

SCREENING AF ÆLDRES ERNÆRINGSTILSTAND

Anne Marie Beck

Forskningsresultaterne i en ny ph.d.-afhandling viser at redskaberne til at undersøge risikoen for dårlig ernæringstilstand hos ældre mennesker ikke er adækvate. Resultaterne viser også at der bør iværksættes en massestrategi rettet mod ældre i hjemmepleje og på plejehjem, med fokus på de mange faktorer der kan medvirke til den høje forekomst af dårlig ernæringstilstand der er fundet de to steder. Raske ældre er ikke i risikozonen.

Anne Marie Beck er uddannet klinisk diætist og har i 2001 erhvervet en ph.d.-grad med afhandling om ernæringsmæssige problemer blandt ældre i hjemmepleje og på plejehjem – tidlig opsporing og forebyggende indsats (på engelsk). Afhandlingen kan rekvireres gratis hos forfatteren som er ansat i Fødevarerdirektoratet, Afdeling for ernæring på projektet »Fremtidens kost til ældre« som er en del af den foregående regerings handlingsplan »Bedre mad til ældre«.

4 Gerontologi og samfund 2002; 18: 1, 4-5

INDLEDNING

En god ernæringstilstand har betydning for mennesker på alle alderstrin, men det er et område der kræver speciel opmærksomhed hos ældre mennesker. Det skyldes at en lang række ernæringsmæssige risikofaktorer, som nedsat fysisk og psykisk funktionsniveau, øget sygelighed og ændret social situation, har betydning for en persons mulighed for at opretholde en god ernæringstilstand og dermed mulighed for at ældes »med succes«.

I følge den foregående danske regering er et vigtigt mål i Folkesundhedsprogrammet derfor at styrke indsatsen for tidlig opsporing og intervention ved ernæringsproblemer hos ældre.¹

ERNÆRINGSMÆSSIG SCREENING

En metode til at gennemføre en sådan højrisiko strategi er, at man iværksætter en *ernæringsmæssig screening*. Effekten er afhængig

af flere forhold som er blevet defineret af WHO:²

- 1 problemets omfang og alvor (dvs. forekomsten af dårlig ernæringstilstand)
- 2 pålideligheden af den anvendte screeningsmetode og
- 3 effekten af en tidlig (forebyggende) indsats.

Kostskema til Ældre, Resident Assessment Instrument (RAI) og Mini-vurdering af ernæringstilstand (MNA) udgør tre screeningsmetoder som hver især indeholder en række af de risikofaktorer der vides at kunne påvirke ældres ernæringstilstand. De anbefales alle som screeningsmetoder til at vurdere ældres risiko for at komme i dårlig ernæringstilstand.³ Det på trods af at ingen af de tre metoder opfylder de krav som WHO har opstillet til screeningsmetoder.

UNDERSØGELSENS FORMÅL

Det første formål med undersøgelsen⁴ var at undersøge hvorvidt en dårlig ernæringstilstand udgør et væsentligt problem blandt 65+-årige danskere.

Det andet formål var at undersøge pålideligheden af de eksisterende danske ernæringsmæssige screeningsmetoder.

Det tredje formål var at undersøge hvorvidt der fandtes et accepteret behandlingstilbud til ældre som er i risiko for dårlig ernæringstilstand.

DELTAGERE

Projektets deltagere blev indhentet fra en række forskellige sammenhænge:

- 202 deltagere fra den danske del af SE-NECA-undersøgelsen i alderen 70+ år
- 28 modtagere af forebyggende hjemmebesøg, gennemsnitsalder 79 år (78-80 år)
- 61 patienter tilknyttet et Lægehus, gennemsnitsalder 75 år (72-79 år)
- 200 hjemmeplejeklienter, gennemsnitsalder 82 år (79-84 år)
- 180 plejehjemsbeboere, gennemsnitsalder 83 år (81-85 år).

BMI (Body Mass Index) er et mål for en persons vægt (kg) / højde² (m²). Deltagerne blev defineret som *undervægtige* når de havde et BMI < 20 og som *underernærede* ved BMI < 18.5.³

SCREENINGSMETODERNE

Kostskema til Ældre er et skema, som indeholder ni spørgsmål om hyppigheden af indtagelse af en række mad- og drikkevarer, med henblik på at vurdere om ældre er i risiko for at have et utilstrækkeligt indtag af næringsstoffer.

På baggrund af svarene er det muligt at vurdere hvorvidt ældres indtag af energi, calcium, vitamin C og vitamin D er »OK« eller »OBS«, dvs. at det kræver en nærmere udredning³.

Resident Assessment Instrument (RAI) er udviklet til henholdsvis ældre i hjemmepleje og på plejehjem. *Triggeerne* i instrumentet er en række parametre der skal indikere om de ældre kan være i risiko for dårlig ernæringstilstand. For ældre i *hjemmepleje* er triggeerne bl.a. vægttab, appetitløshed, tygge- og synkeproblemer, ensomhed og problemer med almindelig daglig levevis (ADL). For ældre på *plejehjem* er triggeerne bl.a. vægttab, smagsforandringer, tryksår og det at levne på tallerknen.

Mini-vurdering af ernæringstilstand (MNA) indeholder 18 spørgsmål inden for fire emneområder (ernæringstilstand, almen vurdering (medicinforbrug, hukommelse, sygelighed), kostvurdering og subjektiv vurdering (selvvurderet helbred)).

Ved udfyldelsen af skemaet er det muligt at opnå et maksimum pointantal på 30. Hvis ældre får <17 point vurderes de at være i »dårlig ernæringstilstand«, hvis de opnår mellem 17 og 23.5 point vurderes de at være i »risiko for dårlig ernæringstilstand«, og hvis de opnår >23.5 point vurderes de at være i »god ernæringstilstand«.³

DÅRLIG ERNÆRINGSTILSTAND

33% af de undersøgte beboere og 30% af de undersøgte klienter havde et kropsmasseindeks (BMI) <20 og hhv. 22% og 12% havde BMI <18.5.⁵ Forekomsten af en dårlig ernæringstilstand var dermed ca. 10 gange højere hos de undersøgte end den forekomst der er set blandt selvhjulpne ældre.⁶

En høj andel af ældre i hjemmepleje og på plejehjem er dermed i så dårlig ernæringstilstand, at de bl.a. er i stor risiko for at blive syge og deraf følgende yderligere fysisk og psykisk funktionstab. Konsekvensen heraf er et øget behov for hjælp i dagligdagen.

Anne Marie Beck, ph.d.
Fødevarerdirektoratet
Afd. for ernæring
Mørkhøj Bygade 19
2860 Søborg
be@fdir.dk

Retningslinjer for identifikation og behandling af mangelfuld ernæret ældre



METODERNES PÅLIDELIGHED

Spørgsmålene i *Kostskema til Ældre* viste sig at være for *upræcise* til at give et pålideligt billede af om ældres indtag af energi, calcium, vitamin C og vitamin D var »OK« eller »OBS«. Efter en *præcisering af spørgsmålene* steg pålideligheden betragteligt.⁷

Det eneste spørgsmål i *RAI-triggerne* der var pålideligt i forhold til at udsige noget om hvorvidt ældres indtag af energi og protein var tilstrækkeligt eller ej, var spørgsmålet om det at *levne på tallerknen*. 91% af klienterne og 62% af beboerne der havde en eller flere triggere, var allerede undervægtige. Triggerne var dermed bedre til at identificere ældre beboere og klienter *der allerede var i dårlig ernæringstilstand* – frem for de der var i risiko for at komme det.⁸

Med *MNA* kunne der identificeres en gruppe som var i *risiko* for dårlig ernæringstilstand (MNA = 23.5) blandt selvhjulpne, raske ældre og ældre som var tilknyttet et Lægehus. De havde ved opfølgningen en øget sygelighed og dødelighed i forhold til ældre med MNA >23.5.⁹⁻¹⁰

Andelen af deltagere der var korrekt identificeret, dvs. de der reelt blev syge eller døde i løbet af opfølgningsperioden (positiv prædiktiv værdi), var dog lav. Til gengæld var MNA *velegnet til at identificere ældre som allerede var undervægtige*.

EFFEKTEN AF EN TIDLIG INDSATS

Nytten af en forebyggende indsats blev vurderet ved hjælp af et to måneder langt interventionsstudie, hvor der blev givet tilskud af en hjemmelavet energidrik til ældre plejehjemsbeboere.

Beboerne blev vurderet med hensyn til deres ernæringsmæssige risiko vha. MNA. Denne undersøgelse viste at der var en høj forekomst af ernæringsmæssige risikofaktorer blandt ældre *plejehjemsbeboere*. Servering af energidrikken havde størst effekt på de beboere der allerede var i dårlig ernæringstilstand.¹¹ En gennemgang af litteraturen på området bekræftede dette fund.

DISKUSSION

Dårlig ernæringstilstand synes at udgøre et *alvorligt problem* blandt ældre danskere i hjemmepleje og på plejehjem, men ikke blandt raske ældre. Det synes derfor passen-

de at iværksætte en højrisiko strategi blandt plejehjemsbeboere og hjemmeplejeklienter, med henblik på at målrette indsatsen mod netop de ældre der har størst gavn af den.

Desværre tyder de udførte undersøgelser på at effektiviteten af de tre screeningsmetoder *Kostskema til ældre*, *RAI-triggere* og *MNA* med hensyn til at vurdere ældres *risiko* for dårlig ernæringstilstand er lav, og at de snarere identificerer en gruppe af ældre der *allerede* er i dårlig ernæringstilstand.

Endvidere synes den *største effekt* af en ernæringsmæssig indsats i forhold til energiindtag, vægt, fysisk og psykisk funktionsniveau at være opnået *blandt ældre der i forvejen har været i dårlig ernæringstilstand*. Der foreligger således ikke nogen dokumentation for at en ernæringsmæssig indsats kan forebygge dårlig ernæringstilstand.

KONKLUSION

Konkluderende kan det fastslås at den lave forekomst af dårlig ernæringstilstand blandt *raske ældre* betyder at effekten af en højrisiko strategi her vil være begrænset.

Mht. *hjemmeplejeklienter* og *plejehjemsbeboere* er forekomsten af dårlig ernæringstilstand og ernæringsmæssige risikofaktorer derimod af en betydelig størrelse. Det medfører at der ikke er behov for en ernæringsmæssig screening blandt disse grupper af ældre.

I stedet for skal der iværksettes en *masse strategi* der involverer alt *sundhedspersonale* der kommer i berøring med ældre beboere og klienter. Indsatsen skal rettes mod alle ernæringsmæssige risikofaktorer med henblik på at sikre en fjernelse/reducering af disse. De ernæringsmæssige risikofaktorer der er indeholdt i hhv. *Kostskema til ældre*, *RAI-triggerne* og *MNA* kan bruges i dette arbejde. ■

LITTERATUR

- 1 Sundhedsministeriet. Regeringens Folkesundhedsprogram 1999-2008. Sundhedsministeriet 1999.
- 2 Det Ethiske Råd. Screening – en redegørelse. 1999.
- 3 Pedersen A, Ovesen L. Anbefalinger for den danske institutionskost. Fødevarerapport 2000;08.
- 4 Beck AM. Nutritional problems among home-care clients and nursing home residents: early identification and preventive treatment. Ph.d.-afhandling. Fødevarerdirektoratet 2001.
- 5 Beck AM, Ovesen L. Body mass index and energy intake of old Danish nursing home residents and home-care clients. Scand J Caring Sci; (i trykken).
- 6 Pedersen AN. 80-åriges ernæringsstatus – og relationen til fysisk funktionsevne. 80-års undersøgelsen 1994/95. Ph.d.-afhandling. Fødevarerdirektoratet 2001.
- 7 Beck AM, Ovesen L. Modification of the nutrition questionnaire for elderly to increase its ability to detect elderly people with inadequate intake of energy, calcium, vitamin C and vitamin D. Eur J Clin Nutr 1999;53:560-9.
- 8 Beck AM, Ovesen L, Schroll M. Validation of the Resident Assessment Instrument triggers in the detection of undernutrition. Age Ageing 2001; 30:161-5.
- 9 Beck AM, Ovesen L, Osler M. The »Mini Nutritional Assessment« (MNA) and the »Determine Your Nutritional Health« Checklist (NSI Checklist) as predictors of morbidity and mortality in an elderly Danish population. Br J Nutr 1999;81:31-6.
- 10 Beck AM, Ovesen L, Schroll M. A six months prospective follow-up of 65+ -y-old patients from general practice classified according to nutritional risk by the Mini Nutritional Assessment (MNA). Eur J Clin Nutr; 2001;55:1028-33.
- 11 Beck AM, Ovesen L, Schroll M. Home made oral supplement as nutritional support of old nursing home residents, who are undernourished or at risk of undernutrition based on the MNA. A randomised trial. Aging Clin Exp Res; (i trykken).