

Til Redaktionen

Ernæringsenheden-5601  
Abdominalcentret  
Blegdamsvej 9  
2100 København Ø  
Telefon 35 45 25 59  
Telefax 35 45 22 13

16-05-02

Til Redaktionen

Vedr. Projekt Underernæring på Sygehuse (UPS).

Se venligst vedhæftede pressemeddelelse og program til konferencen den 23.05.02. Af hensyn til mange regionale samarbejdspartnere bedes klausuleringen respekteret.

Pressens repræsentanter er velkomne til at deltage i hele konferencen. Som det ses af programmet, er der afsat tid sidst på dagen til pressens spørgsmål til de tilstedværende sygehuspolitikere, styregruppens medlemmer og projektdeltagerne. Tilmelding er ønskelig, men ikke nødvendig (kondrup@rh.dk). Der har meldt sig ca. 180 deltagere fra sygehuse over hele landet.

Med venlig hilsen

Jens Kondrup  
Overlæge, dr.med.  
Leder af Ernæringsenheden  
Person søger 35451034

### Projekt: Underernæring på Sygehuse (UPS)

*Projektets 3 faser har givet personalet på de 3 deltagende sygehuse (Hobro sygehus, Nykøbing Falster Centralsygehus og Rigshospitalet) større viden om ernæring og har resulteret i en større indsats for de underernærede patienter. Når det øgede engagement kombineres med en særlig indsats overfor patienter med nedsat appetit og manglende motivation, kan de fleste patienter opnå et tilstrækkeligt kostindtag. Dette fører til bedre livskvalitet, hurtigere rekreation og formentligt en kortere indlæggelsestid. Erfaringerne fra disse 3 sygehuse, der repræsenterer et lokalsygehus, et centralsygehus og et universitetssygehus, bør overføres til andre sygehuse i landet.*

*I første fase af projektet undersøgte 750 nyindlagte patienter på de 3 sygehuse. 22% af patienterne var i ernæringsmæssig risiko (dvs. underernærede, eller i risiko for at blive underernæret pga. af deres sygdom), men kun 25% af patienterne i ernæringsmæssig risiko fik dækket deres behov for energi og protein. Hovedårsager var, at personalet manglede retningslinier for varetagelsen af ernæringsproblemer og ikke havde tilstrækkeligt viden om, hvordan problemer med underernæring kunne afhjælpes. Patienternes dårlige appetit, i forbindelse med at kosten ikke passede til patienterne, var medvirkende årsager.*

*I anden fase af projektet udarbejdede sygehusledelserne retningslinier for ernæring, og projektmedarbejderne underviste afdelingernes personale i at gennemføre retningslinierne i daglig praksis. Sygehusenes køkkener arbejdede med at forbedre kosttilbudet til de småspisende patienter.*

*I den netop afsluttede tredje fase af projektet, der gentog målingerne fra den første fase, kan det ses*

- at personalet har en større viden om ernæringsproblemer.*
- at flere patienter bliver undersøgt for ernæringsproblemer ved indlæggelsen.*
- at patienter i ernæringsmæssig risiko i højere grad får lagt en plan for varetagelsen af deres ernæringsproblemer.*
- at patienter i ernæringsmæssig risiko i højere grad bliver fulgt op under indlæggelsen med hensyn til registrering af kostindtag og vejning.*
- at trods den øgede opmærksomhed er det fortsat kun ca. 30% af patienterne i ernæringsmæssig risiko, der får dækket deres ernæringsmæssige behov.*
- at hovedårsagerne til utilstrækkeligt kostindtag nu er dårlig appetit og manglende motivation hos patienten, i mindre grad manglende viden hos personalet og aldrig, at kosten ikke passede til patienterne.*

*I den tredje fase af projektet indgik også en lodtrækningsundersøgelse, hvor patienternes ernæringsproblemer enten blev varetaget af afdelingernes personale alene (kontrolgruppe) eller med hjælp af projektets diætister og specielt uddannede sygeplejersker (team-gruppe). Team'et motiverede patienten, lagde en kostplan for dagen sammen med patienten og fulgte op, om patienten spiste det aftalte.*

#### *I teamgruppen*

- var der dobbelt så mange patienter, der fik dækket deres ernæringsmæssige behov*
- blev livskvaliteten forbedret i højere grad end i kontrolgruppen*
- blev de patienter, som havde et kompliceret sygdomsforløb (dvs. andre tilstødende sygdomme som f.eks. infektioner), hurtigere selvhjulpne og klar til udskrivelse. En nærmere statistisk analyse (som korrigerer for andre forhold end forskellen på ernæringsindsatsen) tyder på, at indlæggelsestiden forkortes for disse patienter.*

### Fakta

#### Introduktion

Mange patienter på sygehusene er underernærede. En række lodtrækningsundersøgelser udført i ind- og udland viser, at en målrettet ernæringsindsats kan forbedre det kliniske forløb ved at øge muskelfunktion, gangfunktion, mobilisering, forebygge infektioner og sårproblemer, eller ved at mildne forløbet af komplikationer (dvs. andre tilstødende sygdomme). I nogle undersøgelser har dette medført øget livskvalitet, kortere indlæggelsestid og færre dødsfald. Trods denne viden er underernæring fortsat udbredt på sygehusene.

Sundhedsministeriet har derfor i samarbejde med 3 amter/H:S og sygehuse (Nordjyllands amt & Hobro sygehus, Storstrøms amt & Nykøbing Falster Centralsygehus og H:S & Rigshospitalet) finansieret et to-årigt projekt 'Underernæring på sygehuse', for i alt 4,6 mio. kr. (afsluttet april 2002). Formålet var at undersøge årsagerne til underernæring på sygehuse og herefter forbedre den kliniske praksis. På hvert sygehus blev der ansat projektmedarbejdere (sygeplejerske, klinisk diætist, køkkenassistent) og på Rigshospitalet desuden en overlæge og en Ph.D. studerende til at lede undersøgelsen.

### **Første fase**

Ved lodtrækning blev der udtrukket 3 patienter dagligt blandt alle nyindlagte patienter på hvert af de 3 sygehuse, indtil der i alt var udtrukket 250 patienter på hvert sygehus. Projektmedarbejderne besøgte afdelingerne og undersøgte de nyindlagte patienters ernæringstilstand, og undersøgte hvordan afdelingernes personale varetog patienternes eventuelle ernæringsproblemer.

Det viste sig, at 22% af patienterne var underernærede, eller i risiko for at blive underernæret pga af deres sygdom. For størsteparten af disse patienters vedkommende havde afdelingerne hverken lagt en plan for kostindtag under sygehusopholdet, fulgt vægten under indlæggelsen eller noteret sig, hvad patienterne spiste. Resultatet var, at kun 25% af de underernærede patienter havde et tilstrækkeligt kostindtag, og at ca. 15% af dem havde et betydeligt væggtab under indlæggelsen (mere end 5% af vægten ved indlæggelsen).

I undersøgelsen blev personalet, som havde ansvaret for disse patienter, desuden spurgt om årsagerne til den manglende opmærksomhed om ernæringsproblemerne. Hovedårsagen var utilstrækkeligt kendskab til, hvorledes disse problemer varetages. Dette afspejledes både i manglende retningslinier fra ledelsen og utilstrækkeligt kendskab blandt personalet til at vurdere patienternes ernæringsbehov i forhold til den mad, der serveres på sygehuse. I et mindre antal tilfælde var årsagen, at den mad, der serveredes, ikke passede til patienten.

### **Anden fase**

Ledelserne på alle 3 sygehuse udarbejdede detaljerede retningslinier for, hvordan ernæringsproblemer skal varetages. Projektmedarbejderne hjalp personalet med at omsætte disse retningslinier til praksis i hverdagen ved at undervise og hjælpe på afdelingerne. Samtidigt blev der udført et udviklingsarbejde i sygehuskøkkenerne, således at kosten i højere grad kunne tilpasses de patienter i ernæringsmæssig risiko.

### **Tredje fase**

I den afsluttende fase blev resultatet af indsatsen vurderet. Sygeplejerskernes viden om konkrete ernæringssspørgsmål var øget fra 20% rigtige svar til 40% rigtige svar. Andelen af patienter, som blev grundigt undersøgt for ernæringsproblemer ved indlæggelsen, var øget fra 6% til 20%, mens nogen vurdering af ernæringsproblemer var steget fra 49 til 60%. Andelen af patienter i ernæringsmæssig risiko, som fik lagt en kostplan, var øget fra 47 til 58%. Andelen af disse patienter, som fik foretaget registrering af kostindtaget, var øget fra 31 til 65%, og andelen af patienter, som blev vejlet løbende under indlæggelsen, var øget fra 39 til 65%. Trods den øgede indsats var andelen af patienter, som fik dækket deres ernæringsmæssige behov, kun øget fra 24% til 28%. I fase 1 var de 3 hyppigste årsager til utilstrækkeligt kostindtag: dårlig appetit hos patienterne, manglende viden hos personalet og at kosten ikke passede til patienterne, mens i fase 3 var de 3 hyppigste årsager: dårlig appetit, manglende motivation hos patienten og rutinemæssig faste i forbindelse med undersøgelser og behandlinger.

### **Lodtrækningsundersøgelse**

Der blev udført en lodtrækningsundersøgelse med henblik på at vurdere, om en særligt målrettet indsats kunne føre til et bedre resultat end det, der opnås ved den øgede indsats på afdelingerne. 212 patienter indgik i undersøgelsen, hvoraf halvdelen ved lodtrækning modtog afdelingernes forbedrede indsats (kontrolpatienter), mens den anden halvdel desuden dagligt blev fulgt op af projektmedarbejderne med henblik på at motivere patienten og foreslå nye løsninger ved problemer (teampatienter). Blandt teampatienterne fik 63% dækket deres ernæringsmæssige behov. Blandt de teampatienter, der var indlagt i mere end 3 dage, og hvor ingen særlige forhold begrænsede kostindtaget, var der 71%, der fik dækket deres behov (mod 38% i kontrolgruppen). Dette medførte, i forhold til kontrolgruppen, at flere aspekter af patienternes egen vurdering af livskvalitet blev bedre, og at de patienter, som havde et kompliceret sygdomsforløb (dvs. andre tilstødende sygdomme som f.eks. infektioner), hurtigere blev selvhjulpne og klar til udskrivelse. En grundig statistisk analyse, der korrigerer for andre forhold med betydning for indlæggelsestiden, tyder på at indlæggelsestiden blev forkortet for disse patienter.

### **Konklusion**

Personalet på de 3 sygehuse har fået større viden om ernæring, er blevet mere opmærksom på ernæringsproblemer og har øget deres indsats. I mange tilfælde var patienternes kostindtag dog alligevel utilstrækkeligt, men når det øgede engagement kombineres med en særlig indsats overfor patienter med nedsat appetit og manglende motivation, kan de fleste patienter opnå et tilstrækkeligt kostindtag. Dette fører til bedre livskvalitet, hurtigere rekreation og formentlig en kortere indlæggelsestid. Erfaringerne fra disse 3 sygehuse, der repræsenterer et lokalsygehus, et centralsygehus og et universitetssygehus, bør overføres til andre sygehuse i landet.

Yderligere oplysninger:

Projektleder, overlæge, dr. med. Jens Kondrup, Rigshospitalet, tlf. 35451034. e.mail: kondrup@rh.dk

Chefsygeplejerske Linda Greffel, Hobro/Terndrup Sygehus, tlf. 98527714

Overlæge Jens Rikardt Andersen, Centralsygehuset Nykøbing Falster, tlf. 54885488

Centerchefsygeplejerske Jeanette Bech, Rigshospitalet, tlf. 35454602

*Konference om*  
**Projekt: Underernæring på sygehuse (UPS)**

**Torsdag d. 23.05.2002**  
**Rigshospitalet, Auditorium 1**

9.30 - 10.00	Registrering <b>UPS</b>
10.00 - 10.30	Identifikation af problemer og resultater af indsats v. <i>ovl. Jens Kondrup, Rigshospitalet</i>
10.30 - 11.00	Screening af patienter og ledelsens rolle v. <i>ovl. Jens Rikardt Andersen, spl. Irene Højlund Larsen og klinisk diætist Anette Martinsen.</i>
11.00 - 11.30	Pause - Kaffe
11.30 - 12.00	Dataindsamling og undervisning v. <i>spl. Hanne Bærnthsen og klinisk diætist Else Bunch.</i>
12.00 - 13.00	Frokost
13.00 - 13.30	Tværfagligt samarbejde inkl. køkkenets delikatesselimousine v. <i>spl. Lise Munk Plum, klinisk diætist Pernille Nørregaard og køkkenassistent Lene Troensgaard.</i>
13.30 - 14.15	Kontrolleret undersøgelse: klinisk effekt af intervention blandt 200 risikopatienter v. <i>klinisk assistent, Ph.D. stud. Niels Johansen</i>
14.15 - 14.45	Diskussion af UPS
14.45 - 15.15	Pause - Kaffe
	<b>Efter UPS</b>
15.15 - 15.45	Initiativer i Netværket af forebyggende sygehuse v. <i>chefsygeplejerske Linda Greffel</i>
15.45 - 16.15	Sundhedsstyrelsens initiativer v. <i>fuldmægtig Ulla Hølund</i>
16.15 - 17.00	Kommentarer fra politikere og sygehusledelser. Spørgsmål fra pressen.

*Planlægningsgruppe:* UPS styregruppe: Chefsygeplejerske Linda Greffel, økonom Birgitte Johansen, ovl. Niels Lauesen, sygehusdirektør Torben Cordtz, ovl. Jens Rikardt Andersen, centerchefsygeplejerske Jeanette Bech, tidl. centerdirektør Per Graversen, køkkenchef Anne-Lis Olsen, ovl. Jens Kondrup (tlf. 35451034, e-mail: kondrup@rh.dk)

## Baggrund

Møde i Folketingets Sundhedsudvalg 1996  
Debat i Folketinget 1997

Projekter i Sverige og England har vist øget  
kostindtag:  
identifikation af risikopatienter  
kostregistrering  
mellemmåltider mv.

Ernæringsenheden RH:  
90% af risikopatienterne holder vægten/tager på  
og/eller  
får >75 % af deres behov dækket

Fase 1: Indlæggelses-screening ved UPS Team (Gns  $\pm$  SEM)  
 3 sygehuse: N= 750 udtrukket tilfældigt blandt alle nyindlagte via Grønt System; N=10 med insuff data til risikovurdering.

	Risikopt <sup>1</sup>	Ikke-risiko <sup>2</sup>
Antal	124	616
Alder, år	63 $\pm$ 2	60 $\pm$ 1
Vægt, kg	62 $\pm$ 2	75 $\pm$ 1
Højde, cm	170 $\pm$ 1	170 $\pm$ 1
BMI	21.4 $\pm$ 0.5	25.8 $\pm$ 0.2
Vægttab, 0-3:3-6:6-9:9-12 mdr	43:5:2:13	49:15:3:19
Nyligt vægttab 0-3 mdr, antal	43	49
Nyligt vægttab, kg <sup>3</sup>	6.9 $\pm$ 0.6	3.3 $\pm$ 0.3
Nedsat kostindtag (<75%), antal	98	77
Kostindtag, 0-25:25-50:50-75%, antal	16:40:42	0:3:74
ET grad	2.3 $\pm$ 0.1	0.2 $\pm$ 0.02
Sygdomsgrad	1.3 $\pm$ 0.1	0.5 $\pm$ 0.02
Samlet score	3.7 $\pm$ 0.1	0.6 $\pm$ 0.03

<sup>1</sup> Score >3

<sup>2</sup> Score <3

<sup>3</sup> Blandt dem med nyligt vægttab

## Fase 1: Screening ved afdelingerne

	Antal
Screenet iflg. Bilag 5 <sup>1</sup>	29
Screenet v. eget system <sup>2</sup>	416
Totalt screenet	445
% <sup>3</sup>	59

---

<sup>1</sup> Vægt + højde + nyligt vægttab + nyligt kostindtag + sammenhæng m vurdering af sværhedgrad af sygdom.

<sup>2</sup> Vægt dokumenteret + sammenhæng m vurdering af sværhedgrad af sygdom

<sup>3</sup> % spontant screenet, dvs 'iflg. bilag 5' + 'eget system'



## Fase 1: Afdelingernes varetagelse af screenede patienter.

3 sygehuse: total screenet: 678, heraf 5 terminale som udgår

	Antal	%
Risikopatient v indl	79	
Forebygg risikopatient	47	
Risikopt under indl <sup>1</sup>	11	
Risikopt i alt	137	100
Plan <sup>2</sup>	64	47
Kost registr dgl <sup>3</sup>	29	31
Vejning × 3 ugl <sup>4</sup>	28	39

---

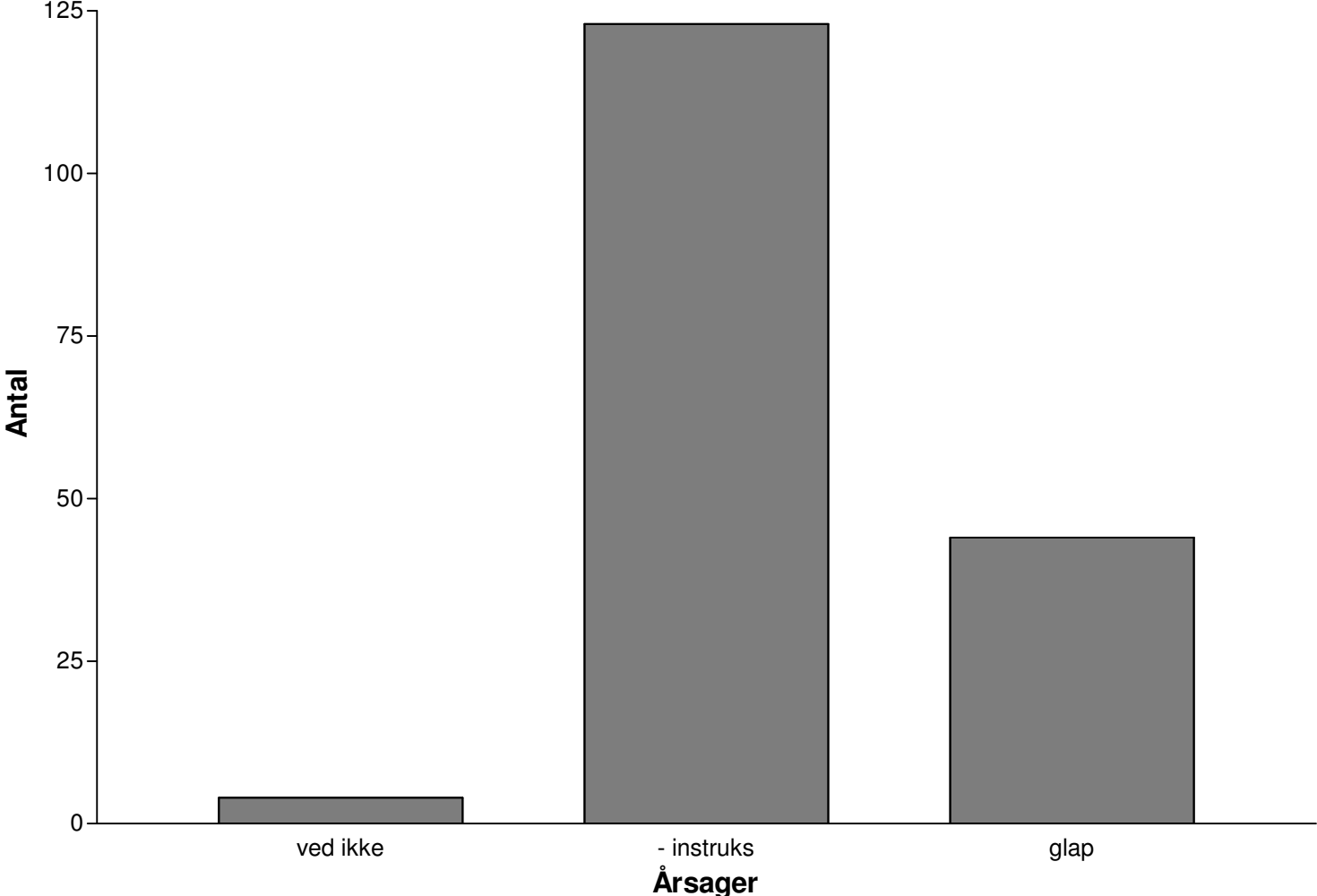
<sup>1</sup> Blandt ptt indl > 1 uge

<sup>2</sup> Blandt risikoptt: Ja, hvis der er foretaget: skøn over behov + stillingtagen til kostform + plan for monitorering

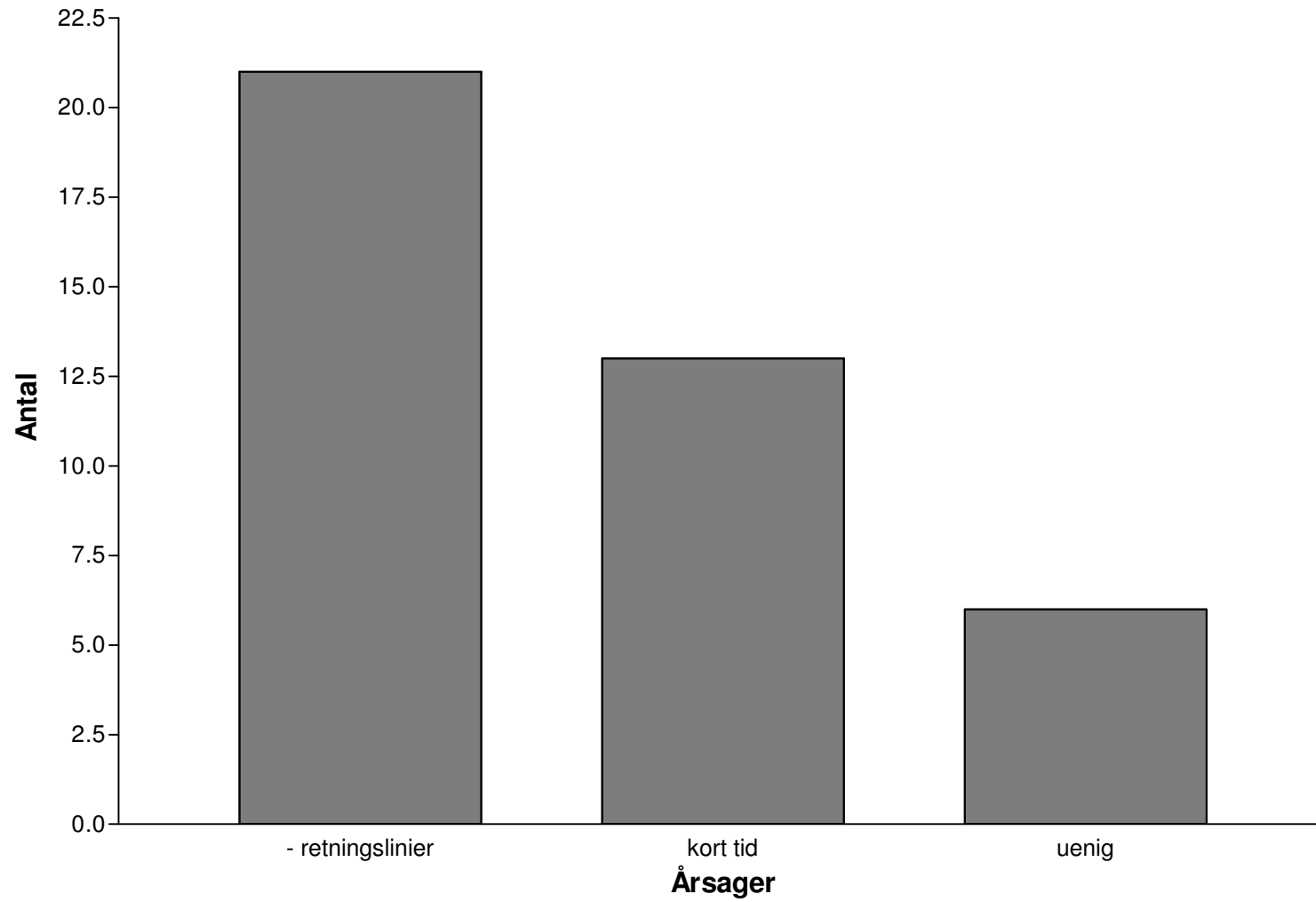
<sup>3</sup> Blandt risikoptt: Ja hvis 3 af 5 dage i 3 af 4 uger. Hvadenten J/N til plan: afd kan gøre det rigtige uden at have en plan. Hvis pt udskrevet/død <4 dg: ingen data, idet kostreg J/N gøres op per uge. Terminale ptt ikke medregnet. Dvs. 29 + 64 kan evalueres.

<sup>4</sup> Blandt risikoptt: J hvis vejning ≥ 2 × ugl i 3 af 4 uger. Hvis pt udskrevet/død <4 dg: ingen data, idet vejning J/N gøres op per uge. Terminal ptt ikke medregnet, ej heller 'uvejelige' ptt, dvs. 28 + 44 kan evalueres.

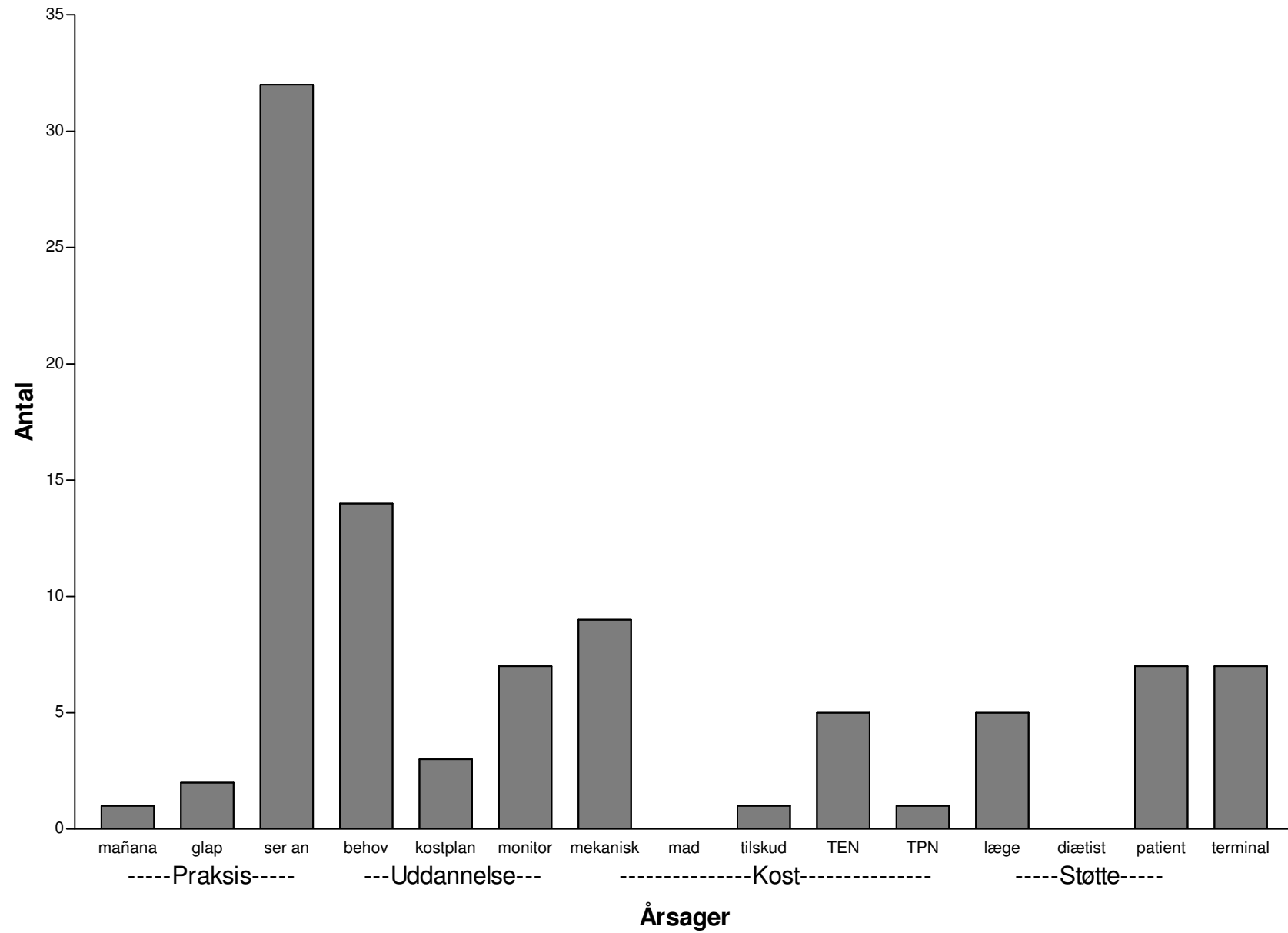
# Årsager til manglende screening



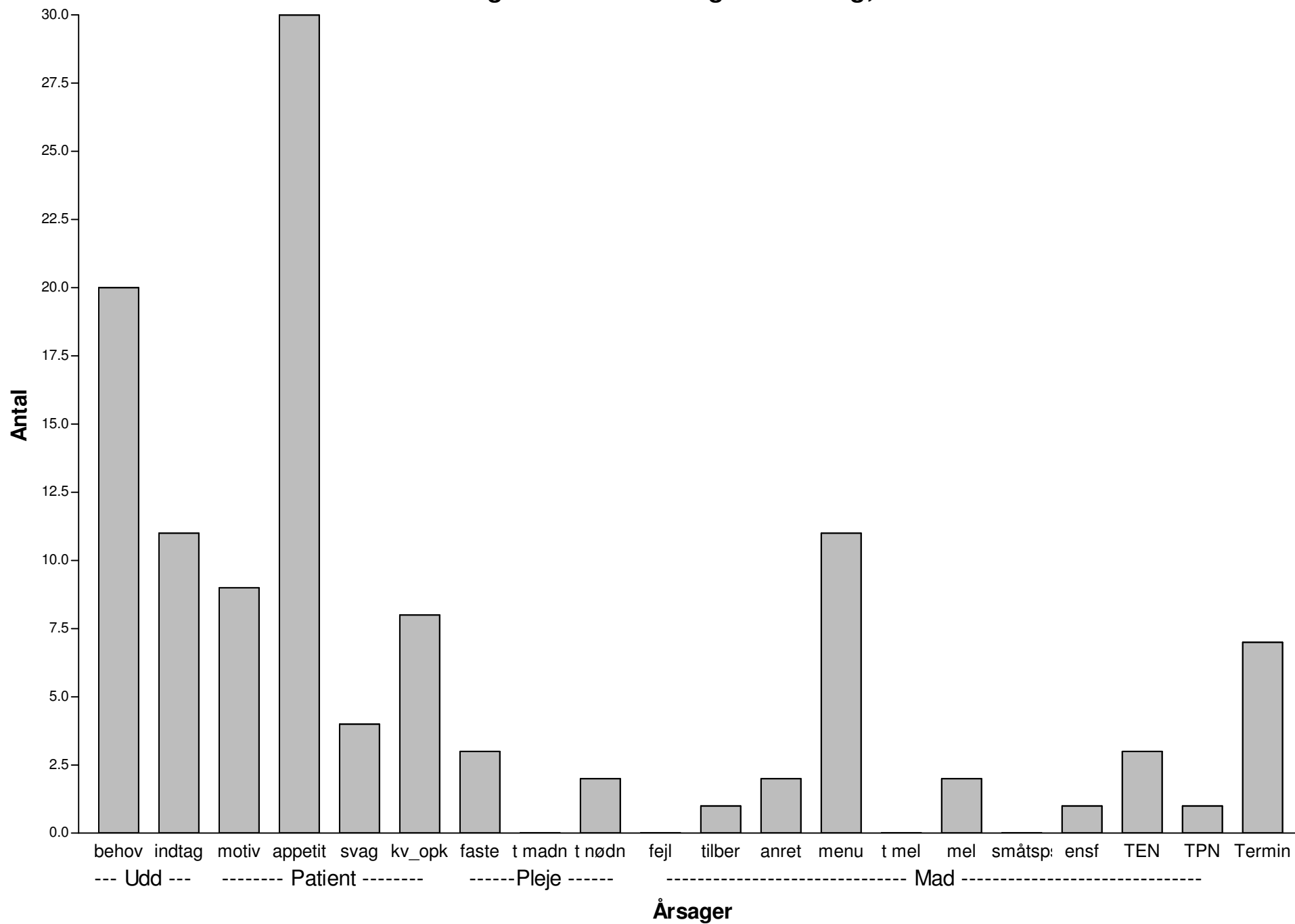
## Årsager til 'ikke risiko patient'



# Årsager til manglende plan



# Årsager til utilstrækkeligt kostindtag; N = 71



## Paratviden: 268 sygeplejersker svarede på 20 hurtige spørgsmål

	%	J	N	V
Er en pt med collum fem fraktur, med BMI 18,5 - 20,5, en ernæringsmæssig risikopatient, ifølge de officielle anbefalinger?	<b>54</b>	7	39	
Er en apopleksipatient med kostindtag 25-50% af skønnet behov i den sidste uge en ernæringsmæssig risikopatient, ifølge de officielle anbefalinger?	<b>83</b>	7	10	
Er en patient med kronisk lungesygdom, som har haft et vægttab på 5-10% i løbet af 6 uger, en ernæringsmæssig risikopatient, ifølge de officielle anbefalinger?	<b>71</b>	13	16	
Er 2 ugers præoperativ ernæringsterapi tilstrækkeligt til at reducere postoperative infektioner?	<b>48</b>	23	29	
Kan tidlig enteral ernæring efter større gastrokirurgi reducere behovet for smertestillende medicin?	37	<b>16</b>	46	
Må der startes sondeernæring efter større gastrokirurgi, selv om ventriklen indeholder 150 ml?	<b>28</b>	21	51	
Taber de fleste underernærede patienter sig yderligere under en indlæggelse?	<b>94</b>	3	3	
Hvis en patient har tabt 10% af sin kropsvægt: er tabet af muskelkraft også 10%?	<b>30</b>	45	25	
Udgør patienter i ernæringsmæssig risiko ca. 30% af alle indlagte patienter?	79	5	<b>15</b>	
Udvikler de fleste apopleksi patienter tegn på underernæring under sygehusopholdet?	<b>75</b>	8	18	
Standard-planen for sygehuskost forudsætter, at patienten indtager ca. 25% som mellemmåltider?	<b>37</b>	29	34	
Er patienters gennemsnitlige proteinbehov 110-120 g/dag?	26	<b>15</b>	59	
Er patienters gennemsnitlige energibehov 8.000-9.000 kJ?	<b>71</b>	13	16	
Er bouillon godt som kost til småtspisende?	24	<b>71</b>	6	
Indeholder ymer ca. 3 g protein/100 ml?	33	<b>13</b>	54	
Indeholder Ret 1 (sygehuskost) ca. 9.000 kJ i de 3 hovedmåltider?	53	<b>17</b>	29	
Er Ret 1 et bedre valg til den småtspisende patient end Ret 2?	<b>64</b>	25	11	
Hvis en hovedret til aften ønskes ændret til flydende kost: kan det lade sig gøre til kl. 16 (uden merpris)?	<b>38</b>	32	29	
Hvis man har husket at bestille: er der 5-10 frostretter, der kan anvendes som alternativ til en hovedret?	<b>79</b>	11	9	
Var disse spørgsmål relevante?	89	7	4	

V = ved ikke. **Fed skrift** er rigtigt svar.

Team's daglige kostregistrering i quartiler  
(0-25%, 25-50%, 50-75%, 75-100%)

Blandt risikopatienter indlagt >3 dage (N = 83):

I gennemsnit 50-75% af proteinbehovet dækket

75-100% af proteinbehovet dækket: 24% af patienterne

Fase 1: Konklusioner

Retningslinier

Uddannelse:

viden, behov & planlægning, rekvirering

Menuvalg et problem, men ellers var maden ikke det store problem

- men de fik jo heller ikke noget at spise



## Fase 2: september 2000-august 2001

Retningslinier indført efter 2, 4 og 12 måneder på de 3 sygehuse

Undervisning mv, % fordeling af gns. 230 timer

	HS	NF	RH	Gns
sygeplejerske konf	6	2	6	5
læge konf	1	10	2	4
introduktionsundervisning	1	2	12	5
tema dage	4	45	4	18
supervision	80	32	40	51
etablere ernæringsgrupper	3	0	16	6
køkkenprojekt	5	10	20	12
Sum	100	100	100	100

Køkkener:

Hjemmelavede energi-proteindrikke

Mellemmåltider

Kost til småspisende

Fase 3: august 2001-marts 2002  
1013 patienter: screening ved afdelingerne

	%	
	Fase 1	Fase 3
Screenet iflg. Bilag 5 <sup>11</sup>	4	19 <sup>1)</sup>
Screenet v. eget system <sup>12</sup>	44	40
Totalt screenet <sup>13</sup>	49	60 <sup>2)</sup>
1) P<0.0001 2) P = 0.001		

<sup>11</sup> Vægt + højde + nyligt væggtab + nyligt kostindtag + sammenhæng m vurdering af sværhedgrad af sygdom.

<sup>12</sup> Vægt dokumenteret + sammenhæng m vurdering af sværhedgrad af sygdom

<sup>13</sup> % spontant screenet, dvs 'iflg. bilag 5' + 'eget system'

### Fase 3: Afdelingernes varetagelse af screenede patienter.

	Fase 1	Fase 3
Risiko-patienter i alt, N	137	180
Plan, % <sup>14</sup>	47	58
Kost registr dgl, % <sup>15</sup>	31	65 <sup>1)</sup>
Vejning × 3 ugl, % <sup>16</sup>	39	65 <sup>2)</sup>
1) P<0.001 2) P=0.002		

<sup>14</sup> Blandt risikoptt: Ja, hvis der er foretaget: skøn over behov + stillingtagen til kostform + plan for monitorering

<sup>15</sup> Blandt risikoptt: Ja hvis 3 af 5 dage i 3 af 4 uger. Hvadenten J/N til plan: afd kan gøre det rigtige uden at have en plan. Hvis pt udskrevet/død <4 dg: ingen data, idet kostreg J/N gøres op per uge. Terminale ptt ikke medregnet.

<sup>16</sup> Blandt risikoptt: J hvis vejning ≥ 2 × ugl i 3 af 4 uger. Hvis pt udskrevet/død <4 dg: ingen data, idet vejning J/N gøres op per uge. Terminal ptt ikke medregnet, ej heller 'uvejelige' ptt.

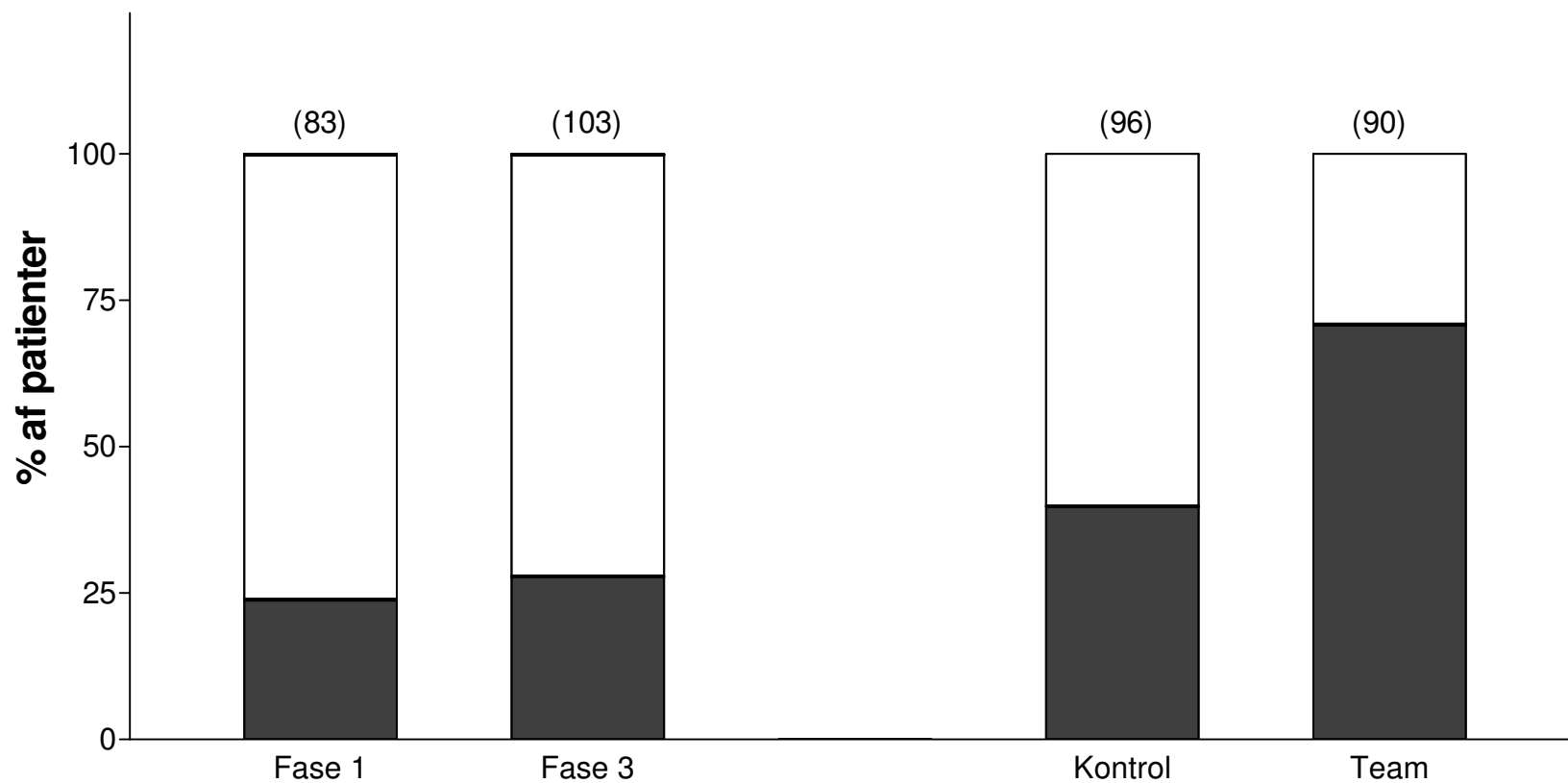
# Andel af patienter indlagt >3 dage, som fik proteinbehov dækket

**Fase 3**  
Gns. af hver uges quartil

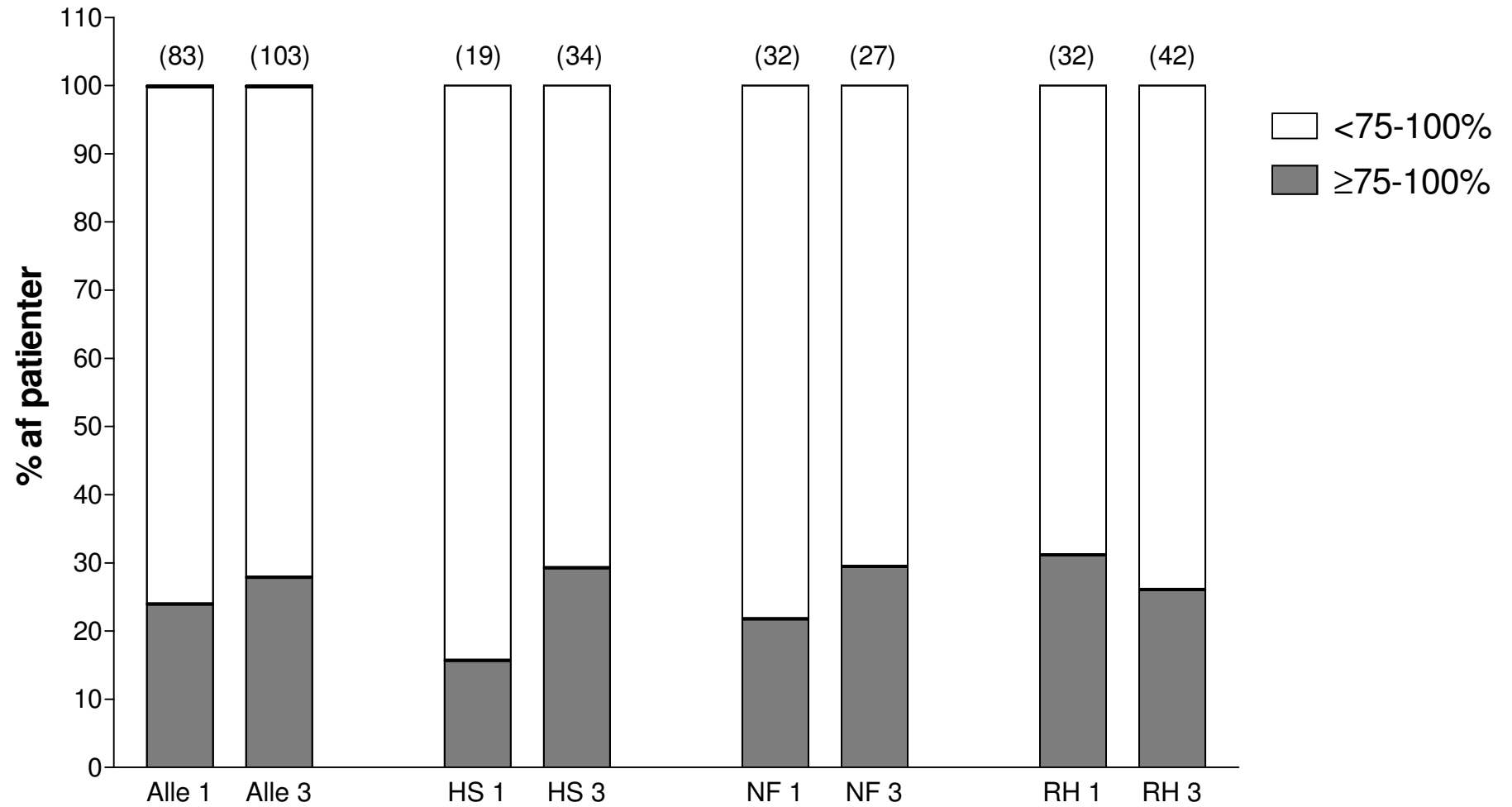
□ <75-100%  
■ ≥75-100%

**Kontrolleret us.**  
Gns. af dgl. registrering

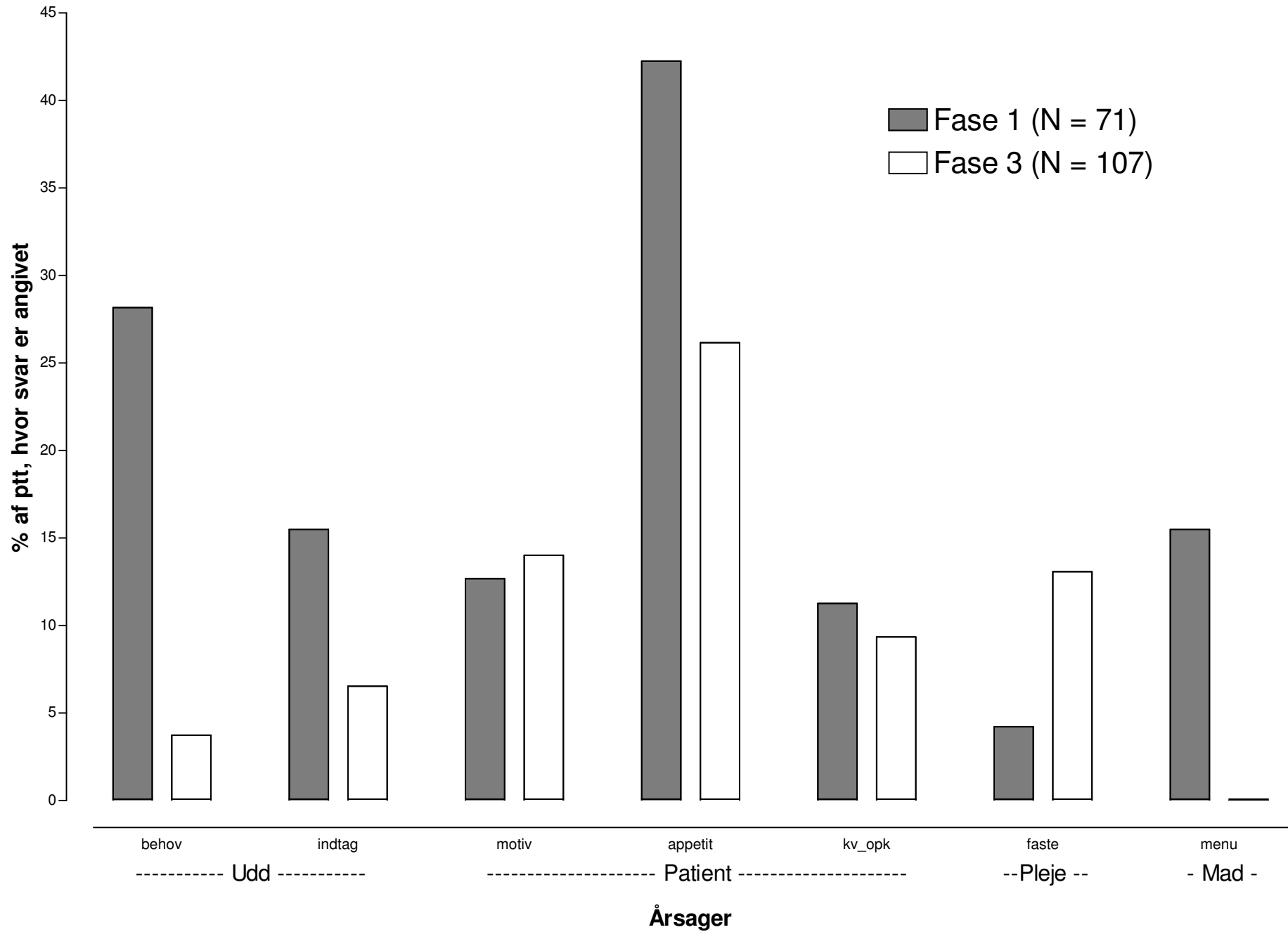
□ <75%  
■ ≥75%



### Indtag ved >3 dages indlæggelse i fase 1 og 3 Gns. af hver uges quartil (N)



# Årsager til utilstrækkeligt kostindtag



## Paratviden: 20 hurtige spørgsmål

	Fase 1 N = 268			Fase 3 N = 234		
%	J	N	V	J	N	V
Er patienters gennemsnitlige proteinbehov 110-120 g/dag?	26	<b>15</b>	59	22	<b>48</b>	29
Indeholder ymer ca. 3 g protein/100 ml?	33	<b>13</b>	54	38	<b>28</b>	35
Indeholder Ret 1 (sygehuskost) ca. 9.000 kJ i de 3 hovedmåltider?	53	<b>17</b>	29	50	<b>29</b>	21
Hvis en hovedret til aften ønskes ændret til flydende kost: kan det lade sig gøre til kl. 16 (uden merpris)?	<b>38</b>	32	29	<b>47</b>	32	21

V = ved ikke. **Fed skrift** er rigtigt svar.

Konklusioner: UPS førte til

Retningslinier

Øget viden

Større opmærksomhed:

screening

kostregistrering

vejning

Kostindtag uændret lavt med afdelingens indsats:  
patientens dårlige appetit og manglende motivation er  
hovedproblemer

Særligt uddannet sygeplejerske og diætist kan øge kostindtaget i  
forening med afdelingens øgede viden og opmærksomhed



# TAK

til

Sundhedsministeriet

Nordjyllands amt

Storstrøms amt

H:S

Sygehusledelser

og til

de ret sejge sygeplejersker og diætister, der var med

≈1000 filer til tiden!

# UPS: flow-chart

