

DNQP - 19. Netzwerk-Workshop
Expertenstandard
Ernährungsmanagement in der Pflege

Erfassung der Ernährungssituation

Screening und vertiefendes Assessment

Referentin: Maria Magdalena Schreier

Osnabrück, 24.2.2017

© Paracelsus Medizinische Privatuniversität | Institut für Pflegewissenschaft und -praxis | M.M. Schreier (2017)

Seit es bei uns organisierte Pflege gibt ...

... liegt die Verantwortung für die Ernährung
von kranken und alten Menschen
bei den Pflegenden



(Statement of the referent Schreier, M. M.; St Bartholomew's Hospital in Bristol GB, online 8.8.2013: <http://mshed.org/explore-contribute/themes/transforming/transforming-places-of-power-and-influence-education-and-welfare/st-bartholomew%27s-hospital/>)

© Paracelsus Medizinische Privatuniversität | Institut für Pflegewissenschaft und -praxis | M.M. Schreier (2017)

2

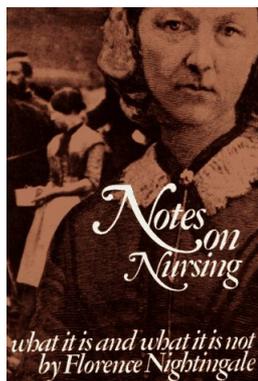
Veränderungen der Zuständigkeiten

- Mitte des 20. JH etablieren sich neue ernährungsbezogene Berufe (z.B. Hauswirtschaft, Haushaltswissenschaft, Diätassistentz)
- Die bis dahin üblichen hauswirtschaftlichen Tätigkeiten in der Pflege (z.B. Auswahl und Zubereitung der Lebensmittel, Servieren, Reinigung des Geschirrs) gehen in Zuständigkeitsbereiche anderer Professionen über
- **Zuständigkeiten der Pflege bei der Ernährung** ändern sich zwar und Einflussmöglichkeiten werden geringer – aber sie **enden nicht** !

© Paracelsus Medizinische Privatuniversität | Institut für Pflegewissenschaft und -praxis | M.M. Schreier (2017)

3

Starved in the midst of plenty



Every careful observer of the sick
will agree in this
that
THOUSANDS OF PATIENTS
ARE ANNUALLY
STARVED
IN THE MIDST OF PLENTY,
from want
of attention
to the ways
which alone make it possible for them
to take food.

(Nightingale F. Notes on nursing - What it is, and what it is not. New York, D. Appleton and Company 1860. New York: Dover Publications Inc., 1970)

© Paracelsus Medizinische Privatuniversität | Institut für Pflegewissenschaft und -praxis | M.M. Schreier (2017)

4

Prävalenz von Mangelernährung (Deutschsprachige Länder)

Krankenhaus	Stationäre Langzeitpflege	Häusliche Pflege
<ul style="list-style-type: none"> (CH) 18,2% / n=32837, 22% über 65 u. 28% über 85 jährlich (Imoberdorf et al. 2010) (A) 6% - 51% / n=16.290 (Hiesmayr et al. 2009) (D) 23% / n=1.308 (Rosenbaum et al. 2007) (D) 28% / n=1.186, 43% über 70 jährlich (Pirlich et al. 2006) 	<ul style="list-style-type: none"> (A) Von 26%^{t1(n=131)} auf 23%^{t4(n=146)} / von 21%^{t1(n=471)} auf 22%^{t3(n=454)} (Schönherr et al. 2014) (A) 6% bzw. 15,7% / n=1661 bzw. 1640 (Tannen & Lohrmann 2012) (D) 26-28% / n=2444 (Bartholomeyczik et al. 2010) (A) 16% / n=2.137 (Valentini et al. 2009) (D) 8 - 20% / n=2.393 (Tannen et al. 2008) (D) 6 - 11% / n=773 (Hesekser 2008) (D) 57% / n=114 (Norman et al. 2006) 	<ul style="list-style-type: none"> (NL) Niederlande: 35% / n=814 (LASA-Study, Schilp et al. 2012); 17,1% / n=30.000 (LPZ, Halfens et al. 2010); 24,8% / n=28211 (LPZ, Meijers et al. 2009) (S) Schweden: 14-15% / n= 576 (Johansson et al. 2008) <p><i>(Derzeit noch keine verlässliche Daten für deutschsprachige Länder, wohl ähnlich wie Schweden oder Niederlande)</i></p>

Die große Spanne der Prävalenzdaten ergibt sich aus den unterschiedlichen Screening-Methoden ! (u.a. BMI, MUST, MNA, NRS-2002)

Schönherr S, Halfens R, C. J. (2014) Mangelernährung in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen - Ergebnisse von wiederholten Querschnittstudien. Aktuelle Ernährungsmedizin 30:110-116. Tannen A, Lohrmann C (2013) Malnutrition in Austrian hospital patients. Prevalence, risk factors, nursing interventions, and quality indicators: a descriptive multicentre study. Journal of advanced nursing 69:1840-1849. Imoberdorf R, Meier R, Krebs P et al. (2010) Prevalence of undernutrition on admission to Swiss hospitals. Clinical nutrition 29:38-41. Bartholomeyczik S, et al. Prevalence of malnutrition, interventions and quality indicators in German nursing homes - first results of a nationwide pilot study. Gesundheitswesen. 2010; 72(12): p. 868-74. Halfens RGL, Meijers JMM, Du Moulin MPM, Van Nie NC, Neyers JCL, Scholtz JMG. Rapportage resultaten: Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (National Prevalence Measurement of Care Problems) Maastricht, The Netherlands: Maastricht University; 2010. Hesekser J, Pijls, J.C.J., Esser, S.J., Overwater, S., Ploegh, S., Oudejans, S., Oortman, S.J. (2008) Ernährung älterer Menschen in stationären Einrichtungen (ErnSTES-Studie). In: Deutsche Gesellschaft für Ernährung [DGE] Hrsg. - 11. Ernährungsbericht, Bonn. Meijers JMM, et al. Malnutrition prevalence in the Netherlands: results of the annual Dutch prevalence measurement of care problems. British Journal of Nutrition 2009; 101:477-484. Johansson, T/Buchholz-Lindstrom, M/Garstman, J/EK, A. C. (2008) Malnutrition in a home-living older population: prevalence, incidence and risk factors: a prospective study. J Clin Nutr. ISSN 1365-2702 Electronic, S. 1-11. Norman, K./Rechner, H./Luchs, W./Pirlich, M. (2006a) Malnutrition affects quality of life in gastroenterology patients. World J Gastroenterol. 12(21), S. 3380-3385. Pirlich, M./Schutz, T./Norman, K./Gastell, S./Lübke, H./Bischoff, S.C./Bolder, U./Friedling, T./Güldenrath, H./Hahn, K./Jouch, K.W./Schindler, K./Stein, J./Volpert, D./Weinmann, A./Werner, H./Wojt, C./Zurber, G./Beuer, P./Aachs, H. (2006b) The German hospital malnutrition study. Clin Nutr 25(4):563-572. Rosenbaum, A./Piper, S./Riemann, J. E./Schilling, D. (2007) Mangelernährung bei internistischen Patienten - eine Screeninguntersuchung von 1308 Patienten mit Verlaufsbeobachtung. Aktual Ernähr Med. 32: S. 181-184. Schip, J., et al. High prevalence of undernutrition in Dutch community-dwelling older individuals. Nutrition. 2012; 28(11-12): p. 1152-6. Tannen, A./Dassen, T./Van Nie-Visser, W./Meijers, J./Halfens, R. (2008) Mangelernährung in deutschen Pflegeheimen und Krankenhäusern - Pflegebedarf und pflegerische Versorgung. Aktual Ernähr Med. 33: S. 177-183. Valentini, L./Eggers, J./Ockenga, J./Haezel, V. K./Buhner, S./Minhalhofer-Roob, B. M./Hengstermann, S./Sims, R./Weigel, A./Norman, K./Pirlich, M./Luchs, W. (2009) Association between intestinal tight junction permeability and whole-body electrical resistance in healthy individuals: a hypothesis. Nutrition. 25(6): S. 750-754. Valentini, L., et al. The first nutritionday in nursing homes: participation may improve malnutrition awareness. Clinical nutrition. 2009; 28(2): p. 109-116. Hiesmayr, M., et al., Decreased food intake is a risk factor for mortality in hospitalized patients: the NutritionDay survey 2006. Clinical nutrition. 2009; 28(5): p. 484-91.

© Paracelsus Medizinische Privatuniversität | Institut für Pflegewissenschaft und -praxis | M.M. Schreier (2017)

5

Definition Mangelernährung (Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin 2003)

Unter Mangelernährung versteht man ein anhaltendes Defizit an Energie und/oder Nährstoffen im Sinne einer negativen Bilanz zwischen Aufnahme und Bedarf mit Konsequenzen und Einbußen für Ernährungszustand, physiologische Funktionen und Gesundheitszustand.

© Paracelsus Medizinische Privatuniversität | Institut für Pflegewissenschaft und -praxis | M.M. Schreier (2017)

6

Ursachen/Risiken für eine Mangelernährung

- Somatische akute und chronische Erkrankungen (z. B. Infektion, Krebs, Diabetes Mellitus, Hyperthyreose, Stoffwechsellstörungen)
- Psychische Erkrankungen (z. B. Depressionen, paranoide oder bipolare Erkrankungen, Demenz)
- Neurologische Erkrankungen (z. B. Chorea Huntington, Apoplex, Dysphagie)
- **Invasive Eingriffe (z. B. größere Operationen, invasive Diagnostik, Dialyse)**
- **Intensivmedizinische Behandlung (z. B. Polytrauma, Sepsis, multiples Organversagen, Transplantation)**
- Multiple Medikamenteneinnahme
- Schmerzen
- Erhöhter Energiebedarf (z. B. Infektionen, Fieber, Mobilisation, Bewegungsdrang, Verlust von Energie und Nährstoffen durch übermäßiges Schwitzen, Erbrechen, Diarrhö, Blutung, Wundexsudation)
- Schlechter Mund- und Zahnstatus
- Beeinträchtigte körperliche Mobilität, Immobilität
- Funktionale Einschränkungen, Einschränkungen der Sinnesorgane
- Mangelndes Wissen über bzw. Interesse an angemessener Ernährung
- Alter, soziale Isolation

© Paracelsus Medizinische Privatuniversität | Institut für Pflegewissenschaft und -praxis | M.M. Schreier (2017)

7

Folgen einer Mangelernährung

Je nach Ausmaß und Schweregrad:

- » Verlängerte Rekonvaleszenz, Komplikationen beim Heilungsverlauf
- » Infektanfälligkeit, Wundheilungsstörungen, Haut-/Schleimhautdefekte
- » Verstärken von psychischen Erkrankungen, kognitiven Beeinträchtigungen
- » Beschleunigung von altersphysiologischen Veränderungen
- » Müdigkeit, allgemeine Leistungsminderung
- » etc.

➔ **Zunahme des Morbiditäts- und Mortalitätsrisikos**

© Paracelsus Medizinische Privatuniversität | Institut für Pflegewissenschaft und -praxis | M.M. Schreier (2017)

8

Ernährungssituation erfassen

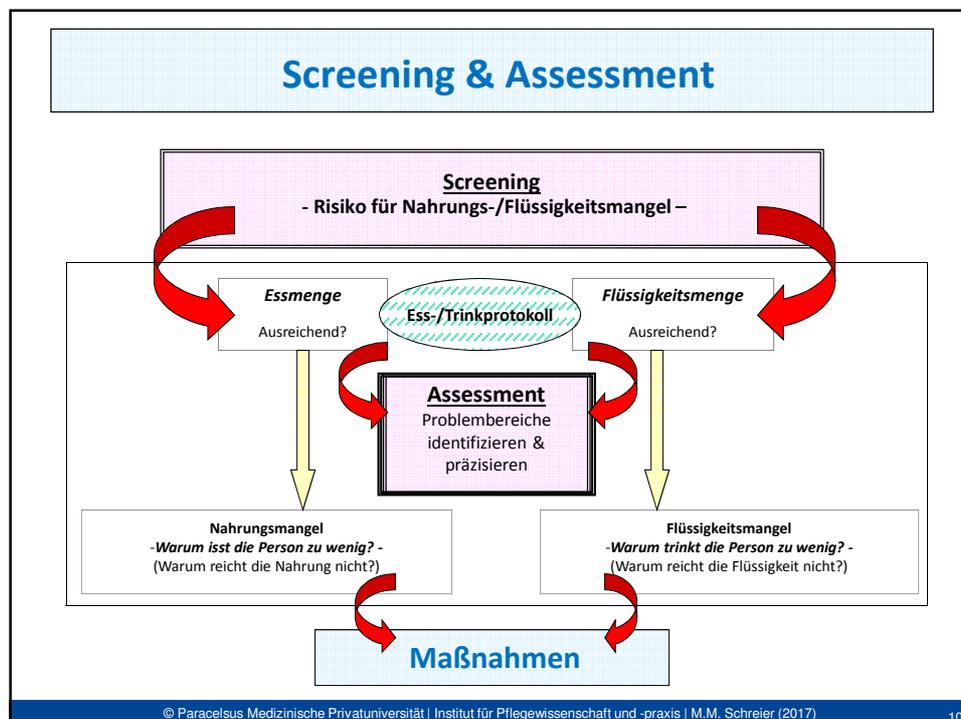
Für den Unterstützungsprozess bedeutsame Fragen

- » Gibt es Risiken bzw. Anzeichen für Mangelernährung?
- » Welche Verhaltensweisen sind zu beobachten, die sich ungünstig auf die Ernährung auswirken können?
- » Was genau verbirgt sich hinter dem (Ess-)Verhalten?

Systematische Erfassung von Risiken bzw. Anzeichen für Mangelernährung

- » Screening (Risikoerschätzung) (z. B. NRS-2002 Kondrup et al. 2003; PEMU Schreier et. al. 2009)
- » Vertiefendes Assessment (Ursachenerfassung) (PEMU Schreier et. al. 2009)

© Paracelsus Medizinische Privatuniversität | Institut für Pflegewissenschaft und -praxis | M.M. Schreier (2017)



10

Erfassung und Einschätzung der Ernährungssituation

(Jeweils bezogen auf Speisen und Getränke)

Erster Schritt: Risikoerfassung (Screening)

- Zeichen für Mangel
- Auffällige Konsummengen
- Erhöhter Bedarf



Zweiter Schritt:

Tiefer gehendes Assessment (Handlungsleitende Informationen)

- Körperliche, kognitive Erkrankungen und Beeinträchtigungen
- Besondere psychische Belastungen
- Nebenwirkungen von Medikamenten
- Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme
- Soziale, kulturelle, religiöse Aspekte, Gewohnheiten
- Umgebungsfaktoren und Mahlzeitengestaltung
- Angebot an Speisen und Getränken
- Erhöhter Energie-/Nährstoffbedarf

© Paracelsus Medizinische Privatuniversität | Institut für Pflegewissenschaft und -praxis | M.M. Schreier (2017)

11

Grenzen von anthropometrischen Erfassungsmethoden

Achtung!

Wünschenswerter BMI oder Gewichtsverlauf kann über Mangelernährung hinwegtäuschen!

(Zu viel Wasser oder Fett bei gleichzeitigem Mangel an Mikro- und Makro-Nährstoffen)

Übliche Methoden: BMI (Body-Mass-Index) - BIA (Bioelektrische Impedanz-Analyse) - Hautfalten-, Oberarmumfang-, Wadenumfangmessung

→ In Studien zu anthropometrischen Methoden zu wenig/nicht berücksichtigt

Altersbedingte Veränderung der Körperzusammensetzung, Unterschiede bei kleinen, großen, dicken, dünnen Menschen, anthropologische Besonderheiten, Variationen ethnischer Gruppen

→ Mögliche pathologische Störvariablen

Ödeme (Herz-, Nierenerkrankungen), übermäßige hohe oder niedrige Fettanteile (z. B. endokrinologische Erkrankungen), Sarkopenie, extreme körperliche Deformitäten (z. B. Skoliose, verkürzte oder fehlende Gliedmaßen)

→ Kniehöhe für die Körpergrößenbestimmung

bei alten Menschen ungeeignet, Wirbelsäulenverkleinerung wird nicht berücksichtigt

© Paracelsus Medizinische Privatuniversität | Institut für Pflegewissenschaft und -praxis | M.M. Schreier (2017)

12

<p>Bedarfsdeckende Ernährung</p> <p>- sicherstellen -</p>   	<p>Bedürfnisorientierte Ernährung</p> <p>- ermöglichen -</p>  
--	--

© Paracelsus Medizinische Privatuniversität | Institut für Pflegewissenschaft und -praxis | M.M. Schreier (2017) 13

Vielen Dank!



© Paracelsus Medizinische Privatuniversität | Institut für Pflegewissenschaft und -praxis | M.M. Schreier (2017) 14