

# Mangelernährung von PatientInnen der Gerontotraumatologie: Das Innovationsprojekt zur integrierten Versorgung!

Prof. Dr. Maria Müller Staub, Leiterin Pflegeentwicklung und QM  
Dr. med. Michael Dietrich, Chefarzt Traumatologie / Orthopädie  
Dr. med. Sacha Beck, Leitender Arzt Universitäre Klinik für Akutgeriatrie  
Susanne Frei, Leiterin Pflege Chirurgie

Silvia Grob MScN, Pflegeexpertin APN  
Monica Rechsteiner BSc, Leiterin Ernährungsberatung  
Carmen Rosenberger, Ernährungsberaterin  
Nicole Langenegger, Ernährungsberaterin

## Problem & Fragestellung

Bei Eintritt weisen bereits 7 bis 30% der PatientInnen eine Mangelernährung auf. Erfahrungsgemäss beachten Ärztinnen/Ärzte und Pflegende den Ernährungszustand zu wenig (1-4). Die AutorInnen gehen davon aus, dass zu viele Personen am Versorgungsprozess beteiligt sind und dieser unterbrochen wird.

Ziel dieses Qualitätssicherungsprojekts war, den interprofessionellen Prozess der Patientenernährung und den Ernährungszustand zu untersuchen, um Verbesserungen abzuleiten. Weiter hoffen wir, dadurch zur Senkung von Kosten sowie Morbiditäts- und Mortalitätsraten beizutragen.

Von 2016 bis 2017 wurden folgende Forschungsfragen beantwortet:

1. Wie gestaltet sich der Essensprozess betagter Trauma-PatientInnen und wie erleben sie ihn?
2. Wie gross ist der Kalorien- und Proteindeckungsgrad betagter Trauma-PatientInnen gemessen mit international definierten, nutritionsbezogenen Variablen?

## Resultate

- Der Ernährungsprozess besteht aus 14 Schritten mit Beteiligung 6 verschiedener Fachpersonengruppen.
- Die dipl. Pflegefachperson hat die Verantwortung über 11 dieser Schritte.
- Bei 9 von 14 Schritten besteht Handlungsbedarf: so bei Assessment, Vorbereitung zur Essenseinnahme, Unterstützung der PatientInnen beim Essen sowie bei der Kontrolle und Dokumentation der Essensmenge.
- Die Mehrheit der 9 Pflegediagnosen Malnutrition zeigten Inkonsistenzen auf.
- Die Datentriangulation ergab 4 Handlungsfelder (Abbildung 1).
- Die 330 PatientInnen, davon 145 mit Femur- und 67 mit Humerusfraktur, wiesen einen durchschnittlichen BMI von 24.4 bei einem Altersdurchschnitt von 87.7 Jahren auf. Ein Drittel der PatientInnen war 90-jährig und älter. Die Bedarfsdeckung betrug rund 33 bis 57% und ist im Säulendiagramm dargestellt (Abbildung 2).

## Methode

Es wurde ein Mixed Methods Design mit Datentriangulation gewählt, um die Forschungsfragen anhand qualitativer und quantitativer Ergebnisse zu beantworten: Mit N=9 nicht-teilnehmenden Beobachtungen und Leitfaden gestützten Patienteninterviews wurden der Ernährungsprozess und das Erleben der Betroffenen nach Mayring ausgewertet. Ergänzend dazu wurde die Patientendokumentation mithilfe des Messinstruments Q-DIO analysiert (5).

Gültigkeit und Glaubwürdigkeit wurden anhand zweier Fokusgruppen-Interviews ( $N_1=7$ ,  $N_2=8$ ) mit Vertretenden der Traumatologie, Pflege, Ernährungsberatung und Küche sichergestellt.

Der Ernährungszustand wurde mittels Body Mass Index, Nutrition Risk Screening sowie Berechnung des Bedarfs gemäss Harris-Benedict Formel (HB), kcal/kg KG, Protein/kg KG und Essprotokollen quantitativ ausgewertet. Sample: Eingeschlossen wurden N=330 PatientInnen mit Alter  $\geq 80$ , bei denen während 5 Tagen ein vollständiges Essprotokoll vorlag.

Abbildung 1: Handlungsfelder: Kultur & Haltung, Verantwortung, Hygiene und Information

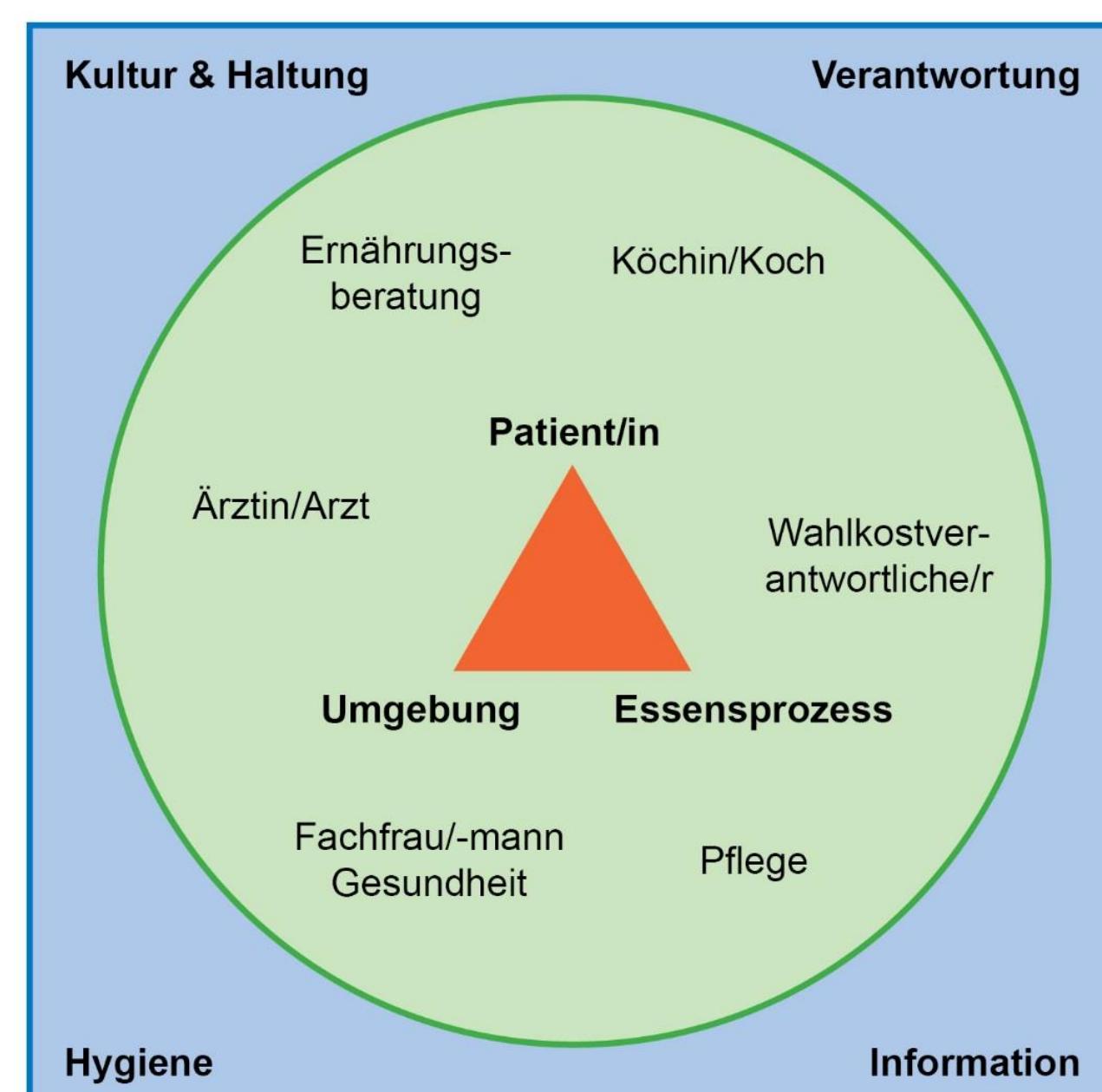
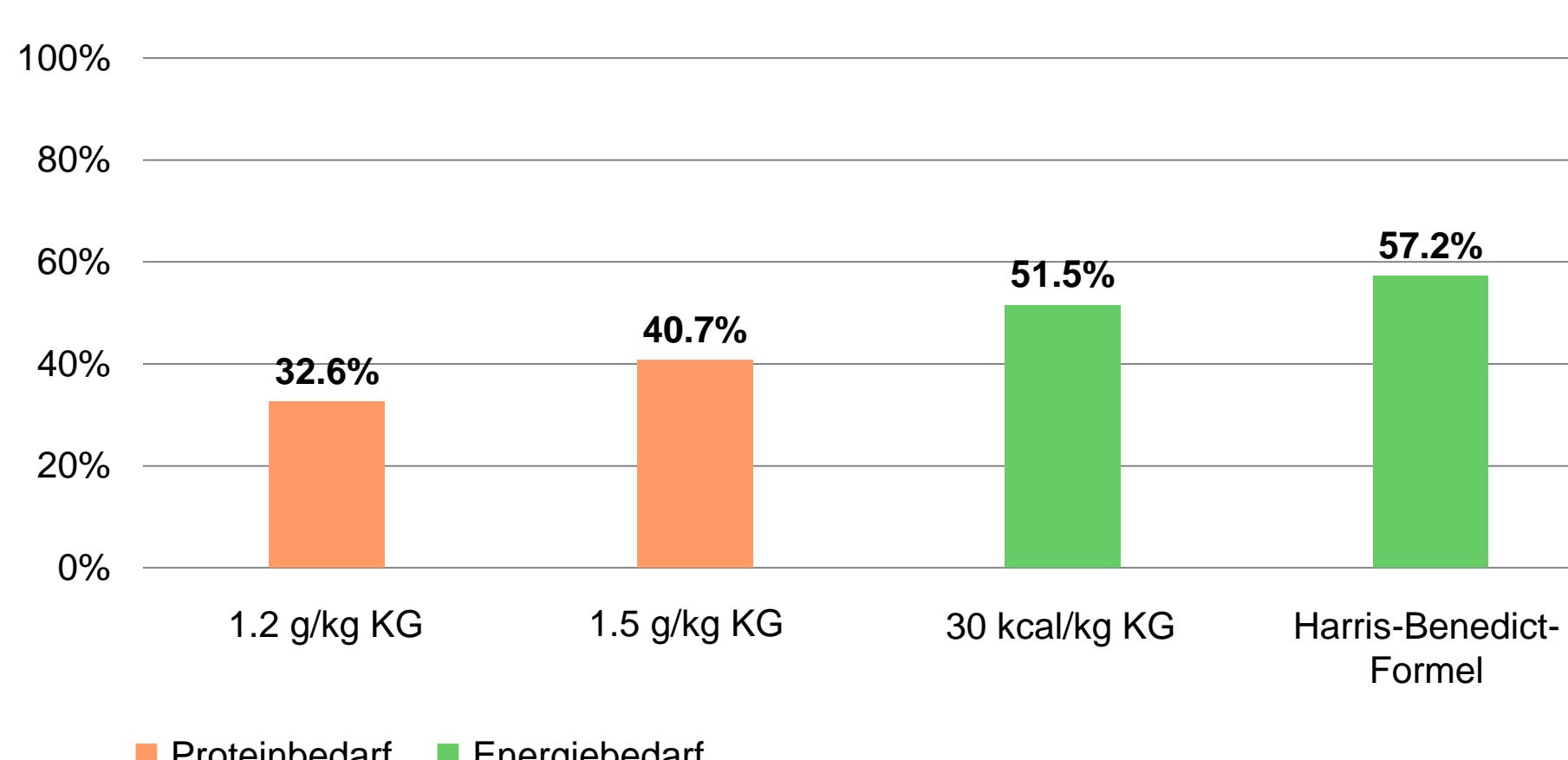


Abbildung 2: Erfüllungsgrad der Protein- und Energie-Bedarfsdeckung



## Diskussion & Schlussfolgerung

- Die Annahme, dass der Ernährungsprozess auf zu viele Personen verteilt und der Informationsfluss unterbrochen wird, bestätigte sich.
- Die Studie zeigt, dass die Bedarfsabdeckung bei weitem nicht erreicht wird.
- Dies ist das erste Projekt zum interprofessionellen Prozess Patientenernährung mit Einbezug von PatientInnen und ihrem Erleben.
- Es dient als Basis für Projekte zur Verbesserung in der Zusammenarbeit und zum Ernährungszustand der PatientInnen.

## Referenzen

1. Bannerman E., et al. (2016). Dietary intakes in geriatric orthopaedic rehabilitation patients: Need to look at food consumption not just provision. Clin. Nutr. 35(4):892-9
2. Bunn D K. et al. (2016) Effectiveness of interventions to indirectly support food and drink intake in people with dementia: Eating and Drinking Well IN dementia (EDWINA) systematic review. BMC Geriatrics 16:89
3. Haldemann-Jenni E., Fierz K., Frei I A., (2016). Wollen und nicht können. Malnutritionsmanagement in medizinischen Kliniken eines schweizerischen Zentrumsspitals: Erleben und Sichtweisen von PatientInnen. Pflege, 29(3), 115–123
4. Müller F S, et al., (2017). Impaired nutritional status in geriatric trauma patients. Eur J Clin Nutr.
5. Müller-Staub M., et al., (2010). [Psychometric properties of Q-DIO, an instrument to measure the quality of documented nursing diagnoses, interventions and outcomes]. Pflege, 23(2), 119-128.