

VELKOMMEN TIL FØRSTE WEBINAR I NEFAH



www.hvidovrehospital.dk/nefah

WEBINAR



Mandag d. 29. april 2024
Kl. 13.30-15.30

PROGRAM

1+1=3: Ernæring til træning hos ældre og syge

13.30 OPLÆG

Betydningen af ernæring i forbindelse med træning til ældre og syge, samt forslag til, hvordan man som fysioterapeut kan støtte patienten i at få den rette ernæring i forbindelse med træningen.

Mette Holst, Professor, forskningsleder i Klinisk Ernæring, Phd Medicinske Mave- og Tarmsygdomme, Aalborg Universitetshospital

14.15 SPØRGSMÅL TIL OPLÆG

Der vil være mulighed for at stille spørgsmål i chatten under oplægget. Spørgsmålene vil blive forsøgt besvaret.

Praktiske eksempler

14.30 OPLÆG FRA TO HOSPITALER

Regionhospitalet Randers

Gitte Friis Madsen, udviklingsterapeut og Elin Hyrum, specialeansvarlig fysioterapeut

Esbjerg Sygehus

Gry Søbye Sølvsten og Susanne Sillesen Skott, udviklingsterapeuter

15.10 GRUPPEDRØFTELSE

Der oprettes virtuelle breakoutrooms med følgende opgave:

- Der udvælges én referent fra hver gruppe, som laver et kort referat (stikord/korte sætninger) fra indholdet af gruppedrøftelsen. Referatet sendes til: anfj@rn.dk
- Diskuter de to oplæg I er blevet præsenteret for fra Regionhospitalet Randers og Esbjerg Sygehus
- Del hvilke tiltag I kender fra jeres egen kliniske hverdag

Afslutning

15.25 TAK FOR I DAG

TILMELDING

Acceptér den tilsendte kalenderinvitation eller kontakt anfj@rn.dk

PRAKISK INFORMATION

WEBINAR: Hold øje med endnu et webinar i efteråret 2024

NETVÆRKSØDE: Sæt allerede nu kryds d. 6. november 2024, hvor det fysiske møde for Netværk for det Fysisk Aktive Hospital afholdes på Kolding Sygehus.

KONTAKT

Planlægningsgruppen:

- Annette Fjerbæk: anfj@rn.dk
- Mette Merete Petersen: mette.merete.pedersen@regionh.dk
- Gitte Friis Madsen: gittmads@rn.dk
- Susanne Sillesen Skott: Susanne.Sillesen.Skott@rsyd.dk

$$1+1=3$$

Ernæring til træning hos gamle og syge

Netværk for det fysisk aktive hospital

Mette Holst

Professor, Forskningsleder, Ph.d.



AALBORG UNIVERSITETSHOSPITAL
– i gode hænder



AALBORG UNIVERSITET

DANSC
Danish Nutrition Science Center



Agenda

- Underernæring/ ernæringsrisiko- definition, betydning og forekomst
- Hjælper ernæringsindsatser?
- Må overvægtige syge tabe sig og hvordan?
- Ernæringstilstandens betydning ved træning
- Ernæringsindsatser der anbefales til ældre borgere og syge der modtager træningsindsatser
- Hvad kan FYS/ERGO-terapeuten gøre?

Underernæring uden sygdom



Sam Legg in 1942, before the experiment, at Civilian Public Service Camp #101 in Culeville, California. Many of the idealistic conscientious objectors found forestry work less than fulfilling, and sought out more challenging alternatives. *Courtesy of Sam Legg*



Wallace Kirkland photo of Sam Legg that appeared in the July 30, 1945 issue of *Life*. *Wallace Kirkland/Time & Life Pictures/Getty Images*

The Minnesota Starvation Experiment 1944-45

Formål: Undersøge fysiske og psykiske effekter af langvarig kalorie-restiktion samt effekten af ernæringsmæssige rehabilitering

Deltagere: 36 raske unge mænd (22-33 år)

24 ugers diætperiode, 50% kalorieindtag

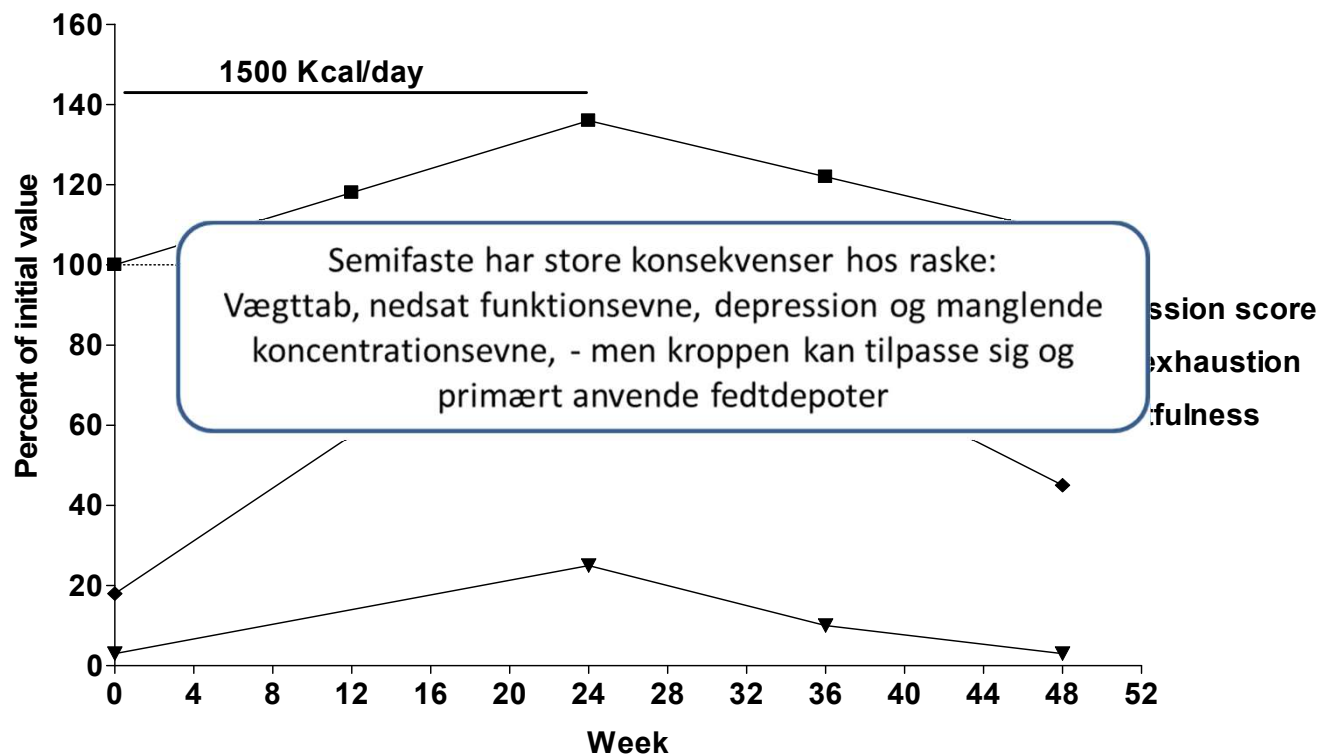
Efterfølgende 24 ugers op-ernæring



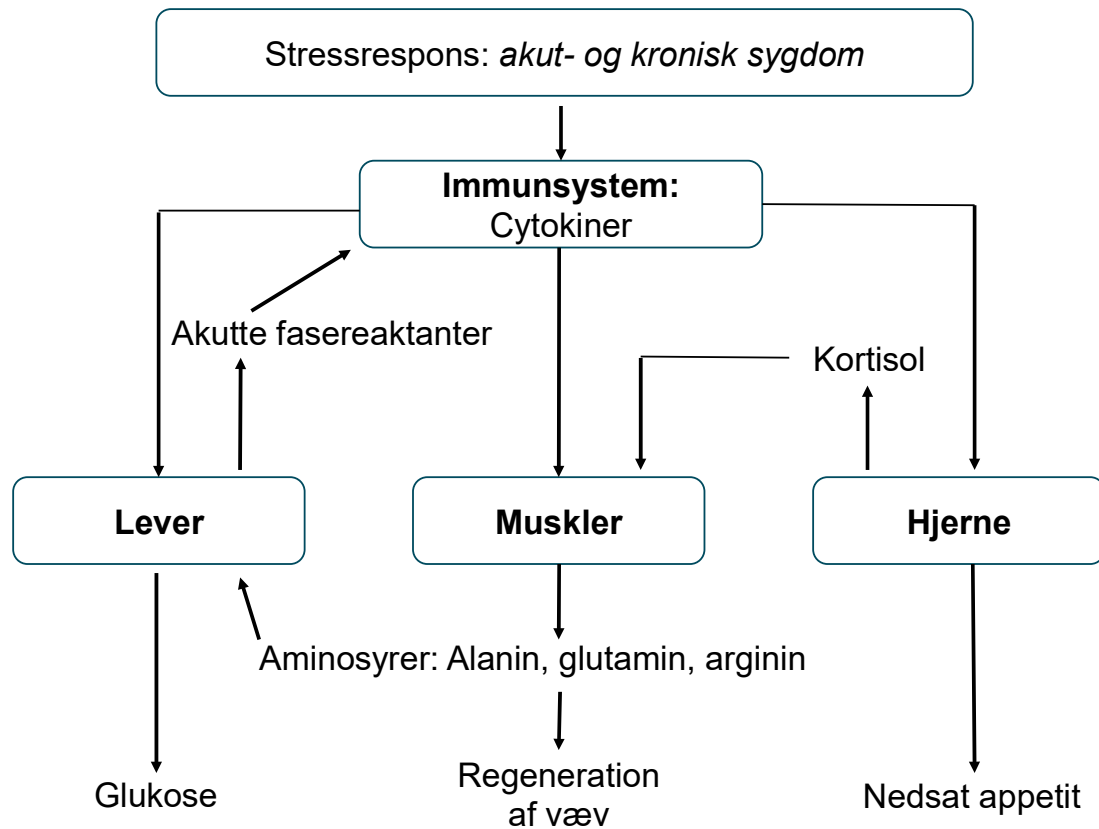
Keys A et al. JADA 1946

The Minnesota semi-starvation study

Effect of semi-starvation
Keys et al. 1950

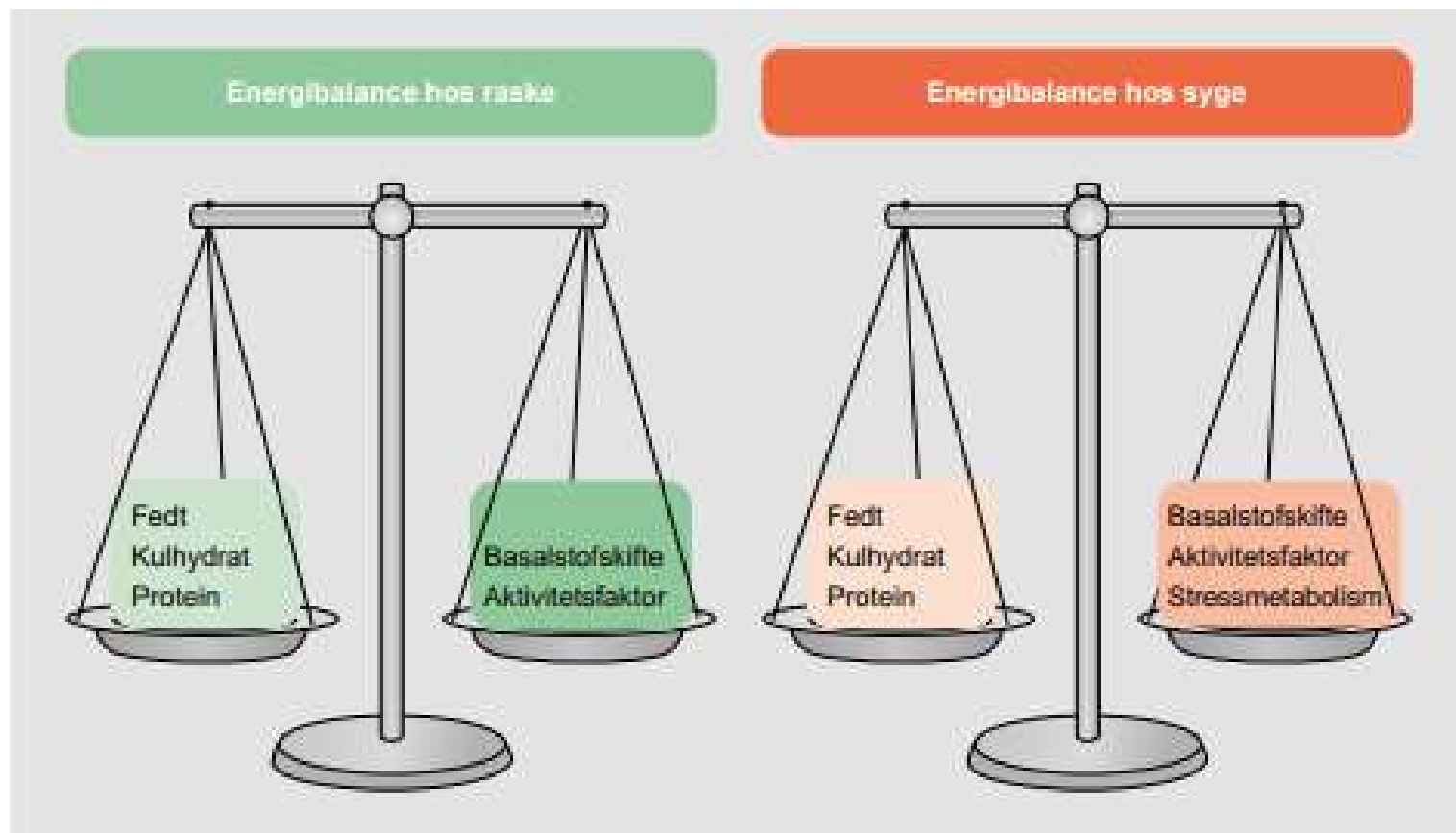


Sygdomsrelateret underernæring



Så underernæring er:

- Underernæring: En tilstand hvor indtaget af næring er nedsat, med *følger for kroppens sammensætning og funktion*.
- Ernæringsrisiko/ sygdomsrelateret underernæring:
Faktorer relateret til ernæringstilstand, der øger patienters *risiko for komplikationer, nedsat lungefunktion, funktions evne og for tidlig død*.
 - *Ernæringsintervention* vil bedre det "kliniske forløb".



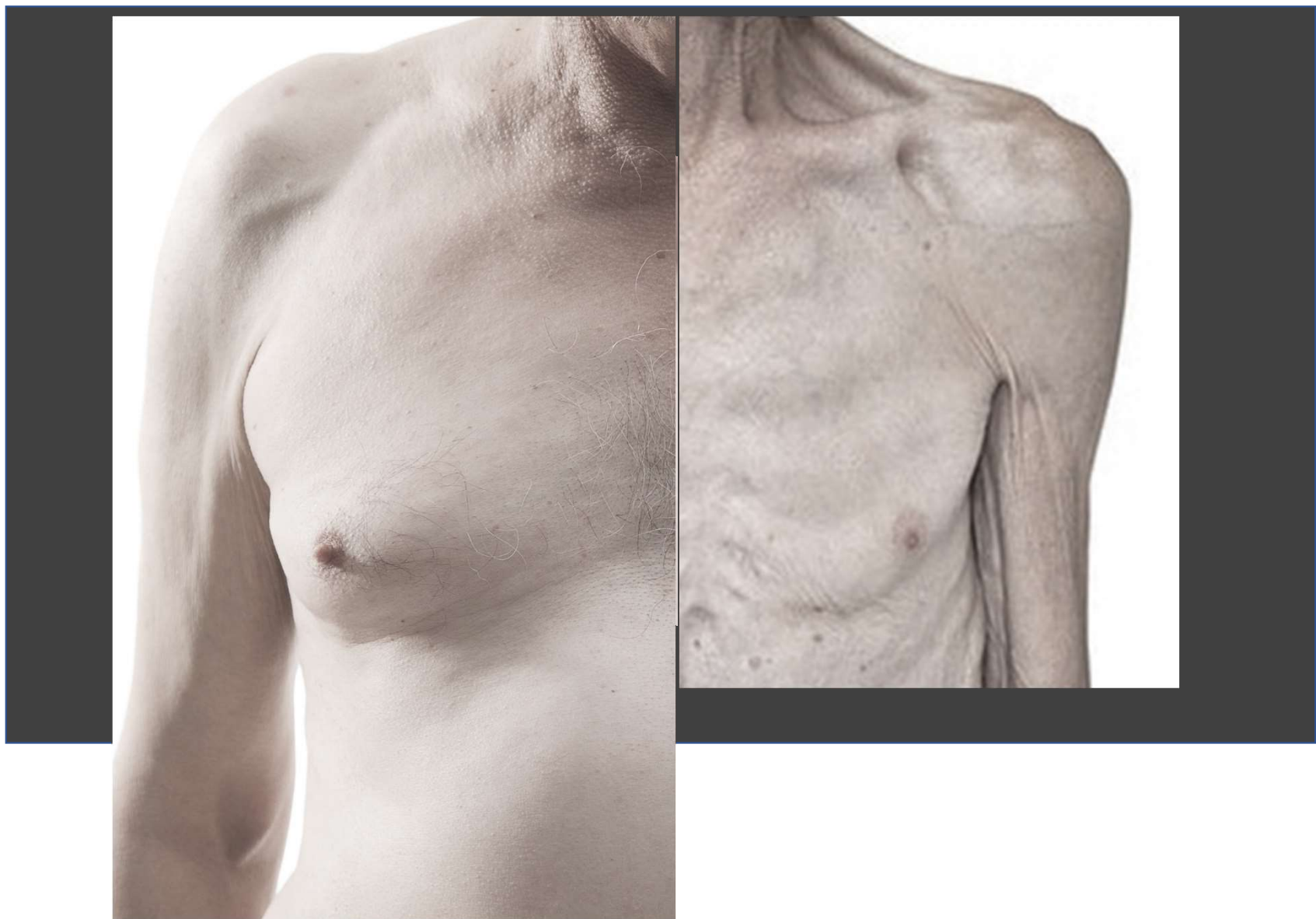
Fra FADL. Sygepleje. Klinisk beslutningstagen.
Kapitel 18 – Sygepleje og ernæring. 2019

Diagnosen ”sygdomsrelateret underernæring”

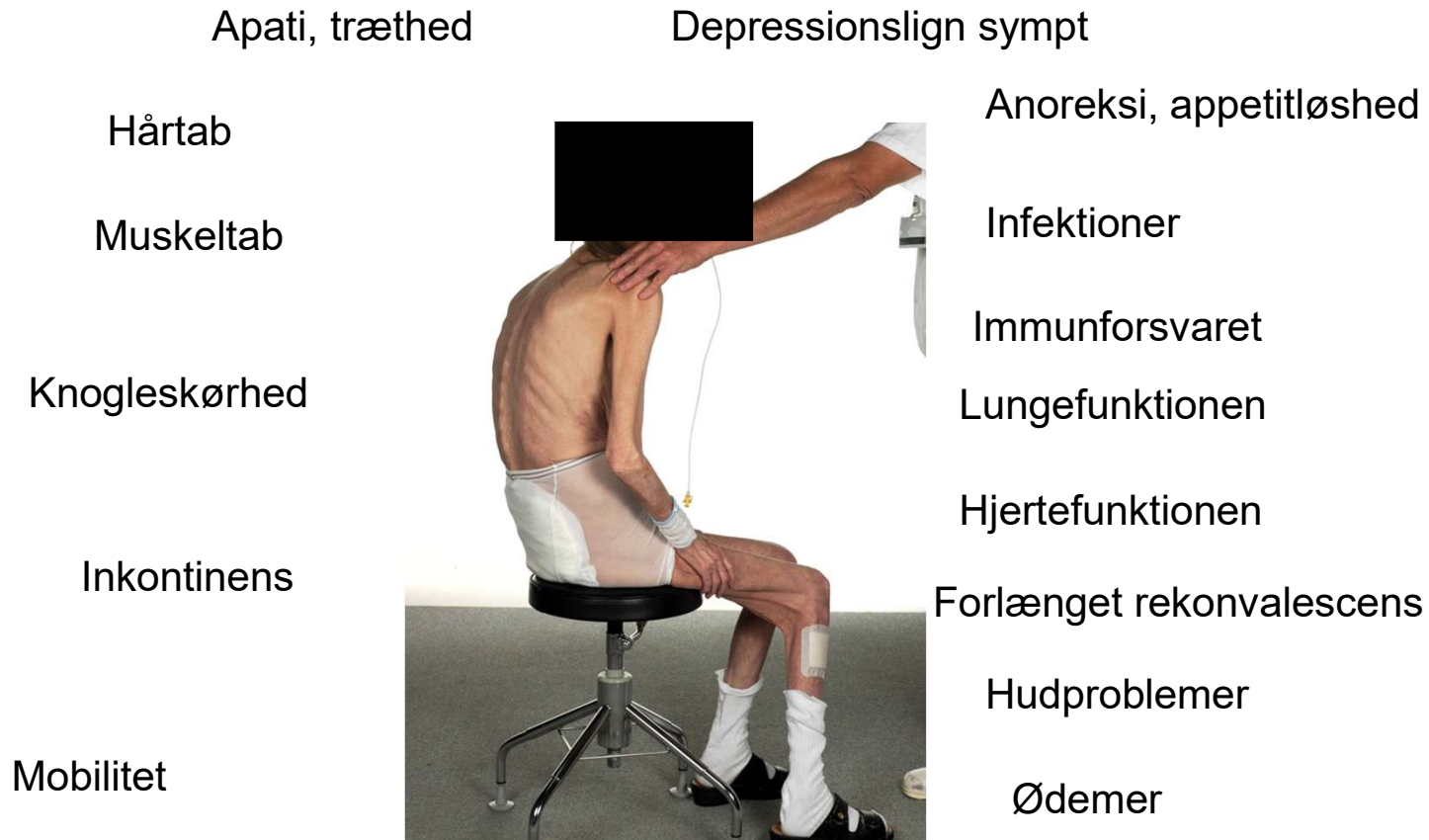


Opsporing af ernæringsrisiko		
Anvend et valideret redskab (NRS-2002 eller uplanlagt vægttab/EVS)		
Udredning af diagnosen underernæring		
Fænotypiske kriterier	Uplanlagt vægttab	> 5 % vægttab over 6 måneder eller > 10 % vægttab længere end 6 måneder tilbage
	Lavt BMI	< 20, hvis < 70 år eller < 22, hvis > 70 år Asiatisk etnicitet: < 18,5, hvis < 70 år eller < 20, hvis > 70 år
	Reduceret muskelmasse	Reduceret muskelmasse – målt med valideret metode for måling af kropssammensætningen ¹
Ætiologiske kriterier	Nedsat kostindtag eller nedsat optag af næringsstoffer	< 50 % af behovet < 1 uge Kronisk tilstand i mavearmkanalen som påvirker absorption og optag af mad
	Inflammation ²	Akut sygdom eller traume ³ Kronisk sygdom ⁴
Diagnosen stilles		
Kriterier for at stille diagnosen underernæring	Kræver mindst 1 fænotypisk og 1 ætiologisk kriterie	

Cederholm T et al. GLIM Core Leadership Committee; GLIM Working Group. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. Clin Nutr. 2019 Feb;38(1):1-9.



Konsekvenser af sygdomsrelateret underernæring



+ Risiko for nedsat funktionsniveau, nedsat lungemuskulatur, indlæggelser og for tidlig død

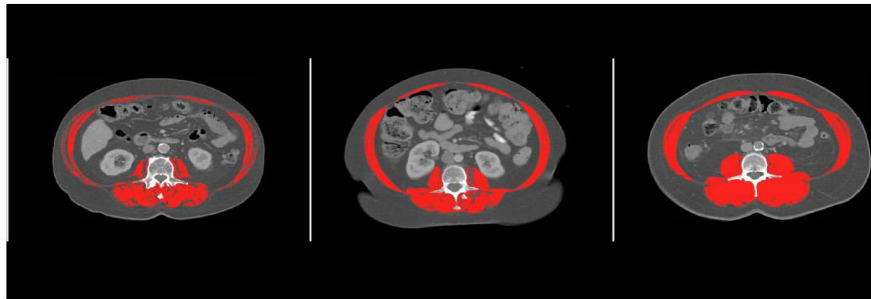
Vægttab, BMI og overlevelse ved kræft

B

		BMI (kg/m ²)					
		28	25	22	20		
Weight Loss (%)	2.5	21.5	19.9	15.7	13.5	8.4	17.3
	6	14.2	11.9	10.5	10.6	7.8	11.3
	11	10.7	9.2	6.8	6.7	4.7	7.5
	15	8.1	8.1	6.2	5.4	4.4	6.2
	19	7.1	4.8	4.7	3.7	4.1	4.4
		13.1	10.2	8.1	6.1	4.7	Overall

Kropssammensætning: Muskelmasse er vigtigst

Variation in fat and muscle within body mass index



Sarcopenia =
Severe muscle
depletion

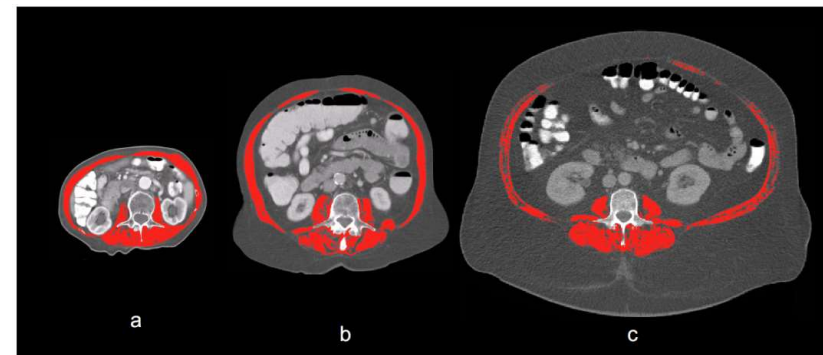
BMI = 30.0 kg/m²

CT Images Martin L et al. J Clinical Oncology 2013 31(12):1539-47

Variation in fat ; identical muscle mass

CT Images Martin L et al. J Clinical Oncology 2013 31(12):1539-47

Samme muskelmasse, forskellig BMI



BMI = 16.4

24.8

40.2 kg/m²

Overvægtige kræftpatienter med og uden sarkopeni

Overvægtige med sarkopeni har en dårligere prognose

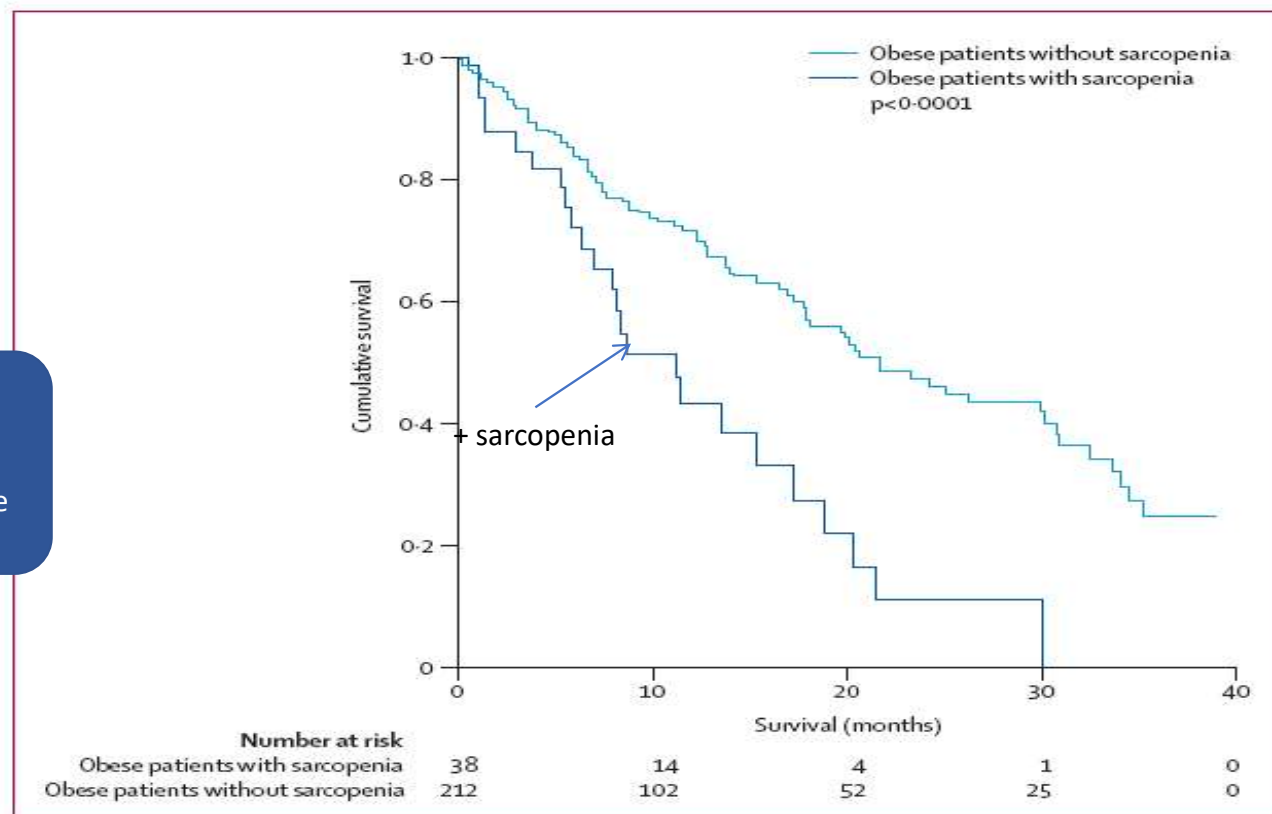
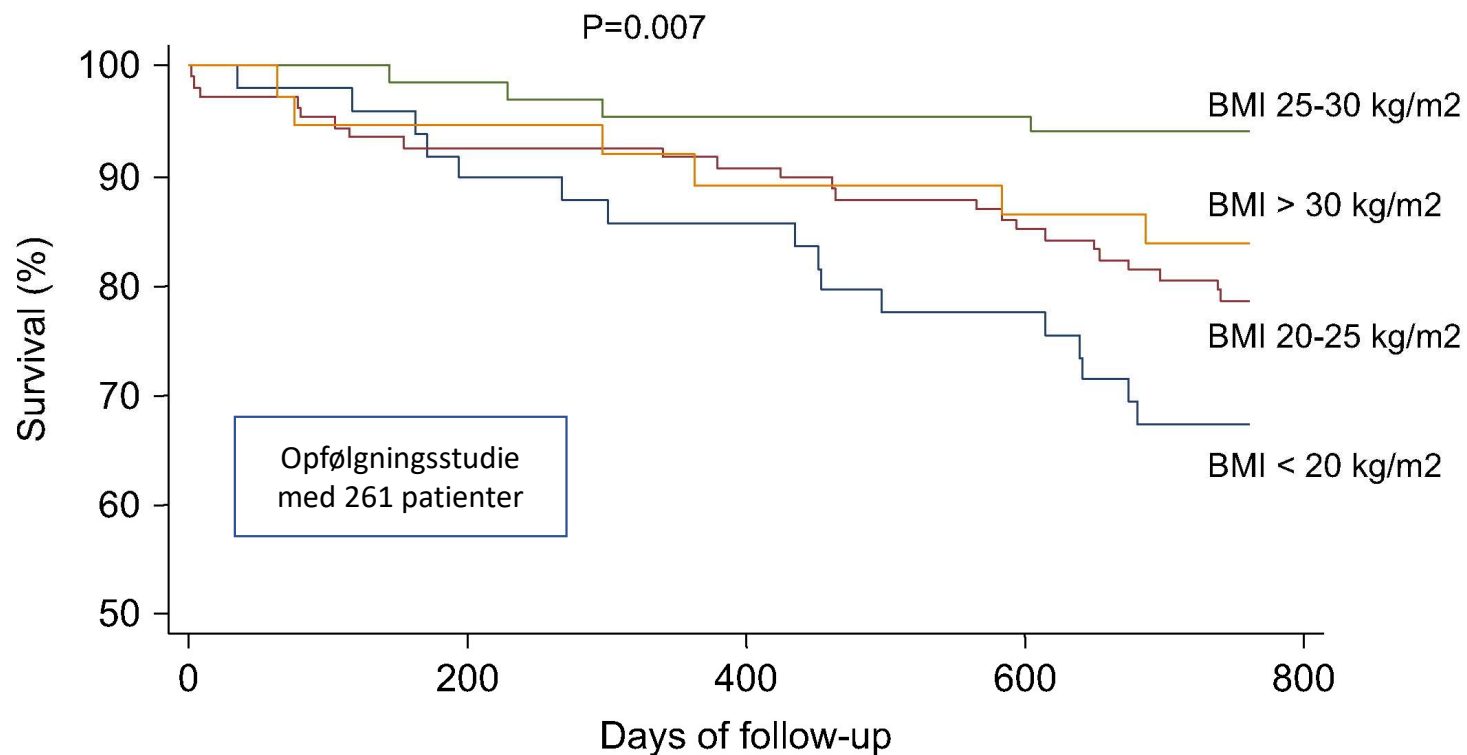


Figure 3: Survival of obese patients who had sarcopenia and obese patients who did not have sarcopenia

Øget risiko for død indenfor 2 år hos KOL-patienter som er undervægtige ved akut indlæggelse

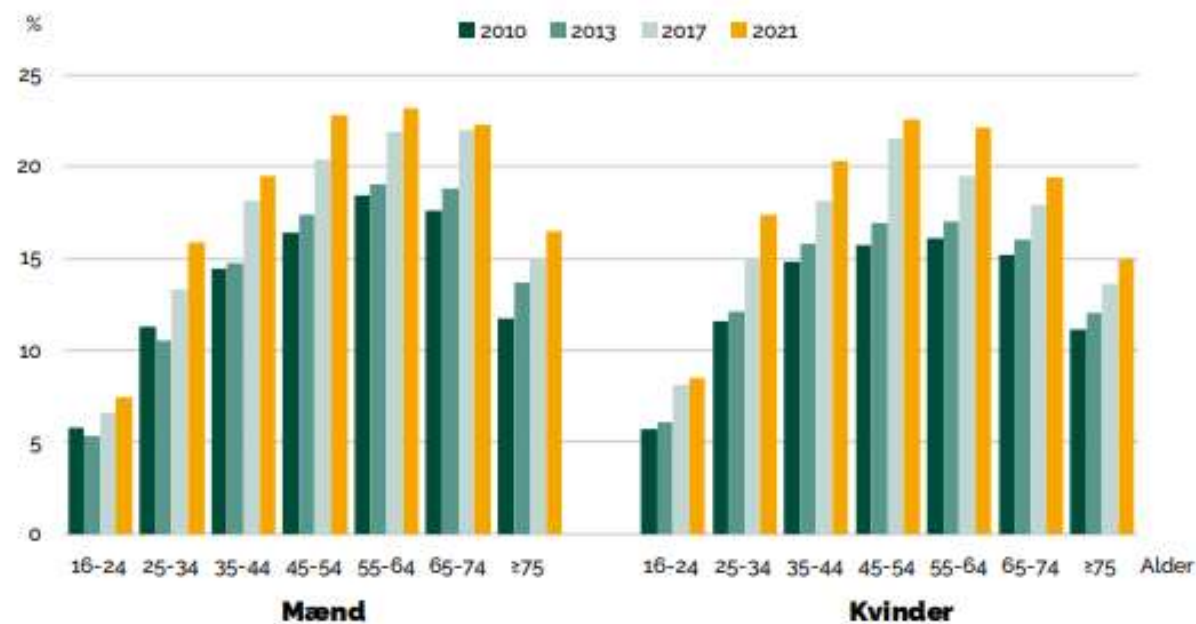


Prævalensen af ernæringsrisiko i DK

- Indlagte: 26-56% (NRS-2002)
- Ambulante: 21-33% (uplanlagt vægttab)
- Kommunal KOL-rehabilitering: 22% (uplanlagt vægttab) 
- Plejehjem: 68% (uplanlagt vægttab 1 kg med 68% indsatsbehov)
- Almen praksis:
 - Ældre > 70: 17% (uplanlagt vægttab 1 kg/ 3 mdr)
 - Alle: 14%; Median vægttab 4.0 kg (1-35) (uplanlagt vægttab 1 kg/ 2 mdr)

Udviklingen af fedme er et problem for "intuitiv" opsporing

Figur D: Andel med svær overvægt (BMI ≥ 30) blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013, 2017 og 2021. Procent.



Kilde: National Sundhedsprofil 2021 (figur 3.5.6)

Fedme paradokset

- Overvægtige der derfor i ernærings
- Med "intuitiv" s funktionstab og

1. Budskab. Ikke
2. Med guided tabe 6.4%

Lille studie med 28 patienter over 12 uger

Treating the obesity paradox

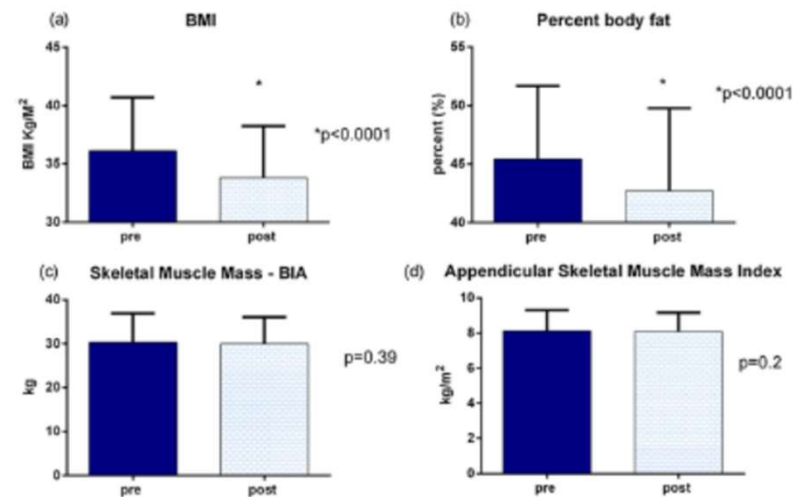


Figure 3 Effect of intervention on (a) body mass index (BMI), (b) percent body fat, (c) skeletal muscle mass measured by bioelectrical impedance analysis (BIA) and (d) appendicular skeletal muscle mass measured by dual-energy X-ray absorptiometry.

Table 2 Body Composition pre-intervention and post-intervention

Body composition	Pre	Post	P value
Bio-impedance Analysis			
Skeletal muscle mass (kg), mean (SD)	29.9 (6.5)	29.6 (6.2)	0.2835
Percent body fat (%), mean (SD)	45.5 (6.27)	42.8 (7.4)	<0.0001
Body fat mass (kg), median (IQR)	44.7 (39-48.8)	40.1 (34.5-44.4)	<0.0001
Waist to hip ratio, mean (SD)	1.1 (0.08)	1.04 (0.08)	0.0004
DEXA			
Appendicular skeletal muscle mass index (ASMMI) kg/m ² , mean (SD)	8.1 (1.2)	8.0 (0.9)	0.2231

DEXA, dual-energy X-ray absorptiometry; IQR, interquartile range; SD, standard deviation.

879

masse, og er
siko (muskel-og
e)

muskelmassen og

cise training.
46

Kostindtag vs. Funktionsniveau hos 79 KOL patienter i rehabilitering i 5 kommuner.
Nedsat proteinindtag = nedsat funktion

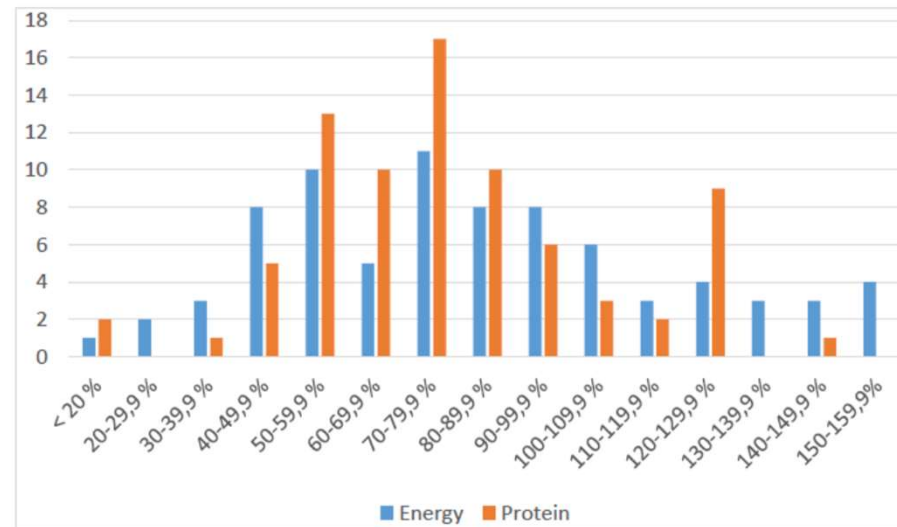
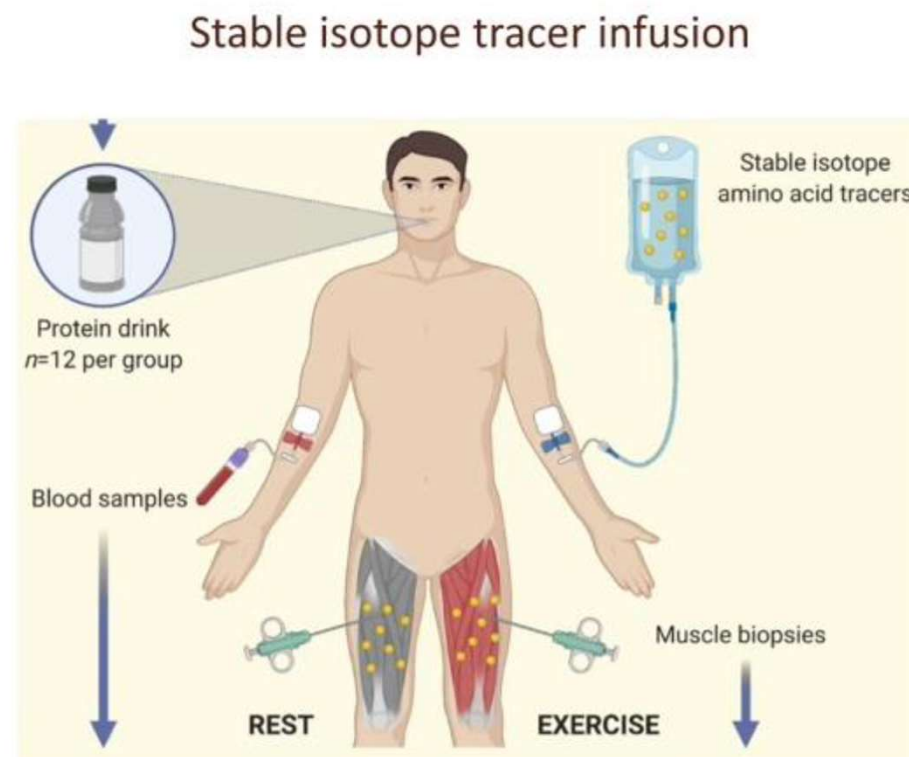


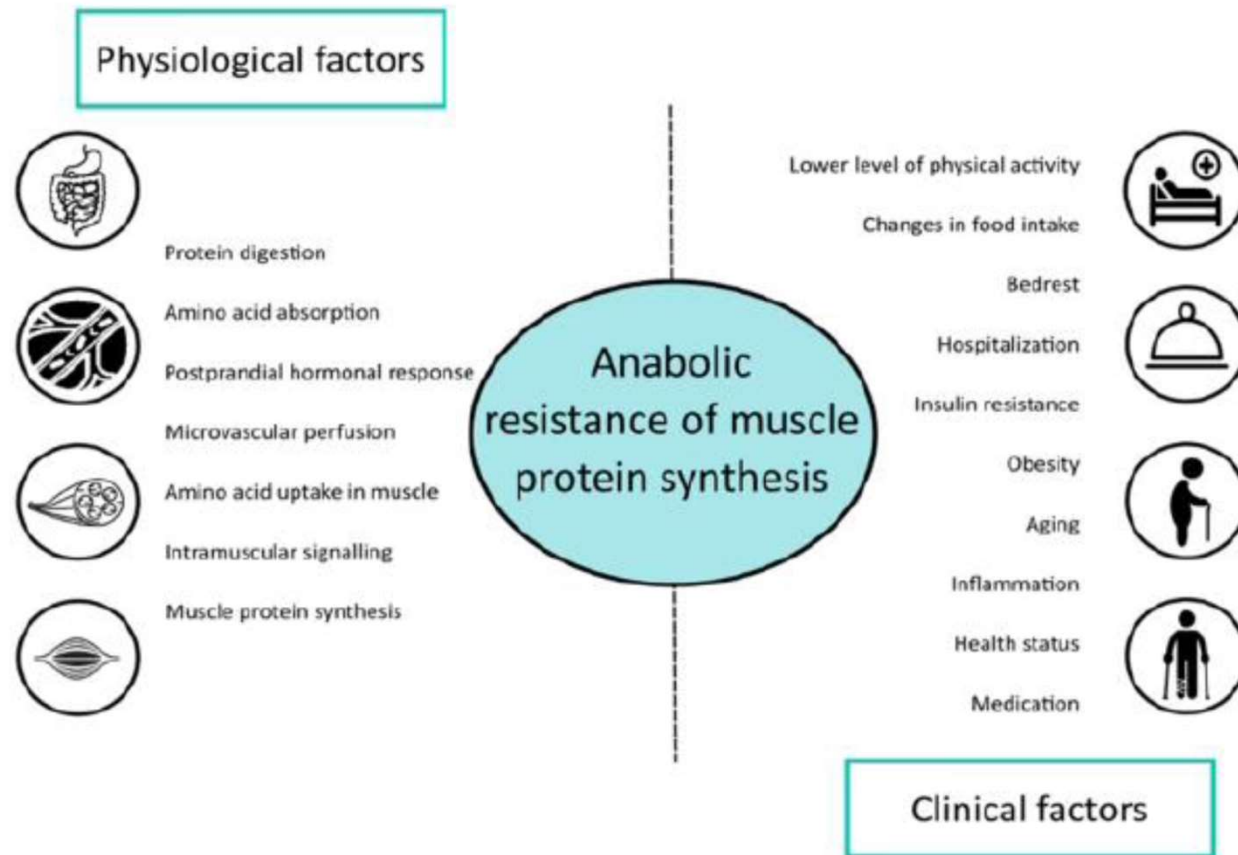
Fig. 1. The distribution of energy-and protein intake in percent of the individually recommended amount.

	6 min Walking test		30s-Chair Stand test	
	Unstandardized Coefficients B (Std Error)	p-value	Unstandardized Coefficients B (Std Error)	p-value
Protein intake <75% of requirements	62.1 (27.4)	0.03	1.87 (1.04)	0.08
Sex	-26.3 (25.5)	0.31	-0.13 (0.97)	0.89
Age	-6.1 (1.7)	0.00	-0.14 (0.06)	0.03
FEV1	-0.3 (0.5)	0.56	-0.00 (0.02)	0.84
BMI	0.8 (2.1)	0.72	0.06 (0.08)	0.45

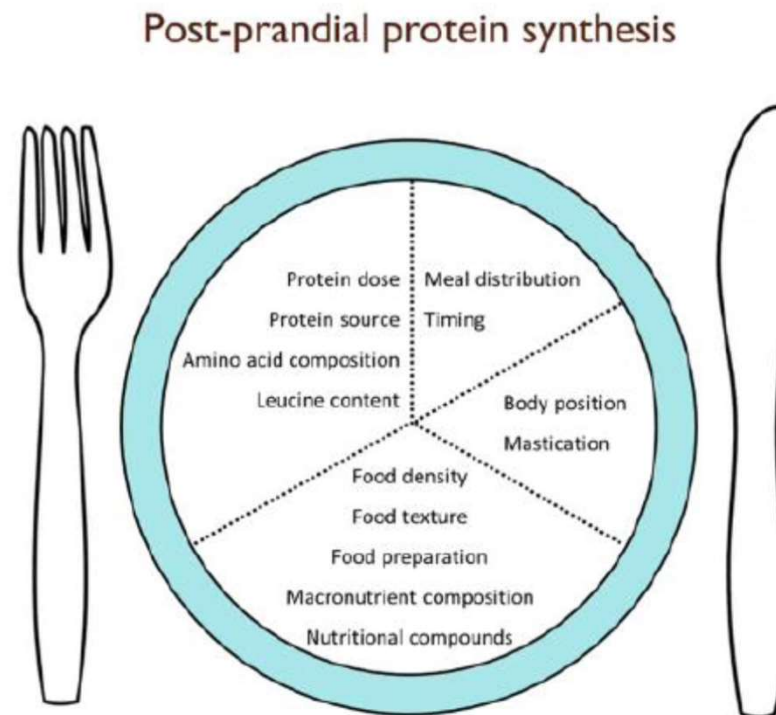
Hvordan kan man vide om proteinet optages i musklerne?



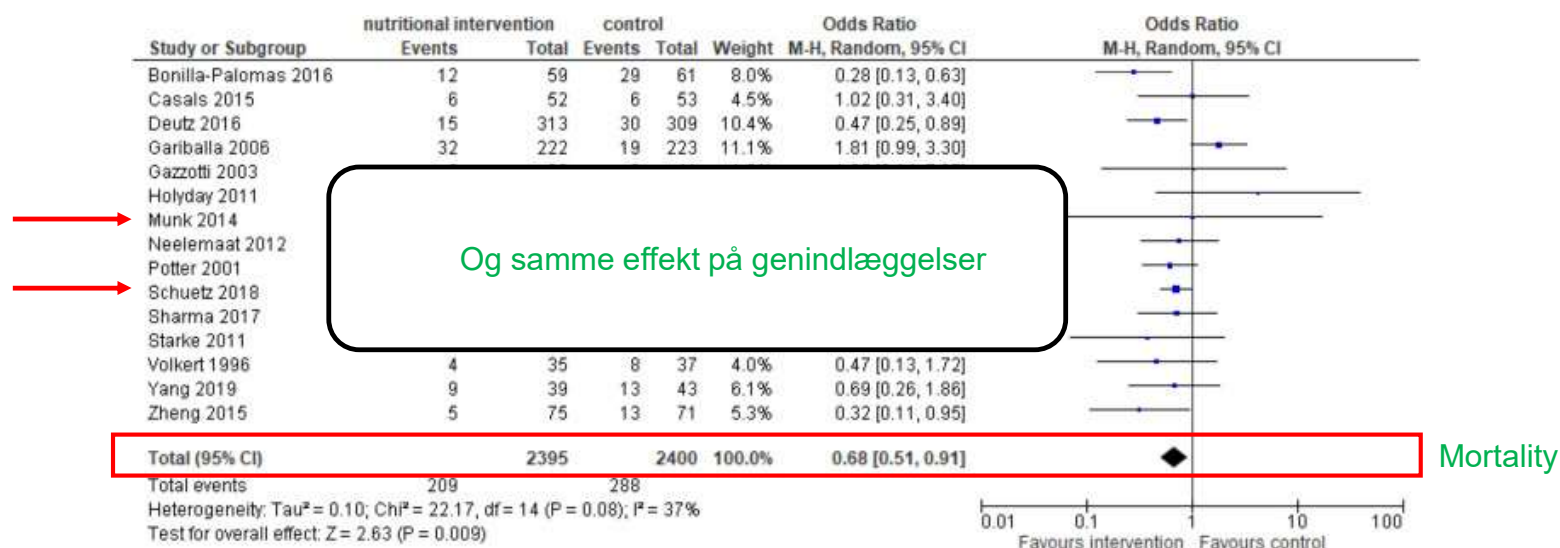
Hvad har betydning for hvor godt musklerne optager næring?



Faktorer der har betydning for hvordan MAD virker?



Virker ernæringsindsatser til multisyge indlagte medicinske patienter?



Gressies C, Kaegi-Braun N, Gomes F, Schuetz P. Clin Nutr. 2023 Jan;42(1):45-52.

A multimodal nutritional intervention after discharge improves quality of life and physical function in older patients - a randomized controlled trial

Konklusion:

En multimodal ernæringstilgang fandt en **signifikant positiv effekt på ernæringsstatus, livskvalitet og fysisk funktion**. Forbedringerne i livskvalitet og fysisk funktion var af klinisk relevans.

Der blev ikke fundet signifikant effekt på genindlæggelser og dødelighed

Virker ernæring til træning?

- Behandling af sarkopeni med træning og tilskud af drikke indeholdende valle protein beriget med leucin og D-vitamin - behandlingstiden 4-52 uger.
 - Inflammationsdæmpende effekt af tilskud
 - Gavnlig effekt på muskelfunktion i mange men ikke alle studier.
- I behandlingen af sarkopene patienter er protein/D-vitamin næppe effektiv uden træning.

Virker ernæring til træning?

- Proteintilskud har vist en effektiv strategi til at øge muskelmasse, styrke og fysisk performance hos skrøbelige borgere i forbindelse med træning.

Tieland et al. JAMDA 13, 2012

- Ernæringstilskud med protein 2-3 x dgl. af 187.5 kcal (Energi% 20 (20-30 g dgl)) D-vit og Omega 3 havde yderligere effekter på ernæringsstatus, inspiratorisk muskelstyrke og fysisk funktion sammenlignet med placebo.

Van de Bool, C et al. J Cachexia Sarcopenia Muscle. 2017 Oct; 8(5)

Virker ernæring til træning?

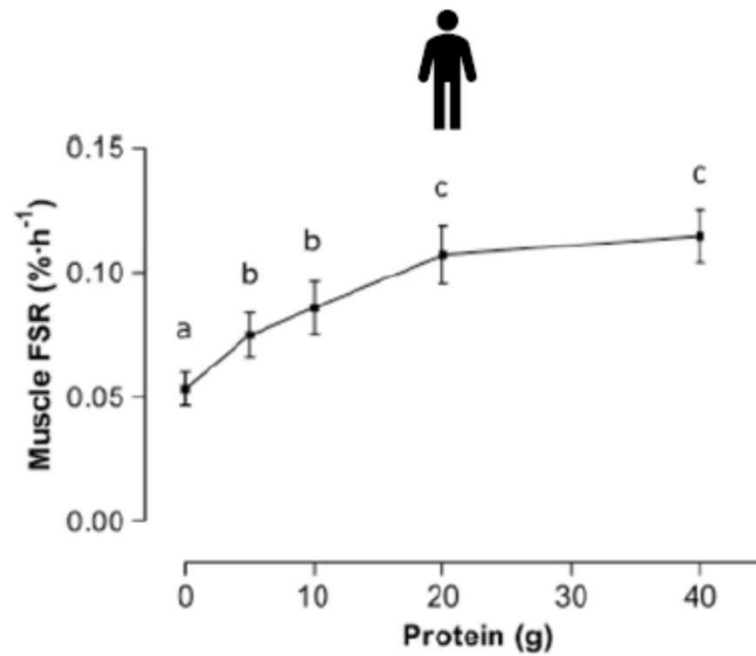
- Indtag af protein (20-40g) før søvn er en effektiv strategi til forbedring af muskelproteinsyntesen og derved forbedring af skeletmuskulernes respons på træning.

Trommelen, J; Van Loon, LJC. Nutrients. 2016 Dec; 8(12);
Snijders T et al. Front Nutr. 2019; 6: 17.

- Et multimodalt rehabiliteringsprogram bestående af ernæringstilskud, androgener og træning forbedrer klinisk resultat og overlevelse hos underernærede patienter med avanceret KOL.

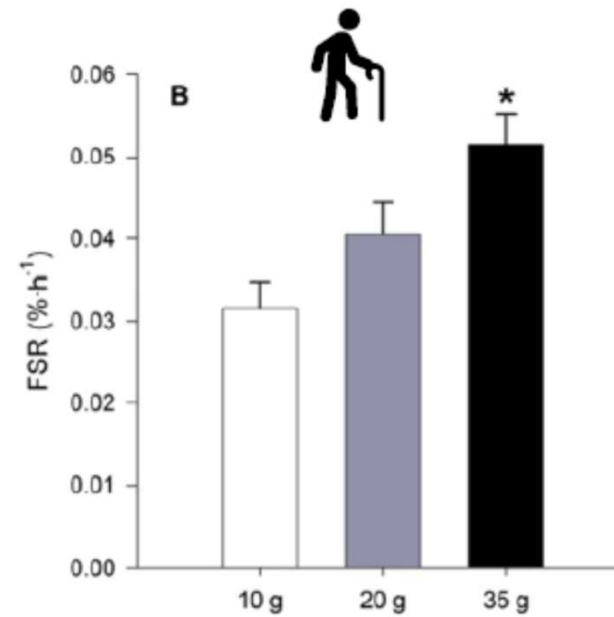
Schols AM, et al.. Am J Respir Crit Care Med 1995; 152: 1268–1274
Pison CM, et al. Thorax 2011; 66:

Amount of dietary protein



Moore et al. J Physiol 2009

Dose response effect



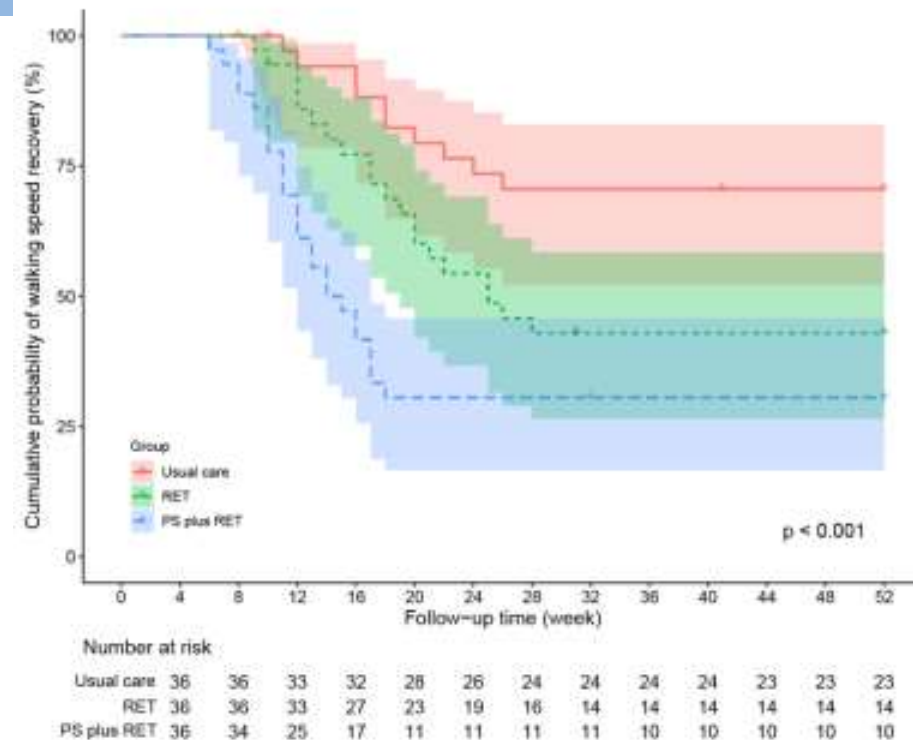
Pennings et al. Am J Physiol 2012

Effekter af proteintilskud kombineret med modstandstræning på restitution af ganghastighed hos ældre voksne med slidgigt i knæet og sarkopeni

Træning OG Protein: Proteintillæg baseret på individuelt indtag til målet 1,5 gram pr kilo/dg, fordelt på 2 doser af minimum 14 gram morgen og indenfor

Kun træning

Eller kontrol



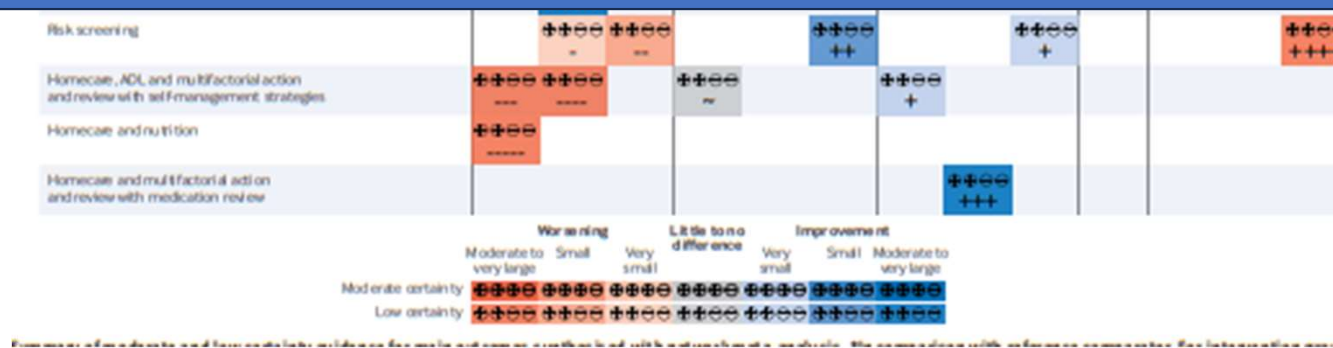
Kommunebaserede komplekse interventioner til opretholdelse af uafhængighed hos ældre mennesker: systematisk review og metaanalyse

Intervention group*	Living at home			Instrumental ADL			Personal ADL			Hospital admission	Care home placement		
	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T2	T1	T2	T3
ADL, aids, education, exercise, and multifactorial action and review with medication review and self-management strategies					++++								
ADL, aids, and exercise					++++								
ADL, nutrition, and exercise	++++	++++	++++										
Cognitive training, medication review, nutrition, and exercise		++++	++++										
Education, exercise, multifactorial action, and review										++++			

Kombinationerne:

1. ADL, Ernæring og fysisk træning og
2. Kognitiv træning, medicin revision, ernæring og fysisk træning

Øger chancerne for at klare sig selvstændigt længere i eget hjem



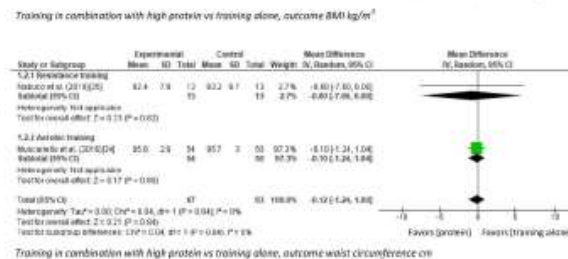
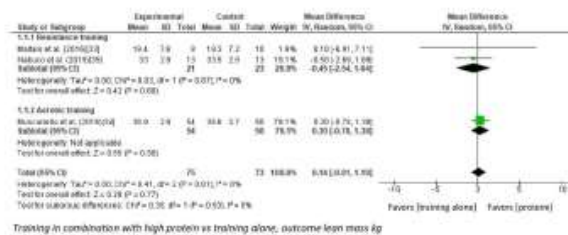
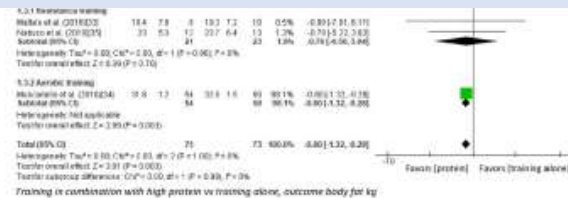
GAK: 3-timers diætist øger proteinindtag gennem hele KOL- rehabiliteringsforløbet og efter

BMI kg/m ² , mean (SD)	28.30 (SD ±0.61)
Below 20, %	8 (8.33)
20-24.9, %	20 (20.83)
25-29.9, %	34 (35.42)
30-34.9, %	19 (19.79)
At or above 35, %	15 (15.63)

	Baseline (P0) vs. week 10 (P1)			Week 10 (P1) vs. 3 months (P2)		
	N=96			N=44		
Dietary intake	Mean±SD	Mean±SD	p-value	Mean±SD	Mean±SD	p-value
Energy, kcal	1676±505	1941±553	<0.001	1947±562	1922±563	0.782
Protein, g	64±22	88±25	<0.001	93±29	85±27	0.017

Energi- og proteinindtag ved baseline (P0), uge 10 af interventionen (P1) og ved tre måneders opfølgning (P2)

Ernærings- og træningsinterventioner hos ny-pensionerede med fedme og sarkopeni



† Forest plots of comparisons between training in combination with high protein intake and training alone.

Positiv effekt af modstandstræning + protein på væggtab med bevarelse af muskelmasse, men studierne er for dårlige mhp muskelmasse m/u protein

Timing:
Ingen forskel på om protein blev indtaget lige efter træning eller øget over hele døgnet

Småtspisende kan med fordel drikke proteiner eller spise dem med ske

Produkt	Protein/100 gr
Mælk	3,5 g
Frugtyoghurt	3,3 g
Hytteost	12 g
Skyr	11 g
Ernæringsdrikke	6-15 g



Mælkeprodukter indeholder godt med protein og også kalk (meget lidt i skyr)
Juster med fedtprocent for at styre calorieindholdet
Ernæringsdrikke fra Apoteket er til småtspisende



Proteiner i "rigtig mad"

28 g protein på hver tallerken



Kyllingebryst
585 kJ



Svinekotelet uden
fedtkant
600 kJ



Bøf af tykstegsfilet
695 kJ



Æg
1320 kJ



Gule ærter
1870 kJ



Kikærter
2095 kJ



Grønne ærter
1460 kJ



Linser
1390 kJ

Der er ikke taget hensyn til biologisk værdi af proteinkilder

Landbrug & Fødevarer

Stærkere fra start

	Mælkeprodukter og ost	Kød, fisk og æg	Grøntsager, nødder, frø og brød	Ernæringsdrikke fra apoteket og andre tilskud
Høj protein, mange kalorier	Sødmælk Græsk yoghurt Ymer Ost 45-60%	Kyllingemuggers Bacon Pølser Andebryst	Peanutbutter Hasselnødder Mandler Soyabønner	Ernæringsdrikke og fromager fra apotek Energisat fødeis
Høj protein, mellem kalorier	Leiemælk Hytteost 4% Skærmælk 30%	Kyllingelår med skind Fars 8-15% fedt Culottes	Soyamælk Pasta Rugbrød Kikærter	Ernæringsdrikke og fromager fra apotek Shirbet is Høj protein, færre kalorier
Høj protein, færre kalorier	Kakao skummet Sylt Minimælk Flødeskummet	Svinemørbrad Kyllingebryst uden skind Æg	Majs Champignon Broccoli Tofu	Træningsdrik med protein Kakao + protein Proteinbudding

Disse er kun del af listen over gode fødevarer til børn.

DANSC



AALBORG UNIVERSITETSHOSPITAL
— gode mennesker

Hvordan kan fysio- og ergo terapeuten bidrage på hospital

Snak med patienten / borgeren om at det er godt for musklerne at drikke proteinholdige drikke i stedet for vand/saft

- Forklar at bedre næring under og efter sygdom bidrager til:
 - Stærkere muskler efter træning og bedre funktionsniveau
 - Bedret modstand overfor infektioner.
- Forklar hvor protein kommer fra- det er ikke almen viden!

Snak med **alle** om ernæring- også de overvægtige

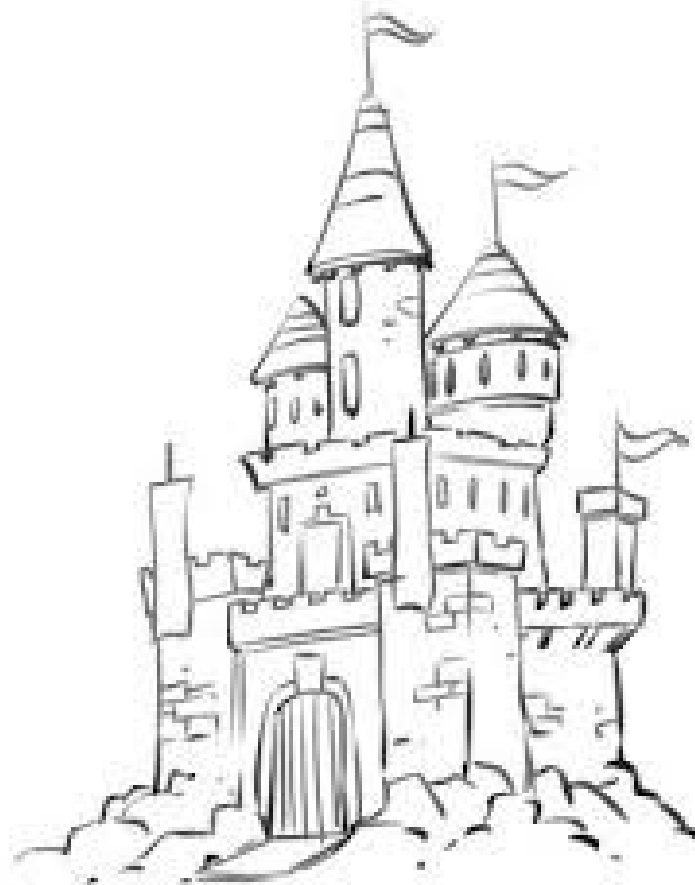
De overvægtige skal også have mere protein, men ikke tilskyndes mere fedt og sukker

"Jeg har ingen appetit/ jeg kan ikke lide de drikke eller mælk"

Foreslå diætist, sig det selv til sygeplejersken/lægen, og skriv det i notatet

Foreslå ernæringsindsats i GOP til kommunen, hvis I kan se der er lavet en ernæringsplan ved diætisten på hospitalet

"Exercise is king – nutrition is queen – put them together and you have a kingdom".



Tak fordi I lyttede

mette.holst@rn.dk

st og projektleder på projektet
*Mere Ernæring i Træning, Odense kommune. Medforfattere: Hanne
Ingemansen, fysioterapeut/koordinator for træning, Træning Assens
og Charlotte Bæk Caspersen, fysioterapeut, Træning Assens*

Diætisten nr 16. Aug 2020

Mobilisering af akutte ortopædkirurgiske patienter til måltider – et udviklingsprojekt

Gitte Friis Madsen, fysio- og udviklingsterapeut, cand.scient.san
Elin Hyrum, specialeansvarlig fysioterapeut, ortopædkirurgi
Fysio- og Ergoterapien, Regionshospitalet Randers



Baggrund

- Fysiologiske og mentale gevinster ved mobilisering
- LKT hoftenære frakturer 2019-2021
- Elektive og mindst ressourcekrævende patienter blev mobiliseret først og hyppigst
- Projekt – Forekomst af synke- og spisebesvær hos patienter opereret for hoftenær fraktur

Baggrund – Forekomst af synke- og spisebesvær hos patienter opereret for hoftefraktur

- **Formål:** At undersøge forekomsten af synke- og spisebesvær hos ældre postoperative hoftefrakturpatienter og at identificere faktorer associeret med synke- og spisebesvær
- **Metode:** Multicenter pilotstudie
- **Patientgruppe:** Patienter ≥ 65 år opereret for hoftefraktur og i stand til at deltage i en undersøgelse for synke- og spisebesvær
- **Undersøgelse for spise- og synkebesvær:**
 - Volume-Viscosity Swallow Test (V-VST)
 - Minimal Eating Observation Form-version II (MEOF-II)

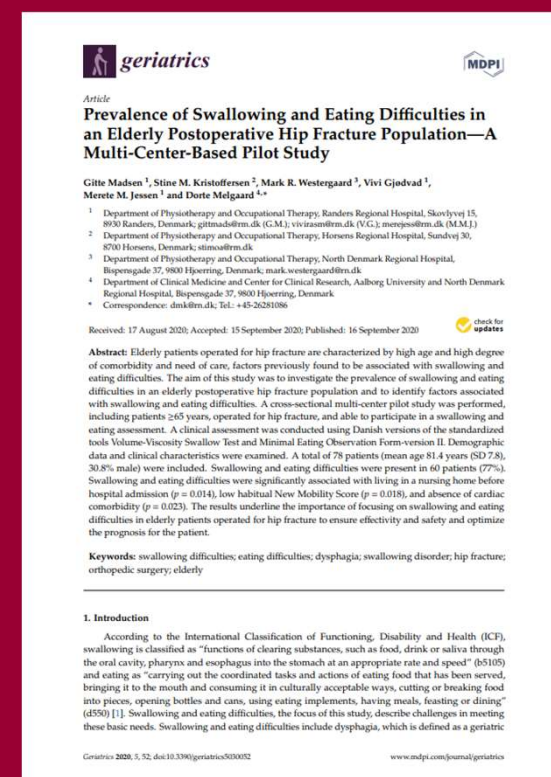
Ref.: Madsen, G., Kristoffersen S. M., Westergaard M. R., Gjødvad, V., Jessen, M. M. & Melgaard D. (2020). *Prevalence of Swallowing and Eating Difficulties in an Elderly Postoperative Hip Fracture Population-A Multi-Center-Based Pilot Study*. *Geriatrics*, 5, 52; doi:10.3390/geriatrics5030052

Baggrund – Forekomst af synke- og spisebesvær hos patienter opereret for hoftenær fraktur

Resultater bl.a.:

- 78 patienter (alder mean 81,4 år (SD 7,8), 30,8% mænd)
- 60 patienter (77%) viste tegn på synke- og spisebesvær
- Synke- og spisebesvær var associeret med:
 - habituel bopæl på plejehjem ($p=0,014$)
 - lav habituel New Mobility Score ($p=0,018$)
 - kardiel comorbiditet ($p=0,023$)
- 38 patienter (63% af de 60 med synke- og spisebesvær) viste problemer ift. at indtage og opretholde en hensigtsmæssig siddestilling ved spising

Ref.: Madsen, G., Kristoffersen S. M., Westergaard M. R., Gjødvad, V., Jessen, M. M. & Melgaard D. (2020). *Prevalence of Swallowing and Eating Difficulties in an Elderly Postoperative Hip Fracture Population-A Multi-Center-Based Pilot Study*. *Geriatrics*, 5, 52; doi:10.3390/geriatrics5030052

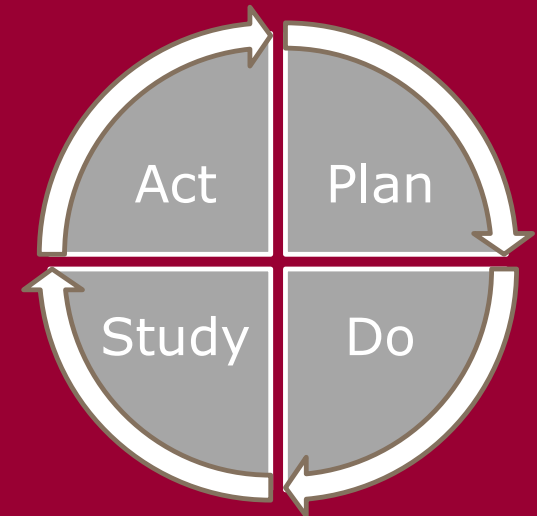


Formål med udviklingsprojekt

At akutte patienter på Ortopædkirurgisk
Sengeafsnit blev mobiliseret til stol i forbindelse
med måltider

Metode

- Udviklingsprojekt – PDSA-cirklen
- Etablering af tværfaglig projektgruppe
- Baselineregistrering – uge 6 og 8 2020
- Spørgeskemaundersøgelse blandt personalet
 - Vurdering af afsnittets kultur ift. mobilisering
 - Fordrende og hindrende faktorer for mobilisering
 - Ideer til tiltag
- Opfølgning på spørgeskemaundersøgelsen med personalet
- Implementering af udgiftsneutrale interventioner
- Evaluering af effekt af tiltag - uge 48 og 49 2021
- Evaluering af fastholdelse af tiltag – uge 10 og 11 2024



Baselineregistrering

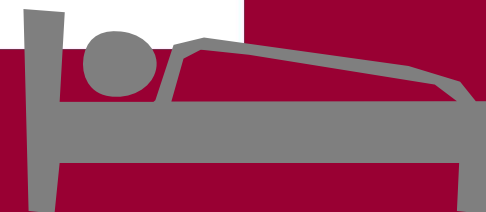
Tabel 1. Mobiliseringsgrad til måltider hos akutte ortopædkirurgiske patienter¹ i uge 6 og uge 8 2020

Måltid	Sengeliggende n (%)	På sengekant n (%)	I stol n (%)	Akutte patienter i alt, n
Morgen²	74 (64,9)	23 (20,2)	17 (14,9)	114
Middag³	43 (51,8)	9 (10,8)	31 (37,3)	83

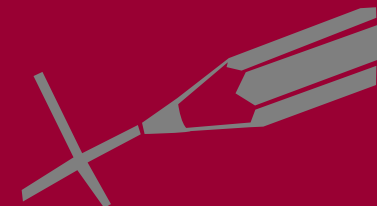
¹ Akutte ortopædkirurgiske patienter, hvor mobilisering ifølge lægefaglig plan var tilladt. Fastende patienter klargjort til operation samt patienter på samarbejdsplads indgår ikke.

² Kl. 8.15

³ Kl. 12.15



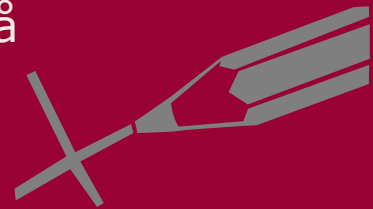
Spørgeskemaundersøgelse – bl.a.



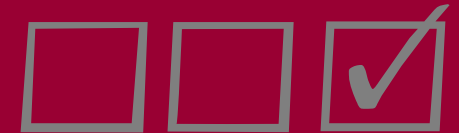
- I hvor høj grad oplever du, at akutte patienter mobiliseres til stol ifm. morgenmåltidet (slet ikke, i ringe grad, i nogen grad, i høj grad, i meget høj grad)?
- I hvor høj grad oplever du, at akutte patienter mobiliseres i relevant omfang i forhold til den enkelte patients behov for mobilisering (set ud fra en faglig vurdering) (slet ikke, i ringe grad, i nogen grad, i høj grad, i meget høj grad)?
- Hvilke faktorer oplever du som medvirkende til, at akutte patienter bliver mobiliseret til stol til måltiderne (fritekst)?
- Hvilke faktorer oplever du som medvirkende til, at akutte patienter *ikke* bliver mobiliseret til stol til måltiderne (fritekst)?

Spørgeskemaundersøgelse – bl.a.

- Hvilke faktorer mener du kunne bidrage til, at plejepersonalets ressourcer på Ortopædkirurgisk Sengeafsnit kunne bruges mere hensigtsmæssigt ift. mobilisering af akutte patienter?
- Hvilke faktorer mener du kunne bidrage til, at terapeuternes ressourcer på Ortopædkirurgisk Sengeafsnit kunne bruges mere hensigtsmæssigt ift. mobilisering af akutte patienter?



Spørgeskema – Resultater bl.a.



- ***I hvor høj grad oplever du, at akutte patienter mobiliseres til stol i forbindelse med morgenmåltidet (n=31)***
 - Slet ikke: 1 (3%)
 - I ringe grad: 15 (48%)
 - I nogen grad: 13 (42%)
 - I høj grad 1 (3%)
 - I meget høj grad 1 (3%)

- ***I hvor høj grad oplever du, at akutte patienter mobiliseres til stol i forbindelse med middagsmåltidet (n=31)***
 - Slet ikke: 1 (3%)
 - I ringe grad: 0 (0%)
 - I nogen grad: 14 (45%)
 - I høj grad 14 (45%)
 - I meget høj grad 2 (6%)

Spørgeskema – Resultater bl.a.

Hindrende faktorer:

- Mangel på personaleressourcer og tid
- Nedprioritering ved mange opgaver
- Patienternes kræfter eller smerteniveau
- Usikkerhed omkring forflytningsteknikker
- Behov for støtte fra terapeuter, særligt ved første mobilisering af nyopererede
- Man kan ikke nå at hjælpe patienterne til stol inden madvognen tages væk
- Ikke kerneopgave for plejepersonalet
- Er mobilisering virkelig så vigtigt for patienterne?!!

Spørgeskema – Resultater bl.a.

Fremmende faktorer:

- Sufficient smertebehandling
- God timing ml. plejepersonalet og terapeuterne
- Tydelighed omkring patientansvarlig plejegruppe og fysio- og ergoterapeut
- Viden blandt personalet om vigtigheden af mobilisering til måltider

Tiltag efter undersøgelse



Opkvalificering af viden målrettet plejegruppen:

- Tværfaglig drøftelse – Hvad er mobilisering?
- Undervisning i konsekvenser af immobilisering og fysiologiske gevinster ved mobilisering
- Undervisning i forflytning, mobiliseringsmuligheder og brug af hjælpemidler
- Undervisning i dysfagi og fysiologisk formål med mobilisering til måltider
- Tværfaglig drøftelse – målsætning i afsnittet ift. mobilisering af akutte patienter

Interventioner til implementering

Omorganisering af arbejdsgange:

- Ændret terapeutisk tilstedeværelsestid i afsnittet
- Tydeliggørelse af patientansvarlige terapeuter og sygeplejersker
- Madvogn åben længere tid om morgenen
- Hjælp til servering af morgenmad fra serviceassistenter i afsnittet
- Nattevagt uddeler smertestillende medicin til relevante patienter



Evaluering af tiltag

Tabel 2. Mobiliseringsgrad til måltider hos akutte ortopædkirurgiske patienter¹

Måltid	Sengeliggende n (%)	På sengekant n (%)	I stol n (%)	Akutte patienter i alt, n
Morgen² uge 6 og 8 2020	74 (64,9)	23 (20,2)	17 (14,9)	114
Morgen² uge 48 og 49 2021	61 (43,6)	17 (12,1)	62 (44,3)	140
Morgen² uge 10 og 11 2024	26 (34,7)	7 (9,3)	42 (56,0)	75
Middag³ uge 6 og 8 2020	43 (51,8)	9 (10,8)	31 (37,3)	83
Middag³ uge 48 og 49 2021	42 (48,8)	10 (11,6)	34 (39,5)	86
Middag³ uge 10 og 11 2024	23 (34,3)	7 (10,4)	37 (55,2)	67

¹ Akutte ortopædkirurgiske patienter, hvor mobilisering ifølge lægefaglig plan var tilladt. Fastende patienter klargjort til operation samt patienter på samarbejdsplads indgår ikke.

² Kl. 8.15

³ Kl. 12.15

Perspektiver og læring



- Husk alle faggrupper
- Praksisnært
- Det giver motivation at blive inddraget
- Vidensdeling giver motivation
- Man kan bruge det bedste fra hinanden, når man arbejder tværfagligt

Tak for opmærksomheden

Referencer:

- Thomassen M. & Jakobsen P. B. (2022). *Mobilisering af akutte patienter til måltider på Ortopædkirurgisk Sengseksnit – et udviklingsprojekt*. I antologi: Nationalt Videnscenter for Ortopædkirurgisk Sygepleje (VIDOKS) 2022. Mobilisering af den ortopædkirurgiske patient
- Madsen, G., Kristoffersen S. M., Westergaard M. R., Gjørdvad, V., Jessen, M. M. & Melgaard D. (2020). *Prevalence of Swallowing and Eating Difficulties in an Elderly Postoperative Hip Fracture Population – A Multi-Center-Based Pilot Study*. Geriatrics, 5, 52

Kontakt:

- Udviklingsterapeut Gitte Friis Madsen: gittmads@rm.dk
- Specialeansvarlig fysioterapeut Elin Hyrum: elinhyru@rm.dk

Mobilisering af akutte patienter til måltider på Ortopædkirurgisk Sengseksnit – et udviklingsprojekt.

Monica Thomassen, Afdelingssygeplejerske MKS, monithom@rm.dk
Pernille Brachner Jakobsen, Udviklingssygeplejerske

Ortopædkirurgisk Afdeling, Regionshospitalet Randers

Abstract

Baggrund: Mobilisering af patienter er en vigtig del af plejegruppen på ortopædkirurgiske afdelinger og har stor betydning for optimal rehabilitering efter operation. Hurtig mobilisering nedsætter risikoen for en lang række komplikationer, og mobilisering til måltider forebygger desuden dysfagi. Alligevel oplevede vi, at mobilisering til måltider ikke fandt sted i det omfang litteraturen anbefaler.

Førmål: At identificere problemområder og derved ændre arbejdsgange, så flere akutte patienter mobiliseres til stol i forbindelse med måltider.

Metode: Indledningsvis blev der foretaget en baseline registrering af hvor mange patienter, der blev mobiliseret til stol ved måltider. Efterfølgende blev der foretaget en spørgeskemaundersøgelse blandt terapeuter og plejepersonale. Formålet var at klarlægge forhindrende og hindrende faktorer for mobilisering af patienterne. Ud fra spørgeskemaets resultater fastsattes interventioner for praksis. Disse interventioner blev implementeret, hvorefter en ny registrering fandt sted.

Resultat: Baselineregistreringen viste, at kun 15% af de akutte patienter blev mobiliseret til morgenmåltidet forud for projektet. Efter interventionerne var implementeret viste en ny registrering, at mobilisering til morgenmåltidet var steget til 44%.

Konklusion: Vi ændrede få arbejdsgange og øgede fokus på mobilisering til måltider og således lykkedes vi med at øge antallet af akutte patienter, der mobiliseres til stol i forbindelse med måltider.

Baggrund

Mobilisering af patienter er en vigtig del af plejegruppen på ortopædkirurgiske afdelinger og har stor betydning for optimal rehabilitering efter operation. Oget mobilisering hos indlagte patienter bidrager til bedre trivsel, uafhængighed og generelt bedre livskvalitet. Derudover er der væsentlige fysiske fordele som færre smerter, mindre træthed, forbedret gangstabilitet, lavere risiko for pneumoni, delirium, dyb venetrombose, vandladningsproblemer og død (1-2).

Ortopædkirurgisk Sengseksnit på Regionshospitalet Randers var i perioden 2019-2021 en del af det landsdækkende lærings- og kvalitetsteam (LKT), der arbejdede med patienter med hoftebrud med henblik på at forbedre deres behandling. Gennem strukturerede tværfaglige og tværsektorielle arbejdsgrupper opnåede vi gode resultater for denne patientgruppe (3). I LKT-projektets protokol foreskrevs det, at patienterne mobiliseres så hurtigt som muligt på operationsdagen. Det bør desuden tilstræbes, at patienterne sidder i stol og spiser den første morgen efter operationen og alle måltider derefter (4,5).

Ligeledes blev der på Regionshospitalet Randers i efteråret 2019 i samarbejde med Regionshospitalet Nordjylland og Regionshospitalet Horsens gennemført et udviklingsprojekt. Fokus i dette projekt var synke- og spisebæver hos patienter opereret for hoftebrud. Projektet viste blandt andet, at patienterne under indlæggelsen ofte ikke blev mobiliseret til stol i forbindelse med måltider (6). Fra



Prevalence of Swallowing and Eating Difficulties in an Elderly Postoperative Hip Fracture Population—A Multi-Center-Based Pilot Study

Gitte Madsen ¹, Sine M. Kristoffersen ², Mark R. Westergaard ³, Vivi Gjørdvad ⁴, Merete M. Jessen ¹ and Dorthe Melgaard ^{1,*}

¹ Department of Physiotherapy and Occupational Therapy, Randers Regional Hospital, Skovlyvvej 15,

8900 Randers, Denmark; gittmads@rm.dk (G.M.); vivim@rm.dk (V.G.); mermet@rm.dk (M.M.J.)

² Department of Physiotherapy and Occupational Therapy, Hørsens Regional Hospital, Sundvej 30,

8700 Hørsens, Denmark; sinem@rm.dk

³ Department of Physiotherapy and Occupational Therapy, North Denmark Regional Hospital,

Bjergsgade 37, 9800 Hjørring, Denmark; mark.westergaard@rm.dk

⁴ Department of Clinical Medicine and Center for Clinical Research, Aarhus University and North Denmark Regional Hospital, Bjergsgade 37, 8000 Århus, Denmark

* Correspondence: dm@rm.dk; Tel.: +45-26281086

Received: 17 August 2020; Accepted: 15 September 2020; Published: 16 September 2020



Abstract: Elderly patients operated for hip fracture are characterized by high age and high degree of comorbidity and need of care, factors previously found to be associated with swallowing and eating difficulties. The aim of this study was to investigate the prevalence of swallowing and eating difficulties in an elderly postoperative hip fracture population and to identify factors associated with swallowing and eating difficulties. A cross-sectional multi-center pilot study was performed, including patients ≥65 years, operated for hip fracture, and able to participate in a swallowing and eating assessment. A clinical assessment was conducted using Danish versions of the standardized tools Volume-Viscosity-Swallow Test and Minimal Eating Observation Form-version II. Demographic data and clinical characteristics were examined. A total of 78 patients (mean age 81.4 years (SD 7.8), 30.8% male) were included. Swallowing and eating difficulties were present in 60 patients (77%). Swallowing and eating difficulties were significantly associated with living in a nursing home before hospital admission ($p = 0.014$), low habitual New Mobility Score ($p = 0.018$), and absence of cardiac comorbidity ($p = 0.023$). The results underline the importance of focusing on swallowing and eating difficulties in elderly patients operated for hip fracture to ensure effectiveness and safety and optimize the prognosis for the patient.

Keywords: swallowing difficulties; eating difficulties; dysphagia; swallowing disorder; hip fracture; orthopedic surgery; elderly

1. Introduction

According to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), swallowing is classified as "functions of clearing substances, such as food, drink or saliva through the oral cavity, pharynx and esophagus into the stomach at an appropriate rate and speed" (S0105) and eating as "carrying out the coordinated tasks and actions of eating food that has been served, bringing it to the mouth and consuming it in a culturally acceptable ways, cutting or breaking food into pieces, opening bottles and cans, using eating implements, having meals, feasting or dining" (S0501) [1]. Swallowing and eating difficulties, the focus of this study, describe challenges in meeting these basic needs. Swallowing and eating difficulties include dysphagia, which is defined as a geriatric

Geriatrics 2020, 5, 52; doi:10.3390/geriatrics505052

www.mdpi.com/journal/geriatrics



Mobiliseringsindsats på Esbjerg Sygehus

Kirurgisk sengeafsnit D5 og Fysio- og Ergoterapien

Gry Søbye Sølvsten og Susanne Sillesen Skøtt

Agenda

- 1 Baggrund og baseline
- 2 Processen
- 3 Indsatser
- 4 Opfølgning på indsatser
- 5 Refleksioner

Formålet med dette oplæg:



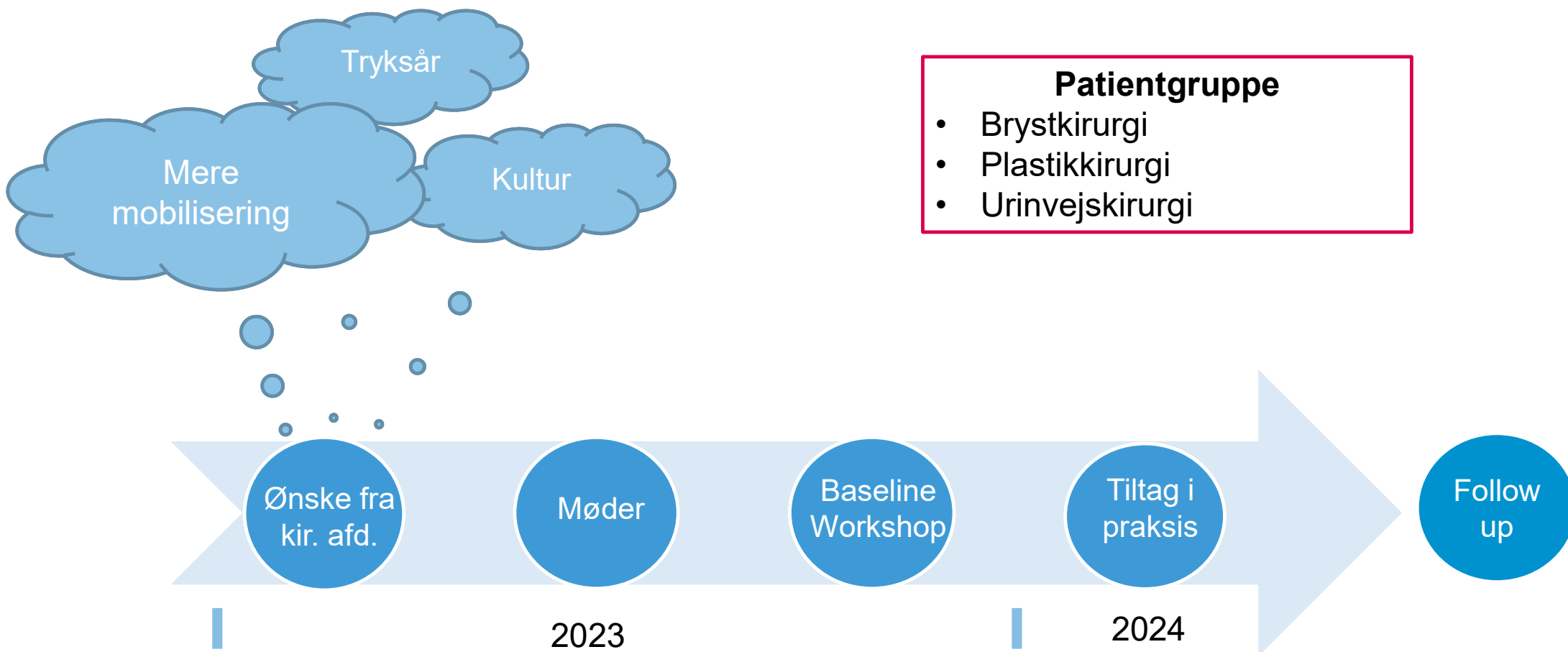
Resultater og effekt



Dele erfaringer fra et udviklingsprojekt



Baggrund



1

2

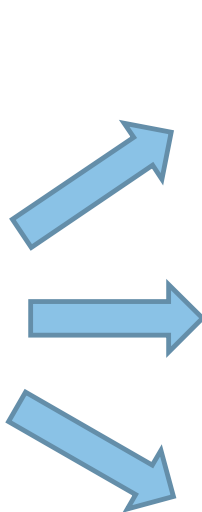
3

4

5

Baggrund

Mere mobilisering... men hvordan?



1

- Op til alle måltider

2

- Mulighed for mobilisering

3

- Medarbejderne

1

2

3

4

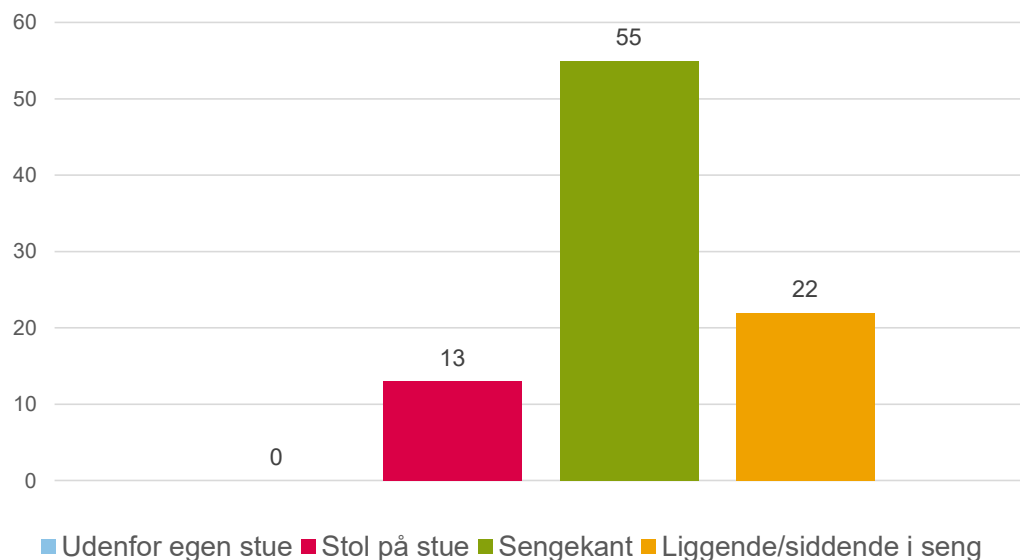
5

Baseline

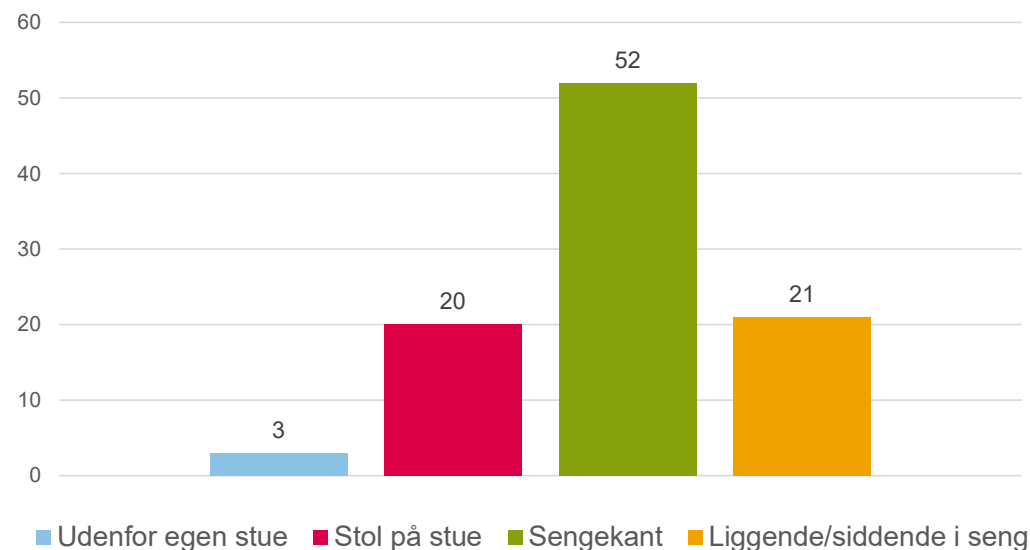
Emne 1: Op til alle måltider

N=96

Morgen - i alt



Frokost - i alt



1

2

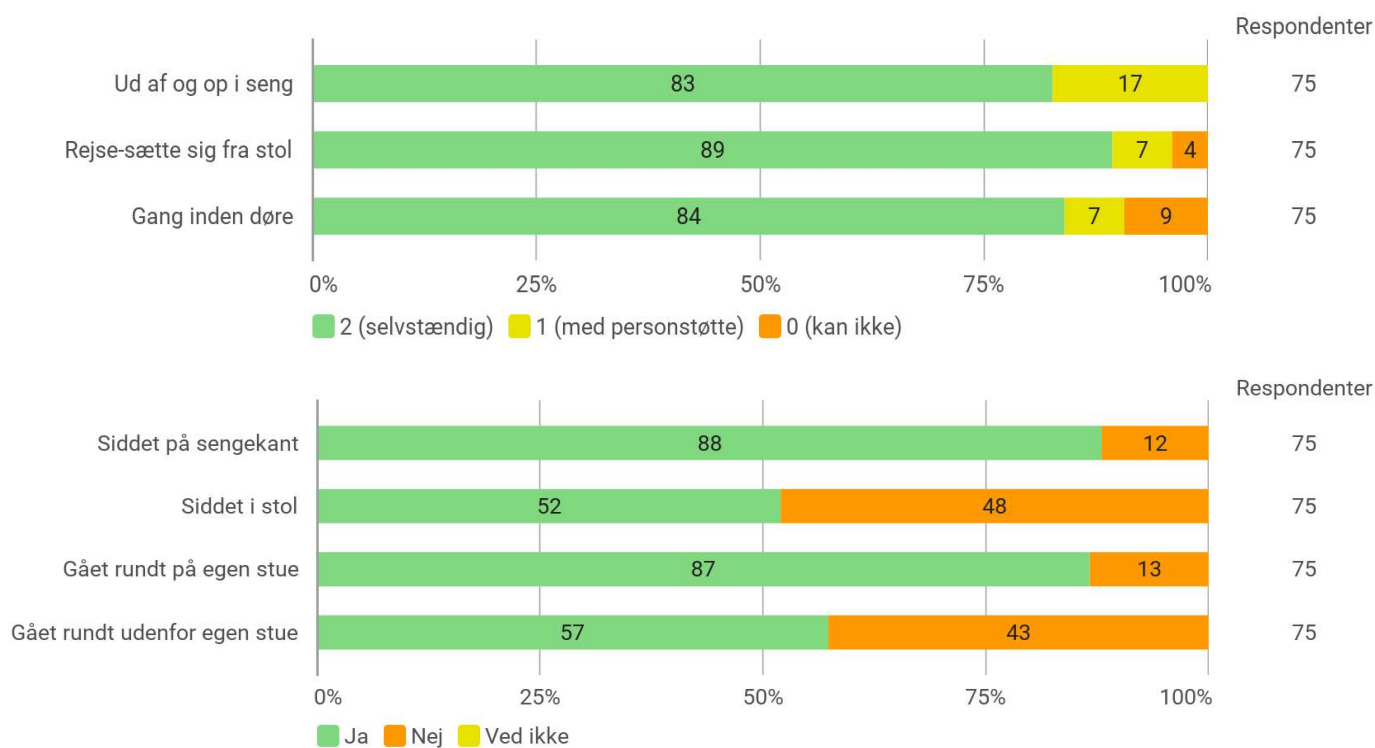
3

4

5

Baseline

Emne 2: Mulighed for mobilisering



1

2

3

4

5

Baseline

Emne 3: Medarbejderne

- Information om mobilisering – ja eller nej?
- Manglende forflytningsundervisning
- Manglende "Standard Work"
 - Patientinformation
 - Tryksårsscreening
 - Målsætning
- Manglende rammer der fremmer mobilisering



1

2

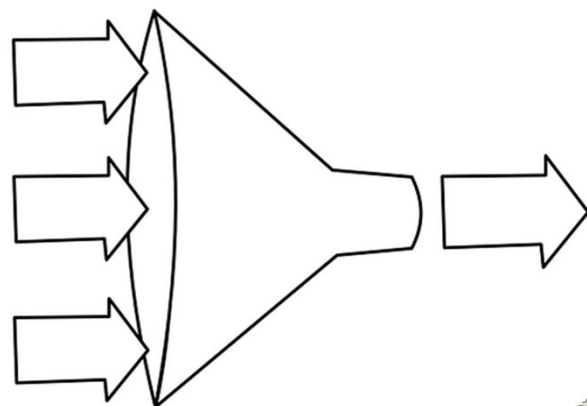
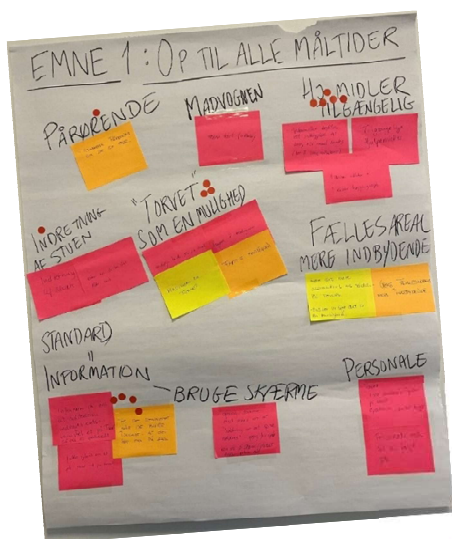
3

4

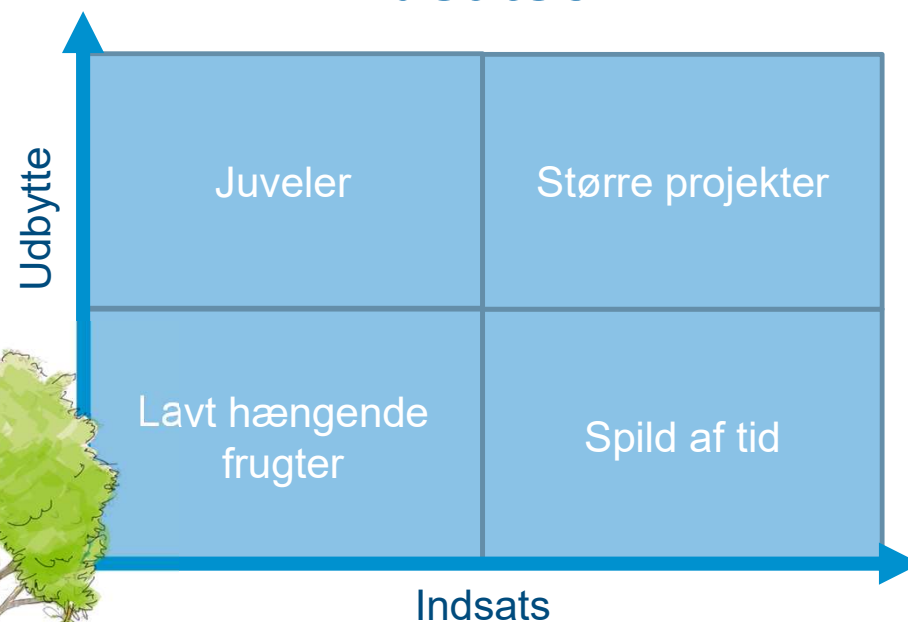
5

Proces og medarbejderinddragelse

Tværfaglig workshop



Konkrete indsatser



1

2

3

4

5

Indsatser for ”Mere mobilisering”



Brug af torvet til måltider



Hjælpemidler



Standardinformation til patienterne



Undervisning af personalet



Inddrage læger og andre faggrupper



Noget at gå efter

1

2

3

4

5

Indsatser for "Mere mobilisering"



Noget at gå efter

Rute 1



Turen går til: Udsigten til Fanø
Længde: 50 meter (kort rute)
Gå efter de orange cirkel markeringer.

Rute 2



Turen går til: Udsigten over den østlige del af Esbjerg.
Længde: 100 meter (lang rute ved patientstuer: 1-15)
Gå efter de grønne cirkel markeringer.

Rute 3



Turen går til: Udsigten over den vestlige del af Esbjerg.
Længde: 100 meter (lang rute ved patientstuer: 16-32)
Gå efter de blå cirkel markeringer.

1

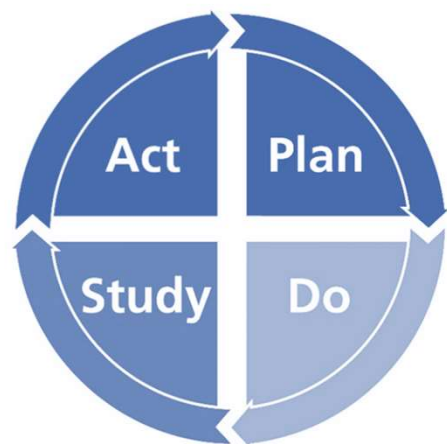
2

3

4

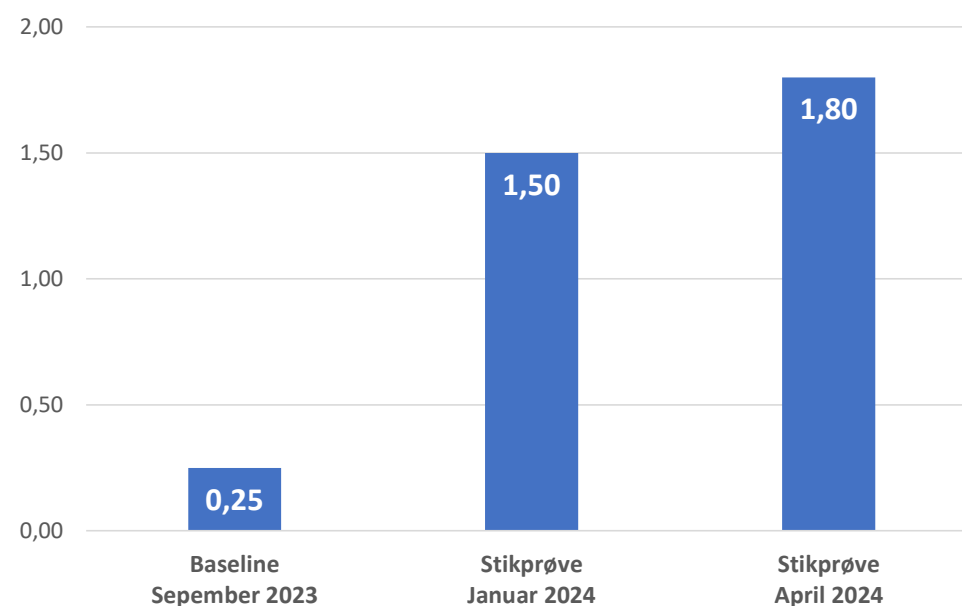
5

Opfølgning på indsatser



Brug af torvet til måltider

Patienter der spiser på Torvet
pr. dag



1

2

3

4

5

Refleksioner



Vi vil gerne,
men hvem gør det?



Keep it simple



Det tager tid

1

2

3

4

5

Tak for i dag



Kontakt os:

Udviklingsterapeut
Gry Søbye Sølvsten
Gry.Sobye@rsyd.dk

Udviklingsterapeut
Susanne Sillesen Skøtt
Susanne.Sillesen.Skott@rsyd.dk



Esbjerg Sygehus
Grindsted Sygehus
Syddansk Universitetshospital

Region Syddanmark