

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

Antaget: 25. juni 2004
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur:

1. Prescott E, Bjerg AM, Andersen PK et al. Gender difference in smoking effects on lung function and risk of hospitalization for COPD: results from a Danish longitudinal population study. *Eur Respir J* 1997;10:822-7.
2. Juel K, Døssing M. KOL i Danmark. Sygdommen der hver dag koster 10 danskere livet. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2003.
3. Lange P, Hansen JG, Iversen M et al. Diagnostik og behandling af kronisk obstruktiv lungesygdom: oversigt og vejledende retningslinier. *Ugeskr Læger* 1998;160 (suppl 1).
4. Groenewegen KH, Schols AM, Wouters EF. Mortality and mortality-related factors after hospitalization for acute exacerbation of COPD. *Chest* 2003;124:459-67.
5. Christensen SB, Gjørup T. Indlæggelsesmønsteret på en almen intern medicinsk afdeling. *Ugeskr Læger* 1998;160:2396-400.
6. Ringbæk TJ, Eriksen N, Vestbo J. Assisteret hjemmebehandling af eksacerbation i kronisk obstruktiv lungesygdom. *Ugeskr Læger* 2003;165:2091-5.
7. Ringbæk TJ, Viskum K, Lange P. Non-continuous home oxygen therapy: utilization, symptomatic effect and prognosis, data from a national register on home oxygen therapy. *Respir Med* 2001;95:980-5.
8. Lacasse Y, Brosseau L, Milne S et al. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease (Cochrane review). I: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2002. Oxford: Update Software.
9. Lacasse Y, Wong E, Guyatt GH et al. Meta-analysis of respiratory rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet* 1996;348:115-9.
10. Salman GF, Mosier MC, Beasley BW et al. Rehabilitation for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Gen Intern Med* 2003;18:213-21.
11. Griffiths TL, Bur ML, Campbell IA et al. Results at 1 year of outpatient multidisciplinary pulmonary rehabilitation: a randomised controlled trial. *Lancet* 2000;355:362-8.
12. Bendstrup KE, Ingemann Jensen J, Holm S et al. Out-patient rehabilitation improves activities of daily living, quality of life and exercise tolerance in chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J* 1997;10:2801-6.
13. Smith B, Appleton S, Adams R, Southcott A et al. Home care outreach nursing for chronic obstructive pulmonary disease (Cochrane Review). I: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2003. Oxford: Update Software.
14. Cotton MM, Buchnall CE, Dagg KD et al. Early discharge for patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: a randomised controlled trial. *Thorax* 2000;55:902-6.
15. Ferrero E, Escarabill J, Prats E et al. Impact of a hospital-based homecare program on the management of COPD patients receiving longterm oxygen therapy. *Chest* 2001;119:364-9.
16. Skwarska E, Cohen G, Skwarski KM et al. Randomised controlled trial of supported discharge in patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 2000;55:907-12.
17. Bourbeau J, Julien M, Maltais F et al. Reduction of Hospital Utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med* 2003;163:585-91.
18. Gravil JH, Al-Rawas, Cotton MM et al. Home treatment of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease by an acute respiratory assessment service. *Lancet* 1998;351:1853-5.
19. Jacobsen ET, Vinther K, Rasmussen FV et al. Sygehusbaseret forebyggelse af KOL-patienter under indlæggelse og i hjemmet. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen, 2002.
20. Hermiz O, Comino E, Marks G et al. Randomised controlled trial of home care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *BMJ* 2002;325:938.

Undervægt og utilsigtet vægttab hos ældre på plejecentre og i hjemmepleje – problemer, der bør gøres noget ved

Seniorforsker Anne Marie Beck,
seniorforsker Agnes Nadelmann Pedersen &
professor Marianne Schroll

Danmarks Fødevarerforskning, Afdeling for Ernæring, Søborg og
H:S Bispebjerg Hospital, Geriatrisk Klinik

I de seneste år er man blevet opmærksom på, at der blandt ældre (80+ år) i hjemmepleje og på plejecentre kan være tale om en høj forekomst af dårlig ernæringstilstand. Dårlig ernæringstilstand hos ældre medfører nedsat funktionsevne og øget sygelighed og dermed nedsat evne til at klare sig selv [1, 2].

Det betyder nedsat trivsel og fald i livskvalitet og er i sidste ende belastende for samfundsøkonomien. I denne artikel belyses, hvad vi på nuværende tidspunkt ved om denne problemstilling.

»Ideel« ernæringstilstand hos ældre i pleje

Utilsigtet vægttab øger ældres risiko for sygdom og indlæggelser [1, 2]. Vægttab hænger tæt sammen med tab af muskelmasse og øger derfor risikoen for (yderligere) tab af funktionsevne og fysisk formåen. Endnu er der uenighed om, hvor stort et vægttab, der har konsekvenser for ældres velfærd og sundhedstilstand [1-4]. Undervægt (dvs. lavt *body mass index* (BMI)) øger ligeledes risikoen for tidlig død. Det gælder for både unge og ældre. Grænserne for, hvornår det sker, er dog forskellige: Hos ældre er et BMI mellem 24 og 29 forbundet med en lang levetid, afhængigt af den undersøgte population, hvor grænserne hos unge er 18,5-25. Det »ideelle« BMI i relation til de ældres trivsel (fysisk, mentalt og socialt) er dog utilstrækkeligt undersøgt [1]. Den præcise baggrund for, at et højere BMI tilsyneladende er godt for ældre, men ikke for yngre kendes ikke. En forklaring er formodentlig, at ældre med lavt BMI også har mindre muskelmasse og dermed mindre mulighed for god funktionsevne og mindre modstandskraft, hvis syg-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

dom og vægttab indtræder. En anden er, at højden aftager med alderen, dvs. at en person med en konstant vægt alene af den grund får et højere BMI - beregnet til ca. 2 kg pr. m² fra 20-års-alderen til 80-års-alderen [1]. For ældre i pleje er det derfor foreslået, at det »ideelle« BMI bør være 24-29 [1, 3].

Ernæringstilstanden hos ældre beboere og klienter

Efterhånden er der gennemført en række undersøgelser af ernæringstilstanden blandt ældre i hjemmepleje og på plejecentre. I alt er mere end 4.000 ældre blevet undersøgt forskellige steder i landet. Resultaterne er nogenlunde ens - vurderet ud fra BMI har ca. 20% et BMI <18,5, og 60% har et BMI <24. Desuden får langt de fleste for lidt vitaminer og mineraler, og 38% har haft et nyligt større vægttab [1, 5, 6]. Forekomsten af lav vægt og vægttab er dermed af samme størrelsesorden som i andre europæiske lande [1, 2]. Mere end hver anden ældre dansker (og europæer), der er afhængig af pleje, formodes således at have et BMI, der er lavere end det »ideelle«.

Er disse godt 4.000 undersøgte danskere så tilstrækkelig repræsentative til, at man kan tillade sig at generalisere problemstillingen til hele populationen (dvs. i alt ca. 225.000 ældre i hjemmepleje og på plejecentre)? Sandsynligvis er forekomsten af lav BMI og vægttab blandt ældre beboere og klienter reelt højere end de indsamlede data tyder på. Dels vil det formodentlig ofte være sådan, at man på de steder, hvor der siges ja til at medvirke i undersøgelser af de ældres ernæringstilstand, allerede er opmærksomme på, at der kan være et problem og derfor ofte allerede er begyndt at gøre noget ved det. Dels kan det være svært at få vejret alle de ældre klienter og beboere, specielt hvor der kræves sengelifte, særlige vægte m.m. til de mest immobile ældre, dvs. ofte dem, der er i størst risiko for at have lav vægt [1, 6].

Det er ikke »naturligt« at være tynd/undervægtig, når man er gammel - både befolkningsundersøgelserne fra Glostrup og undersøgelserne fra Statens Institut for Folkesundhed viser, at forekomsten af BMI <18,5 er sjælden blandt raske, selvhjulpne ældre [7, 8].

Betydningen af en indsats i relation til ernæring

Der foreligger en del studier, hvor man har søgt at vurdere effekten af en ernæringsmæssig intervention blandt ældre i pleje. Generelt har der været en begrænset effekt af indsatsen på deltagernes ernæringstilstand, energiindtagelse, fysiske og mentale funktionsevne, sygelighed og dødelighed - dog mere overbevisende hos deltagere med lav BMI end deltagere med normalt og højt BMI og ved en kombineret indsats med fysisk træning [1, 9, 10]. Forklaringen på den relativt begrænsede effekt er formodentlig, at årsagerne til den dårlige ernæringstilstand hos beboere og klienter er multifaktorielle. De ernæringsmæssige risikofaktorer kan bl.a. være akut eller kronisk sygdom, dårlig tandstatus, tygge- og synkeproblemer, depression, demens, social isolation, stort medicinforbrug, sygehusophold m.m. For at man kan opnå en overbevisende

effekt af en indsats, bør der derfor formodentlig tænkes i en mere tværfaglig indsats med fokus på de forskellige risikofaktorer [1, 2].

Hvad gøres der i dag i relation til ernæring til ældre i pleje?

I en nyere spørgeskemaundersøgelse gennemført blandt personalet i de køkkener, der laver mad til ældre i hjemmepleje og på plejecentre, har man vist, at det er langt de færreste ældre, der får tilbudt den mad, der er mest velegnet til at ændre på den høje forekomst af dårlig ernæringstilstand [5]. Resultaterne viser bl.a., at kun ca. 7% af de ældre får tilbudt den kost, der anbefales til dem, der er småtspisende og undervægtige. Resultaterne viser også, at en kost, der er tygge/synkevenlig, kun tilbydes til knap 10% af de ældre. Det er på trods af, at der er meget, der tyder på, at 25-30% af de ældre lider af tygge- og synkeproblemer som følge af hjerneblødning, demens, Parkinsons sygdom m.m. Endvidere viser resultaterne, at man i køkkenerne kun sjældent har kendskab til, hvad energiindholdet egentlig er i den mad, man tilbyder de ældre. Da det kun er yderst sjældent beboere og klienter bliver vejret, er det derfor næsten umuligt at følge med i, om de ældre får nok at spise. Endelig sker det kun sjældent, at de ældre inddrages i madlavningen og planlægningen af måltidsservicen. Deres indflydelse på maden og muligheder for valg er begrænset, og det samme er dialogen mellem køkkenpersonalet, plejepersonalet og de ældre om måltiderne og maden [5].

Forklaringerne kan være mange, heriblandt manglende viden, manglende ansvarsfordeling, manglende opbakning fra ledelsen, manglende inddragelse af de ældre, manglende tværfagligt samarbejde og manglende synlighed af køkkenet. Desuden forskellige barrierer i relation til eksempelvis økonomi og etik [5].

Hvad skal vi gøre i fremtiden?

Der bør udarbejdes og implementeres mad- og måltidspolitikker med fokus på inddragelse af de ældre, viden og uddannelse, ansvarsfordeling og tværfagligt samarbejde [5].

Der bør gennemføres mere forskning på området, bl.a. i form af konkrete undersøgelser af det »undervægtsfremkaldende miljø«. Det vil sige undersøgelser af, hvilke af de forskellige ernæringsmæssige risikofaktorer der har størst betydning for de ældres dårlige ernæringstilstand, samt konsekvenserne af lav vægt og vægttab for de ældre beboere og klienters trivsel [2, 5].

Der bør gennemføres mere generelle undersøgelser af, hvordan ernæring kan være med til at bevare sundhed og trivsel op i årene, eksempelvis i form af en fortløbende landsdækkende undersøgelse af ældres kostvaner og funktionsevne [2].

Behandlingen af den lave vægt blandt ældre i hjemmepleje og på plejecentre bør således være målrettet og kronisk, og forebyggelse (inkl. forskning) bør have højeste prioritet.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Antaget: 4. juli 2004
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Ingerslev J, Beck AM, Bjørnsbo KS et al. Ernæring og aldring. København: Ernæringsrådet, 2002:28.
2. Bates CJ, Benton D, Biesalski HK et al. Nutrition and aging: a consensus statement. *J Nutr Health Aging* 2002;6:103-16.
3. Beck AM, Ovesen L. Vurdering af ældre indlagte patienters ernæringsmæssige risiko – hvilket kropsmasseindeks og grad af vægttab bør anvendes? *Ugeskr Læger* 1999;161:6477-9.
4. Inelmen EM, Sergi G, Coin F et al. Can obesity be a risk factor in elderly people? *Obes Rev* 2003;4:147-55.
5. Beck AM, Kofod J. Måltidsservice på plejecentre. Fødevarerapport 2003;04. København: Schultz Bogtryk, 2003.
6. Beck AM, Ovesen L. Body mass index, weight loss and energy intake of old Danish nursing home residents and home-care clients. *Scand J Caring Sci* 2002;16:86-90.
7. Pedersen AN, Ovesen L, Schroll M et al. Body composition of 80-years old men and women and its relation to muscle strength, physical activity and functional ability. *J Nutr Health Aging* 2002;6:413-20.
8. Kjølter M, Rasmussen NK. Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 – og udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2002.
9. Milne AC, Potter J, Avenall A. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 3, 2002. Oxford: Update Software.
10. Stratton RJ, Elia M. A critical, systematic analysis of the use of oral nutritional supports in the community. *Clin Nutr* 1999;18:29-84.

Rehabilitering af patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom

Overlæge Peter Lange, sygeplejerske Eva Brøndum, sygeplejerske Sophie Bolton & fysioterapeut Gerd Martinez

H:S Hvidovre Hospital, Hjerte-Lungemedicinsk Afdeling

Resumé

Introduktion: Selv om der er evidens for, at rehabilitering af patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) er gavnlige, og den anbefales i alle internationale retningslinjer, er denne behandling ikke særlig udbredt i Danmark. I denne artikel rapporterer vi om resultater fra et rehabiliteringsprogram på H:S Hvidovre Hospital for patienter med svær KOL.

Materiale og metoder: Rehabiliteringsprogrammet strakte sig over syv uger og omfattede individuelt tilrettelagt konditionstræning og undervisning i KOL-sygdommen, omfattende medicinsk behandling, afspændingsøvelser, diætetisk og ergoterapeutisk vejledning. Vi undersøgte patientens udholdenhed ved hjælp af en gangtest (*shuttle walking test*) og målte deres helbredsbedingede livskvalitet ved hjælp af et anerkendt spørgeskema (St. Georges Respiratory Questionnaire (SGRQ)) før og efter gennemgangen af rehabiliteringsprogrammet.

Resultater: De 100 første patienter, som gennemførte programmet, bestod af 66 kvinder og 34 mænd. Den gennemsnitlige forcerede volumen i det første sekund (FEV₁) var 32% af forventet værdi. I gennemsnit øgede patienterne deres gangtid fra 2,9 min til 4,8 min, svarende til 65%. Den gennemsnitlige forbedring i SGRQ-score var på 3,1. Bortset fra, at patienterne opnåede de største forbedringer, hvis de deltog om foråret, sommeren eller om efteråret (sammenlignet med om vinteren), kunne vi ikke identificere nogle signifikante prædiktorer for succes af rehabiliteringen.

Diskussion: Vore resultater bekræfter at et »lavteknologisk« og billigt rehabiliteringsprogram er et godt tilbud til patienter med svær KOL og signifikant kan bedre funktionsniveauet og den helbredsbedingede livskvalitet.

Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) kan med rette betegnes som en folkesygdom. Det skønnes, at mindst 150.000 danskere har symptomgivende KOL [1]. Sygdommen er karakteriseret ved irreversibel nedsættelse af lungefunktionen. I avanceret stadium er KOL-patienter præget af tiltagende og efterhånden invaliderende åndenød som det vigtigste symptom.

Der er i dag international konsensus om, at et rehabiliteringsprogram er en vigtig bestanddel af KOL-behandlingen [2-4]. Dette er i tråd med erkendelsen af, at den medikamentelle behandling af sygdommen ofte er utilstrækkelig. Med tiltagende sværhedsgrad af KOL nedsættes funktionsniveauet. Efterhånden medfører den tiltagende åndenød angst for at bevæge sig, hvilket medvirker til, at patienterne får en meget stillesiddende livsform. Dette fører på længere sigt til dårlig kondi og udvikling af muskelatrofi, som forværrer åndenøden yderligere. Der opstår således en »ond cirkel« med dårlig kondi, åndenød, angst og social isolation som de vigtigste komponenter. Rehabilitering griber ind i denne onde cirkel ved hjælp af fysisk træning, psykologisk støtte og etablering af netværk mellem KOL-patienterne [5].

I Danmark er det kun på ganske få hospitaler, man tilbyder rehabilitering til KOL-patienter, og der føres ikke nogen optegnelser over de forbedringer, som de enkelte KOL-patienter opnår under deltagelsen i et rehabiliteringsprogram. Efter et studiebesøg på et engelsk hospital i 2002 har vi etableret et rehabiliteringsprogram for patienter med svær KOL på Lungemedicinsk Klinik på Hvidovre Hospital.

Vi har etableret en database, hvor vi har registreret ændringer i patienternes fysiske formåen og i den helbredsbedingede livskvalitet. I denne artikel gennemgår vi resultaterne for de første 100 patienter, som gennemførte rehabiliteringsprogrammet.