

Veiling av pasienter ved innkomst i en indremedisinsk avdeling

KLOK gruppe 10:

Andreas Ask
David Wendelbo Kornmo
Einar Alexander Bøhmer
Jakob Nordbø
Joakim Gøberg Jørgensen
Martin Samdal
Mohammad Ghotbi



Prosjektoppgave i faget KLOK
Det medisinske fakultet
Institutt for allmenn og samfunnsmedisin
UNIVERSITETET I OSLO
22.01.10

Innhold

1. Sammendrag.....	s. 3
2. Introduksjon.....	s. 4
3. Kunnskapsgrunnet.....	s. 5
4. Forbedringsarbeidet.....	s. 8
5. Prosess og organisering.....	s. 13
6. Evaluering.....	s. 16
7. Diskusjon.....	s. 17
8. Kildeliste.....	s. 18

1. Sammendrag

Bakgrunn/emne: Med bakgrunn i egne erfaringer vet vi at det veies lite i sykehus. Dette er også vist i studier og er en vanlig erfaring blant helsepersonell vi har snakket med. Hovedgrunnen til at man ikke veier er mangel på rutine, mens andre grunner er at pasientene kan ha problem med å stå på gulvvekt samt at det kan være tvil om hvilken vekt som er brukt.

Kunnskapsgrunnlag: Helsedirektoratet har gitt ut nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av undervekt. Retningslinjene understreker viktigheten av å kartlegge pasientens ernæringsstatus. I denne utredningen spiller veiing av pasientene en viktig rolle. Veiing av pasientene gir grunnlag for utregning av BMI, som er en god, men ikke komplett, pekepinn på pasientens ernæringsstatus. Vi har vist gjennom våre litteratursøk at det er en sterk sammenheng mellom forringet ernæringsstatus og en rekke ulike sykdomstilstander.

Begrunnet tiltak og metode: Vi valgte tiltaket: ”Alle pasienter som legges inn i indremedisinsk avdeling skal veies før første morgenvisitt”. Sykepleier dokumenterer vekten i pasientens kurve. Vi vil videre foreslå bruk av veiestol i tiltaket. Fordelen med dette er at man da også får veid alle som ikke klarer å stå på en vekt.

Organisering: Rasjonale for veiing og det faglige grunnlaget for dette bør presenteres av den medisinske ansvarlige ved avdelingen. Sykepleierne utfører veiingen før første morgenvisitt og fører dette i pasientens kurve. Vi foreslår videre en superbruker blant sykepleierne som er ansvarlig for opplæring og bruk av veiestol.

Resultater / Vurdering: I vurderingen av tiltaket har vi valgt en prosessindikator som mål på andelen veide pasienter. Det må vurderes fortløpende effektiviteten av tiltaket og om det er noe man på sikt vil innføre som en fast rutine i avdelingen. Vi mener vi har laget et godt tiltak som vi vil anbefale. Veiing er i hovedsak et enkelt tiltak med forankring i et godt kunnskapsgrunnlag.

2. Innledning

Helsedirektoratet gav i jun i 2009 ut nasjonale retningslinjer for forebygging av undervekt. I spesialisthelsetjenesten skal alle pasienter vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse, og deretter ukentlig, eller etter et annet begrunnet faglig opplegg (1). Retningslinjene oppgir vektendring over tid, pasientens BMI eller en kombinasjons av disse som noen av de enkleste målene på vurdering av underernæring (2). Retningslinjene bygger på bred kunnskap om sammenhengen mellom forringet ernæringsstatus og en rekke ulike sykdomstilstander.

Etter 5 år på medisinstudiet har vi lagt merke til at pasienter som innlegges på medisinske avdelinger ofte ikke veies. Vi kontaktet professor Torgeir Bruun Wyller for å få mere kunnskap om temaet. Han kunne bekrefte vår erfaring, og mente veiing burde være standardisert rutine ved innkomst på en indremedisinsk avdeling. I en studie blant norske helsepersonell svarer kun et mindretall at pasienter veies ved innleggelse som en rutine. (3)

Vår utfordring ble å finne ut hvorfor det veies så lite, og i neste omgang forsøke å si noe om hvordan veiing kan implementeres som standard rutine.

3. Kunnskapsgrunnlaget

Vår oppgave handler om veiing av pasienter. Vi gjorde søk på både Cochrane og UpToDate for å finne systematiske oversikter over emnet vårt. Det ble gjort semistrukturerte søk i disse databasene med søkeord som ”Nutrition”, ”mortality” ”weight”, ”elderly” og ”BMI”. Vi fikk flere treff, men få som passet med vår problemstilling om å veie pasienter ved innkomst for å kartlegge pasientens vekt, eventuelt undervekt, og den påfølgende økte mortaliteten.

Siden søkte vi etter aktuelle nasjonale retningslinjer. Helsedirektoratet har gitt ut et hefte som heter ”Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring” og ble gitt ut i juni 2009. I disse nasjonale retningslinjene står det at dokumentasjon av ernæringsstatus er en nødvendig del av et klinisk undersøkelses- og behandlingstilbud (1). I spesialisthelsetjenesten skal alle pasienter vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse, og deretter ukentlig, eller etter et annet begrunnet faglig opplegg (1). Retningslinjene oppgir vektendring over tid, pasientens BMI eller en kombinasjon av disse som noen av de enkleste målene på vurdering av underernæring (2). Retningslinjene legger så frem flere verktøy for å ytterligere vurdere pasientens ernæringsstatus, men veiing av pasienten ligger til grunn for alt dette. Forekomsten av underernæring varierer, men øker med økende alder. En prospektiv studie blant pasienter over 70 år på en medisinsk avdeling i Oslo viste at nærmere 60 % var i ernæringsmessig risiko ved innleggelse (4). Videre står det at underernæring blant annet øker risikoen for komplikasjoner, reduserer motstand mot infeksjoner og gir økt dødelighet (5). Underernærte pasienter har også generelt økt liggetid i institusjon, sammenliknet med velernærte pasienter. Samfunnsøkonomiske konsekvenser av dette er økte kostnader for samfunnet (6).

Vi gikk deretter til PudMed-databasen og gjorde semistrukturerte søk med hovedsøkeordene ”weight loss”. ”nutrition”, ”elderly”, ”mortality” og ”BMI”. Disse hovedsøkeordene ble kombinert med ”stroke”, ”cardiovascular insident”, ”COPD”, ”wound healing”, ”liver cirrhosis” og ”immunity”. Her fikk vi flere treff, og det ble gjort et skjønnsmessig utvalg av reviewartikler. Vi fant fire reviewartikler som alle

konkluderte med at utilsiktet vekttap og lav BMI gir økt total mortalitet (7, 8, 9, 10). Vi gjorde også søk i Tidsskrift for Den norske legeförening. De artiklene vi fant viste at underernering har en klar negativ effekt på en rekke lidelser:

Wannamethee et al skriver at de pasienten som har et utilsiktet vekttap har økt forekomst av hjerteinfarkt, slag, diabetes og hyppigere sykehusinnleggelser pga kardiovaskulære hendelser, sammenliknet med pasientgrupper som er normalvektige (9).

Gulsvik et al forteller oss at pasienter med lav BMI har økt falltendens, flere frakturer og flere kardiovaskulære komplikasjoner etter hoftefrakturoperasjoner. Pasienter med lav BMI har også dårligere prognose ved KOLS og slaghendelser. BMI-verdier under 22 kg/m² hos eldre pasienter har vist seg å være en negativ, uavhengig prediktiv faktor for langtidsmortaliteten (8).

Underernering forekommer hos 8-35% av slagpasienter og kroppsvekt er blant de viktigste variablene i utredning av ernæringstilstand (11). Martineau et al skriver at underernærte pasienter som legges inn med slag har økt antall liggedøgn, økt forekomst av dysfagi og flere komplikasjoner (12).

Schols et al skriver at lav BMI, under 25, er en signifikant, uavhengig risikofaktor for økt mortalitet ved kronisk obstruktiv lungesykdom (13). Budweiser et al viser at underernering, i dette tilfellet definert som BMI<20, har en tilsvarende sammenheng (14).

Anker et al forteller at pasienter som har kronisk hjertesvikt og samtidig er kakektiske har en klart forøket mortalitet (15).

Chandra beskriver en nær sammenheng mellom ernæring, vekttap og redusert immunitet (16); her fant man en særlig klar effekt på cellulær immunitet. Samme forfatter beskriver også en sammenheng mellom pneumoni og underernering (17); det nevnes hypoalbuminemi som risikofaktor for pneumoni samt proteinmangel hos eldre som har vist negativ effekt på T-cellers og makrofagers funksjon. Også redusert

diafragmafunksjon som følge av vekttap og nedsatt kalori-inntak er foreslått som plausible risikofaktorer for pneumoni (17).

Alberino et al skriver om hvordan underernæring virket på overlevelsen til 212 sykehuspasienter med levercirrhose etter 2 år eller til døden inntraff (18); denne studien konkluderer tydelig med at underernæring som uavhengig prediktor reduserte overlevelsen til disse pasientene.

Flere artikler beskriver sammenhengen mellom underernæring og forlenget sårtilheling (19, 20, 21). Harris et al fokuserer også på ulike aspekter ved eldre og underernæring, blant andre psykososiale, farmakologiske og immunologiske faktorer.

Myrskylä et al undersøkte en populasjon mellom 50 og 70 og fant at større vekttap over 2 år var assosiert med økt dødelighet blant initielt normal- og overvektige. Dødeligheten var høyere jo større vekttapet var og jo lavere BMI pasienten hadde i utgangspunktet (10); forfatteren antyder at helsegevinstene forbundet med en lav BMI kunne tenkes å være veid opp av at lav BMI også kan være forbundet med økt dødelighet.

Sammendrag

Helsedirektoratet har gitt ut nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av undervekt. Retningslinjene understreker viktigheten av å kartlegge pasientens ernæringsstatus. I denne utredningen spiller veiing av pasientene en viktig rolle. Veiing av pasientene gir grunnlag for utregning av BMI, som er en god, men ikke komplett, pekepinn på pasientens ernæringsstatus. Vi har vist gjennom våre litteratursøk at det er en sterk sammenheng mellom forringet ernæringsstatus og en rekke ulike sykdomstilstander.

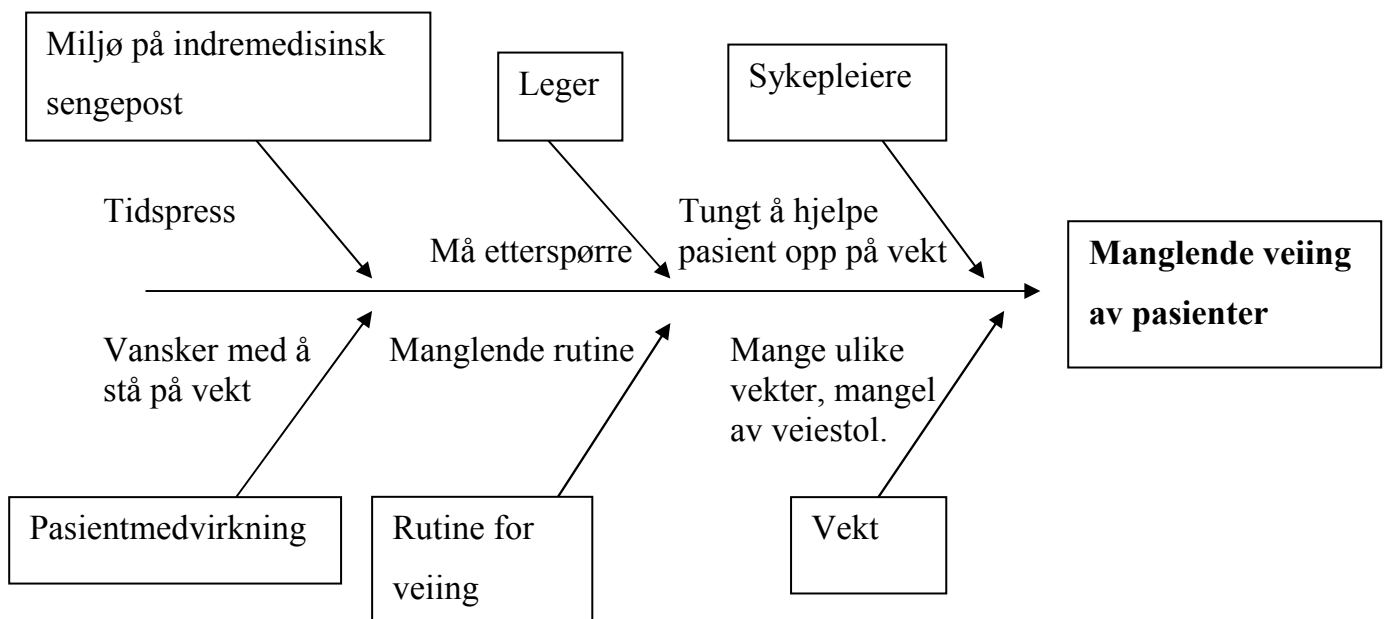
4. Forbedringsarbeidet

Observasjoner og praksis

I arbeidet med å konkretisere problemstillingen med observasjoner ønske vi å ta utgangspunkt i en generell indremedisinsk avdeling. Vi har derfor ikke undersøkt forholdene på et bestemt sted, men prøvd å få en generell oppfattelse av problemet.

I en studie blant 1473 norske helsepersonell (584 leger og 889 sykepleiere) svarte 26% at pasienter veies ved innkomst som rutine. 11% svarte at pasienter veies med regelmessige intervall ved innleggelse (3).

Det bekrefter vår problemstilling om at det veies for lite på indremedisinske avdelinger. I utredningen av problemet ønske vi å undersøke hva som ligger til grunn for at pasientene ikke blir veid. Vi lagde oss et fiskebeinsdiagram for å kartlegge mulige årsaksforhold:



For å forstå hvilke årsaksforhold som er av betydning intervjuet vi 3 leger og 5 sykepleiere fra hjerte-, lunge- og geriatriske avdelinger. Disse jobbet på Rikshospitalet, Ullevål sykehus og Sykehuset Telemark, men hadde også erfaringer fra andre sykehus. Legene svarte at veiing på indremedisinske avdelinger var

mangelvare. Hovedargumentet for dette var at det ikke er en rutine men måtte etterspørres av legen. Legene problematiserte også at man kan ha flere vekter på en avdeling og at noen av disse kan oppleves upålitelige, samt at flere gamle pasienter har vansker med å stå på en gulvvekt. Noen sykepleiere svarte at det ble veid regelmessig ved innkomst på avdelingen, hos enkelte pasientgrupper, da dette var en rutine. Andre sykepleiere bekreftet at vekt måtte etterspørres av lege for å bli målt. Sykepleierne nevnte også at de hadde god bruk for veiestol. De som hadde erfaring fra avdeling uten veiestol bekreftet at det kunne være problematisk for gamle pasienter å stå på en gulvvekt. Sykepleierne nevner ikke tidsbruk som et problem. De problematiserer heller ikke heller ikke arbeidet ved å manøvrere pasienten fra seng til veiestol. Dette er tidligere vist som et problem i forhold til ryggsmarter hos sykepleiere (22). Vi vil ut fra dette påstå at det er et forbedringspotensiale for veiing på norske indremedisinske avdelinger. Årsaksmessig er mangel på rutine hovedpunkt for forbedring, mens standardisering av hvilken vekt man bruker og behov for veiestol er underpunkt.

Begrunnet tiltak

Vi valgte tiltaket:

”Alle pasienter som legges inn i indremedisinsk avdeling skal veies før første morgenvisitt”

Dette tiltaket kan betegnes som en standardisering av prosess som er et utprøvd meget effektivt tiltak (23). Sykepleier dokumenterer vekten i pasientens kurve. Styrken med et slikt tiltak er at det blir en fast rutine. I dette tilfellet lar dette seg godt gjøre da morgenvisitt er fast praksis ved norske indremedisinske avdelinger. Ved de fleste avdelinger måler sykepleiere andre vitale mål, som blodtrykk og puls, før morgenvisitt og fører dette i pasientens kurve. Å legge til måling av vekt før første morgenvisitt etter innkomst vil således lett kunne la seg gjennomføre. Vår undersøkelse har vist at mangel på rutine er hovedårsaken til at det ikke veies. Ut fra tankegangen i en paretoanalyse har vi på denne måten også laget et effektivt tiltak. Vi vil videre foreslå bruk av veiestol i tiltaket. Fordelen med dette er at man da også får veid alle som ikke klarer å stå på en vekt. Det kan også ses på som en fordel at

denne skiller seg ut fra gulvvekter, som det kan bli mange av, slik at man vet hvilken vekt som er brukt. For avdelinger som ikke har veiestol må dette kjøpes inn:

Pris på stolvekt ligger fra ca 14000 kr – 23900 kr (24,25).

Pris på vanlig gulvvekt er ca 2000 kr (26).



Seca personvekt til gulv 761



Seca 959 digital stolvekt

Man kunne tenke seg at veiing kunne gjennomføres i sykehusets mottaksenhet. Ut fra egne- og legene vi intervjuet sine erfaringer vil vi ikke foreslå dette på grunn av tidspress og uoversiktighet.

Innvendinger mot tiltaket

Tiltaket vårt retter seg mot en hviken som helst indremedisinsk avdeling. Det er slik sett nærliggende å tro at man vil møte motstand i enkelte avdelinger. Spesielt i hjerteavdelinger med gjennomsnittlig kort liggetid per pasient vil pasientflyten være ekstra stor. Å veie pasienter vil slik sett ta ekstra tid av personalet og kan oppleves unyttig da pasienten er inne for kort tid. Å veie pasienter med dårlig mobilitet har vist seg å være fysisk belastende for sykepleiere (22). Veiing av pasienter er i utgangspunktet et tiltak med lav kostnad og stor nytte. Går man til innkjøp av en veiestol får man en oppstartsutgift i størrelsesorden 14000-24000 kr som øker kostnaden noe.

Proessen mot beste tiltak

I prosessen for å finne det beste tiltaket gikk vi tidlig til www.pasientsikkerhet.no. Der fant vi oversikt over utprøvde tiltak og hadde slik sett hele tiden oversikt over hva som var meget, moderat og mindre effektive tiltak. I neste omgang gjennomførte vi et intervju med professor i geriatri Torgeir Bruun Wyller. Han foreslo å gjøre tiltaket som en standardisert rutine ved innkomst på en indremedisinsk avdeling. Wyller foreslo også bruk av veiestol. Vi valgte til slutt å gjennomføre en liten spørreundersøkelse blant sykepleiere og leger, for å finne hva som var hovedproblemet til at pasienter ikke veies.

Indikatorvalg

Indikator: ”Andel innlagte pasienter ved medisinsk sengepost som ble veid før første morgenvisitt.”

Valg av kvalitetsindikator står sentralt i evalueringen av helsetjenesten levert ved en gitt klinisk praksis. Det er vanlig å dele inn kvalitetsindikatorer i struktur-, prosess- eller resultatmål (27). Struktur mål retter seg mot forhold som helsesystemets kapasitet, personalets kompetanse, osv. Prosessmål evaluerer i hvilken grad klinisk praksis er i samsvar med det som anses å være optimale prosedyrer for utredning og behandling. Resultatmål gir informasjon om de helsemessige effektene av behandlingen, for eksempel funksjon eller overlevelse.

Prosessindikatorer og resultatindikatorer, gjerne i kombinasjon, kunne være aktuelle verktøy i vårt prosjekt. Resultatmål er viktig og interessant fordi det forteller hvordan det går med pasientene på sikt. Veiing av pasienter er et tiltak som ikke i seg selv gir en helsegevinst, men indirekte gjennom fokus på blant annet ernæringsstatus og korrekt dosering av medisiner. Effekten av vårt tiltak avhenger altså av om pasientens vekt mål tas i betraktning under videre utredning og behandling. En resultatindikator som gjenspeiler effekten av veiing alene, blir derfor vanskelig å definere.

Vårt prosjekt handler om standardisering av en prosess. Vi har derfor valgt en tilnærming med fokus på prosessmål, altså i hvilken grad vårt tiltak faktisk blir gjennomført. Data på dette er dessuten lett tilgjengelig og enklere å analysere. Andel pasienter som veies er et direkte mål på om tiltaket følges, og kan enkelt leses av kurver/journaler. Vår indikator er således både anvendbar og representativ.

Ved valg av en prosessindikator, bør sammenhengen mellom prosess og resultat ideelt sett dokumenteres vitenskaplig (28). Styrken på den fremlagte dokumentasjon avgjør indikatorens kredibilitet. Vitenskaplig dokumentasjon av høyeste kvalitet, såkalt "A"-evidens, baseres på meta-analyser av randomiserte kontrollerte studier, eller minst én randomisert kontrollert studie.

I vårt tilfelle mener vi å kunne vise til såkalt A-evidens for sammenhengen mellom god ernæringsstatus og bedret prognose ved mange viktige og vanlige sykdommer som blant annet infeksjoner og hjertesvikt. Veiing av pasienten, med beregning av BMI, er et naturlig første steg i forsøket på å identifisere pasientene med behov for ernæringsmessig oppfølging.

Vi mener vår prosessindikator dermed er et gyldig mål på eventuell kvalitetsforbedret praksis.

5. Prosess og organisering

Introduksjon

Enhver forandring og endring i daglig drift må ansees som en barriere. Til tross for at mennesket er fleksibelt og adaptivt har det også i seg en iboende treghet og motstand mot endring, som ikke nødvendigvis er eksplisitt, men mer et resultat av vanedannelse og automatisering over tid.

Endringer gjøres i all hovedsak for å bedre prosesser i henhold til ulike kvalitetsparametre, eller med utelukkende kostnadseffektivitet i tankene. Hvis vi forutsetter at ansatte eller de som er berørte av aktuelle prosesser ønsker å gjøre det best mulig, kan ethvert endringsarbeid også være med på å motivere/selvrealisere impliserte parter av aktuelle endringer. Det fordres at arbeidet er organisert i tråd med vesentlige prinsipper:

- Endringene må være velfunderte og kunnskapsbaserte.
- Endringene og underliggende målsetting og verdier må være forankret på tilstrekkelig høyt nivå i organisasjonen.
- Endringene må implementeres ved en klar rolle og ansvarsfordeling.
- Endringene implementeres best gjennom en inkluderende prosess der de berørte parter kan komme med innspill og påvirke sluttresultatet.

Organisering

I dette tilfellet vil vi introdusere en rutine for å sikre at veiing av pasienter blir gjennomført ved innkomst på indremedisinsk avdeling.

Rasjonale for veiing og det faglige grunnlaget for dette bør presenteres av den medisinske ansvarlige ved avdelingen for alle berørte parter der under sykepleiere og hjelpepleiere. En egnet setting kan være fagmøter, internundervisning o.l.

I samme setting kan de aktuelle faggruppene selv diskutere hvordan dette best kan gjøres og tilpasses eksisterende arbeidsflyt, og foreslå standardisert tidspunkt, eg. første morgen etter innkomst.

I prinsippet kan de også komme frem til mulige dokumentasjonsformer, men ettersom vi har et velbrukt dokumentasjonsverktøy i kurven er det naturlig å benytte denne fremfor å introdusere nye formularer. Etter gjennomføring av en veiing er det også naturlig at sykepleier/hjelpepleier dokumenterer resultatet i sykepleier notat i DIPS.

Den samme gruppen må også foreslå et opplæringsopplegg i bruk av veie-stolen slik at avdelingen kan sikre at alle aktuelle utførere kan bruke den. Det er naturlig å ha et par superbrukere som bruker ekstra tid på gjennomføringen av selve veieprosessen og at disse igjen gjennomfører systematisk utsjekk av alle ansatte ved avdelingen.

Ved utskrivelse av pasienten og skriving av epikrise vil det være naturlig og inkludere resultatet av veiingen slik at den enkelt kan sammenlignes ved eventuelle fremtidige resultat.

Ledelsesaspekter

Det er naturlig at det medisinske fagansvaret sitter hos avdelingsoverlegen, og at vedkommende fungerer som pådriver og eventuell sponsor av prosjektet. Det er imidlertid mer hensiktsmessig at gjennomføringen av prosjektet drives av sykepleiere/hjelpepleiere ved avdelingen.

Vi kan benytte HUKI rammeverket for å definere de ulike aktuelle rollene.

H = Hovedansvar = Avdelingsoverlege

U = Utfører = Aktuelle syke-/ hjelpepleiere allokert aktuelle pasient.

K = Kontroll = Superbruker(e)

I = Informert = Pasientansvarlige lege. Evt. via journalsystem

Tilbakemelding

Det vil vær naturlig å ha en prøve periode på noen måneder. Ved endt prøveperiode bør en ha en felles samling der en oppfordrer til å komme med tilbakemeldinger og synspunkter, det kan være seg kan en ha en samling for innhente synspunkter og erfaringer som kan gi opphav til forbedringer av prosessen eller rett og slett nye ideer. Denne kan gjerne være interaktiv for å engasjere mest mulig og kan godt frontes av superbrukere og gjerne med et motiverende innslag av sponsor.

Resultatet av denne samlingen bør være en vurdering av prøveperioden og en omforent beslutning eventuelt å inkludere veiing som fast rutine og eventuelle endringer/tillegg.

6. Evaluering

Dersom indikatoren for forbedring hadde vært bedret helse, og den ønskede endringen var regelmessige vektmålinger, så ville *evalueringen* av en slik endring vist seg å bli en nærmest umulig og lite hensiktsmessig oppgave. Derfor har vi valgt å bruke andelen av innlagte pasienter som blir veid under oppholdet som indikator for forbedring, og evalueringen vil i så tilfelle bli de *kontrollrutiner* man setter opp for å tilse at pasientene blir veid og at vekten blir fulgt opp.

Den enkelte avdelingen må her vurdere hvordan de ønsker å kontrollere at alle pasientene blir veid.

Vi anbefaler følgende kontrollrutiner for avdelingen:

- 1) En sykepleier på hver post bør settes av til å gjennomgå alle vektkurvene ukentlig for å tilse at vekt er ført opp og for å loggføre andelen pasienter som er veid.
- 2) Det må synliggjøres hvor stor andel av pasientene som til enhver tid veies; gjerne ved at den ansvarlige på posten bemerker dette (f. eks ved å henge opp lapper på posten eller sende mail til de ansatte).
- 3) Det bør etter et par uker holdes et evalueringsmøte med gjennomgang av prosessen for å evaluere om implementeringen av tiltaket har vært vellykket. Både den ansvarlige sykepleieren og avdelingssjefen bør delta på denne evalueringen. Man bør her også diskutere alternative kontrollrutiner som kan øke andelen av pasienter som veies.

Vi mener for øvrig at den greieste måten å implementere regelmessige vektmålinger på vil være å benytte morgenvisitten, som jo er den tiden i løpet av døgnet da leger og sykepleiere sammen gjennomgår og vurderer alle pasientene på avdelingen. Her vil gjennomgang av journalnotatet som omhandler ernæringstilstanden inngå i previsitten.

7. Diskusjon

Å implementere regelmessige vektkontroller i en avdeling kan ses på som både en liten og en stor oppgave for personalet. Vektmålingen i seg selv er en relativt enkel arbeidsoppgave som tar liten tid, men i og med at dette er en endring som vil gjelde alle pasientene på avdelingen og som sannsynligvis hele sykepleierpersonalet må gå inn for, så kan det oppfattes som en ekstra belastning i en ellers så travel hverdag.

Vi erkjenner at en svakhet ved kunnskapsgrunnlaget vårt er at økt vekt kun er én av mange faktorer som sier noe om pasientens helse, og at vektendring ikke gir et direkte mål på bedret helse.

Likevel mener vi at kunnskapsgrunnlaget vårt tydelig klargjør behovet for et større fokus på pasientens ernæringstilstand og vekt, og at pasientens vekt alltid skal inngå i legens helhetlige vurdering og oppfølging av pasientens helsetilstand.

For øvrig er tiltaket vi foreslår lite kostnadskrevende og det er gjennomførbart for alle avdelinger.

Denne artikkelen mener vi kan danne utgangspunktet for ny prospektiv forskning med mål for seg å utrede om pasienter som får vekten sin målt også utvikler bedre helse.

Kildeliste

1. Guttormsen AB et al. 2009. *Nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Side 8.
2. Guttormsen AB et al. 2009. *Nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Side 14.
3. Mowe M, Bosaeus I, Rasmussen HH et. al. Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: A questionnaire based survey. *Clinical Nutrition* 2006; 25: 524-532
4. Guttormsen AB et al. 2009. *Nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Side 10.
5. Guttormsen AB et al. 2009. *Nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Side 11.
6. Guttormsen AB et al. 2009. *Nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Side 12.
7. Seidell JC, Visscher TL. Body weight and weight change and their health implications for elderly. *Eur J Clin Nutr*. 2000; 54, Suppl 3: 33-9.
8. Gulsvik AK, Thelle DS, Mowé M, Wyller TB. Increased mortality in the slim elderly: a 42 years follow-up study in a general population. *Eur J Epidemiol*. 2009; 24: 683-690.
9. Wannamethee SG, Shaper AG, Whincup PH, Walker M. Characteristics of older men who lose weight intentionally or unintentionally. *Am J Epidemiol*. 2000; 151:667-75.
10. Myrskylä M, Chang VW. Weight change, initial BMI, and mortality among middle- and older-aged adults. *Epidemiology*. 2009; 20: 849-50.
11. Ha L, Iversen PO, Hauge T. Ernæring til eldre med akutt hjerneslag. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2008; 128: 1946-50.
12. Martineau J, Bauer JD, Isenring E, Cohen S. Malnutrition determined by the patient-generated subjective global assessment is associated with poor outcomes in acute stroke patients. *Clin Nutr*. 2005; 24: 1073-7.

-
13. Schols AM, Slangen J, Volovics L, Wouters EF. Weight loss is a reversible factor in the prognosis of chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med.* 1998; 157: 1791-7.
 14. Budweiser S, Meyer K, Jörres RA, Heinemann F, Wild PJ, Pfeifer M. Nutritional depletion and its relationship to respiratory impairment in patients with chronic respiratory failure due to COPD or restrictive thoracic diseases. *Eur J Clin Nutr.* 2008; 62: 436-43.
 15. Anker SD et al. Wasting as independent risk factor for mortality in chronic heart failure. *Lancet* 1997; 349: 1050-3.
 16. Chandra R. Nutrition and immunity in the elderly: clinical significance. *Nutr Rev.* 1995; 53(4 Pt 2):S80-3; discussion S83-5.
 17. Chandra RK. Nutrition and the immune system from birth to old age. *Eur J Clin Nutr.* 2002; 56 Suppl 3: 73-6.
 18. Alberino F, Gatta A, Amodio P, Merkel C, Di Pascoli L, Boffo G, Caregaro L. Nutrition and survival in patients with liver cirrhosis. *Nutrition.* 2001; 17: 445-50.
 19. Todorovic V. Food and wounds: nutritional factors in wound formation and healing. *Br J Community Nurs.* 2002: 43-4, 46, 48 passim.
 20. Harris CL, Fraser C. Malnutrition in the institutionalized elderly: the effects on wound healing. *Ostomy Wound Manage.* 2004; 50: 54-63.
 21. Demling RH. Nutrition, anabolism, and the wound healing process: an overview. *Eplasty.* 2009;9:e9. Epub 2009.
 22. Owen BD, Garg A. Reducing back stress through an ergonomic approach: weighing a patient. *Int J Nurs Stud.* 1994; 31: 511-9.
 23. Fra effektive forbedringstiltak – hva virker? Pasientsikkerhet.no. Ressurser for helsepersonell.
http://www.pasientsikkerhet.no/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=20&Itemid=58 (09.01.10).
 24. Seca stolvekt 959. Gympo.no
<http://www.gympo.no/subcategory/9878/13310.html> (09.01.10).

25. Seca stolvekt 959. Legebutikken.no
<http://www.legebutikken.no/sider/produkt.asp?ID=416&vare=959> (09.01.10).
26. Seca personvekt til gulv 761. Gymo.no
<http://www.gymo.no/product/461623/Seca-personvekt-til-gulv-761.html>
(09.01.10).
27. Rygh LH, Mørland B. Jakten på de gode kvalitetsindikatorer. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 2822-5.
28. Mainz J. Developing evidence-based clinical indicators: a state of the art methods primer. International Journal for Quality in Health Care 2003; vol 15 Supplement 1:pp i5-iII.