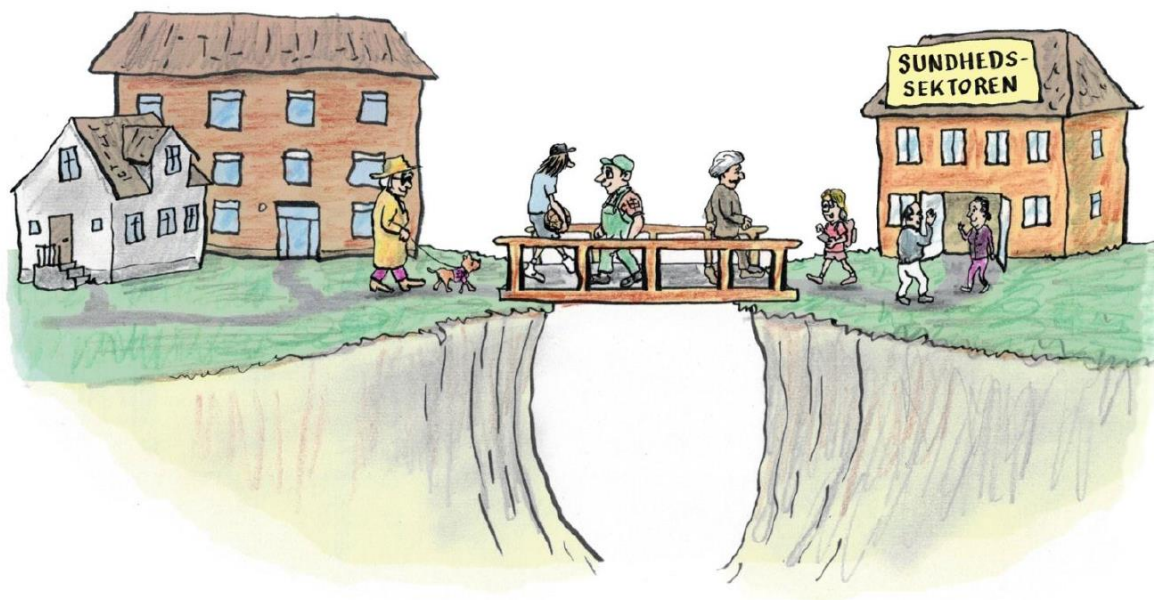




# Tværasektorielt samarbejde om en ernæringsindsats til ældre medicinske patienter, der udskrives med en genoptræningsplan.

## Afreportering - Pixi-udgave

Forskningsprojektet er støttet af Tværspuljen, Region Hovedstaden.



## Pixi-udgave

Af rapporteringen er omfangsrig og fylder 110 sider. Derfor er der på baggrund af den afsluttende rapport udarbejdet denne pixi-udgave.

### Styregruppen

**Carsten Hendriksen** (01.03.-31.08.15), forskningsleder, Tværsektorielt Forskningsenhed, Region Hovedstaden

**Julie Christina Grew** (01.09.15-13.05.16), seniorforsker, Tværsektorielt Forskningsenhed, Region Hovedstaden

**Ane Friis Bendix** (fra 14.05.16), forskningsleder, Tværsektorielt Forskningsenhed, Region Hovedstaden

**Peter Lyng Kjær**, ledende oversygeplejerske, Medicinsk afdeling, Bispebjerg-Frederiksberg Hospital

**Heidi Næsted Stuhau**, chef for hjemmesygepleje og den kommunale hjemmehjælp, Frederiksberg Kommune

**Lise Beich**, leder af ambulans genoptræning og rehabilitering, Frederiksberg Kommune

**Addie Just Frederiksen**, leder af forebyggelsesområdet, Frederiksberg Kommune

### Yderligere information

Yderligere information om forskningsprojektet kan fås via henvendelse til:

Birthe Stenbæk Hansen

Ernæringsfaglig konsulent

Mail: [biha05@frederiksberg.dk](mailto:biha05@frederiksberg.dk) Tlf: 2898 5419

### Film

I forbindelse med projektet blev der udarbejdet to film, som kan ses her:

[https://www.youtube.com/watch?v=Shakv\\_uOO0Y](https://www.youtube.com/watch?v=Shakv_uOO0Y),

<https://www.youtube.com/watch?v=Ldbfv1JJYaw&feature=youtu.be>.

### Tak

Tusind tak for stort engagement, opbakning og velvillighed fra alle de involverede medarbejdere på Frederiksberg Hospital og i Frederiksberg Kommune. Og stor tak til styregruppen.

## Resumé

Risikoen for tab af vægt hos ældre er særlig stor ved sygdom og hospitalsindlæggelser, og fortsætter i minimum tre måneder efter udskrivelsen. Ældre der udskrives til genoptræning er således i risiko for at komme eller er allerede i dårlig ernæringstilstand.

En begyndende afdækning i dette forskningsprojekt viste at

- kun 44 % af de medicinske/geriatiske patienter, der blev udskrevet med en GOP, påbegyndte genoptræningen. Den hyppigste årsag til at borgeren ikke startede genoptræningen var genindlæggelse
- kun 18 % gennemførte genoptræningen som planlagt

Et tværsektorielt ernæringsforløb for ældre der udskrives til ambulant genoptræning blev udviklet og afprøvet med det primære formål, at få flere i gang med genoptræningen. Forløbet tog udgangspunkt i de eksisterende arbejdsgange. Ernæringsindsatser i form af industrielt fremstillede energi- og proteinrige drikke til ældre patienter/borgere har vist en evident effekt i forhold til bevare/øge funktionsevnen og reducere risikoen for (gen)indlæggelser, samt at kunne udløse en samfundsøkonomisk gevinst. En goodie-bag med 10 ernæringsdrikke og en grøn ernæringsrecept blev udleveret ved udskrivelsen, og de ældre tog drikkene med hjem og drak dem. Det viste sig, at herudover havde

- 62 % af de udskrevne patienter behov for en individuel ernæringsindsats

Ikke alle disse blev tilbudt en individuel ernæringsindsats efter udskrivelsen, og som oftest gik der for lang tid før den blev iværksat. De borgere som fik en optimal ernæringsindsats kom i gang med genoptræningen, og understøtter at en optimal ernæringsindsats kan få flere i gang med genoptræningen. Resultaterne viste

- en stigning fra 44 % til 64 % i andelen, der påbegyndte genoptræningen, og
- en stigning fra 18 % til 24 % i andelen, der gennemførte genoptræningen

Andelen som ikke ønskede at træne var op til 43 % af de ældre, der ikke kom i gang med genoptræningen. En proaktiv indsats i forhold til den enkeltes behov og formåen er påkrævet for at få endnu flere i gang med genoptræningen.

## Styregruppens anbefalinger til implementering

Styregruppen anbefaler, at de to sektorer fremadrettet viderefører viden og erfaringer fra dette forskningsprojekt til gavn for de fremtidige ældre borgere.

Følgende konkrete tiltag anbefales implementeret til medicinske/geriatiske patienter +70 år, der udskrives med en GOP:

- Udlevering af otte ernæringsdrikke og information om risikoen ved uplanlagt vægttab ved udskrivelse
- Oplægning af ernæringsordination i EPM mhp. overførsel til FMK
- Udarbejdelse af samarbejdsaftale vedr. anvendelse af MedCom 1.0.3. specifikt det sygeplejefaglige problemområde ernæring - nedsættelse af tværsektoriel arbejdsgruppe
- Udarbejdelse af arbejdsgangsbeskrivelse for den sygeplejefaglige ernæringsindsats efter udskrivelse. Hjemmesygeplejen påtager sig ansvar for at udføre en sygeplejefaglig udredning samt EVS indenfor fem hverdage efter udskrivelsen, og koordinerer den tværfaglige ernæringsindsats
- Patienter med behov for en individuel ernæringsindsats, og som udskrives uden hjemmesygepleje, henvises af den centrale Visitation til de kliniske diætister i FSC. Arbejdsgang herfor udarbejdes
- Patienter, som er henvist til diætvejledning hos klinisk diætist under indlæggelse pga. uplanlagt vægttab, henvises via REF01 til opfølgning hos de kliniske diætister i FSC. Arbejdsgang herfor udarbejdes
- Den ambulante genoptræning og rehabilitering iværksætter fornyet tværfagligt fokus på borgere, der ikke umiddelbart ønsker træning, og indtænker ernæring som del af genoptræning og rehabilitering

## Baggrund

Hos ældre mennesker hænger vægttab og tab af fysisk funktionsevne tæt sammen, og begge dele øger risikoen for udvikling af skrøbelighed. Risikoen for tab af vægt og fysisk funktionsevne, og dermed udvikling af skrøbelighed, er særlig stor ved sygdom og hospitalsindlæggelser. Det bekræftes af data fra Database for Geriatri om ændringer i vægt, muskelstyrke og fysisk funktionsevne under indlæggelsen. Endvidere har to nyligt gennemførte danske studier blandt ældre patienter i dårlig ernæringstilstand vist, at vægttabet fortsætter i mindst tre måneder efter udskrivelsen. Vægttab og tab af fysisk funktionsevne har negativ betydning for effekten af den iværksatte behandling og den efterfølgende rehabilitering.

Som en konsekvens af tabet af fysisk funktionsevne udskrives 30-50 % af ældre patienter med en almen genoptræningsplan (GOP) efter Sundhedslovens § 140. Kun ganske få udskrives med en op-ernæringsplan (OP). Hos ældre undervægtige kirurgiske patienter kan genoptræning uden fokus på op-ernæring dog udløse et accelereret vægttab og tab af muskelmasse. Formodentlig er det samme tilfældet hos ældre medicinske patienter, og det kan således betyde, at effekten af genoptræningen reduceres, hvilket dog tilsyneladende aldrig er blevet undersøgt. Antagelsen om, at ældre ikke profiterer af træningen, når de er i energiunderskud, bekræftes i et andet studie.

Sammenhængen mellem tab af vægt og fysisk funktionsevne bekræftes af ovennævnte studie fra Herlev Hospital, hvor 45 (65 %) af de ældre medicinske patienter i ernæringsmæssig risiko blev udskrevet med en GOP. På trods af, at der var tale om patienter i dårlig ernæringstilstand, var det kun godt 10 % af de ældre, der blev udskrevet med en GOP, som samtidig også blev udskrevet med en OP. I en audit fra sommeren 2013 fra Frederiksberg og Bispebjerg Hospital sås det endvidere, at ingen plejeforløbsplaner indeholdt en ernæringsplan. Og i en stor dansk spørgeskemaundersøgelse fra 2012 med 925 deltagere havde kun 18 % anført, at oplysninger om ernæringstilstanden indgik som en standard ved udskrivelsen.

Det er således kun hos ganske få af de ældre, der møder op til genoptræning, at der er fokus på samtidig at gøre noget ved den dårlige ernæringstilstand. Konkret har en stikprøve fra Frederiksberg Sundhedscenter (FSC) vist, at der hos 1 (5 %) af borgerne, der starter på genoptræning, er oplysninger om ernæringstilstanden, og 0 (nul), hvor der er iværksat en systematisk OP. Det er ikke uventet, idet OP - modsat GOP - ikke indgår som en del af Sundhedsloven og i den nye Sundhedsaftale for Region Hovedstaden <sup>1</sup>. Der mangler desuden standardiserede felter til ernæringsstatus og ernæringsindsats i MedComs kommunestandarder vedr. indlæggelse, plejeforløb, udskrivelse og genoptræning <sup>2</sup>.

Da den dårlige ernæringstilstand kan have negativ indflydelse på effekten af rehabiliteringen, er der således behov for at undersøge, om det er muligt at optimere det tværsektorielle samarbejde og kommunikationen mellem hospital og kommuner mht. GOP og OP. Frederiksberg Hospital (FH) og Bispebjerg Hospital har tidligere, for ca. 10 år siden, været involveret i samarbejdsprojekter med henblik på at forbedre ernæringsindsatsen generelt for ældre patienter ved overgangen mellem sektorerne. Baseret herpå blev det bl.a. anbefalet, at epikriser fra hospitaler tydeligt beskriver status for ernæringstilstanden ved udskrivelsen. Auditten fra de to hospitaler gennemført i 2013 viser, at denne anbefaling fortsat ikke er implementeret.

Kommunernes Landsforening (KL) har anbefalet, at kommuner og regioner tager udgangspunkt i sundhedsaftalerne som afsæt for fælles forskningsaktiviteter og inddrager relevante forskningsmiljøer i dette samarbejde. KL påpeger bl.a. behovet for yderligere viden om genoptræningsområdet, hvilket understøttes af en rundspørge foretaget af KL blandt

<sup>1</sup> [https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2015/~media/5B2E304CE7FF401E9E2A1445FB84F60A.ashx](https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2015/~/media/5B2E304CE7FF401E9E2A1445FB84F60A.ashx).

<sup>2</sup> <http://medcom.dk/dwn7115>

kommunerne, hvor 58 % har peget på behov for mere forskning inden for genoptræning.

En systematisk gennemgang af interventionsstudier vedr. rehabilitering – herunder genoptræning af ældre efter hospitalsindlæggelser – har vist en svag positiv effekt på hhv. behovet for at flytte i plejebolig og på risikoen for genindlæggelser. Der er for få studier, der har vurderet livskvaliteten til, at det er muligt at konkludere noget om en effekt, og det har ikke været muligt at påvise en effekt på fysisk funktionsevne og overlevelse. En nærliggende forklaring på den relativt lille effekt kan være, at der i ingen af studierne har været iværksat en systematisk OP. Det er således relevant at undersøge, om det tværsektorielle samarbejde og kommunikation mht. GOP kan optimeres.

Hypoteserne for forskningsprojektet:

- 1) At samarbejde og information om ernæring i de tværsektorielle borgerforløb er mangelfulde og processen er ustabil.
- 2) At det er muligt at optimere det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde og kommunikationen mellem hospital og kommuner mht. GOP og OP, og at begge dele vil være til gavn for borgeren/patienten.
- 3) At effekten af genoptræningen øges ved en samtidig ernæringsindsats.

## **Formål**

Formålet med projektet var at udvikle, afprøve, evaluere og justere en model for tværsektorielt og tværfagligt samarbejde om ernæringsindsats til ældre medicinske patienter, der udskrives med en GOP fra FH til FSC.

***Projektet var delt op i fire faser:***

Fase 1. Planlægnings- og analysefase. Målet var at kortlægge den nuværende tværsektorielle og tværfaglige kommunikation vedrørende en ernæringsindsats til ældre medicinske patienter, der udskrives med en GOP.

Fase 2. Udviklingsfase. Målet var at udvikle en model for tværsektorielt og tværfagligt samarbejde om en ernæringsindsats til ældre medicinske patienter, der udskrives med en GOP med baggrund i erfaringerne indhentet i fase 1, og med baggrund i den eksisterende litteratur og erfaringer fra tidligere danske studier.

Fase 3. Afprøvningsfase – et feasibility studie. Målet var at afprøve og evaluere modellen udviklet i fase 2 i et feasibility studie med en historisk kontrolgruppe.

Fase 4. Justering af den nye model. Målet var at justere den nye model, som blev afprøvet i pilotstudiet.

## Resultater og konklusion

Målet med fase 1 var, at kortlægge den nuværende tværsektorielle og tværfaglige kommunikation vedrørende en ernæringsindsats til ældre medicinske patienter, der udskrives med en GOP. En journalaudit på 57 borgere udskrevet med en GOP fra FH til FK i sidste halvdel af 2014 viste, at kun 25(44 %) af de ældre, der udskrives med en GOP, reelt påbegynder den planlagte ambulante genoptræning og kun 10(18 %) gennemfører som planlagt. Den hyppigste årsag til, at borgeren ikke startede genoptræning var, at borgeren blev genindlagt, hvilket var tilfældet for 14(44 %) af de 32, der ikke kom i gang, hvilket understøtter relevansen af at få iværksat en mere systematisk ernæringsindsats ved overgangen mellem de to sektorer.

Forløbsnære og tværsektorielle audits med deltagelse af repræsentanter fra de involverede faggrupper blev gennemført. Formålet med de forløbsnære audits var, at identificere ernæringsmæssige problemstillinger og afdække årsager og sammenhænge, samt at få de involverede fagpersoners eget syn på arbejdsgange og handleansvar i konkrete caseforløb. Resultaterne viser, at det er sjældent, at de indsamlede informationer om ernæring omsættes til konkrete handlinger i form af en ernæringsindsats. Der er behov for en mere tydelig kommunikation og fastlæggelse af ansvarsfordeling for, hvem der gør hvad og hvornår i forhold til en ernæringsindsats.

### Udvalgte guldorn:

Fysioterapeut fra FSC: *"Giver det mening at træne, hvis borger taber i vægt?"*

Fysioterapeut fra FSC: *"Nogle gange er vi nødt til at sige til borgeren, at de ikke må starte med at træne før der er styr på ernæringen, og det er enormt frustrerende."*

Sygeplejerske fra FH: *"Fortæl os, hvad vi skal gøre, så gør vi det!"*

Sygeplejerske fra FH: *"Stort set alle de patienter, der bliver indlagt i en geriatrisk afdeling, har en ernæringsproblematik."*

Formålet med de tværsektorielle audit var, at afdække hvilke muligheder de enkelte fagfolk havde for at handle ift. identificerede problemstillinger med udgangspunkt i to casebaserede tværsektorielle forløb. Samt at finde frem til den gode praksis for ernæringsindsatserne på tværs af sektorerne, som skulle afprøves i fase 3.

### Udvalgte guldorn:

Fysioterapeut fra FSC: *"Drømmescenariet er, at ernæring er beskrevet i GOP."*

Sygeplejerske FH: *"Ernæring er en sygeplejefaglig opgave!"*

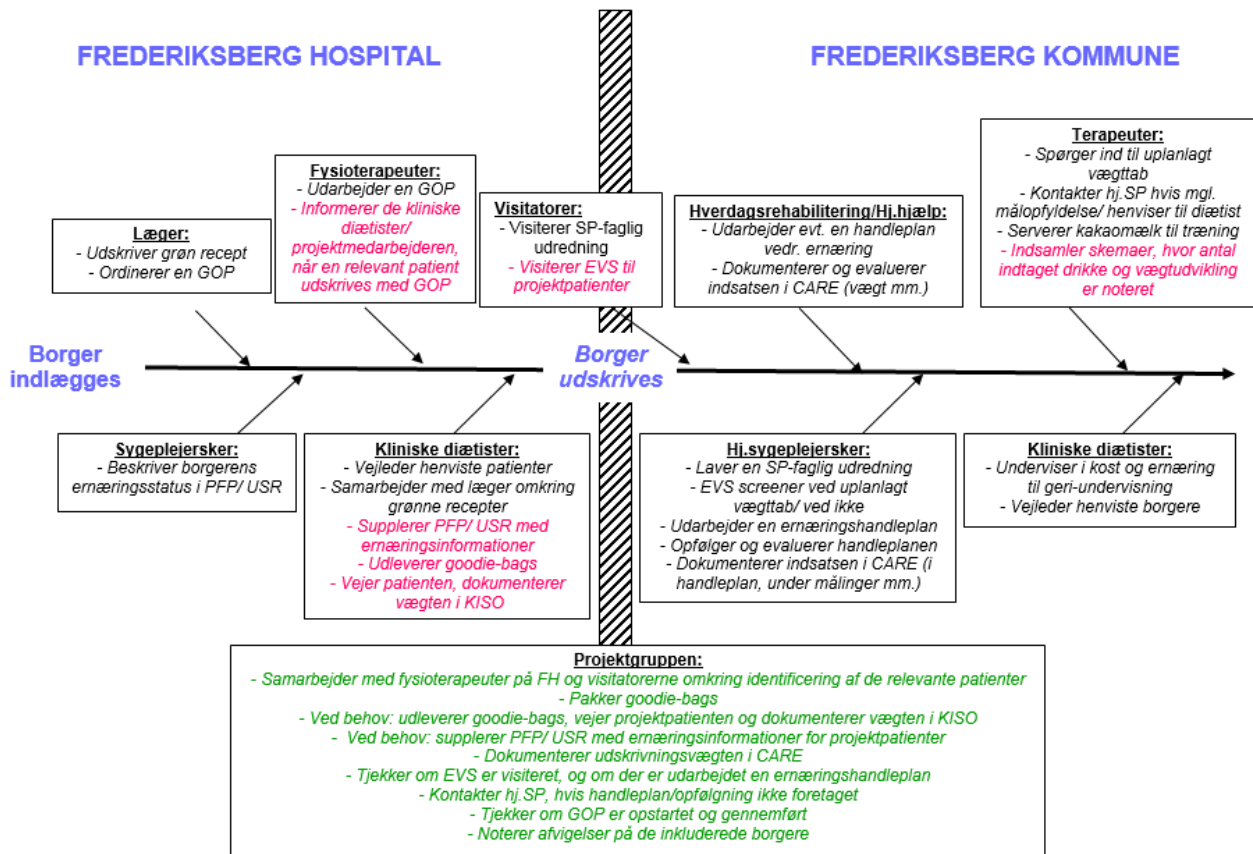
Samordningskonsulent: *"Det handler om at fokusere på kvaliteten. Vi kan tage ernæring op som særlig indsatsområde i kommunikationen."*

Målet med fase 2 var at udvikle en model for tværsektorielt og tværfagligt samarbejde om en ernæringsindsats til ældre medicinske patienter, der udskrives med en GOP, dels med baggrund i den eksisterende litteratur og erfaringer fra tidligere danske studier, dels på baggrund af erfaringerne indhentet i fase 1. Modellen blev baseret på eksisterende indsatser på hhv. FH og i FK, med henblik på at øge chancerne for implementering efterfølgende. De ekstra opgaver havde primært som formål, at påbegynde ernæringsindsatsen så hurtigt som muligt efter udskrivelsen. Ideen hermed var at udnytte ventetiden på typisk ca. 1 mdr. fra

udskrivelse fra FH til startvurdering i FSC og på den måde være med til at sikre, at flere blev i stand til at starte genoptræningen.

Der er evidens for effekten af ernæringsindsatser til ældre borgere/patienter/borgere, i form af industrielt fremstillede energi- og proteinrige drikke, er effektiv til at bevare/øge funktionsevnen og reducere risikoen for (gen)indlæggelser. Generelt er der god compliance til indtagelsen af industrielt fremstillede energi- og proteinrige drikke, særligt drikke med høj energitæthed.

Figuren nedenfor illustrer den udviklede model til afprøvning i fase 2.



**Figur 1. Model for et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde om en ernæringsindsats til borgere + 70 år, der udskrives med en genoptræningsplan fra Frederiksberg Hospital til Frederiksberg Kommune.** Teksten med *sort kursiv* er habituelle arbejdsgange. Teksten med *rød kursiv* indikerer ekstra opgaver, som er iværksat i forbindelse med fase 3. Teksten med *grøn kursiv* er projektgruppens opgaver for at understøtte de nye opgaver. CARE, Frederiksberg Kommunes omsorgssystem; EVS, ernæringsvurderingsskema; GOP, genoptræningsplan; KISO, patientjournal på Frederiksberg Hospital; PFP, plejeforløbsplan; SP, sygepleje; USR, udskrivningsrapport.

Goodie-bagen indeholdt følgende:

- 1) Ti sponsorerede ernæringsdrikke fra hhv. Nestlé (Resource 2,5 Compact), Nutricia (Nurtridrink Compact) og Fresenius Kabi (Fresubin 2 kcal, mini) med et gennemsnitligt indhold af protein på 12,3 g/enhed og energi på 1,2 MJ/enhed. Posen indeholdt 2-4 af hver slags, og som minimum 7 forskellige smagsvarianter.



- 2) En grøn ernæringsrecept med de tre ovenstående præparater til udlevering efter behov, som efterfølgende kunne indløses (når Hjemmesygeplejen havde identificeret behov og præference)
- 3) Et dagskostforslag<sup>3</sup>
- 4) En pjece "Når du skal tage på"<sup>4</sup>
- 5) En flyer med information om betydningen af drikkene, samt en anbefaling om at indtage 1-2 dagligt

Den udviklede model blev afprøvet i fase 3, og var udviklet med det primære formål at starte ernæringsindsatsen så hurtigt som muligt efter udskrivelsen, og på den måde forhåbentlig være med til at sikre, at flere blev i stand til at starte genoptræningen. Resultaterne blev sammenholdt med resultaterne fra den historiske kontrolgruppe, der indgik i fase 1.

Resultaterne viser at 37 (64 %) af de 58, der blev udskrevet med en GOP, blev startvurderet af en terapeut fra FSC. Heraf gennemførte 14 (24 %) af 58 træningen som planlagt. Den gennemsnitlige tid fra udskrivelse til startvurdering på dem, som gennemførte genoptræningen, var ca. 26 dage. Den hyppigste årsag til, at borgeren ikke startede genoptræningen var, at borgeren ikke ønskede genoptræning, hvilket gjaldt for 9 (43 %) af de 21.

Resultaterne viser, at patienterne på FH generelt var meget positive overfor "tilbuddet" om den nye model, dvs. takkede "ja" til at få goodie-bag med hjem. Og resultaterne viser også, at en høj andel (7,6 af 10) af de udleverede ernæringsdrikke blev drukket i de første 10 dage efter udskrivelsen. Det viser, at det er noget, borgerne gerne vil have. Derudover ville næsten halvdelen bestille flere eller havde allerede gjort det 10 dage efter udskrivelse. Desværre er der ikke oplysninger om vægtudviklingen, men den gode compliance til ernæringsdrikke er også fundet i andre studier, og her er der set en positiv effekt på ernæringstilstanden.

Af de 37 borgere, som startede genoptræning, var godt halvdelen vejet enten før eller ifm. startvurdering, og ca. 2/3 var blevet spurgt om, hvorvidt de havde haft uplanlagt vægttab. Indtagelse af ernæringsdrikke var noteret i CARE for 15 (41 %) af dem, som påbegyndte genoptræningen.

De nye arbejdsgange og – opgaver, som hvorvidt EVS blev visiteret og udført korrekt eller genoptræningen blev opstartet, blev løbende monitoreret via CARE. Resultater mht. behov for individuel ernæringsindsats efter udskrivelse samt andelen af dem, som modtog en optimal ernæringsindsats, blev vurderet. På FH blev identificeret og beskrevet behov for opfølgende individuel ernæringsindsats blandt 36 (62 %) af de 58 borgere, men langt fra alle blev tilbudt en ernæringsindsats, og som oftest gik der for lang tid før den blev iværksat.

For 34 (94 %) af dem, skulle indsatsen varetages af Hjemmesygeplejen. Behov for sygeplejefaglig ernæringsindsats var beskrevet i PFP eller USR for 34 borgere, hvoraf halvdelen (17) fik indsatsen visiteret. En ernæringsindsats blev modtaget af 20, hvoraf indsatsen for 6 borgeres vedkommende var optimal, og for 11 borgerens vedkommende suboptimal. En suboptimal indsats var typisk karakteriseret ved, at borgeren fik en ukorrekt score i EVS og dermed manglende indsats, blev afsluttet før tid (kun en opfølgning efter EVS) eller at ernæringsproblematikken blev beskrevet i CARE uden yderligere handling. Ti borgere modtog ingen indsats, heraf klarede 5 (50 %) ernæringsproblematikken selv vha. goodie-bagen. Ernæringsindsatsen var ikke relevant eller muligt at udføre blandt 7 (21 %) af de 34, som havde behov for en sygeplejefaglig indsats. Årsagerne heraf var bl.a. at borgeren

---

3

[http://www.diaetistforum.dk/Materialer\\_og\\_links/Download\\_af\\_powerpoint\\_og\\_pdf\\_filer.aspx#%C3%A6I dre](http://www.diaetistforum.dk/Materialer_og_links/Download_af_powerpoint_og_pdf_filer.aspx#%C3%A6I dre)

<sup>4</sup> <http://socialstyrelsen.dk/udgivelser/nar-du-skal-tage-pa>

blev genindlagt og derefter udskrevet til en døgnplads, borgeren ikke ønskede en indsats eller var terminal.

Monitorering af ernæringsindsatsen i CARE viste, at samtlige borgere, som modtog en optimal ernæringsindsats eller klarede ernæringsproblematikken selv, blev startvurderet. Hhv. 55 % og 60 % af dem, som fik en suboptimal indsats eller ingen individuel ernæringsindsats, blev startvurderet. Dette understøtter, at en optimal ernæringsindsats kan få flere i gang.

Andelen af dem, som aldrig blev startvurderet, fordi borger ikke ønskede at træne, var hhv. 43 % og 31 %. Dette kunne tyde på, at der kunne opnås en gevinst ved en mere proaktiv indsats i forhold til at få den enkelte i gang med at træne, ved i endnu højere grad, at tage udgangspunkt i den enkeltes formåen.

Resultaterne viser en stigning i andelen, der blev startvurderet (64 % vs. 44 %), og i andelen der gennemførte genoptræningen. Overordnet viser resultater fra dette forskningsprojekt, at en tværsektoriel ernæringsindsats til ældre medicinske/geriatiske patienter bør være baseret på et tværsektorielt samarbejde i både planlægningen, gennemførelsen og opfølgningen. Dette betyder at mange aktører involveres, og derfor er det afgørende at samarbejdsaftaler med ansvarsfordeling og opgavefordeling i sektorerne er bestemt. Samtidig viste fase 3, at der var en række indsatser i modellen, der havde behov for at blive justeret, for at sikre, at flest mulige af de borgere, der har behov, får en optimal ernæringsindsats.

Målet med fase 4 var at justere den afprøvede model for et tværsektorielt og tværfagligt samarbejde om en ernæringsindsats til ældre medicinske patienter, der udskrives med en GOP, således at modellen er klar til implementering. Modellen tager udgangspunkt i eksisterende arbejdsgange og har til formål, at flere borgere påbegynder og gennemfører genoptræningsforløbet, og dermed forbedrer funktionsevnen og evt. nedsætter risikoen for (gen)indlæggelser, og udmunder konkret i anbefalinger til implementering.

## Perspektivering

Herre i eget liv, selvhjulpen etc. er ønsker for borgerne, som derfor i stigende omfang udskrives med en genoptræningsplan, som helst skal påbegyndes så hurtig som muligt efter udskrivelsen. Paradoksalt var det højest 25 % som gennemførte genoptræningen, og ca. 40 % af dem, som aldrig kom i gang, blev genindlagt. Derudover ønskede op i mod 18 % af borgerne ikke genoptræning, når tilbuddet blev givet af FSC. Mange af dem var muligvis ikke klar til at starte genoptræningen umiddelbart efter udskrivelsen, måske som følge af, at de var depleterede efter hospitalsopholdet. I det netop gennemførte projekt med samtidig fokus på ernæring, lykkedes det at få flere borgere til at påbegynde genoptræningen, men desværre så det også ud til, at mange ikke gennemførte træningen bl.a. som følge af genindlæggelse. En forklaring kan være, at de endnu ikke var kommet i ernæringsmæssig balance.

God livskvalitet er et andet ønske for borgerne og netop god ernæringstilstand har stor betydning for oplevelsen af livskvalitet, bevarelsen af et godt helbred og evnen til at udføre dagligdags aktiviteter. Ældre i dårlig ernæringstilstand oplever nedsat livskvalitet og trivsel (fysisk, mentalt og socialt), øget behov for hjælp til almindelige daglige aktiviteter, øget sygelighed og øget dødelighed.

Det gennemførte projekt omhandler den ambulante genoptræning, men de anbefalede implementeringstiltag kan med fordel overføres til patienter, der udskrives til døgnrehabilitering. Her er det ofte endnu skrøbeligere borgere, som umiddelbart efter indlæggelsen skal påbegynde genoptræningen, og hvor den korrekte ernæringsindsats er meget afgørende. Endvidere kunne det med fordel også overføres til de ortopædkirurgiske ældre patienter.

Projektet har haft fokus på den tværsektorielle ernæringsindsats, men har overvejende analyseret udskrivningsprocessen. Forventeligt vil den målrettede kommunikation og den øgede kvalitet i den kommunale sygeplejefaglige ernæringsindsats have afsmittende effekt på kvaliteten af de informationer vedr. den enkelte borgers ernæringsproblematik som videregives i ILR i forbindelse med en indlæggelse. Endvidere vil udvidelsen med de sygeplejefaglige problemområder i den nye udgave af MedCom standarderne bidrage til en mere målrettet og tydelig kommunikation mellem sektorerne.

Borgerinddragelse er endnu et punkt på den politiske dagsorden. Borgerne og deres pårørende skal inddrages. Derfor skal borgerne involveres og informeres om vigtigheden af genoptræning, det u hensigtsmæssige i at tabe sig under sygdom og genoptræning, om at have energi til at starte og fuldføre genoptræningen – om koblingen mellem mad og træning. Implementering af projektet vil bidrage til mere sammenhængende patientforløb.

Den tredje part i det tværsektorielle arbejde er den praktiserende læge, som også har et ansvar for patientens/borgerens ernæringstilstand, og kan med fordel inddrages i arbejdet med at optimere borgerens ernæringstilstand, evaluere effekten af de igangsatte tiltag og fx følge op på ordinationen af ernæringsdrikke, og på den måde bakke op om genoptræningen. Udover FMK modtager den praktiserende læge en epikrise, hvor patientens ernæringstilstand, iværksatte planer samt behov for evaluering, påpeges.

Frem til januar 2015 har FK tilbudt rehabilitering ud fra Servicelovens §83 i (personlig og praktisk hjælp samt madservice) eller §86 (træning). 1. januar 2015 blev §83a om rehabiliteringsforløb og hjemmehjælp til borgere med nedsat funktionsevne indført. Tilrettelæggelsen af rehabiliteringsforløbet skal være helhedsorienteret og tværfagligt, og der skal sættes mål for det enkelte rehabiliteringsforløb med udgangspunkt i ressourcer og behov, og målene skal fastsættes i samarbejde med borgeren. Herved lægges der op til, at ernæring og mad sættes på den rehabiliterende dagsorden, og implementering af projektets anbefalinger vil være med til at understøtte den rehabiliterende dagsorden.