Spørgeskema til evaluering af AMU-kursus, studiekredse og rollen som nøgleperson

Evalueringsskema

Dato:

Sæt **kun** et kryds ud fra hver spørgsmål

Hvor er du ansat - nævn sted? _____

Hvilken uddannelse har du? _____

Rolle som nøgleperson	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I lav grad	I meget lav grad
1) Byder rollen som nøgleperson på faglige udfordringer?					
2) Har du mødt barrierer i dit arbejde som nøgleperson?					
3) Har du fået opbakning fra det øvrige personale til rollen?					
4) Har du fået opbakning fra ledelsen til rollen?					
5) Synes du at du var klædt godt nok på/rustet til rollen via uddannelsen?					
6) Vidste du hvad du gik ind da du valgte, at blive ernæringsnøgleperson?					
7) Har du fået øget viden om betydningen af ernæring til ældre?					
8) Har du oplevet en bedring af de tværfaglige samarbejde?					
9) Har du haft nok tid til at varetage rollen?					
10) Har det været tidskrævende at være nøgleperson?					
11) Har du brug for yderligere uddannelse?					
12) Har det været relevant at undervise kolleger?					
13) Har du haft nok tid til at undervise dine kollegær?					
14) Bruger dine kolleger dig som en ressource, jf. din viden som nøgleperson?					
15) Er du glad at du er nøgleperson i dag?					

AMU kursus (ikke relevant for sygeplejersker)	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I lav grad	I meget lav grad
16) Har det været lærerigt at være på AMU kursus 1-3?					
17) Har du lært noget du ikke vidste i forvejen?					
18) Har du fået større indsigt og viden omkring hvad dine samarbejdspartener kan tilbyde og hjælpe dig med i din hverdag med borgerne?					
19) I hvilken grad føler du at der er en sammenhæng mellem den teori du har fået på AMU og de erfaringer du har gjort i dit arbejde?					
20) Er du mere fokus i dit arbejde, på de emner du er blevet undervist i?					
21) Har det været lærerig at møde kolleger fra henholdsvis hjemmeplejen/plejecentre?					
22) I hvilken grad mener du, at der var behov for niveaufordeling på AMU, så kurset er opdelt i er begynder og øvet hold?					
23) I hvilken grad føler du, at der er behov for netværksdannelse af ernæringsnøglepersoner efter AMU?					
24) Vil du anbefale dette kursus til andre?					

Studiekreds	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I lav grad	I meget lav grad
25) I hvilken grad har der været relevant og lærerigt, at deltage i studiekredsene?					
26) Har du lært noget i studiekredsene som du ikke lærte på AMU 1-3?					
27) Har det været lærerigt at møde andre nøglepersoner?					
28) I hvilken grad tror du, at du kommer til at samarbejde med andre nøglepersoner på din arbejdsplads?					
29) Har det været overflødigt at deltage i studiekredsene?					

Yderligere bemærkninger:

Bilag 4: Madønsker

TIDLIG MORGEN	IDEER TIL LIDT EKSTRA
	Drik lidt frugtjuice Put lidt bær på yoghurten Drys vanilje i kærnemælken
MORGENMAD	IDEER TIL LIDT EKSTRA
	Kom lidt ekstra smør på brødet Riv lidt ost over omeletten Spis en ekstra skive fuldfed ost Kom smør på brødet Skænk lidt fløde i kaffen
FORMIDDAG	IDEER TIL LIDT EKSTRA
	Spis lunt wienerbrød til rundstykket Spis kiks med både smør og ost Put lidt honning på yoghurten Pynt drikkeyoghurten med bær
FROKOST	IDEER TIL LIDT EKSTRA
	Kom mayonnaise på dit smørrebrød Pynt sildemaden med et æg Ekstra skive kødpålæg, pynt: remoulade Drik et glas maltøl eller sødmælk
EFTERMIDDAG	IDEER TIL LIDT EKSTRA
	Spis en håndfuld nødder eller mandler Vælg chokolade / småkager med chokolade Pynt den varme kakao med flødeskum og chokolade
AFTEN	IDEER TIL LIDT EKSTRA
	Put en klat smør eller olie i kartoffelmosen Kom ekstra fløde i sovsen Dressing af creme fraiche 38 % til salaten Steg kødet i smør eller olie Nyd en øl eller et glas vin
SEN AFTEN	IDEER TIL LIDT EKSTRA
	Put chokoladesovs på isen Hakkede nødder og fløde på frugtgrøden Kom frugtkompot på desserten Riv chokolade over buddingen Blend jordbær med koldskålen
Husk i øvrigt...	GRØNT - gerne som sovs, stuvning, gratin BRØD - helst tynde skiver med rigeligt smør og pålæg PÅLÆG – helst kød eller ost med højt fedtindhold FISK – gerne fed fisk som sild, laks eller fiskesalat FRUGT – fx tørret eller henkogt og som grød eller juice RØR DIG – det giver appetit

Bilag 5: Handleplan for Ernæring, småtspisende EVS =2 point

<p>Overskrift Ernæring efter ernæringsvurdering</p>	<p>Problembeskrivelse Ernæringsvurdering af +65 årige. Der er udfyldt en EVS. Total point i EVS = 2. Den ældre har potentiale for en ernæringsindsats.</p>	
<p>Overordnet mål Målet er at iværksætte en handling for en borger som har potentiale for en ernæringsindsats</p>	<p>Handling Spisevaner: Sikre energitæt kost. Tilbyder energirige drikkevarer fx sødmælk. Behov for energidrikke (kræver grøn ernæringsrecept). Tilbyder mellemmåltider – evt. via madservice. Udfyld Madønsker sammen med borger/pårørende.</p>	
<p>Delmål: Find frem til rette delmål: Borger skal have udarbejdet en ernæringsplan. Afhjælp tandproblemer. Afhjælp synkeproblemer. Afhjælp kosten ved måltidet eller at der er madrester i munden efter måltidet. Kan skyldes, at måltidet ikke har den rette konsistens.</p> <p>Iværksæt altiverende handling til at tilberede, anrette og servere mad og/eller til at indtage mad og drikke. Find den rette ernæringsindsats ved levering af ydelser ernæring.</p> <p>Borgeren skal have op startet indtag af vitaminer. Sikre at borgeren er fysisk aktiv – træner styrke og smidighed.</p>	<p>Risikofaktorer:</p> <p>Tandproblemer: Tandlæge/omsorgstandpleje kan hjælpe med tandstatus og mundhygiejne.</p> <p>Synkebesvær: Vurder om der fx er smerter i mundhulen, problemer med at børste tænder/protese. Ved synkeproblemer kontaktes læge. Problemer med madens konsistens: Vurder om der er behov for Tygge-/synkevenlig kost.</p> <p>Behov for hjælp i og omkring spisesituationen: Vurder behov for aktiverende hjælp til tilberedning, anretning, servering samt indtag af mad og drikke. Obs korrekt siddestilling i spisesituationen. Hjælp til planlægning af indkøb. Vurder behov for store og små hjælpemidler – evt. ergoterapeut.</p> <p>Vitaminer:Efter aftale med borger opstartes Multivitamin-tablet og D-vitamin - Ældre ≥ 70 år samt ældre i plejebolig anbefales 20 µg + 800-1000 mg calcium.</p> <p>Fysisk aktivitet: Sikre at borger er fysisk aktiv. Motiver borger evt. til TTH, træning i dagcenter eller på sundhedscenter. Kontakt visitationen. Tilbyd mad og drikke før og efter træning.</p> <p>Andre problemstillinger / yderligere forværring af ernæringstilstanden: Klinisk diætist i sundhedscenteret kan kontaktes via henvisning fra borgeregens egen læge.</p>	<p>Evaluering</p> <p>Evaluering på opsatte mål / delmål og handlinger.</p> <p>Borger som får 2 point i EVS evalueres hver uge. Husk at veje.</p> <p>Begrund altid hvorfor handleplan afsluttes - fx målet er nået eller borger er ikke motiveret.</p>



Bilag 6: CES-studiets organisering

Overordnet organisering

CES-studiet blev gennemført af et konsortium bestående af Foreningen af Kliniske Diætister (FaKD),

Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning (KORA) og Økonomisk Institut på Københavns Universitet (KU). Konsortiet har været ansvarligt for CES-studiets gennemførelse. I praksis har seniorforsker Anne Marie Beck stået for gennemførelsen af CES-studiets tre faser, docent Eigil Boll Hansen for evalueringen af ernæringsindsatsen ved interviews og professor Hans Keiding for de økonomiske analyser baseret på resultaterne. CES-studiet er gennemført i Frederiksberg Kommune. Projektleder fra Frederiksberg Kommune var Sundhedskonsulent Irene Harboe Brandt, som koordinerede med Frederiksberg Kommunes øvrige indsatser i forhold til småtspisende ældre.

Styregruppen inkluderede ovennævnte samt programleder Vibeke Høj Worm fra Socialstyrelsen og formanden for FaKD Ginny Rhodes.

Herudover var der tre faglige udviklingsledere (Berit Helene Hansen, Esther Stjernby og Ina Sørensen), som blev udpeget til at være hjemmeplejens kontaktpersoner i forhold til CES-studiet. Sygeplejegruppelederne (Gitte Agner, Anni B. Hansen, Rikke Prasz og Tove Møllegaard) blev udpeget til at være hjemmesygeplejens kontaktpersoner. Fra Østervang var udviklingssygeplejerske Elisabeth Bytofte og trivselschef Lotte Dyrbye kontaktpersoner, og på Betaniahjemmet var det projektkoordinator Jette Lynnerup.

Medarbejdere i CES-studiets tre faser

Arbejdsgruppen, der har bistået Anne Marie Beck ved gennemførelsen af CES-studiets tre faser, bestod af projektkoordinator Birthe Stenbæk Hansen, cand. scient. i gastronomi og sundhed, klinisk diætist Annette Gøgsig Christensen, klinisk diætist Tina Kreinfeldt Skovgaard Møller, ergoterapeut Rikke Lyng Birk, fysioterapeut Maj Hartvig, fysioterapeut Dorthe Dreisig og akademisk medarbejder Signe Damsbo-Svendsen. Øvrige tilknyttede medarbejdere i de tre faser var fysioterapeut Daniel Brøgger, klinisk diætist Stine Kjær, sygeplejerske Karin Damkjær, sygeplejerske Karen Bøjholm, sygeplejerske Jette Dulong, projektkoordinator Jette Lynnerup, sygeplejerske Kiddy El Kholy, sygeplejerske Kirsi Kuosma, sygeplejerske Lene Fenger, og fysioterapeut David Blazek. Stud. soc. Tanja Dall og stud. soc. Tine Fuglsang har bistået Eigil Boll Hansen med evalueringen af interviews. Professor Henrik Højgaard Rasmussen har kommenteret på uddrag af resultaterne i kapitel 5.

Tak

En stor tak skal lyde til alle de deltagende ældre, de involverede ernæringsnøglepersoner og øvrige samarbejdspartnere. Det har været utrolig inspirerende og lærerigt at arbejde sammen med jer.

¹⁷ Kommunen anvender omsorgssystemet Kmd Care som er tilgængeligt i alle kommunens afdelinger

Bilag 7. Resultater af audit

I dette bilag beskrives resultatet af de audits, der blev foretaget i projektkommunens omsorgssystem ¹⁷ hhv. ved indledningen af fase 1 og efter afslutningen af fase 2 og 3 i CES-studiet. Formålet var at se om der skete en positiv udvikling i graden af dokumentation.

Metoden til audit

Ved valg af indikatorer til brug for de tre audits blev der taget udgangspunkt i de officielle retningslinjer for vurdering af ernæringstilstand hos ældre fra hhv. Anbefalinger for den danske institutionskost (Pedersen & Ovesen 2009), Faglige kvalitetsoplysninger om plejebolig (<http://www.kl.dk/Aktuelle-temaer/kvalitetsportalen/Faglige-kvalitetsoplysninger-om-plejeboliger/FKO-plejeboliger/>), Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (www.IKAS.dk og Embedslægetilsynet (<http://goo.gl/gTskbT>). Resultatet blev en fusionering af disse metoder, således at indikatorerne i tabel 7.1 indgik.

Borgerens BMI foreligger
Borgeren har BMI<18,5
Borgeren har BMI>30
Borgeren er vejlet en gang om måneden
Beboerens ernæringsbehov er vurderet og beskrevet
Hvis beboeren har særlige ernæringsmæssige behov, er der lagt en kost- eller ernæringsplan
Kost- eller ernæringsplanen bliver evalueret regelmæssigt, herunder kontrol af beboerens vægt

Tabel 7.1: Indikatorer anvendt ved audit

I hjemmeplejen og hjemmesygeplejen indgik borgere med ydelsen ernæring og evt. ydelsen supplerende ernæring i CES-studiet, og det var blandt denne gruppe, der blev lavet audits. I fase 2 og 3 af CES-studiet blev det endvidere valgt at foretage audit for hver enkel hjemmeplejegruppe, pga. opdelingen i hhv. indsats- og kontrolgruppe. Det samme var tilfældet for den ene plejebolig, hvor halvdelen af afdelingerne var i indsatsgruppen og den anden halvdel i kontrolgruppen. I alle tilfælde blev ca. 10 % af de relevante borgere tilfældigt udvalgt.

Vurdering af kvaliteten af ernæringsindsatsen

For bedst at tilgodese de meget forskellige forudsætninger i de deltagende plejegrupper og plejeboliger – specielt ved starten, dvs. i fase 1, blev der ved vurderingen af audit resultaterne anvendt en metode, der tog udgangspunkt i, hvorvidt der var handlet korrekt på resultatet af ernæringsscreeningen eller ej. Det vil sige, om der var forsøgt at gøre en indsats i de tilfælde, hvor ernæringsscreeningen (uanset om metoden var BMI, HVEM, EVS eller andet) afslørede et ernæringsproblem.

Herudover blev det undersøgt, om der var sket en forbedring i graden af dokumentation i omsorgssystemet uanset udgangsniveauet.

Resultater

Audit i hjemmeplejen

Samlet for de tre plejegrupper i hjemmeplejen skete der under CES-studiets tre faser en meget positiv udvikling mht. dokumentation af vægtnålinger, behov og evaluering. Før CES-studiets begyndelse (dvs. i starten af fase 1) var det stort set ikke muligt at finde oplysninger om borgerens ernæringstilstand og vægt i omsorgssystemet. Allerede efter fase to var der sket en positiv udvikling i graden af dokumentation og eksempelvis kunne der findes oplysninger om resultatet af ernæringscreening ved hjælp af EVS. Ved CES-studiets afslutning var der dokumenteret vægtnålinger i alle tre plejegrupper. Der var således ikke markant forskel på kontrolgruppe og indsatsgruppe. Viden om borgerens ernæringstilstand var på dette tidspunkt til at finde i Funktionsvurdering, EVS, handleplaner og under målinger (vægte). Systematisk evaluering af handleplaner var dog stadig ikke en rutine. BMI registreredes fortsat ikke eller kun sjældent, men indgår heller ikke som en nødvendig del af EVS, hvilket kan være en del af forklaringen.

Audit i de deltagende plejeboliger

Audit viste, at plejeboligerne også før CES-studiets gennemførelse (dvs. i starten af fase 1) havde en rutine med at dokumentere oplysninger om ernæring, herunder BMI. Også her sås det at der efter fase 2 kunne findes oplysninger om resultatet af ernæringscreening ved hjælp af EVS. Denne dokumentation udviklede sig i løbet af CES-studiet til i langt højere grad at afspejle den rette indsats til den enkelte borger – især til indsatsgruppen på Østervang. Interessant her var det, at andelen, hvor der var registreret oplysninger om BMI, generelt faldt i løbet af CES-studiets faser. Årsagen kan være som ovenfor nævnt mht. EVS. Det kan vise sig at være problematisk, idet både Embedslægetilsyn og Faglige kvalitetsoplysninger har fokus på vurdering af BMI.

Da audit blev udført udelukkende via opslag i omsorgssystemet, kan det ikke udelukkes, at omlægningen af omsorgssystemet til Fælles journal ultimo 2012 har haft en indflydelse på resultatet. En konsekvens af Fælles journal var bl.a., at alle handleplaner nu er samlet et sted.

Resultaterne understøttes dog af, at der for borgerne, der deltog i fase 3, var langt flere vægte dokumenteret i omsorgssystemet, end de borgere der ikke deltog (differencen var 1,51 (95 % CI: 1,09;1,92). Det samme gjaldt for borgere med 2 point i EVS, der deltog i indsatsgruppen ved sammenligning med borgere i kontrolgruppen (differencen var 0,78 (95 % CI: 0,03;1,52).

Sammenfatning

Gennem CES-studiets tre faser var der gennemgående en positiv udvikling i graden af dokumentation i det kommunale omsorgssystem.

Bilag 8. Ernæringsindsatsen ved starten af fase 1 i hjemmepleje, sygepleje og plejebolig

I dette bilag beskrives via interviews med repræsentanter fra de involverede personalegrupper, hvordan en indsats i forhold til borgernes ernæringstilstand har været prioriteret før interventionen, hvordan borgernes ernæringstilstand har været afdækket, og hvad en ernæringsindsats har bestået i. Formålet med disse interviews var, at de sammen med de interviews, der blev gennemført efter fase 2 og 3, bl.a. skulle bruges til at vurdere, om der skete en udvikling i ernæringsindsatsen i projektperioden.

Metoden til brug for beskrivelsen bygger på gruppeinterview i hjemmeplejen af ledelsesrepræsentanter og af ernæringsnøglepersoner i CES-studiet, gruppeinterview på Betaniahjemmet af ledelsen og af to ernæringsnøglepersoner i CES-studiet samt gruppeinterview på Østervang af ledelsen og af to ernæringsnøglepersoner (ernæringskoordinatorer).

Vurderinger af vigtigheden af en ernæringsindsats

Hjemmeplejen

I både ledelses- og medarbejdergruppen var der enighed om, at ældres ernæringstilstand er vigtig, og at der løbende skal være opmærksomhed herpå. Der havde i hjemmeplejen været forskellige initiativer, som skulle øge frontmedarbejdernes opmærksomhed på borgernes ernæring. I et af hjemmeplejedistrikterne var der før CES-studiet et særligt fokus på og opfølgning i forhold til borgernes ernæring.

I hjemmesygeplejen var der ikke samme fokus på borgernes ernæringstilstand som på andre områder, der er nærmere sygeplejens kerneopgaver.

Plejeboligerne

Betaniahjemmet

Både ledelses- og medarbejdergruppen angav det som vigtigt at være opmærksomme på borgernes ernæringstilstand. Kosten var prioriteret højt hos plejeboligernes ledelse bl.a. i form af generel opmærksomhed på beboernes ernæringstilstand og åbenhed overfor og fleksibilitet i forhold til at lave individuelle tilpasninger til borgere, der har særlige ønsker i forhold til kosten.

Østervang

På tværs af ledelses- og medarbejdergruppen opfattedes det på Østervang som meget vigtigt at være opmærksom på beboernes ernæringstilstand. Ledelsen angav, at ernæring er højt prioriteret, mens ernæringskoordinatorerne i medarbejdergruppen gav udtryk for det samme.

Personalets afdækning af borgernes behov for en ernæringsindsats

Hjemmeplejen

Hverken i hjemmeplejen eller hjemmesygeplejen blev ældres ernæringstilstand afdækket eller screenet systematisk. Det var SOSU-hjælpernes opgave at være opmærksomme på borgernes ernæringstilstand, når de kom i hjemmene. I én gruppe tog faglig udviklingsleder ud til borgerne for at afdække og følge op på deres ernæringstilstand, når en SOSU-hjælper havde haft mistanke om et ernæringsproblem. Den faglige udviklingsleder tog i afdækningen udgangspunkt i EVS, som er udarbejdet af Socialstyrelsen. I hjemmesygeplejen var det op til den enkelte hjemmesygeplejerske at have fokus på ernæringstilstanden.

Plejeboligerne

Betaniahjemmet

Personalet observerede borgerne i hverdagen i forhold til, om de havde det godt. Man reagerede, hvis en borgers vægt svingede, eller hvis en borger over tid tabte sig. Borgernes kontaktpersoner vejede med jævne mellemrum borgere, hvor der var observeret vægttab eller sparsomt kostindtag. Hvert halve år lavede en koordinator af projekter en 'status' på alle beboere ved hjælp af MDS, hvor vægt og BMI noteredes, ligesom BMI blev udregnet, når nye beboere flytter ind i plejeboligen. I nogle tilfælde brugte man væske- eller kostskemaer til at notere en beboers indtag, hvis vedkommende ikke drak eller spiste nok.

Østervang

Ernæringskoordinatorer på Østervang indgår i den almindelige pleje, men havde et særligt ansvar for at følge beboernes ernæringstilstand og iværksætte indsatser, hvor det var nødvendigt. Ernæringskoordinatorerne foretog ernæringsscreeninger vha. HVEM af alle beboere to gange årligt, hvor bl.a. vægt og BMI blev målt. Screeningerne blev foretaget efter ernæringsskemaer, der placerer beboerne i forskellige grupper (god ernæringstilstand, dårlig ernæringstilstand, risikotilstand) ud fra besvarelsen af skemaet. Alt efter hvilken gruppe beboeren kategoriseres i, er der kliniske standarder for, hvordan medarbejderne skal handle på tilstanden. Udover de halvårslige screeninger var ernæringskoordinatorerne og deres kolleger i plejegruppen i dagligdagen opmærksomme på, om beboere taber sig, eller deres indtag ændrer sig.

Beskrivelse af ernæringsindsats over for borgerne

Hjemmeplejen

Når der hos en borger var observeret, at der kunne være et ernæringsproblem, blev der i første omgang talt med borgeren for at motivere og få tilladelse til at iværksætte en indsats. En indsats kunne bestå af hjælp til at lave indkøbslister, der indeholder den mad, borgeren har brug for, hjælp til at bestille varer ved købmanden eller at få de pårørende til at købe ind. Derudover kan der visiteres tid til, at der kommer en SOSU-hjælper ud og smører og anretter maden, ligesom SOSU-hjælperen kan spise sammen med borgeren for at motivere vedkommende, jf. ydelserne Ernæring og Hjælp til ernæring.

Som beskrevet var der mulighed for at bestille varm mad, som kan tilpasses den enkelte i form af portionsstørrelse, beriget eller energitæt mad, hakket eller flydende konsistens eller ekstra mellemmåltider og proteindrikke. Alle indsatser skal visiteres som en ydelse via visitationen. SOSU-hjælperne rapporterede deres observationer tilbage til gruppelederen, som ved behov kontaktede visitationen. Det kunne også være en sygeplejerske, der kom i et hjem, som kontaktede visitationen.

De faglige udviklingsledere havde modtaget undervisning i ernæring, og de fungerede som resourcepersoner for de øvrige medarbejdere i både hjemmeplejen og hjemmesygeplejen og efter behov. Justeringer i den mad, en borger får fra madleverandørerne, foregik via visitationen.

Plejeboligerne

Betaniahjemmet

På Betaniahjemmet får beboerne varm mad midt på dagen, og den bliver tilberedt i plejeboligernes eget køkken. Når en borger var dokumenteret undervægtig, blev der lavet handleplaner for ernæringsindsatsen, og disse opdateredes løbende med beskrivelse af dels den foretagne indsats, dels beboerens udvikling. Handleplanerne udarbejdedes i samarbejde med en sygeplejerske og opdateredes løbende af beboerens kontaktperson.

Underernærede beboere kunne tilbydes ekstra mellemmåltider, og der kunne indkøbes fx chokolade, is og kakaomælk, som beboeren løbende kunne spise. Ændringer i forhold til den alment kostplan blev bestilt i plejeboligens køkken, der udover de ekstra måltider har mulighed for at lave beriget kost med eksempelvis piskefløde i sovsen, flydende mad til beboere med problemer med at tygge, og proteindrikke som anvendes til mange underernærede ældre. Hvis der var særligt behov herfor, kunne der bestilles særligt koncentrerede proteindrikke fra apoteket, eller der kunne sammensættes en individuel tilpasset drik ved hjælp af en udefrakommende diætist. Ved behov kunne der tages kontakt til en udefrakommende diætist, som gennemfører en vurdering af den enkelte beboer og sammensætter en individuel kostplan. SOSU-hjælperne angav, at de holder øje med om tandproblemer, som fx løse gebisser, kan være medvirkende til, at borgere ikke får tilstrækkelig ernæring, og omsorgstandplejen tilkaldes ved behov udover de regelmæssige besøg.

Østervang

På Østervang blev maden leveret fra privat udbyder og anrettet i afdelingernes køkkener eller i cafeen, hvor hjemmeboende også kunne komme og spise eller hente mad. Der var to menuer, beboerne kunne vælge imellem, og der blev valgt en menu for hele den givne afdeling i samarbejde med de beboere, der var interesserede. I både ledelses- og medarbejdergruppen vurderedes det, at der er gode muligheder for individuel tilpasning af den kost, beboerne får, og at madleverandøren er fleksibel i forhold til diæter m.m. Der blev serveret kold mad til frokost og varm mad til aften. Det var ledelsesgruppens opfattelse, at det har været godt for beboernes generelle ernæringstilstand, at man var gået over til at få varm mad om aftenen. Det havde betydet, at beboerne var blevet mere mætte og rolige og sov bedre om natten. Da nogle beboere kommer sent op, har de ikke så stor appetit til frokost, og der blev derfor ikke spist så meget af den varme ret på dette tidspunkt, mens de til gengæld blev sultne op ad dagen/til aften.

Når det blev observeret, at en beboer er underernæret, var der mulighed for i afdelingernes køkkener at bestille madvarer hjem som fx Nutella, fed ost eller fløde, der kunne supplere den almindelige kost, beboeren fik. Der kom en kioskvogn i huset en gang om ugen, og underernærede borgere opfordredes til at købe eksempelvis chokolade herfra.

Når der var behov for en særlig indsats, kunne der tages kontakt til en klinisk diætist fra et privat firma. Diætisten afdækker sammen med en ernæringskoordinator beboerens tilstand og peger på, hvad der vil være godt at tilbyde den enkelte beboer.

Det blev angivet, at det er en del af de kliniske standarder - der beskriver indsatsen hvis en beboer observeres at have dårlig ernæringstilstand - at undersøge, om en dårlig ernæringstilstand har noget at gøre med tandhygiejne eller tyggefunktion.

Ernæringsindsatser dokumenteredes i handleplaner, hvor tilstand og indsats beskrives. Efter en vis periode blev indsatsens effekt i forhold til den enkelte evalueret.

Ansvars- og opgavefordelingen i ernæringsindsatsen

Hjemmeplejen

Det var den enkelte medarbejder, som kommer i et hjem, der havde ansvaret for at observere borgernes ernæringstilstand og ved bekymring kontakte sin gruppeleder eller en sygeplejerske, der så kunne tage initiativ. Når der blev iværksat en konkret indsats, skete det oftest i samarbejde mellem hjemmeplejen og hjemmesygeplejen, da der ofte er både sygepleje og hjemmepleje i hjemmene.

I hjemmesygeplejen var der i hver gruppe en ressourceperson i ernæring. Ressourcepersonerne skulle besøge de borgere, der var observeret med dårlig ernæringstilstand.

Der var ikke et formaliseret tværfagligt samarbejde mellem SOSU-hjælpere og sygeplejersker, og samarbejdet foregik typisk ved, at man tilfældigt mødte hinanden i hjemmene eller ”på gaden” og talte sammen om en given borger. Der blev løbende holdt møder i hjemmeplejegruppen, hvor der blev taget konkrete borgersager op. Sygeplejerskerne inviteredes med, når der var sager, hvor SOSU-hjælperne vurderede det relevant, eksempelvis ved dårlig ernæringstilstand. På ledelsesniveau afholdtes der mere formelle tværfaglige samarbejds møder.

Plejeboligerne

Betaniahjemmet

Udover de halvårlige målinger af beboernes ernæringstilstand, som koordinatoren af projekter på Betaniahjemmet havde ansvar for, var det den enkelte beboers kontaktperson, der havde ansvaret for at observere beboerens ernæringstilstand og tage kontakt til en sygeplejerske, hvis der vurderedes at være behov for en indsats. Sygeplejersken havde formelt ansvaret for at vurdere, hvorvidt der skulle iværksættes en ernæringsindsats, og hvad den skulle bestå i, men køkkenleder havde i praksis også en rolle heri ift. at tale med beboerne, afdække hvad årsagen til en svækket ernæringstilstand kunne være, og hvad der kunne gøres for at afhjælpe denne. Kontaktpersonen havde ansvaret for at iværksætte den planlagte indsats ved at tage kontakt med køkkenet, bestille proteindrikke, særindkøb osv. Sygeplejerske og kontaktperson fulgte op på handleplanerne i fællesskab. Kontaktpersonen i dagligdagen og sygeplejersken ved løbende evalueringer af udviklingen.

Der afholdtes hver 14. dag tværfaglige møder på hver etage, hvor fysioterapeuter, ergoterapeuter, kontaktpersoner, sygeplejersker og nogle gange køkkenpersonale/køkkenlederen deltog. På møderne kan kontaktpersonerne fx nævne bekymringer omkring en borgers ernæringstilstand.

Østervang

Der var syv ernæringskoordinatorer til Østervangs otte afdelinger, og ernæringskoordinatorerne havde ansvar for at foretage de halvårlige screeninger af borgernes ernæringstilstand. I den daglige pleje var det hovedsageligt beboernes kontaktpersoner blandt plejepersonalet, der

havde ansvar for at observere borgernes generelle tilstand og tage kontakt til koordinatorene, hvis der opstod bekymring.

Ernæringskoordinatorerne skulle orientere en sygeplejerske, når der var bekymring for en beboers ernæringstilstand. Det var imidlertid ernæringskoordinatorerne, der tilrettelagde og iværksatte en given indsats. Når ernæringskoordinatorerne havde tilrettelagt en indsats, blev den ført ud i livet af beboerens kontaktperson, der eksempelvis bestilte proteindrikke og lignende.

Ernæringskoordinatorerne har ikke fået nogen uddannelsesmæssig opkvalificering, men har oparbejdet viden gennem deres arbejde og samarbejdet med diætist (udefra), der også fungerede som ressourceperson, hvis der var spørgsmål.

Hver 14. dag afholdtes tværfaglige møder på afdelingerne, hvor afdelingens personale og afdelingsleder deltog samt efter behov fysioterapeuter, ergoterapeuter, demenskoordinator og aktivitetsmedarbejder. Her kunne forhold vedrørende enkelte borgere bringes op efter behov.



Bilag 9. Ernæringsindsatsen i slutningen af fase 2 i hjemmepleje, sygepleje og plejebolig

I dette bilag beskrives ernæringsindsatsen i hjemmeplejen, Betaniahjemmet og Østervang i slutningen af fase 2, hvor ernæringsnøglepersonerne havde gennemført undervisning i ernæring og brug af EVS. EVS var netop taget i brug til at screene borgerne i CES-studiet, men interventionen fra den tværfaglige gruppe var ikke påbegyndt. Formålet var således at vurdere, om der var sket en udvikling i ernæringsindsatsen siden starten af CES-studiet, hvor de første interviews blev foretaget.

Metoden til beskrivelsen af indsatsen bygger i hjemmeplejen på et gruppeinterview af en sygeplejegruppeleder og to faglige udviklingsledere og på et gruppeinterview af to ernæringsnøglepersoner i CES-studiet. Beskrivelsen af indsatsen på Betaniahjemmet bygger på et gruppeinterview af ledelsen og af to ernæringsnøglepersoner i CES-studiet, mens beskrivelsen af indsatsen på Østervang bygger på et gruppeinterview af ledelsen og af to ernæringsnøglepersoner i CES-studiet.

Vurderinger af vigtigheden af en ernæringsindsats

Hjemmeplejen

I denne fase var der kommet mere fokus på ernæring i alle hjemmeplejedistrikterne, og ledelsen prioriterede deltagelse i CES-studiet. Omorganiseringen i hjemmeplejen tog dog de faglige udviklingslederes/gruppelederes opmærksomhed, og der var ikke forståelse for valget, at borgere med ydelsen ernæring som målgruppe for CES-studiet. I hjemmesygeplejen var der ikke kommet mere fokus på ernæring.

Plejeboligerne

Betaniahjemmet

Borgernes ernæring havde på Betaniahjemmet fortsat høj prioritet, og medarbejderne var blevet mere opmærksomme på beboernes ernæringstilstand. CES-studiet havde kørt i et samspil mellem en af CES-studiets diætister og personalet på afdelingerne, og ledelsen havde ikke været involveret.

Østervang

Ledelsen vurderede, at der i fase 2 ikke var sket ændringer i prioriteringen af en ernæringsindsats, som også tidligere blev prioriteret højt. Ernæring blev imidlertid italesat mere – også i forhold til tværfagligt samarbejde – og der var kommet mere fokus på borgernes ernæring.

Personalets afdækning af borgernes behov for en ernæringsindsats

Hjemmeplejen

I slutningen af fase 2 og som indledning til fase 3 blev borgere med ydelsen ernæring ernæringsvurderet som en del af CES-studiet. Øvrige borgere blev ikke ernæringsvurderet systematisk, og praksis havde over for dem ikke ændret sig siden foråret 2012 – før CES-studiet. Hjemmesygeplejen havde efter aftale med gruppen bag CES-studiet ernæringscreenet et mindre antal borgere.

Ernæringsnøglepersonerne havde gennem undervisning eller ved at stille sig til rådighed klædt SOSU-hjælperne på til at udfylde skemaet. Mange skemaer viste sig dog at være mangelfuldt udfyldt, og de faglige ledere måtte bruge tid på at kvalitetssikre skemaerne.

Det kom bag på begge de faglige udviklingsledere, at indholdet i skemaerne skulle lægges ind i omsorgssystemet, og det virkede uoverskueligt for dem.

Plejeboligerne

Betaniahjemmet

Alle beboere blev fortsat vejet hvert halve år uafhængig af CES-studiet. I forbindelse med CES-studiet var der udarbejdet retningslinjer for, hvordan der skulle screenes, og hvordan der skulle følges op. På en afdeling var der lagt en plan for det kommende halve år. Det var nyt, at nogle borgere skulle vejes oftere end hvert halve år. Det skete tidligere normalt kun, når de kunne se, at der var store forandringer. Der var blevet udfyldt et skema for alle beboere, og alle beboere var blevet vejet. EVS-skemaerne skulle registreres i omsorgssystemet, men der var nogle tekniske vanskeligheder i begyndelsen.

Østervang

De var i gang med at lave screeninger, så alle blev screenede med EVS. De havde også tidligere screenet beboerne ved brug af et HVEM-skema, som medarbejderne vurderede, var meget stort og omfattende. EVS er mere enkelt, men medarbejderne skulle lige vænne sig til det. De havde også tidligere været meget opmærksomme på at veje beboerne, men der er flere vægtkontroller i det nye system. EVS og handleplaner var blevet lagt i omsorgssystemet af ernæringskoordinatorerne.

Der var i forvejen kliniske retningslinjer på Østervang for, hvordan der skulle handles i forhold til de gamle skemaer. De skulle lige have sat det i system med de nye.

Ifølge medarbejderne var der egentlig ingen forskel i forhold til tidligere, hvor de også skulle lave en ernæringscreening og en handleplan. Forskellen var måske, at der blandt kontaktpersoner var kommet mere fokus på ernæring. I det gamle system skulle beboerne screenes en gang hvert halve år. I det nye skulle borgere med værdien 2 i EVS vejes en gang om ugen. De var blevet mere systematiske i afdækningen af beboernes ernæringstilstand, og de brugte i højere grad screening til at handle på.

Personalets vurderinger af EVS

Hjemmeplejen

De faglige udviklingsledere gav eksempler på, at skemaet ikke giver præcise informationer om borgernes ernæringstilstand. Der er overvægtige, som bliver registreret som småtspisende, fordi de har særlige vaner. Der er fx borgere, som ikke drikker mælk, men får dækket deres proteinbehov på anden vis, men de bliver registreret som småtspisende.

Der har været ting i skemaet, som SOSU-hjælperne ikke forstod, fx ordet "levne". Mange forstod ikke pointsystemet. I en del tilfælde blev skemaet ikke helt udfyldt, og mange havde svært ved at angive, om borgeren havde brug for hjælp til spisning. Sygeplejegruppeleder troede at sygeplejerskerne syntes, at skemaet er OK. De kunne sagtens udfylde det, men de syntes, at det er et stort skema.

Medarbejdere nævnte, at der er nogle mindre ting i skemaet, som ikke har fungeret.

Plejeboligerne

Betaniahjemmet

Ifølge en SOSU-hjælper var det oprindelige skema blevet ændret. Der var fx blevet tilføjet en rubrik til at anføre højde, så BMI kunne beregnes, og det var blevet nemmere at finde frem til, om en borger skulle have værdien 0, 1 eller 2. Det reviderede skema fungerede godt. Alle kunne finde ud af det. Nogle gange giver skemaet dog et misvisende billede fx i forhold til overvægtige, som har nogle særlige spisevaner. Skemaet vurderedes mest beregnet på undervægtige. Det vurderes dog, at skemaerne er en hjælp. Det er en øjenåbner, og diætisten fra CES-studiet havde været en god støtte. Det var dog meget tidskrævende at udfylde skemaet, og det føltes lidt overdrevet, fordi der indgår ting, som personalet i forvejen er opmærksom på.

Østervang

Medarbejderne vurderede, at EVS er et mere enkelt skema end HVEM, og alle kunne bruge det. Kontaktpersonerne kunne derfor bruge det. Man fandt det dog uheldigt, at der blev ændret i skemaerne undervejs. EVS giver bedre end HVEM en anvisning på, hvad et eventuelt ernæringsproblem består i.

Beskrivelse af ernæringsindsats over for borgerne

Hjemmeplejen

Sygeplejegruppeleder oplevede, at hun var blevet mere opmærksom på energitæt kost og oftere nævnte denne mulighed over for sygeplejerskerne. Det samme nævntes af en faglig udviklingsleder, som angav at have bestilt meget energitæt kost. Hun var også blevet opmærksom på, at man godt kan have et problem, selvom man vejer 87 kilo. Hun havde indset, at det er rigtig vigtigt med en regelmæssig vejning, og de var blevet mere fokuseret på, at det er muskeltab, når en borger taber i vægt. En anden faglig udviklingsleder angav, at de ikke var kommet så langt endnu, og at der ikke var sket ændringer i indsatsen.

Plejeboligerne

Betaniahjemmet

Ledelsen vurderede, at der blev udarbejdet flere handleplaner end tidligere, og at der var et bedre grundlag til at udarbejde dem.

Ledelsen nævnte, at der er bægere med is i fryseren, og så kan beboerne hente varm kakao fra maskinen og blande det med is. Det blev angivet, at der var rigtig mange af beboerne, der efterhånden får dette som et ekstra måltid. SOSU-hjælperne nævnte, at det fungerede bedre med at tilbyde mellemmåltider. Da Betaniahjemmet har eget køkken er det relativt ukompliceret at tilpasse kosten til den enkelte, og man lavede mange små tiltag. Til frokost går personalet fx rundt med piskefløde til alle dem, der gerne vil have piskefløde.

Der er fysioterapi på Betaniahjemmet, og beboerne kan efter eget valg deltage i fællesgymnastik en gang om ugen. Det blev nævnt, at fysioterapeuter og plejepersonalet tit går tur med beboerne. Der var angiveligt mange beboere, som i efteråret 2012 var blevet tilmeldt omsorgsstandplejen. Man var blevet mere opmærksom på denne mulighed og på eventuelle tandproblemer.

Man var angiveligt på Betaniahjemmet meget opmærksom på, at det for beboerne ikke kun handler om mad, men om hvordan man i øvrigt har det psykisk.

Østervang

Man skulle i gang med at udarbejde handleplaner, men hvis man observerede, at en borger var i en dårlig ernæringstilstand, så handledes der på det, lige som tidligere. Man havde også tidligere en praksis med at udarbejde handleplaner, så det var alene som en del af CES-studiet, at man skulle i gang med handleplaner i forhold til EVS. Handleplanerne blev lagt i omsorgssystemet.

Der var ikke sket ændringer i mulighederne fra madleverandøren. Man havde imidlertid haft madleverandøren til at fortælle om, hvad der er muligt fx med hensyn til mellemmåltider, og det kan have givet en fælles forståelse af, at det er en mulighed. Det kan være mellemmåltider, og det kan være brød, energitætte drikke, proteindrikke, fløde i kaffen eller mere fløde i grøden. Den kliniske diætist fra CES-studiet var i samarbejde med ernæringskoordinatorerne kommet med forslag, som var blevet afprøvet hos madleverandøren.

Østervang har hele tiden haft et samarbejde med en klinisk diætist fra et privat firma. Der var ikke sket noget i forhold til brug af tandlæge, men man var blevet mere opmærksom på synkevejledning.

Der var på den ene afdeling kommet to ny medarbejdere om aftenen, og de interesserede sig meget for mad. De havde været med til at gøre måltidet attraktivt, og der var ikke mange beklagelser over maden.

Ansvars- og opgavefordelingen i ernæringsindsatsen

Hjemmeplejen

I hjemmesygeplejen var der to sygeplejersker og to SOSU-assistenten i hver sygeplejegruppe, der udførte de screeninger, som var aftalt. Gruppelederen henviste til dem, når nogle af de andre kom og spurgte, om en borger kunne være relevant for CES-studiet. I hjemmesygeplejen er det altså ressourcepersonerne, der har gennemført screeningen, mens det i hjemmeplejen er alle SOSU-hjælperne, fordi der var så mange, at ressourcepersonerne ikke kunne magte det.

I hjemmesygeplejen udarbejdede ressourcepersonerne også handleplaner, mens ressourcepersonerne i hjemmeplejen ikke kunne magte denne opgave. I hjemmeplejen udarbejdede faglige udviklingsledere handleplaner.

Plejeboligerne

Betaniahjemmet

Ernæringsvurderingerne udførtes af beboernes kontaktperson, mens ernæringsnøglepersonerne huskede dem på det og tilbød hjælp, hvis det var nødvendigt. En SOSU-hjælper angav, at hun på hendes afdeling havde udfyldt skemaerne, og hun havde instrueret kollegaerne i skemaet. SOSU-assistenten og sygeplejersker skulle udarbejde handleplaner, og derfor skulle SOSU-hjælperne have én til at sidde ved siden af sig for at oprette en handleplan.

Der afholdes tværfaglige møder på afdelingerne hver 14. dag. Køkkenpersonale deltager kun i særlige tilfælde.

Østervang

Ernæringskoordinatorerne havde ansvaret for, at EVS og handleplan blev udarbejdet, men borgernes kontaktpersoner udfyldte EVS. Handleplaner blev udarbejdet af den kontaktperson, som skulle føre indsatsen ud i livet, og ernæringskoordinator i fællesskab. Handleplanen kunne også blive udarbejdet sammen med en sygeplejerske eller på tværfaglige konferencer, hvor en fysioterapeut, aktivitetsmedarbejder eller demenskoordinator deltager. Ifølge medarbejderne er det dog ikke så tit, at ernæring er på, da der ofte er brug for, at borgernes ernæringstilstand håndteres løbende. Der var ingen ændringer i praksis på dette felt. Indsatser i handleplanen blev sat i værk af kontaktperson i samarbejde med ernæringskoordinatoren, som er SOSU-assistent. Ernæringskoordinatorerne står for madbestilling, herunder bestilling af specialforplejning samt fx kontakt til læge.

Ledelsen har faste møder engang i kvartalet med ernæringskoordinatorerne. Det skal bl.a. bidrage til at sikre en ensartet praksis. Særlige fremgangsmåder er tilladt, men man skal fortælle om dem, og de skal lede frem til de fælles formulerede mål. En repræsentant fra madleverandøren inviteres ofte med til møderne.



Bilag 10. Ernæringsindsatsen i fase 3 i interventions- og kontrolgrupperne

I dette bilag beskrives resultat af de afsluttende interview.

Formålet med beskrivelsen af ernæringsindsatsen i studiet i fase 3 var at give et billede af, hvordan ernæringsvurdering og ernæringsindsats over for borgerne praktiseredes i de forskellige enheder, som indgik i CES-studiet, under projektføreløbet. Der har været særligt fokus på at afdække forskelle i indsatsen mellem enheder, der har været interventionsgruppe, og enheder, der har været kontrolgruppe.

Metoden til beskrivelsen bygger på følgende:

Hjemmeplejen: Gruppeinterview af en gruppeleder, en sygeplejegruppeleder, en udkørende sygeplejerske og en SOSU-hjælper (ernæringsnøgleperson), gruppeinterview af en gruppeleder, sygeplejegruppeleder, SOSU-hjælper (ernæringsnøgleperson) og udkørende sygeplejerske samt gruppeinterview af to SOSU-hjælpere (ernæringsnøglepersoner) fra én gruppe og en gruppeleder for en anden gruppe.

Østervang: Gruppeinterview af to teamkoordinatorer, som samtidig er ernæringskoordinatorer og ernæringsnøglepersoner i forhold til CES-studiet, og gruppeinterview af to ernæringskoordinatorer, som har været ernæringsnøglepersoner i studiet.

Betaniahjemmet: Gruppeinterview af en afdelingsleder og to SOSU-hjælpere (ernæringsnøglepersoner i CES-studiet).

Personalets afdækning af borgernes behov for en ernæringsindsats

Hjemmeplejen

Intervention

I begge distrikter, som indgik i interventionsgruppen, var borgere i CES-studiet blevet screenet ifølge EVS-skemaet. Dem, der havde scoret 2, havde fået sat et forløb i gang, og der var lavet handleplaner ud fra det. Vejningerne var sat ind i SOSU-hjælpernes kørelister, så når de kom ud til borgeren, så kunne de se, at fx første fredag i måneden skulle borgeren vejes, og så blev resultatet registreret i omsorgssystemet.

SOSU-hjælperne havde fået fokus på, hvad der skal ske omkring småtspisende borgere, og der var kommet mere fokus på at dokumentere borgernes ernæringstilstand.

Kontrol

I starten af fase 3 i CES-studiet blev alle borgere med ydelsen ernæring screenet af SOSU-hjælperne. Borgerne har herefter skullet vejes en gang om ugen eller en gang om måneden. I den ene gruppe var vejningerne sat ind i SOSU-hjælpernes kørelister. Gruppelederen for den anden gruppe var ikke sikker på, at de var så gode til at veje borgerne, men hun forsøgte at indføre, at alle, der har ydelsen ernæring, skulle vejes en gang om måneden. Det nævntes også her, at medarbejderne havde fået mere fokus på ernæringstilstanden hos dem, der blev vejet regelmæssigt. Gruppeleder vurderede, at der var sket en bevidstgørelse blandt SOSU-hjælperne om, at det er muskler, det handler om.

Plejeboligerne

Østervang (intervention)

EVS var brugt til at screene alle beboere på afdelingerne. Beboerne var derudover ifølge interviewpersonerne blevet vejlet en gang om måneden og ikke en gang om ugen, som de angiveligt skulle i begyndelsen. De, der scorede 2 i EVS, blev vejlet lidt oftere end månedligt. Der var fokus på, at de skulle have ekstra ernæring. Der var også fokus på, om beboerne havde tabt sig eller taget på. Personalet var meget opmærksomt på, om beboerne spiste og fik den ernæring, de skulle have.

Østervang (kontrol)

Alle beboere var blevet ernæringsvurderet ved hjælp af EVS som led i CES-studiet. Interviewpersonerne angav, at de "officielt" skulle følge op med vejning hver måned og i nogle tilfælde hver uge, men at der var indgået en aftale om, at hvis beboernes vægt var stabil, så behøvede de kun at blive vejlet hvert halve år. Ernæringskoordinatorerne sagde, at de holdt øje med, om kontaktpersonerne vejede beboerne hvert kvartal eller hvert halve år. På den anden side har de også andre opgaver, og de kan ikke huske på, om den ene eller den anden beboer skal vejes en gang om måneden, og hvornår det skal ske.

Betaniahjemmet (kontrol)

Afdelingsleder fortalte, at de har haft nogle procedurer, hvor de vejer beboerne to gange om året eller efter behov. Den procedure fulgte de stadigvæk, men borgere, der havde scoret fx 2 i ernæringskemaet, blev vejlet oftere. Afdelingsleder vurderede, at der var kommet fokus på nogle andre ting ved at have screenet alle borgerne. Skemaernes oplysninger blev på den ene afdeling lagt ind i omsorgssystemet af afdelingsleder og ernæringsnøgleperson i fællesskab. På den anden afdeling blev skemaets oplysninger ikke lagt ind i omsorgssystemet, kun vægten. Personalets vurderinger af EVS

Hjemmepleje

Intervention

Det havde været svært for flere at bruge skemaerne i starten, men da de først havde lært at bruge dem, fungerede skemaerne fint. De fleste havde haft brug for, at der var en ressourceperson ved deres side de første gange, de skulle udfylde skemaet. En gruppeleder vurderede, at det havde været et problem med skemaet, at alle, som modtager ydelsen ernæring, scorer 1 point. Mange af dem havde imidlertid ikke brug for en yderligere indsats, og de blev hurtigt afsluttet igen. Det er derfor et spørgsmål, om det skal tælle 1 point at modtage ydelsen ernæring. Bortset fra det, vurderede gruppelederen, at det er et godt skema, som hjælper med at registrere nogle ting hos borgerne, som man ellers ikke kan være sikker på, at alt personale er opmærksomt på. En sygeplejegruppeleder vurderede, at det ikke er helt logisk, at man maksimalt kan score 2 point i skemaet, og nogen kan derfor komme i tvivl om, hvorvidt de har gjort det rigtigt.

En gruppeleder og en SOSU-hjælper vurderede, at medarbejderne der var tilknyttet CES-studiet havde givet god vejledning i brug af skemaet, og der havde hele tiden været nogen, de kunne spørge. De følte, at de gennem kurserne var blevet klædt godt på til at gennemføre ernæringsvurderinger. Problemet havde snarere været, at i en travl hverdag var CES-studiet ikke i fokus i starten. Det var det kommet efterhånden.

Kontrol

SOSU-hjælperne vurderede, at de, som ikke spiste så meget, havde en tendens til at pynte lidt på, hvor meget de spiste. Skemaet fungerede imidlertid, selv om nogle af spørgsmålsformuleringerne var forvirrende, hvis man ikke fik en forklaring på dem. Det var fx forvirrende, at ½ skive rugbrød svarede til en skive. Der var også lidt forvirring med hensyn til at hoppe mellem spørgsmålene. En anden ting er, at skemaet handler meget om mælkeprodukter, mens det ifølge gruppelederen burde have handlet om proteiner. Der er ifølge gruppelederen mange fremmedsprogede, som ikke drikker mælk og spiser ost, men som får proteiner på en anden måde. SOSU-hjælperne havde følt sig godt rustet til at gennemføre ernæringsvurdering og udarbejde handleplaner. De havde fået god støtte af faglig udviklingsleder, og undervisningen havde også været god.

Plejeboligerne

Østervang (intervention)

Interviewpersonerne vurderede, at EVS er bedre end de skemaer, som man tidligere brugte på Østervang. De nævnte dog, at der ikke skal meget til, før man ryger over i den kategori, der hedder en 2er. Der er også beboere, der altid vil forblive 2ere, fordi de er spinkelt bygget og altid har været meget slanke og tynde. Der er endvidere nogen, der har noget allergi, som også altid vil forblive en 2er. Der er dog tale om specielle tilfælde.

Det vurderedes, at der blev afholdt gode kurser med meget kompetente undervisere. Det havde været en tidsmæssig udfordring at udfylde EVS-skemaerne, men den nødvendige kompetence havde været til stede bl.a. gennem kurserne og rådgivning fra CES-studiets diætister. Der var dog dele af personalet, som havde haft svært ved at bruge skemaerne, og som havde haft brug for støtte til det. Særligt udarbejdelse af handleplaner havde været svært for nogen.

Østervang (kontrol)

Ernæringskoordinatorerne vurderede, at skemaerne havde været nemme at udfylde. Nogle bliver opdaget gennem skemaet, mens andre ikke gør. Det var det samme med det skema, de brugte tidligere, nu var det blot nogle andre. Det gode ved dette skema er, at det giver et indblik i, hvad problemstillingen er. Det har ikke kun fokus på maden, men også på fx tænder og synketilstand.

Betaniahjemmet (kontrol)

En SOSU-hjælper syntes, at scoringen på 0, 1 og 2 er mærkelig, og at man kan score 2, hvis man ikke spiser kartofler. Hun syntes heller ikke, at det har noget med vægten at gøre, at man får hjælp til at spise, og alligevel scorer man 2 i dette tilfælde. Afdelingsleder vurderede, at der er lidt sort og hvidt med skemaerne: "Enten drikker du mælk, eller også er du i farezonen." Men som regel er man på afdelingen opmærksom på, at borgerne så får noget andet i stedet for. Udarbejdelse af handleplaner og ernæringsindsats i forhold til borgerne

Hjemmeplejen

Intervention

Gruppelederne havde udarbejdet handleplaner ud fra EVS. De havde ikke været på besøg hos borgerne, men havde talt med borgernes SOSU-hjælper og i nogle tilfælde ringet til en borger. Det havde været en udfordring at få SOSU-hjælperne til at følge op på handleplanerne fx at veje borgerne.

SOSU-hjælperen oplevede, at man var begyndt at tænke i andre baner end tidligere. Sygeplejersken havde oplevet, at SOSU-hjælperne var blevet gode til at notere borgernes madønsker, hvilket er en god information til andre medarbejdere, som kommer i hjemmet.

Der var både i plejegruppen og hjemmesygeplejen kommet mere opmærksomhed på ernæring, fx blev der talt meget om energitæt kost. De fleste SOSU-hjælper ved efterhånden også, hvilke muligheder der er med borgerens egen læge.

En gruppeleder vurderede, at SOSU-hjælperne var blevet gode til at være opmærksomme på, om der er borgere, som har behov for træning. I hjemmesygeplejen vurderedes det, at man altid har været opmærksom på behovet for træning. Det vurderedes, at man ikke er begyndt at bruge omsorgstandplejen mere som følge af CES-studiet.

Kontrol

Da alle borgere i CES-studiet scorede minimum 1 point, blev der udarbejdet mange handleplaner, som indeholdt det samme. De blev oprettet og afsluttet med det samme. I den ene gruppe, hvor SOSU-hjælperne til interviewet kom fra, fremgik det af deres køreliste, når de skulle veje en borger. Det var ikke helt blevet indarbejdet i den anden gruppe.

Hvis der konstateredes vægttab over en periode hos en borger, har man forsøgt at få vedkommende til at spise mere eller noget andet. Der blev også beskrevet et eksempel med en borger, der havde tabt sig, og hvor SOSU-hjælperen søgte om tid til at være hos borgeren, mens hun spiste. Det havde bevirket, at hun spiste noget mere, bl.a. fordi SOSU-hjælperen opfordrede hende til det.

Både SOSU-hjælperne og gruppelederen oplevede, at der var kommet mere fokus på borgernes ernæring, og det var ikke kun hos ressourcepersonerne.

Ud over at borgerne vejes regelmæssigt har man forsøgt at få borgerne til at spise mere eller at drikke proteindrikke. Det er dog ikke alle, der vil drikke proteindrikke, fordi de synes, at de er for søde. I den ene af grupperne havde man haft succes med at lave proteindrikke selv baseret på skyr, der indeholder mange proteiner. Brugen af energitæt mad havde ændret sig fra, at der næsten ikke var nogen, der fik energitæt mad, til at næsten alle fik energitæt mad.

Plejeboligerne

Østervang (intervention)

En handleplan kunne fx bestå i, at man skulle have kontakt med diætister, og at man skulle have kontakt med egen læge med henblik på en grøn ernæringsrecept for at få tilskud til

proteindrik. Der kunne være et mål om, at en borger skulle have vægtøgning og skulle vejes et antal gange. Det gode ved EVS er, at det giver anvisninger på, hvad der skal gøres i forhold til borgere, som får værdien 2.

Hvis der var beboere, der havde brug for speciel kost, talte teamkoordinatoren med diætisten hos madleverandøren. Nogle havde fået supplerende proteindrik, men det fik de også før CES-studiet. Man var på en afdeling begyndt at anrette frokosttallerkener mere individuelt i forhold til, hvad personalet vidste, at beboerne kunne lide.

Østervang (kontrol)

På den ene afdeling havde der kun været få handleplaner i forhold til ernæring. Handleplanerne kunne have vægtøgning eller vægttab som mål, og hvis der var afdækket et synkeproblem, havde der været en ergoterapeut ind over. Der nævntes ikke eksempler på beboere, som var tilbudt træning som følge af ernæringsvurderingen. De fleste gik til træning i forvejen, men hvis de ikke havde gjort det, ville ernæringsvurderingen have afdækket et behov for det. Det varierer over tid, i hvilken udstrækning der bruges proteinrig kost på afdelingen, og det nævntes, at der var flere overvægtige end undervægtige på afdelingerne.

Man har på forskellig måde prøvet at få småtspisende beboere til at spise ekstra, fx ved at presse dem lidt ved måltiderne, ved et mellemmåltid, en kiks eller en småkage eller skål yoghurt ekstra til morgenmad ved siden af det normale franskbrød. De har altid noget ekstra på afdelingen, som de kan give borgerne. Nogen får energitæt kost og nogen får dysfagikost.

Betaniahjemmet (kontrol)

Afdelingsleder nævnte, at de i et par tilfælde havde udarbejdet ernæringshandleplaner, men at det ikke havde med CES-studiet at gøre. Før CES-studiet oprettede man også handleplaner, hvis der var borgere, der havde brug for en ekstra indsats.

Afdelingsleder vurderede, at der ikke var sket de store ændringer i ernæringsindsatsen som følge af CES-studiet. Han vurderede dog, at der var sket en ændring i forhold til proteindrikke, og at der var blevet mere opmærksomhed på at bruge proteindrikke. Man bruger en proteindrik, som produceres i huset.

På tværfaglige møder, hvor fysioterapeuter deltager, tages der stilling til, om der er borgere, der som følge af fx en sygdomsperiode har brug for træning. Det kan være individuel træning på afdelingen eller i aktivitetsafdelingen. Der er derudover holdtræning, hvor borgerne kan møde op, hvis de har lyst. Man bruger også meget at tage borgerne med ud at svømme, og plejeboligerne har en tandem, som bliver brugt meget til borgerne.

Ansvars- og opgavefordelingen i ernæringsindsatsen

Hjemmeplejen

Intervention

SOSU-hjælperen havde udført ernæringscreeningen, og de skulle følge op med at veje relevante borgere ugentligt eller månedligt. Gruppeledere har udarbejdet handleplaner. I hjemmesygeplejen var det primært CES-studiets ernæringsnøgleperson, der udfyldte EVS. Hjemmesygeplejen har ikke været inddraget i at udarbejde handleplaner.

En gruppeleder oplevede, at det havde været ressourcekrævende at få SOSU-hjælperne til at udfylde EVS-skemaerne. Det havde krævet meget opmærksomhed.

Det har ikke nødvendigvis været gruppelederen, der bestiller energitæt kost hos madleverandøren. Det kunne også være SOSU-hjælperen. Hvis en borger skal have energidrik permanent, skal lægen udskrive en grøn ernæringsrecept. Kun hvis der er tale om opstart af madservice eller ændring i madlevering, skal det bevilges af visitationen. Hjemmesygeplejersken kan henvende sig direkte til visitationen, mens det skal via gruppeleder for borgere med hjemmepleje. Samarbejdet med madleverandører havde ikke ændret sig i løbet af CES-studiet og betegnedes som godt.

Kontrol

SOSU-hjælperne udførte ernæringscreeningen af borgerne, mens gruppeleder (faglig udviklingsleder) udarbejdede handleplaner, da der var en overordnet beslutning om, at handleplaner skulle udarbejdes af ledere. I de tilfælde, hvor en borger havde scoret 2, blev handleplanen og en plan for, hvad der skulle gøres, udarbejdet i samarbejde med SOSU-hjælperen. Kompetencen til at iværksætte handleplanen har ligget hos gruppeleder, men yderligere hjælp til at indtage mad og drikke skal igennem visitationen.

Gruppeleder nævnte et eksempel med en borger med et vægttab, hvor man havde inddraget diætist og fysioterapeut, for at få ham optrænet igen efter et forløb, hvor der ikke havde været tilstrækkeligt fokus på ernæringen.

Der var ifølge gruppeleder kommet mere dialog med madleverandør om den energitætte kost.

Plejeboligerne

Østervang (intervention)

Kontaktpersonerne for beboerne havde udfyldt EVS, og de havde fået støtte til det af CES-studiets diætist, som også havde hjulpet den medarbejder, som skulle lægge informationerne ind i omsorgssystemet. CES-studiets diætist havde specielt været brugt i forhold til dem, der fik 2 point, og hvor der skulle udarbejdes handleplan. Det var i princippet også kontaktpersonernes ansvar, at udarbejde handleplaner. Teamkoordinatorerne havde dog superviseret dem, der havde haft svært ved det.

Teamkoordinatorerne har været ernæringsnøglepersoner i forhold til CES-studiet, men på den ene afdeling valgte teamkoordinator at bruge en kollega som sparringspartner. Alle i en af afdelingerne havde været involveret i at følge beboernes ernæringstilstand, men teamkoordinator har haft et overordnet ansvar.

Det er teamkoordinatorernes opgave at lave aftaler med praktiserende læge. De står endvidere for bestilling af madvarer i samråd med beboerne og i forbindelse med de menuplaner, der er.

Østervang (kontrol)

Kontaktpersonerne har formelt haft ansvaret for at screene deres beboere, men på den ene afdeling havde ernæringskoordinatoren gjort det. På den anden afdeling udfyldte kontaktperso-

nerne skemaerne, men det viste sig, at mange kun udfyldte skemaerne delvist, og ernæringskoordinatorerne måtte derfor gennemgå dem og gøre dem færdige. Der har også været brug for, at der var en tovholder til at sætte ernæringsscreeningen i gang.

Det har været ernæringskoordinatorerne, der har skullet oprette handleplaner, mens kontaktpersonerne har skullet følge op på dem. Målene blev fastlagt sammen med beboerne.

De har på afdelingerne altid brugt diætister fra et privat firma, og de har mest brugt diætist til specielle tilfælde. Hvis der er brug for det, taler kontaktperson og ernæringskoordinator sammen om en beboer, og hvis en problemstilling er særlig kompliceret inddrages læge eller anden ekspertise.

Betaniahjemmet (kontrol)

EVS blev udfyldt af kontaktpersonerne, men en ernæringsnøgleperson på hver afdeling havde det overordnede ansvar. Hvis der fx skal bestilles proteindrik er afdelingslederen inde over og tager kontakt med læge, og afdelingslederen skal informeres, hvis der bestilles proteindrik i køkkenet.

Det nævntes, at man har brugt diætist i et par tilfælde, hvor borgere har haft nogle specielle problemstillinger. De kan bruge en diætist fra et privat firma, og diætisten kan komme med forslag til forskellige proteindrikke. Hvis en borger skal have specialkost skal personalet tale med lægen eller afdelingslederen, og så aftales det med køkkenet. Det oplevedes som værdifuldt, at man har eget køkken, fordi det gør det nemt for personalet at kommunikere med køkkenet. Da man i køkkenet kender borgernes vaner, så kommer der noget andet til en borger, der fx ikke kan lide fisk.

Interventionsgruppernes samarbejde med tværfaglig gruppe Hjemmepleje

En diætist fra CES-studiet havde været en god støtte for gruppeleder, da der skulle udarbejdes handleplaner.

Ifølge en af gruppelederne var der kommet mere bevidsthed om muligheden for at bruge diætister, men det havde mest været CES-studiets diætister, der har henvendt sig til SOSU-hjælperne som følge af studiet. Diætisterne havde været en ekstra støtte.

Der havde ikke været kontakt med fysioterapeuterne og ergoterapeuten fra CES-studiet.

Østervang

Man havde samarbejdet med den tværfaglige gruppe i forhold til beboere, som scorede 2 i EVS, og hvor der havde været nogle særlige udfordringer. "Hvis (diætist) eller nogle af de der ressourcepersoner ikke havde været der, så havde det været min opgave, og så havde det ikke været lige så succesfuldt." (teamkoordinator) De havde også tidligere adgang til diætist, men den ene teamkoordinator vurderede, at det fungerede bedre, at der var én i huset. Der er forskellige barrierer i forhold til at bruge en privat diætist eller en af projektkommunens diætister. Den anden teamkoordinator vurderede, at det ikke havde haft nogen betydning for adgang til ekspertise i forhold til det ernæringsmæssige, at der havde været ekspertise i huset.

Interviewpersonernes oplevede hæmmende og fremmede forhold for en ernæringsindsats

Hjemmepleje

Intervention

Det nævntes, at det er en udfordring med ældre, som altid har vejet meget lidt og som har affundet sig med det. Det er en stor udfordring at få dem til at ændre livsstil og kostvaner til en mere næringsrig kost. Der er særlige udfordringer i forhold til borgere med en demenssygdom. Det er svært at vurdere, hvad og hvor meget de reelt spiser, hvis man ikke har mulighed for at observere, hvad de faktisk spiser.

Frederiksberg Kommune har brugt erfaringerne fra CES-studiet til at udforme den fremtidige indsats i projektkommunen i forhold til ernæring. Der vil man bl.a. have fokus på en anden målgruppe: Udskrevne efter længerevarende hospitalsophold og borgere, som kun har rengøringshjælp.

Kontrol

Ifølge gruppelederen er arbejdstilrettelæggelse en hindring for at følge borgernes ernæringstilstand. Når man arbejder i grupper, kommer der flere forskellige hos en borger, og alle er ikke klar over, hvad der sker i hjemmet.

SOSU-hjælperne, som har været ernæringsnøglepersoner i CES-studiet, vurderede, at deres indsats havde været til gavn for CES-studiet. De vurderede, at alle deres kollegaer havde indset, at ernæring er vigtig. Det havde også været en fordel, at distriktet havde sin egen vægt. Der var nogen, som ikke ville være blevet vejet, hvis de ikke havde haft den. Det havde endvidere været nemt at ændre borgernes kost hos madleverandøren. Det havde også været nemt at bestille proteindrik, og der havde ikke været noget besvær med lægerne.

SOSU-hjælperne var blevet mere opmærksomme på ernæring, og hvor vigtig proteinrig kost er.

Plejeboligerne

Østervang (Intervention)

CES-studiet havde bevirket, at der var kommet meget fokus på mad, og flere medarbejdere var blevet opmærksomme på dette. En teamkoordinator fandt det vigtigt, at alle kontaktpersoner er involveret i ernæringsindsatsen, og at det ikke kun er en teamkoordinators ansvar. Det havde været andeledes end tidligere.

En teamkoordinator var ikke sikker på, at de, når CES-studiet var afsluttet, ville fortsætte med at veje beboerne hver måned. Tidligere blev beboerne vejet hvert kvartal, og det vurderedes som mere realistisk. En teamkoordinator kunne godt se det relevante i, at vægtudviklingen er dokumenteret, så alle medarbejdere kan følge med, men hun forudså problemer med den praktiske gennemførelse hver måned. Beboere, som scorer 2 i EVS, skal vejes hver uge, men det vurderede teamkoordinator er i orden, fordi de har en handleplan.

En teamkoordinator vurderede, at det havde været besværligt med at alt det, der skulle skrives i omsorgssystemet som følge af CES-studiet, da det ikke kun var ernæring, der skulle skrives om, men også andre emner. Tiden til opgaverne havde været det største problem.

Østervang (kontrol)

Ernæringskoordinatorerne vurderede, at de havde haft for lidt tid til, at CES-studiet havde kunnet køre optimalt. De fik ikke ekstra tid til det, bortset fra undervisningen og studiekredsene. De oplevede også, at det fra starten ikke var helt klart, hvor man ville hen med CES-studiet. Ernæringskoordinatorerne skulle undervise SOSU-hjælperne på afdelingen, og de oplevede, at SOSU-hjælperne ikke var rigtigt engagerede. CES-studiets diætist havde også været ind over, og ernæringskoordinatorerne vurderede, at det hjalp lidt. De vurderede, at afdelingen ikke blev rigtig involveret, og at det havde været vanskeligt selv at holde gejsten oppe sammen med de andre opgaver på afdelingen. Ernæringskoordinatorerne havde mødt den holdning blandt SOSU-hjælperne, at de vidste det i forvejen, og den holdning har ernæringskoordinatorerne også haft.

Betaniahjemmet

CES-studiet havde været en reminder for SOSU-hjælperne om at have fokus på ernæring. Det havde været svært at finde tid til at udfylde EVS i en travl hverdag. Borgere, som lider af demens, havde været en udfordring, fordi det kan være vanskeligt at få dem på en vægt. Der er også andre borgere, som ikke vil samarbejde med personalet om dets ideer. Det har været en fordel, at der har været en fælles fokus på ernæring i huset, og der er blevet snakket om det på kryds og tværs.



Bilag 11. Indsatsen fra den tværfaglige gruppe i fase 3 i CES-studiet

I dette bilag beskrives indsatsen af de tre faggrupper, der har været involveret i den intervention, der blev gennemført som en del af fase 3. Beskrivelsen af indsatsen bygger på et gruppeinterview af de to fysioterapeuter, de to diætister og ergoterapeuten, som har været tilknyttet CES-studiet.

Formålet er at give et indblik i indsatsen fra den tværfaglige gruppe, og hvordan gruppens medlemmer vurderer indsatsen og vilkårene for indsatsen. Desuden belyses samarbejdet med kommunale ledere og medarbejdere i hjemmeplejen og primært den del af plejeboligerne Østervang, som har været indsatsgruppe. Den tværfaglige gruppe har ikke haft nogen rolle på Betaniahjemmet. Endelig belyses det tværfaglige samarbejde internt i gruppen.

Træning af borgere ved fysioterapeut

Tilbuddet om træning har omfattet de borgere, som scorede 2 i EVS-skemaet, og som havde sagt ja til at deltage i træning. De deltog enten i holdtræning på Østervang eller individuel træning i hjemmet, når de ikke magtede at blive kørt til Østervang. Borgerne fik træning to gange om ugen i 11 uger. Over for borgerne blev det som formål med at deltage angivet, at det kunne bidrage til øget funktionsevnen og øget livskvalitet. Dem, der deltog i holdtræning, havde mulighed for at være sammen med andre, og de blev tilbudt gratis middagsmad.

Der har været en del udfordringer med at få relevante beboere på Østervang til at deltage i træningen. I nogle tilfælde vurderede personalet, før beboerne blev spurgt, at beboerne var for svækkede til at deltage i træning. I nogle tilfælde var vurderingen helt sikkert korrekt, mens andre måske reelt kunne have deltaget. Det gik bedre med at rekruttere borgere med hjemmepleje til træning. Her var fysioterapeuterne i første omgang hjemme hos dem og testede dem, og de blev så samtidig spurgt, om de kunne tænke sig at deltage i træning. Der har dog været forhindringer for at borgerne har kunnet deltage i holdtræning på Østervang. Nogle havde uoverkommelige trapper, andre syntes, at det var for meget at skulle transporteres til træning to gange om ugen. Træning i hjemmet var mere overskuelig for dem, og træningen var også mere intensiv. Der har så ikke været det sociale aspekt at være sammen med andre.

Borgernes egen begrundelse for at deltage har været et ønske om at blive bedre. Fx blev en mand trænet, så han kunne komme ud på sin altan, og det kan have været en motivationsfaktor, at borgerne ved træning i hjemmet har kunnet træne noget, som de har haft svært ved.

Holdtræningen på Østervang varede tre kvarter med efterfølgende spisning. Træningen startede den ene af dagene med, at deltagerne blev vejlet. Derefter var der ca. et kvarters opvarmning siddende på en stol, og der lagdes efterfølgende ud med styrketræning af arme eller ben med brug af håndvægte og manchetter. Så fik de en proteindrik og derefter balancetræning fx med ballon. Der var også funktionel træning i form af at rejse og sætte sig og squats.

Træningen i hjemmet var stort set på samme måde, men der var kun en halv time til rådighed. Man begyndt også i disse tilfælde med opvarmning, hvor man typisk brugte rejse-sætte-sigøvelsen. Derudover har der været både styrketræning med manchetter og balancetræning og individuel træning af særlige funktioner, hvilket terapeuterne anså for værdifuldt for borgernes motivation til at træne. Der har imidlertid været fokus på styrketræning. Borgere, som trænede hjemme, fik også energidrik.

Terapeuterne vurderede, at de har kunnet tilbyde en optimal træning. De har dog kunnet udføre en bedre test af deltagernes funktionsniveau på Østervang end i hjemmet. De måtte undlade knæløftstest og TUG i hjemmet, men de øvelser, som var planlagt i CES-studiet, har kunnet gennemføres.

Det gav nogle planlægningsproblemer, at det var usikkert, hvor mange der skulle deltage i træning. Først så det ud til at blive mange, men så blev der alligevel ikke så mange, som der var sat tider af til. Det var også fra begyndelsen meningen, at alle skulle træne på Østervang. Det var imidlertid nødvendigt at ændre dette for at få flere til at deltage i træning. Det var lidt specielt for fysioterapeuterne at skulle have redskaber med rundt for at træne borgerne hjemme hos dem selv.

Selvom der var et træningsprogram, som terapeuterne var bundet af, har det alligevel vært frit, så det ikke var nøjagtig de samme øvelser hver gang. Der er elementer i styrketræningen, som har ligget fast, men opvarmningen kunne varieres. Det var terapeuternes vurdering, at det kunne have været godt, at flere havde deltaget i holdtræning, fordi det ville de have fået mere ud af. Borgerne kommer væk hjemmefra, og træningen bliver mere effektiv. Der var mere "spildtid" i hjemmet, og der var kortere tid til rådighed. Når det er holdtræning, kan deltagerne endvidere motivere hinanden.

Der var stor forskel på deltagernes funktionsniveau. Nogle var fuldt mobile, mens andre var hæmmede af fx vejrtrækningsproblemer. Terapeuterne vurderede, at deltagerne tog på, og at nogle har kunnet klare mere gennem forløbet. Det observerede deltagerne ifølge terapeuterne også selv, og nogle af deltagerne på holdtræningen ville gerne kunne fortsætte med at træne.

Ernæringsvejledning ved klinisk diætist

Alle afdelinger på Østervang fik vejledning i at udfylde EVS-skemaet. Den ene af diætisterne blev derudover brugt meget i forhold til interventionsgruppen i plejeboligerne Østervang. I begyndelsen skulle hun selv henvende sig til personalet, men efterfølgende kontaktede de hende selv. Kontakten drejede sig om flere forskellige ting i forhold til ernæringsindsatsen. Det drejede sig fx om at finde frem til en ernæringsindsats i forhold til enkelte beboere, deltage i møder og hjælp til at lægge ernæringscreeningen i omsorgssystemet. Diætisten hjalp også med at lave handleplaner. Det skete typisk sammen med beboernes kontaktperson, men i nogle tilfælde lavede diætisten dem selv. Det handlede om at få lavet en målbar handleplan, som der kunne evalueres på, og diætisten fulgte op på, om personalet evaluerede handleplanen. Diætisten har endvidere vejledt i at bestille ernæringsdrikke gennem lægen, så beboerne kunne få tilskud til drikkene og i forhold til at inddrage omsorgstandplejen. Diætisten har ikke kun haft kontakt med personalet, men også med de enkelte beboere som scorede 2 i ernæringscreeningen, eller

som scorede 1 og havde tabt sig. ”Jeg starter altid med at være inde og har en lang samtale på en times tid med hver beboer.” Hun har forklaret beboerne det vigtige i at tage på i vægt og har søgt at motivere dem til at spise og drikke, så de kan tage på. Efterfølgende orienterede hun personalet om samtalen med beboeren. I nogle tilfælde har der ikke kunnet føres en samtale med beboeren, og i disse tilfælde talte diætisten med beboerens kontaktperson.

Alle borgere i træning fik ernæringsvejledning. En diætist aflagde et besøg hjemme hos deltagerne for at tale med dem om deres kost, madønsker, hvordan deres hverdag fungerede, og hvilke udfordringer de havde. Der blev så fulgt op på de indledende samtaler, og for deltagerne i holdtræning skete det under træningsseancerne. Hvis det var pårørende, der handlede ind til hjemmeplejemodtageren, blev de i nogle tilfælde inddraget i madplanerne. Udover dem, der modtog træning, har diætisterne kun været ude ved nogle få, som har hjemmepleje.

Diætisterne var i det hele taget kun involveret lidt i ernæringsindsatsen i hjemmeplejen. En af diætisterne underviste i den afsluttende fase alt personale i et af hjemmeplejens distrikter, men derudover følte diætisterne, at de ikke er blevet brugt meget af hjemmeplejen. Det var gruppelederne, som udarbejdede handleplaner i langt de fleste tilfælde, og kun i enkelte tilfælde blev en handleplan udarbejdet af en diætist fra CES-studiet. Det var en udfordring at få vejet borgere med hjemmepleje. I en af plejegrupperne blev det aftalt, at CES-studiets diætist kunne kontakte borgernes kontaktperson direkte for at minde om at veje en borger, men det fungerede ikke altid. De borgere, som ikke blev hjemmetrænede, havde diætisterne kun kontakt med i forbindelse med indsamling af data ved start og slutning af CES-studieperioden, typisk fordi borgerne ikke selv ønskede nogen indsats. Det var også vanskeligt at kommunikere med borgernes kontaktperson, fordi de havde travlt og hele tiden var ude i distriktet. Det gjorde kommunikationen vanskeligere end med personalet i plejeboligerne.

Ergoterapi

Ergoterapeuten, som havde ti timer ugentligt i fase 3, udførte dysfagi-vurdering (vurdering af tygge- og synkebesvær) af beboere på Østervang i indsatsgruppen, som havde scoret 2 i ernæringsvurderingen, og det skete i samarbejde med personalet på afdelingerne. Indsatsen bestod også i at lave aftaler om, at beboerne kom op at sidde og spise i stedet for at få mad i sengen, fordi det giver bedre mulighed for at tygge og synke, når man sidder på en stol. Det handlede endvidere om madens konsistens: Hvad er det for en konsistens, der kan være god at spise, og hvordan er det lige, hvis man skal hjælpe nogen med at spise? Hvilket tempo er det, og hvor store portioner, kan man få ind i munden ad gangen? (ergoterapeut). Ergoterapeuten var i kontakt med den enkelte beboer, men selve indsatsen handlede mest om at vejlede personalet.

Ergoterapeuten var også på besøg hos borgere med hjemmepleje, hvor det var vurderet, at der kunne være tygge- og synkeproblemer. Der var bl.a. et tilfælde, hvor en sygeplejerske tilknyttet CES-studiet havde udfyldt MDS-skema om funktionsniveau og havde anført, at der kunne være et tygge- og synkeproblem. SOSU-hjælperen, som udførte ernæringscreeningen, angav i ingen tilfælde, at der kunne være et tygge- og synkeproblem. Det var kun i de tilfælde, hvor diætister eller fysioterapeuter havde været hos en borger, at det blev observeret, at der kunne være et tygge- og synkeproblem. Et par stykker skulle i behandling for tygge- og synkeproblemer. Der har endvidere været eksempler med siddestilling og fx en pude, der lå forkert. En borger havde

gigt i hænderne, så vedkommende ikke kunne holde på almindeligt bestik. Der blev ansøgt om fortykket bestik til vedkommende. I enkelte tilfælde har der altså været tale om lægehenvi-ning, men ellers bestod meget af indsatsen i kompenserende strategier i forhold til konsistens af maden, siddestilling og fortykket bestik. Nogle stykker manglede mundmotorik og skulle henvises til genoptræning på Sundhedscentret.

Ergoterapeuten har vurderet alle, som har deltaget i holdtræning, men hun så det som en fordel at komme hjem til borgerne, hvor man kan observere andre ting end tygge-og synkeproblemer, fx hvordan de sidder på en stol.

Samarbejdet i tværfaglig gruppe

Den tværfaglige gruppe holdt gruppemøde en gang om ugen, hvor hver enkelt borger, der fik en indsats, blev gennemgået. "Hvordan ser det ud, hvad vejer de, hvem har været der? Hvad er der specielt ved hver af dem?" (diætist) Derudover kommunikerede gruppen med hinanden over telefon, via mail eller sms. "Der er jo den ulempe, at vi ikke sidder fysisk samme sted. Det var smartere, hvis man var samme sted, men det går da okay, synes jeg." (diætist) De ugentlige møder gav ifølge fagpersoner et overblik over borgerne, og gruppen kunne sparre med hinanden. Man kunne endvidere lave aftaler om forskellige praktiske ting i forhold til indsatsen over for borgerne.

Gruppen beskrev et eksempel på et tværfagligt samarbejde om en borger:

Diætist: (Ergoterapeut) har også været oppe hos én, som egentlig var scoret til en 1'er. Det var ikke en, jeg havde været oppe hos, og ikke en, vi havde fanget i CES-studiet. Hvor vi finder ud af, eller du vurderer, at det ikke kan være rigtigt med den vægt. Så går jeg op og kigger på det, og vi får så scoret hende til en 2'er, for det var hun. Så har der været en indsats. Jeg kontakter (fysioterapeut) og siger, hun kunne prøve at få hende med til noget træning. Vi kunne imidlertid ikke få hende med i holdtræningen, og så blev det noget med, at (fysioterapeut) går op og aktiverer og går med hende. Du har så også været inde over.

Ergoterapeut: Ja, i forhold til at vurdere spisning. Beboeren har en stor protese, der kører rundt i munden. Hvad er godt at spise? For hende er det også godt, at hun selv får lov til at spise. Hun får lov til at gøre det i det tempo hun vil, at der ikke sidder en og... for så står hun lidt af. Men der var faktisk også en sygeplejerske, som fandt ud af det. (da skemaet om funktionsniveau skulle udfyldes).

Diætist: Der har været et meget omfattende forløb omkring hende, som bl.a. har handlet om, at skære ned i den medicin, hun fik. Hun har tabt sig meget i vægt, og hun blev måske overdoseret.

Ergoterapeut: Beboeren fik utroligt meget beroligende og angstdæmpende medicin, der gjorde, at hun blev for træt til at hun orkede at spise.

Diætist: Beboeren havde kvalme. Så vi har fået ændret den kost, hun fik. Det har jeg snakket med afdelingen om. Der er selvfølgelig blevet lavet handleplaner både i forhold til det sociale og det psykiske, og så har vi fået lavet en i forhold til ernæring.

En indsats som i eksemplet blev altid tilrettelagt i samarbejde med personalet på afdelingen, som skulle opleve indsatsen som meningsfuld.

Diætisten hjalp nogle gange til med holdtræningen bl.a. til at udføre test af borgerne. Det var en god hjælp, når der kun var én fysioterapeut til holdtræningen, fordi den anden skulle ud til træning i hjemmet hos en borger. Når diætisten var til stede under holdtræningen, kunne deltagerne også spørge om ernæring.

Ifølge fagpersonerne betød det tværfaglige arbejde, at de fik indsigt i hinandens fagområder, og at de fik et bredere fokus end deres eget fagområde, når de skulle vurdere en borgers behov. ”Man ved, at det ikke er nok med en ting. Det er faktisk godt med flere ting. Træningen kunne ikke stå alene, og ernæring kunne ikke stå alene. Det hele er samlet.” (fysioterapeut)

Den tværfaglige gruppe vurderede, at de har fået stort udbytte af samarbejdet, men de efterspurgte, at det havde været muligt at mødes kortvarigt dagligt, ved at de fx mødte samme sted om morgenen. Det var nogle gange lidt presset at skulle nå det hele på det ugentlige møde.

Samarbejde med projektkommunens medarbejdere og ledere

Samarbejdet med ledelse og medarbejdere på Østervang blev beskrevet som fint. Der var lidt pres på, da EVS-vurderinger skulle laves, fordi der skulle laves en vurdering af alle beboere. Det krævede en del ressourcer og gav lidt mislyde. Gruppen vurderede imidlertid, at det var en fordel, at den ene diætist havde så meget tid på Østervang. Det gav synlighed og mulighed for at støtte medarbejderne. Ledelsen af Østervang var ikke så meget direkte involveret undervejs i CES-studiet. De blev orienteret om, hvad der skulle foregå, mens plejepersonalet har løftet opgaven.

Især i forhold til interventionsgruppen på Østervang vurderede den tværfaglige gruppe, at deres indsats havde betydning for personalets ernæringsindsats. Ergoterapeuten beskrev et eksempel med en kvindelig beboer, som altid lå i sengen og altid fik sin mad der. Ergoterapeuten opfordrede personalet til at forsøge at få kvinden op at spise, fordi ergoterapeuten var sikker på, at hun så ville spise mere. Medarbejderne var skeptiske, men på et tidspunkt var kvinden alligevel kommet op at spise og spiste selv med kniv og gaffel. Diætisten opfordrede personalet til at notere de gode erfaringer, og hvad der virker, og hun vurderede, at medarbejderne var blevet bedre til at dokumentere og evaluere.

Diætisten havde en anden rolle end det sædvanlige personale, og når diætisten talte med beboerne, kom der ofte nogle andre ting frem, end beboerne havde givet udtryk for over for det faste personale.

Det var lidt sværere ude i hjemmeplejen, fordi det typisk var SOSU-hjælperne, der skulle udføre indsatsen, og de så ikke handleplanerne. Det var forskelligt, hvad man kunne få talt med dem om. ”Nogle går rigtig meget op i det, og andre synes bare vi er besværlige.”(diætist). Men meget af den indsats, som den tværfaglige gruppe udførte, blev udført uden SOSU-hjælperne. De havde imidlertid ofte spørgsmål til fysioterapeuterne, når de mødtes, og nogle gange blev SOSU-hjælperne overaskede over, hvad borgerne reelt var i stand til.

I hjemmeplejen besværliggjorde en strukturændring samarbejdet. I begyndelsen af CES-studiet var de faglige udviklingsledere kontaktpersoner for CES-studiet. Disse stillinger blev nedlagt med strukturændringen, og de faglige udviklingsledere blev gruppeledere, men alene for halvdelen af SOSU-hjælperne i et distrikt. Bortset fra en enkelt gruppeleder, som der ikke har været kontakt med, bakkede de øvrige gruppeledere op om CES-studiet og forsøgte at få SOSU-hjælperne til at gøre det, de skulle i CES-studiet. Diætisterne i den tværfaglige gruppe vurderede imidlertid, at de sagtens kunne være blevet brugt meget mere i hjemmeplejen, men der var heller ingen aftaler om, hvordan den tværfaglige gruppe skulle bruges. Forklaringen kan også være, at omstruktureringen i hjemmeplejen tog så mange ressourcer, at gruppelederne ikke kunne tænke på at bruge den tværfaglige gruppe.

Der blev handlet på de forslag, som diætisterne kom med i forhold til borgere med hjemmepleje, men ledere og medarbejdere opsøgte ikke selv diætisterne.



