

Umgang mit Mangelernährung im Akutspital

Eine Datenanalyse im Auftrag eines Regionalspitals

Sarah Esther Egger & Margaritha Charlotte Schlunegger, Studiengang Pflege (Bsc), PFL VZ12

Ausgangslage

- 25% der Personen weisen bei Spitaleintritt eine Mangelernährung auf¹
- Vielschichtige Folgen (erhöhte Komplikationsrate, längere Spitalaufenthaltsdauer, schlechtere Lebensqualität)^{2,3}
- Mehrkosten von 526 Millionen Schweizer Franken pro Jahr⁴

Ziel:
Im Auftrag des Regionalspitals wurde der IST-Zustand systematisch analysiert

Fragestellung:
In wie weit wird die Mangelernährung diagnostiziert, lassen sich bei der diagnostizierten Mangelernährung Massnahmen identifizieren und findet eine Veränderung der Ausprägung der Risikofaktoren während des Spitalaufenthalts statt?

Grundlage

Malnutrition ist ein Ernährungszustand, bei dem ein Mangel oder ein Ungleichgewicht von Energie, Protein oder anderen Nährstoffen mit messbaren Nebenwirkungen auf Form und Funktion von Körper und Gewebe besteht. Der klinische Verlauf wird dadurch negativ beeinflusst⁵.

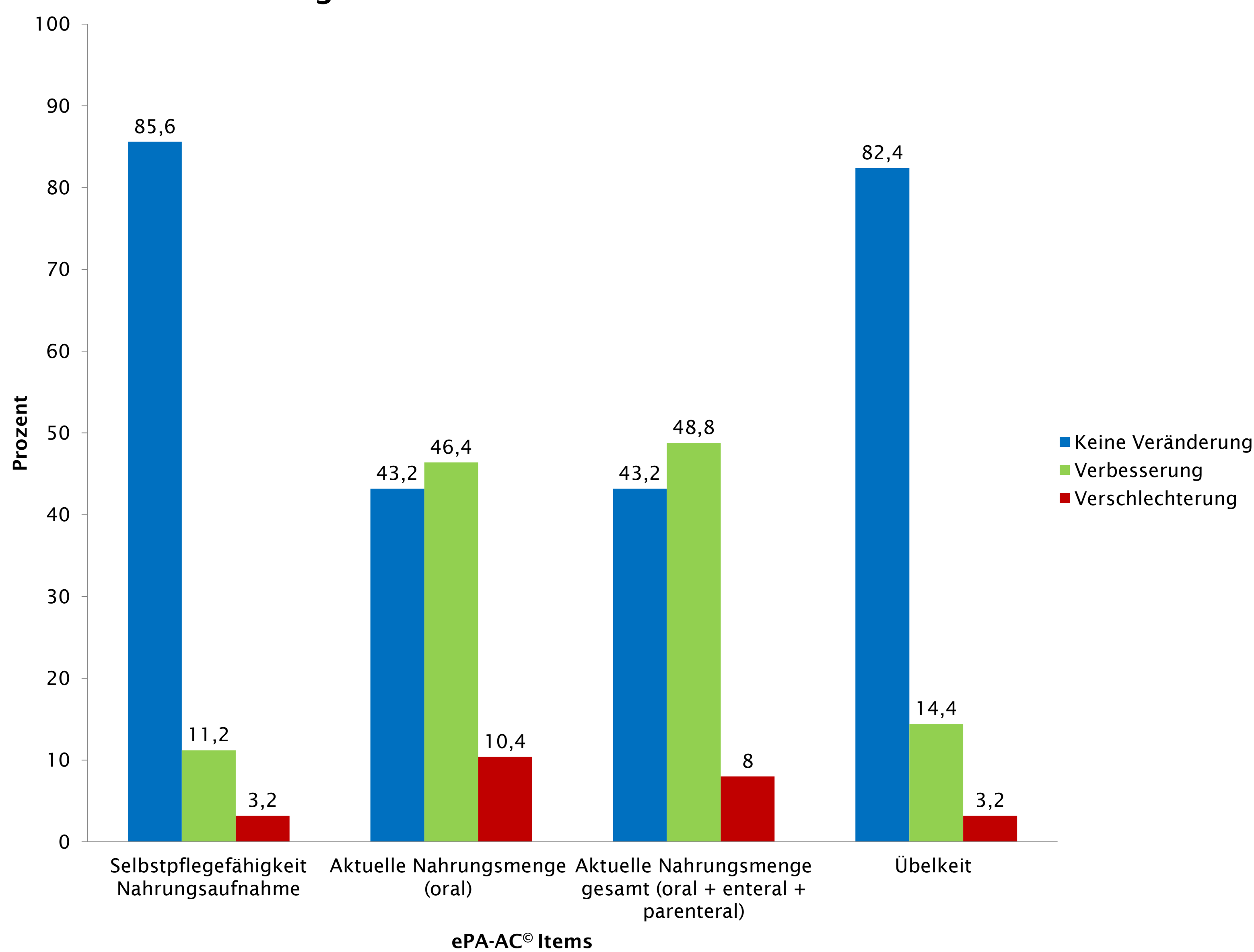
Methode

Studiendesign	Setting & Stichprobe	Berechnung
<ul style="list-style-type: none"> Querschnittstudie ➢ Datenanalyse Zeit: März 2014 bis Januar 2015 	<ul style="list-style-type: none"> Medizinische Klinik ca. 250 Betten 199 Patientenfälle ➢ 125 verwendet 	<ul style="list-style-type: none"> Häufigkeiten Differenzbildung

Ergebnisse

Stichprobe	<ul style="list-style-type: none"> Durchschnittsalter: 72.28 Jahre Spitalaufenthaltsdauer Ø: 14.26 Tage 53.6 % männlich, 46.4% weiblich Häufigste HD: 23.2% Tumorerkrankungen, 20.8% Lungenerkrankungen
Diagnosestellung	<ul style="list-style-type: none"> Bei 96.8% Diagnose gestellt
Ziel-ePA-AC® (Items)	<ul style="list-style-type: none"> Ziel erreicht: Selbstpflegefähigkeit 87.6%, Schluckstörung 95.2%, Übelkeit 89.6%, Nahrungsaufnahme oral 44%, Nahrungsaufnahme gesamt 48,8%
LEP Nursing 3® Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> Häufig: Nahrungsaufnahme überwachen 68%, Mobilisieren 40% Mittel: Übelkeit überwachen 25.6%, Mundpflege 24%, Zahnprothesenpflege 8.8% Selten: Essen/Trinken begleiten 6.4%, ZMZ 6.4%, Nahrung verabreichen 3.2%, Aromapflege 1.6%
Individuelle Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> Ernährungsberatung eingeschaltet 89.6% Individuelles Pflegeziel formuliert 40% Ernährungsdrink notiert 2.4%

Veränderung des ePA-AC® zwischen Ein- & Austritt



Diskussion

- Durchschnittsalter bestätigt, dass ältere Menschen vermehrt an Mangelernährung leiden⁶.
- Klinikinformationssysteme erleichtern das Erfassen und Dokumentieren der Diagnose für die Ärzteschaft⁷.
- Die meisten Items-Zustände haben sich nicht verändert. Bei der Verbesserung von Ernährungszuständen ist das Wissen und die Qualifikation sowie die ausreichende Verfügbarkeit von Pflegefachpersonen entscheidend⁸.
- Für eine adäquate Zieleinschätzung ist ein differenziertes Anamnesegespräch über das Essverhalten nötig⁸. Individuelle Ziele wurden selten geplant, da Mangelernährung eine Nebendiagnose darstellt⁷.
- Zwischenmahlzeiten wurden selten eingeplant, werden jedoch in Literatur zur adäquaten Behandlung öfters empfohlen⁸.
- Ergänzungsdrinks wurden nicht dokumentiert, somit ist keine Kontrolle möglich und die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist erschwert.

Message for the hospital

- Schulung & Sensibilisierung des Personals
- Einheitliche Dokumentation
- Entwicklung eines Qualitätsstandards



Bild: http://www.snf.ch/de/foerderung/projekte/interdisziplinaere_projekte/Seiten/default.aspx

Literatur:

- ¹ Bundesamt für Gesundheit. (2012). *Sechster Schweizerischer Ernährungsbericht*. Abgerufen von http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/13259/13359/13433/.
- ² Loser, C. (2014). Ursachen und Klinik der Mangelernährung. *Therapeutische Umschau*, 71 (3), 135-139. doi: 10.1024/0040-5930/a000494.
- ³ Keller U., Lüthy J., Meier R., Rosé B., & Sterchi A.-B. (2005). Mangelernährung im Spital. *Schweizerische Ärztezeitung* 87 (19), 826-831 Abgerufen von <http://www.saez.ch/docs/saez/archiv/de/2006/2006-19/2006-19-206.pdf>.
- ⁴ Frei A. (2006). *Mangelernährung im Spital - medizinische Kosten und Kosteneffektivität bei Verhinderung*. Abgerufen von <http://www.blv.admin.ch/themen/04679/05065/05092/index.html?lang=de>.
- ⁵ Rösl, A., Imoberdorf, R., Rühlin, M., & Tandjung, R. (2013). Mangelernährung. *Praxis CME Online-Fortbildung*, 102 (11), 627-638. doi: 10.1024/1661-8157/a001330.
- ⁶ Imoberdorf, R., Meier, R., Krebs, P., Hangartner P. J., Hess, B., Staubli, P., Wegmann, D., Rühlin, M., & Ballmer, P. E. (2009). Prevalence of undernutrition on admission to Swiss hospitals. *Clinical Nutrition*, 29 (1), 38-41. doi:10.1016/j.clnu.2009.06.005.
- ⁷ Vonzun, N., Sterchi, A. B., Imoberdorf, R., & Rühlin, M. (2014). Mangelernährung und DRG - Die Schweizer Lösung. *Aktuelle Ernährungsmedizin*, 39, 392-396. doi: 10.1055/s-0034-1387435.
- ⁸ Schiemann, D., & Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. (2010). *Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege: Entwicklung - Konsentierung - Implementierung*. Osnabrück: Fachhochschule Osnabrück.