



## ERNÆRINGSSCREENING AF BORGERE I HJEMMEPLEJEN/HJEMMESYGEPLEJEN

Københavns Kommune  
Februar 2019

# INDHOLD

1.0	Introduktion	2
2.0	Baggrund og formål	2
3.0	Sammenfatning af resultater	2
4.0	Metode	3
4.1	Datagrundlag	3
4.1.1	Udvælgelseskriterier	3
4.1.2	Hjemmeplejens gennemgang af den ideelle stikprøve	4
4.1.3	Invitation til deltagelse	4
4.1.4	Faktisk stikprøve	4
4.2	Screeningsværktøj	5
4.2.1	Primær screening	5
4.2.2	Sekundær screening	6
4.2.3	Ernæringscreeningsresultatet	6
4.3	Opgaveløsning	6
4.4	Afrapportering	7
5.0	Resultater	8
5.1	Hovedresultat for ernæringscreening	8
5.2	Køn	9
5.3	Alder	10
5.4	Utilsigtet Vægttab	11
5.5	Appetit	11
5.6	Plejebehov	12
5.7	Ernæringsindsats	12
5.8	BMI	12
6.0	Perspektivering	14
7.0	Bilag	15

# INTRODUKTION

Denne rapport er udarbejdet på baggrund af 260 ernæringscreeninger blandt borgere i Københavns Kommune, som modtager hjemmepleje eller hjemmesygepleje.

Indledningsvist præsenteres baggrunden for undersøgelsen og formålet med denne samt en kort sammenfatning af undersøgelsens hovedresultater. Efterfølgende beskrives de metoder, der er anvendt i undersøgelsen. Herefter gennemgås undersøgelsens resultater og enkelte markante forskelle i Københavns Kommunes fem lokalområder.

## BAGGRUND OG FORMÅL

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i Københavns Kommune (SUF) ønsker at skabe et overblik over, hvor mange københavnske borgere over 65 år, som er i risiko for underernæring. I den forbindelse har SUF bedt BDO om at udføre en undersøgelse af ernæringstilstanden blandt borgere, som er tilknyttet Københavns Kommunes hjemmepleje/hjemmesygepleje.

## SAMMENFATNING AF RESULTATER

BDO har ernæringscreenet 260 borgere i Københavns Kommune, som modtager hjemmepleje eller hjemmesygepleje.

Den samlede fordeling af ernæringsscreeningsresultater viser, at 19 % af borgerne er i risiko for underernæring, mens 17 % er i høj risiko for underernæring, da de har en af de fire mest kendte årsager til underernæring: Tygge- eller synkebesvær, behov for hjælp til at spise, akut sygdom eller akut forværring af kronisk sygdom. Ifølge screeningsresultatet er 64 % af borgerne ikke i risiko for underernæring.

I forhold til SUF's anvendte grænseværdier for overvægt er 13 % af borgerne i undersøgelsen overvægtige og uden risiko for underernæring.

Ernæringsscreeningsresultaterne viser, at mændene har en større risiko for underernæring, idet 41 % er screenet til at være i risiko eller høj risiko, hvilket gør sig gældende for 33 % af de screenede kvinder.

Resultaterne fra undersøgelsen viser ikke, at alder har betydning for borgernes ernæringstilstand.

Knap hver femte borger har oplevet utilsigtet vægttab inden for de seneste tre måneder. Vægttab er en vigtig indikator for borgers risiko for underernæring. Hver sjette borger har levnet på tallerkenen inden for den seneste uge som et tegn på appetittab.

Der ses en sammenhæng imellem plejebestand og risiko for underernæring. Således er 45 % af borgere med mellem plejebestand i risiko eller høj risiko for underernæring, og tilsvarende er 45 % af borgere med stort plejebestand i risiko eller høj risiko for underernæring. Andelen af borgere i høj risiko for underernæring er større i gruppen med stort plejebestand end i gruppen med mellem plejebestand. For borgere med lille plejebestand er 33 % i risiko eller høj risiko for underernæring.

I SUF findes en ydelse for ernæringsindsats i hjemmeplejen. Ud af de 260 borgere, der er ernæringsscreenet, har en enkelt borger ernæringsindsats.

I undersøgelsen fremkommer enkelte markante forskelle imellem de fem lokalområder. Den højeste andel af borgere, som er i risiko eller høj risiko for underernæring, findes i Vanløse/Brønshøj-Husum med 46 %. Det samlede gennemsnit i undersøgelsen udgør 36 %.

Der er markant forskel på mænd og kvinder, hvad angår risikoen for underernæring på Amager og i Vanløse/Brønshøj-Husum, idet der er væsentlig flere mænd end kvinder, som er i risiko eller høj risiko for underernæring i disse to lokalområder.

# METODE

## 4.1 DATAGRUNDLAG

Afdeling for Data og Analyse i SUF har defineret og udtrukket de borgere, som er blevet spurgt, om de vil indgå i undersøgelsen for at sikre, at datagrundlaget er repræsentativt for de ældre borgere i Københavns Kommune, som modtager hjemmepleje/hjemmesygepleje. Afdeling for Data og Analyse har vurderet, at en stikprøve på 260 borgere vil give et datagrundlag, der afspejler den generelle ernæringstilstand for borgere over 65 år med tilknytning til hjemmeplejen/hjemmesygeplejen i Københavns Kommune.

### 4.1.1 Udvalgelseskriterier

SUF har udarbejdet fordelingsnøgle for variablerne *alder*, *køn* og *plejebehov*. Der er udtrukket 610 borgere i alt for at opnå, at 260 borgere, fordelt med 52 borgere i hvert lokalområde, kunne ernæringsscreenes. Kategorierne fremgår af nedenstående tabel 1. De fem lokalområder er Amager (AMA), Bispebjerg-Nørrebro (BIN), Indre by-Østerbro (IBØ), Vanløse/Brønshøj-Husum (VBH) og Vesterbro/Kgs. Enghave/Valby (VKV).

Alder	Køn	Plejebehov
<ul style="list-style-type: none"> <li>65-75 år</li> <li>76-85 år</li> <li>Over 86 år</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mænd</li> <li>Kvinder</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lille: modtager ikke personlig pleje.</li> <li>Mellem: tungeste personlig plejeblok er mellemblok</li> <li>Stort: tungeste personlig plejeblok er stor eller maxiblok.</li> </ul>

Tabel 1 Udvalgelseskriterier

I tabel 2, 3 og 4 fremgår fordelingen af henholdsvis alder, køn og plejebehov i SUF's ideelle stikprøve.

Aldersfordeling Procent	65-75 år	76-85 år	86+ år	Samlet
Ideel stikprøve	33%	40%	28%	100%

Tabel 2 Aldersfordeling i den ideelle stikprøve

Kønsfordeling Procent	Kvinder	Mænd	Samlet
Ideel stikprøve	64%	36%	100%

Tabel 3 Kønsfordeling i den ideelle stikprøve

Plejebehov Procent	Lille	Mellem	Stort	Samlet
Ideel stikprøve	65%	27%	8%	100%

Tabel 4 Fordeling af plejebehov i den ideelle stikprøve

#### 4.1.2 Hjemmeplejens gennemgang af den ideelle stikprøve

Efter udtræk af den ideelle stikprøve har hjemmeplejen i hvert lokalområde vurderet, hvorvidt en eller flere borgere burde udgå af undersøgelsen. Dette var tilfældet, hvis borger fx var afgået ved døden eller meget psykisk sårbar. Samtidig blev udpeget særlige opmærksomhedspunkter som fx, at en borger ikke selv kan åbne døren eller har behov for hjemmeplejens tilstedeværelse i forbindelse med ernærings-screeningen.

#### 4.1.3 Invitation til deltagelse

Borgerne blev inviteret til at deltage i undersøgelsen via brev. I alt er der udsendt brev til 569 borgere. BDO har haft telefonisk kontakt til 490 borgere, hvoraf 267 borgere ønskede at deltage. BDO havde for-gæves gang hos syv borgere.

#### 4.1.4 Faktisk stikprøve

Den faktiske stikprøve udgøres af 260 borgere. Heraf er 24 screeninger foretaget telefonisk.

I tabel 5, 6 og 7 fremgår fordelingen af henholdsvis alder, køn og plejebenhov i den faktiske stikprøve.

Aldersfordeling Procent	65-75 år	76-85 år	86+ år	Samlet
Faktisk stikprøve	25%	43%	32%	100%

Tabel 5 Aldersfordeling i den faktiske stikprøve

Kønsfordeling Procent	Kvinder	Mænd	Samlet
Faktisk stikprøve	67%	33%	100%

Tabel 6 Kønsfordeling i den faktiske stikprøve

Plejebenhov Procent	Lille	Mellem	Stort	Samlet
Faktisk stikprøve	75%	20%	4%	100%

Tabel 7 Fordeling af plejebenhov i den faktiske stikprøve

I forhold til fordelingen i den ideelle stikprøve ses, at den faktiske stikprøve afviger i aldersfordelingen, særligt hvad angår den yngste og ældste aldersgruppe. Den faktiske stikprøve har færre 65-75-årige og flere 86+årige, og dermed er borgerne samlet set ældre end i den ideelle stikprøve. Den mulige betydning af dette beskrives i resultatafsnittet.

Vedrørende køn ses ikke store forskelle imellem den ideelle stikprøve og den faktiske stikprøve.

Den faktiske stikprøve indeholder flere borgere med lille plejebenhov og færre borgere med mellem og stort plejebenhov end i den ideelle stikprøve. Den mulige betydning af dette beskrives i resultatafsnittet.

Aldersgrupper fordelt på lokalområder fremgår af tabel 10 i bilag.

Køn fordelt på lokalområder fremgår af tabel 11 i bilag.

Plejebenhov fordelt på lokalområder fremgår af tabel 12 i bilag.

## 4.2 SCREENINGSVÆRKTØJ

Ernæringscreeningerne er foretaget med SUF's ernæringscreeningsskema (bilag). Skemaet er udarbejdet til medarbejdere i SUF med tilhørende handleanvisninger til ernæringscreeningens resultater (ej vedlagt). Disse betegnes "instrukser", og er inddelt i fire farver. I det følgende beskrives resultatet af ernæringscreeningen med den farve, der indikerer graden af risiko.

Screeningsværktøjet består af en primær og sekundær screening. Den primære screening identificerer, hvorvidt borger er i risiko for underernæring eller ej. Ved den primære screening vurderes det desuden, om borger, som ikke er i risiko for underernæring, er overvægtig. Hvis den primære screening viser, at borger er i risiko for underernæring, foretages den sekundære screening, som afdækker, hvorvidt borger er i høj risiko for underernæring.

BDO har udarbejdet en elektronisk version af screeningsværktøjet og anvendt dette i samtlige ernæringscreeninger.

### 4.2.1 Primær screening

Den primære screening består af seks spørgsmål, der afdækker, hvad og hvor meget borgeren spiser, samt om borgeren har levnet på tallerkenen inden for den seneste uge. Borger vejes, og et eventuelt utilsigtet vægttab inden for de seneste tre måneder angives. Borgers højde noteres som den højde, der ifølge borger, er angivet i borgers pas. Hvis borger ikke kan angive dette, måles borgers højde i forbindelse med screeningen.

#### BMI

Body Mass Index (BMI) beregnes og anvendes i ernæringscreeningsværktøjet til at identificere, om borger er overvægtig.

**Body Mass Index**

BMI (Body Mass Index) er et mål for, hvor meget man vejer i forhold til sin højde. Du kan beregne dit BMI ved at tage din vægt i kg og dividere med din højde i meter gange højde i meter. BMI er en rettesnor for, hvor sund vægten er.

Kilde: <https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/overvaegt>

$$\text{BMI (kg/m}^2\text{)} = \frac{\text{Vægt(kg)}}{\text{Højde(m)} \cdot \text{Højde(m)}}$$

I ernæringscreeningsværktøjet er BMI > 29 udtryk for overvægt. BMI anvendes i dette værktøj ikke til at identificere undervægt.

Hvis borgers svar indikerer en problemstilling inden for en af de angivne kategorier, registreres dette som et "OBS".

Den samlede primære screening angiver borgers risiko, og dermed hvilket tilhørende resultat borger tildeles:

Grøn	Ingen OBS i ernæringskema og intet utilsigtet vægttab
Gul	Minimum et OBS i ernæringskema og/eller utilsigtet vægttab
Blå	Ingen OBS i ernæringskema eller utilsigtet vægttab og BMI > 29

Tabel 8 Ernæringscreeningsresultater grøn, gul og blå

#### 4.2.2 Sekundær screening

Den sekundære screening foretages for borgere, som er tildelt gult resultat. Her foretages en risikovurdering af, om borger har en eller flere af de fire primære årsager til dårlig ernæringstilstand: Tygge- eller synkebesvær, behov for hjælp til at spise, akut sygdom eller akut forværring af kronisk sygdom. Hvis det er tilfældet, tildeles borger rødt resultat, der angiver, at borger er i høj risiko for underernæring.

Rød	Der er OBS i ernæringskema og/eller utilsigtet vægttab og mindst ét ja i risikovurdering
-----	--

Tabel 9 Ernæringscreeningsresultat rød

#### 4.2.3 Ernæringscreeningsresultatet

Borgerne vurderes individuelt inden tildeling af det endelige resultat. Det kan under ernæringscreeningen forekomme, at en borger ved primær screening tildeles et resultat, der ved en faglig vurdering ikke er korrekt. Som eksempel kan nævnes borgere, som kun spiser lidt eller intet brød, men som kompenserer ved at spise andre typer fødevarer, og derved ikke er i risiko for underernæring. I et sådan tilfælde korrigeres fra gult til grønt resultat.

BDO har efter aftale med SUF korrigeret screeningsresultater, når dette ud fra en faglig vurdering er skønnet relevant.

## 4.3 OPGADELØSNING

BDO har udsendt invitation på vegne af SUF til borgere om at deltage i undersøgelsen. BDO har herefter kontaktet borgerne telefonisk med henblik på afklaring af, om borger ønskede at deltage samt aftale om besøg hjemme hos borger.

Borgerne, som indgår i den faktiske stikprøve, er blevet ernæringscreenet i deres hjem i perioden 26. november 2018 til 30. januar 2019. En mindre andel er screenet via telefon.

Medarbejdere fra BDO har planlagt ruterne. Der har været aftale mellem BDO og SUF om, at hjemmeplejen kunne bistå i forbindelse med ernæringscreeningen, hvis dette blev nødvendigt. Dette har ikke været tilfældet. I nogle tilfælde har pårørende eller tilstedeværende medarbejdere fra hjemmeplejen deltaget i forbindelse med screeningen.

Ernæringscreeningerne er foretaget af konsulenter fra BDO med ernærings- eller sundhedsfaglig baggrund og med erfaring i interview af målgruppen.

## 4.4 AFRAPPORTERING

BDO har løbende leveret screeningsresultater til SUF med henblik på at give SUF mulighed for at følge op på borgere i risiko for underernæring. Hovedresultater for hele undersøgelsen afrapporteres i denne rapport. Enkelte resultater specifikt for de fem lokalområder fremgår af rapportens bilag.

---



# RESULTATER

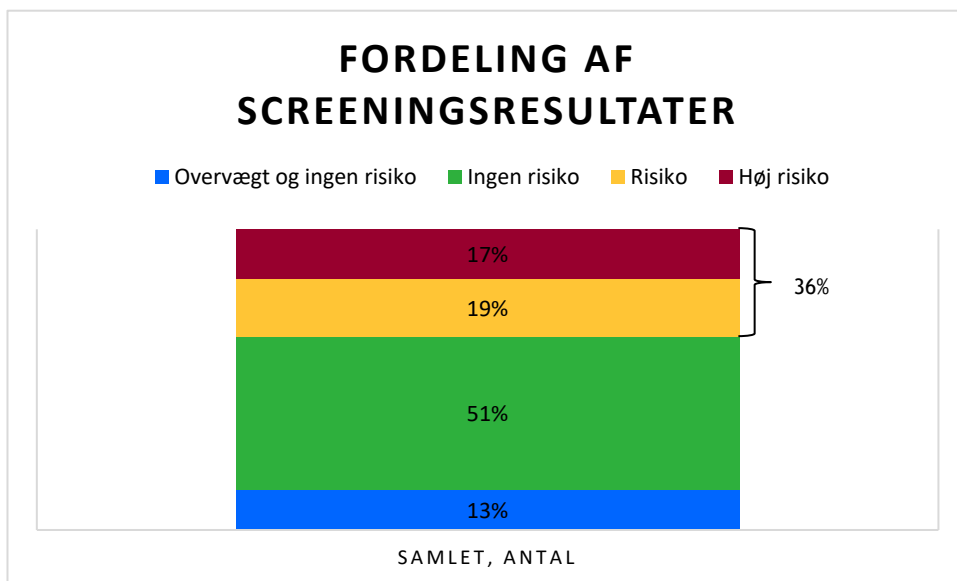
## 5.1 HOVEDRESULTAT FOR ERNÆRINGSSCREENING

Den samlede fordeling af screeningsresultater for 260 borgere fremgår af figur 1 nedenfor.

19 % af borgerne er screenet til gult resultat, hvilket betyder, at borgerne ifølge ernæringscreeningen er i risiko for underernæring. 17 % af borgerne er screenet til rødt resultat. Dette indikerer, at borgerne er i høj risiko for underernæring og har mindst en af de fire mest kendte årsager til underernæring. Det betyder samlet set, at 36 % af borgerne kan have behov for hjælp til at sikre optimal ernæring og derved forebygge følgevirkninger af underernæring.

Der er 51 % af borgerne, som har opnået grønt resultat, hvilket indikerer, at disse borgere ikke er i risiko for underernæring. Hertil kommer, at 13 % af borgerne er screenet til blått resultat. Dette betyder, at borgerne ikke er i risiko for underernæring og har en BMI > 29.

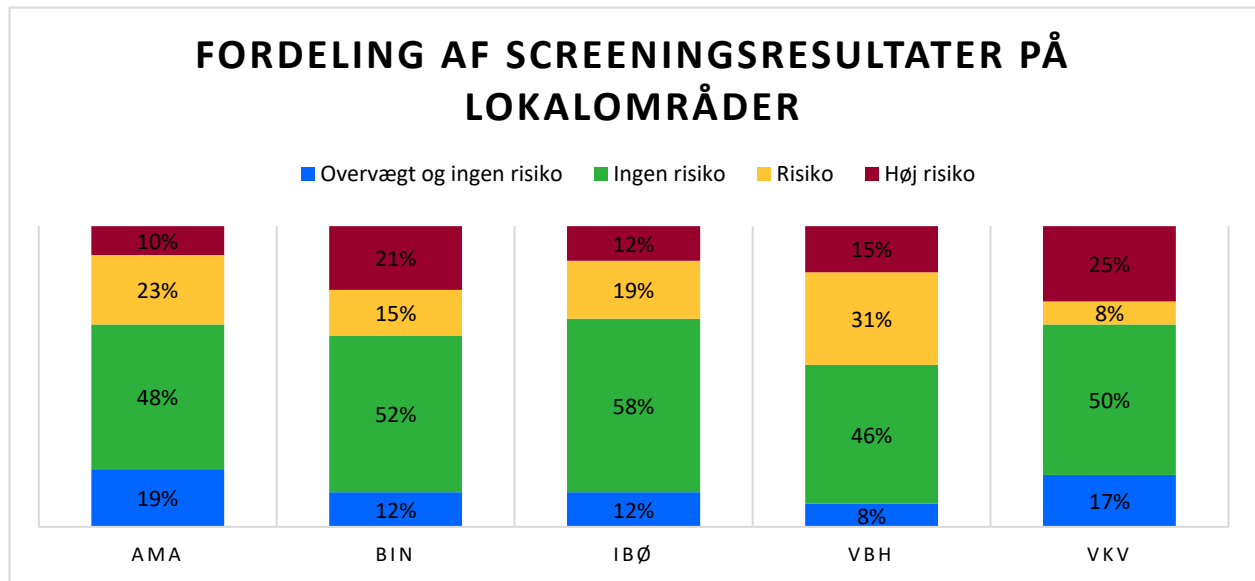
Samlet set viser screeningen således, at 64 % af borgerne *ikke* er i risiko for underernæring.



Figur 1 Fordeling af screeningsresultater

I forhold til screeningsresultater i de fem lokalområder fremgår det af figur 2 nedenfor, at der er forskelle i screeningsresultaterne lokalområderne imellem.

Mest markant er forskellen på borgere screenet til rødt eller gult resultat samlet. Resultaterne er: IBØ 31 %, AMA 33 %, VKV 33 %, BIN 36 % og VBH 46 %. Der ses således en betydelig forskel i forekomsten af gult og rødt resultat samlet imellem VBH og de øvrige lokalområder. IBØ har den højeste andel af borgere med grønt resultat på 58 %.

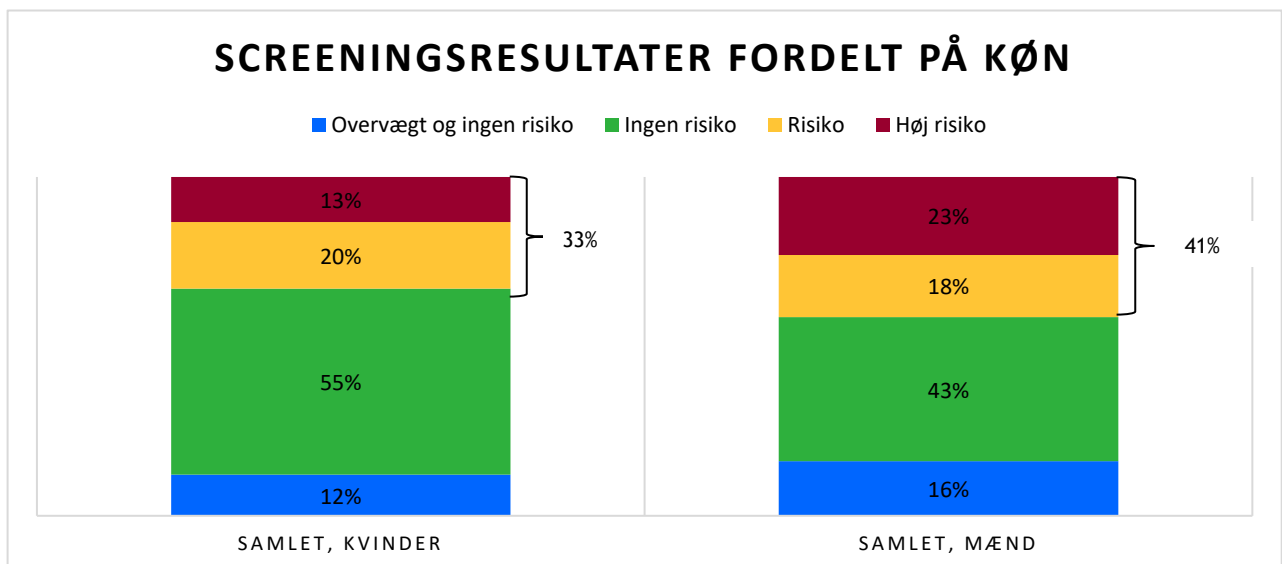


Figur 2 Fordeling af screeningsresultater på lokalområder

## 5.2 KØN

Figur 3 nedenfor viser, hvordan screeningen fordeler sig på køn. Det fremgår, at 33 % af kvinderne er screenet enten gul eller rød, mens dette gør sig gældende for 41 % af mændene. Resultatet viser, at 23 % af mændene har mindst én af de fire primære årsager til dårlig ernæringstilstand. Tilsvarende gælder for 13 % af kvinderne.

Andelen af mænd, som ifølge ernæringscreeningen ikke udviser tegn på risiko for underernæring, og er screenet til grønt resultat (43 %), er markant lavere end hos kvinderne (55 %). Det fremgår desuden af figuren, at en større andel af mændene (16 %) har BMI > 29 uden samtidig at være i risiko for underernæring. Tilsvarende gør sig gældende for 12 % af kvinderne.



Figur 3 Screeningsresultater fordelt på køn

Fordelingen af resultater på køn for lokalområderne fremgår af figur 9 i bilag. Det fremgår blandt andet, at der er markant forskel på kvinder og mænd, hvad angår antallet af gult og rødt resultat i lokalområderne AMA og VBH.

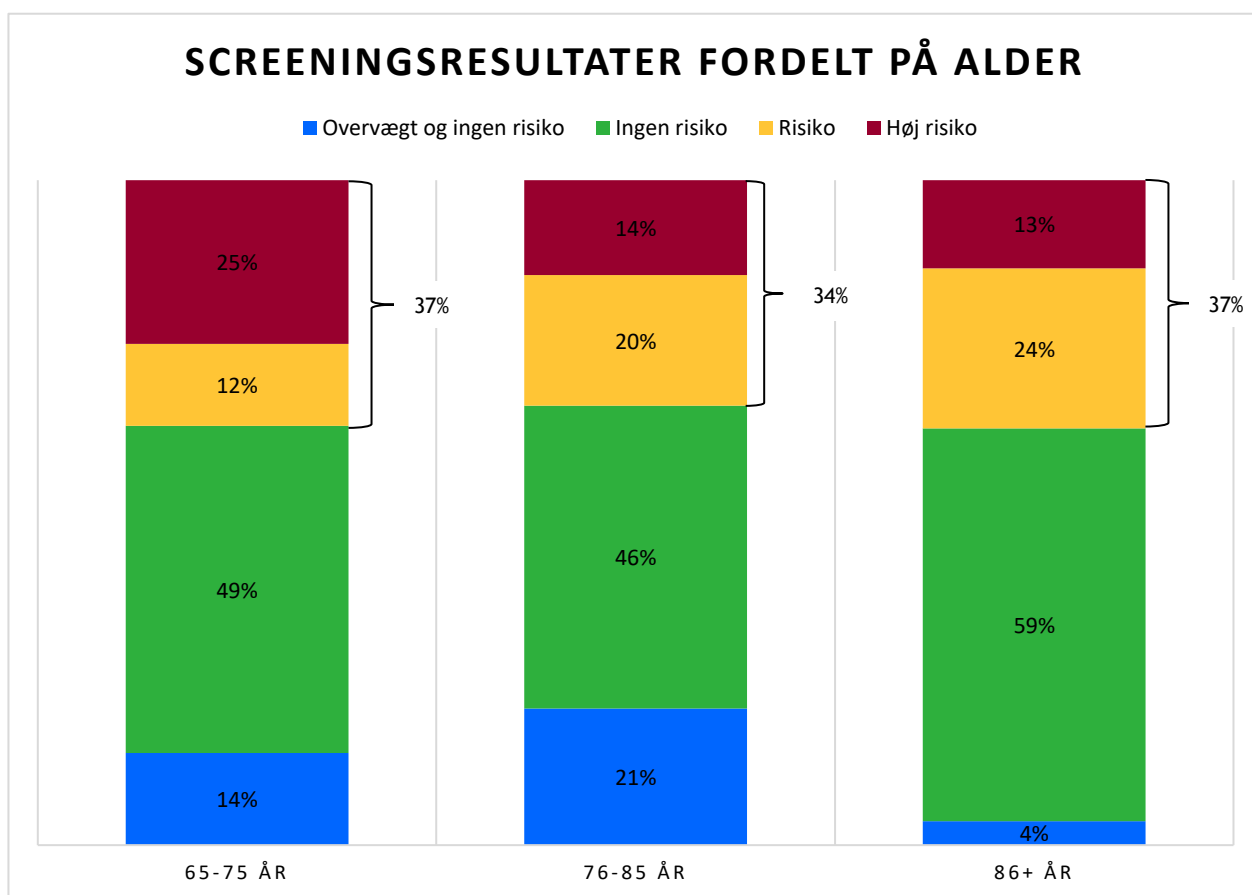
## 5.3 ALDER

Figur 4 nedenfor viser, hvordan resultaterne fordeler sig på alder. Det fremgår, at borgere med rødt og gult resultat er jævnt fordelt imellem aldersgrupperne. Det ses, at gult og rødt resultat hos de 65-75-årige udgør 37 %, 34 % hos de 75-85-årige og 37 % hos de 86+-årige. Hos den yngste aldersgruppe ses dog en større andel af borgere, som har mindst en af de fire primære årsager til underernæring, svarende til rødt screeningsresultat.

Der er væsentlig forskel imellem aldersgrupperne i andelen af borgere, som tildeles blå resultat. I sammenhæng med grønt resultat ses, at den samlede andel af borgere, som ikke er i risiko for underernæring (blåt og grønt resultat), udgør 63 % i aldersgruppen 65-75 år, 67 % i aldersgruppen 75-85 år og 63 % i aldersgruppen 86+.

### Forskellen imellem den ideelle stikprøve og den faktiske stikprøve

Gruppen af borgere i alderen 76-85 år og 86+ år er overrepræsenteret i undersøgelsen. Undersøgelsens resultater viser dog ikke, at alder har betydning for andelen af borgere, som screenes til at være i risiko eller høj risiko for underernæring. Forskellen på aldersfordelingen imellem den ideelle og den faktiske stikprøve vurderes derfor ikke at have væsentlig betydning for undersøgelsens resultater hvad angår underernæring.



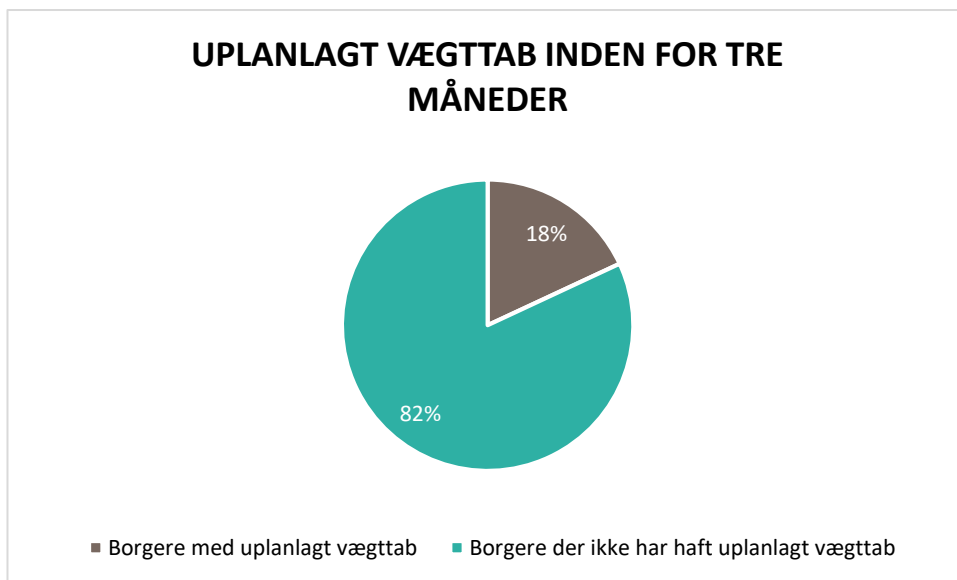
Figur 4 Screeningsresultater fordelt på alder

Resultater fordelt på alder for lokalområderne fremgår af figur 10 i bilag.

## 5.4 UTILSIGTET VÆGTTAB

Selv små vægttab hos svage ældre kan have alvorlige konsekvenser for deres trivsel, hvorfor der i ernæringsscreeningsskemaet spørges til utilsigtet vægttab.

Det fremgår af figur 5, at 18 % af de ernæringsscreenede borgere har oplevet et utilsigtet vægttab inden for de sidste tre måneder.

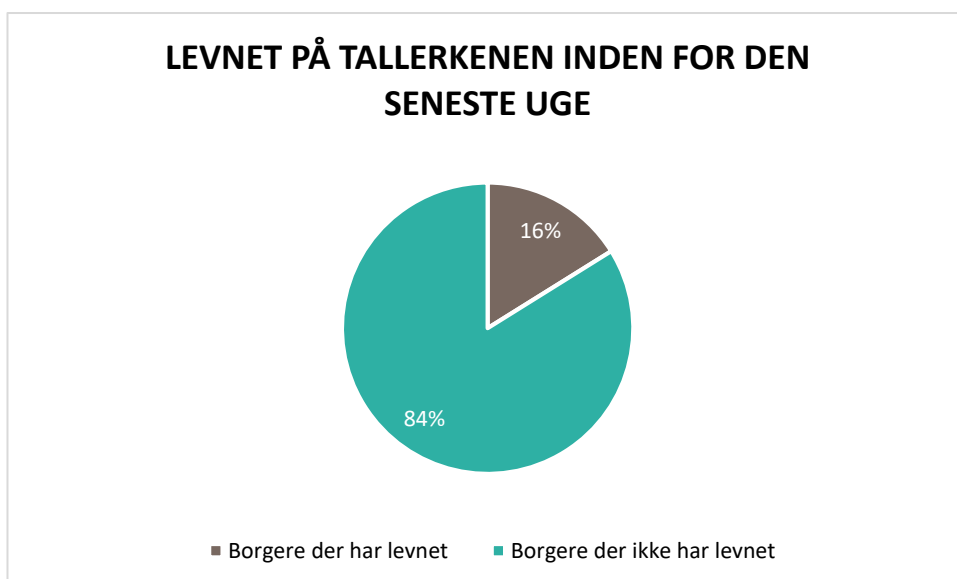


Figur 5 Uplanlagt vægttab inden for tre måneder

## 5.5 APPETIT

Borgers appetit er et vigtigt element at vurdere i forhold til risiko for underernæring. Screeningsspørgsmålet for appetit handler om, hvorvidt borger har levnet på tallerkenen den seneste uge.

Figur 6 nedenfor viser, at 16 % af de ernæringsscreenede borgere har levnet på tallerkenen inden for den seneste uge.



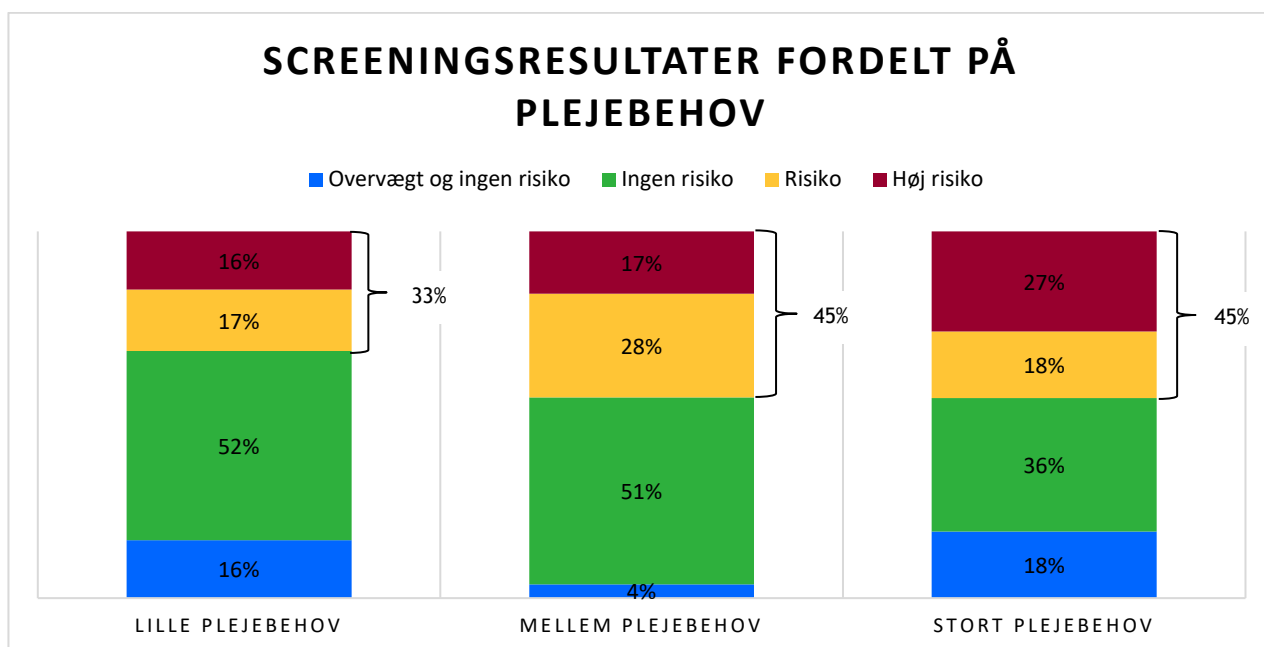
Figur 6 Levnet på tallerkenen inden for den seneste uge

## 5.6 PLEJEBEHOV

Figur 7 viser screeningsresultaterne fordelt i forhold til henholdsvis lille, mellem og stort plejebehov. I forhold til borgere med lille plejebehov er 33 % af borgerne screenet til gult eller rødt resultat. For mellem og stort plejebehov fremgår det, at 45 % af borgerne er screenet til enten gult eller rødt. Der er dog den forskel, at andelen af rødt resultat stiger med stort plejebehov, det vil sige, at ved stort plejebehov ses den største andel af borgere, som har mindst en af de fire mest kendte årsager til underernæring. Dette skal ses i forhold til tabel 7, der viser den samlede plejebehov. Samlet set er der få borgere i undersøgelsen, som har stort plejebehov, men af disse borgere er en stor del i risiko for underernæring.

### Forskellen imellem den ideelle stikprøve og den faktiske stikprøve

Et opmærksomhedspunkt er, at borgere med mellem og stort plejebehov er underrepræsenteret i undersøgelsen. Dette skal sammenholdes med, at den højeste andel af borgere i risiko for underernæring findes i grupperne mellem og stort plejebehov. Det er derfor sandsynligt, at andelen af borgere i risiko eller høj risiko for underernæring er højere, end undersøgelsens resultater viser.



Figur 7 Screeningsresultater fordelt på plejebehov

## 5.7 ERNÆRINGSINDSATS

I SUF findes ydelse for ernæringsindsats. Efter BDO har foretaget ernæringscreeninger, er andelen af borgere med dokumenteret ernæringsindsats trukket i kommunens omsorgssystem. Ud af de 260 borgere har en enkelt borger ernæringsindsats. Denne borgers screeningsresultat er rødt i forbindelse med ernæringscreeningen i denne undersøgelse.

## 5.8 BMI

I ernæringscreeningsskemaet er der anvendt et højere BMI (BMI > 29) som udtryk for overvægt end det BMI, der anvendes for raske voksne i Danmark. Dette skyldes, at ernæringscreeningsskemaet er beregnet til svækkede ældre, som gerne må have en højere kropsvægt.

BMI anvendes i ernæringscreeningsskemaet udelukkende til at identificere overvægt, og således ikke til at angive undervægt. Blåt resultat indikerer, at borger er overvægtig uden at være i risiko for underernæring.

Det samlede antal overvægtige borgere kan ikke findes ved at kigge udelukkende på tildeling af blåt screeningsresultat, da der er borgere med både gult og rødt resultat, som er overvægtige ifølge BMI, men som samtidig er i risiko eller høj risiko for underernæring.

Hvis der ønskes et overblik over det samlede antal af overvægtige borgere, der indgår i undersøgelsen, kan anvendes Sundhedsstyrelsens grænseværdier for BMI, som Verdenssundhedsorganisationen WHO har defineret i forhold til helbredsrisikoen forbundet med de forskellige vægtklasser (værdierne er gældende for raske ældre):

Vægtklasse	BMI
Undervægt	< 18,5
Normalvægt	18,5 ≤ BMI < 25
Overvægt	BMI ≥ 25
Moderat overvægt	25 ≤ BMI < 30
Svær overvægt	BMI ≥ 30

Tabel 10 WHO's BMI-klassificering

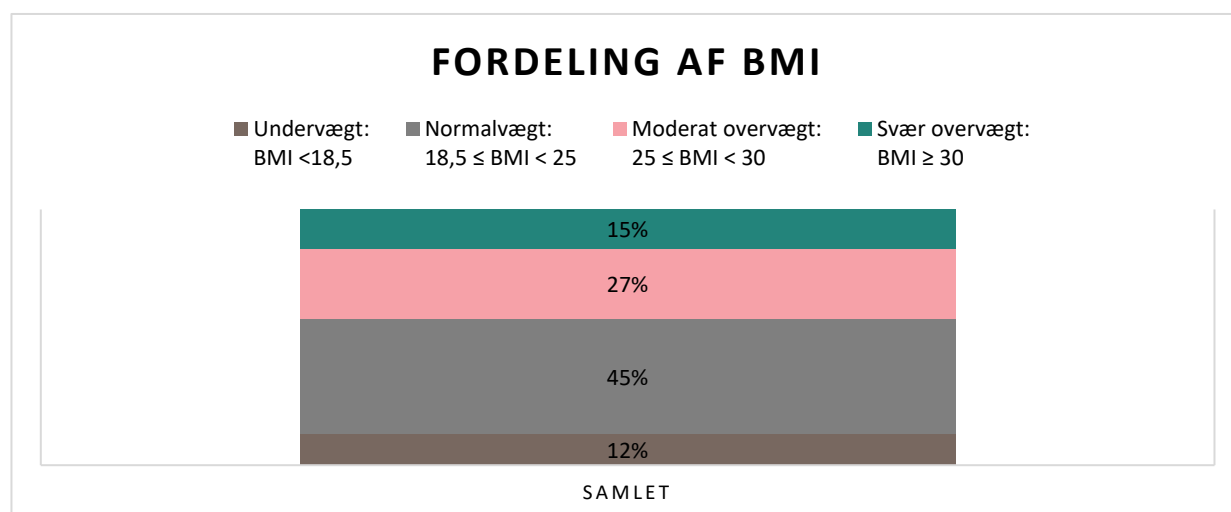
Som det fremgår af tabellen, defineres overvægt som BMI ≥ 25.

Sundhedsstyrelsens inddeling af BMI anvendes i rapporten til at vise den samlede andel af overvægtige borgere i undersøgelsen, da målgruppen omfatter både raske og svækkede ældre. Fordelingen af raske og svækkede ældre i undersøgelsen kendes ikke.

BMI-fordelingen i undersøgelsen vises nedenfor ud fra Sundhedsstyrelsens definition for også at få indblik i andelen af moderat overvægtige. Dette har ingen betydning for det screeningsresultat, borgerne er tildelt i forbindelse med ernæringscreeningen.

Nedenfor i figur 8 fremgår fordelingen af BMI i forhold til de borgere, som er vejjet. I denne figur udgår således de 14 % af borgerne, udgørende 37 borgere, som ikke kunne vejjes.

Figuren viser, at 15 % af borgerne er svært overvægtige i henhold til WHO's definition, og at 27 % er moderat overvægtige. Ifølge WHO's definition er 12 % af borgerne undervægtige. 45 % af borgerne er normalvægtige.



Figur 8 Fordeling af BMI

Screeningsresultater fordelt på BMI og lokalområder fremgår af figur 11 i bilag. Af denne ses, at VKV har den laveste andel af normalvægtige på henholdsvis 35 % og den højeste andel af overvægtige og svært overvægtige på samlet 53 %. Den laveste andel af moderat og svært overvægtige findes i VBH med 32 %.

# PERSPEKTIVERING

I rapporten præsenteres en række resultater, som kan anvendes i prioritering af indsatser vedrørende ældres ernæringstilstand. Fokusområder kan fx være:

Undersøgelsen viser, at borgere med lille plejebæhov udgør 75 % af undersøgelsens datagrundlag. I denne gruppe er 33 % ifølge screeningsresultatet i risiko for underernæring. Københavns Kommune har sandsynligvis sparsom kontakt til denne gruppe, hvorfor det kan være vanskeligt at identificere disse borgeres risiko for underernæring.

I lyset af undersøgelsens resultater er det væsentligt at tilbyde ernæringsindsatser til borgere med mellem og stort plejebæhov. Disse borgere udgør knapt en fjerdedel af borgerne i undersøgelsen, og af disse er 45 % i risiko for underernæring ifølge ernæringscreeningen. Indsatser kan fx være ernæringscreening, regelmæssig vejning og eventuelt ernæringsterapi.

I forlængelse af denne undersøgelse vurderes det, at en tilsvarende undersøgelse er relevant at udføre på plejacentrene i Københavns Kommune, da denne målgruppe generelt er i stor risiko for underernæring.

---

# BILAG

Aldersfordeling Procent	65-75 år	76-85 år	86+ år	Samlet
AMA	25%	50%	25%	100%
BIN	29%	37%	35%	100%
IBØ	27%	44%	29%	100%
VBH	15%	42%	42%	100%
VKV	29%	42%	29%	100%
Samlet, %	25%	43%	32%	100%

Tabel 11 Aldersfordeling i lokalområder

Kønsfordeling Procent	Kvinder	Mænd	Samlet
AMA	71%	29%	100%
BIN	54%	46%	100%
IBØ	75%	25%	100%
VBH	73%	27%	100%
VKV	60%	40%	100%
Samlet, %	67%	33%	100%

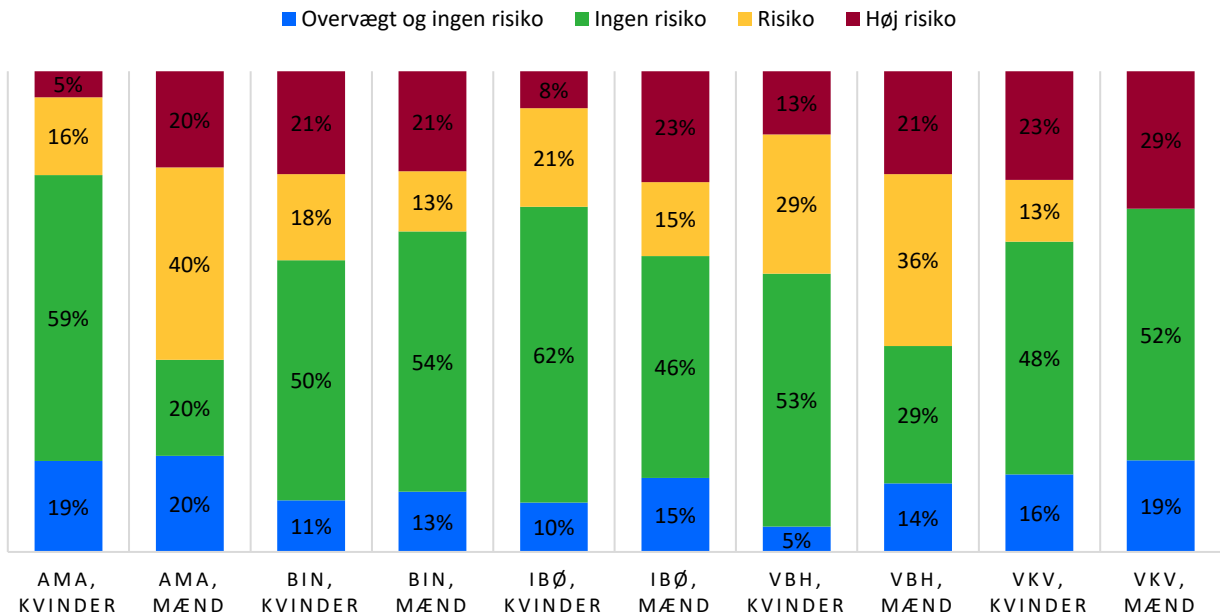
Tabel 12 Kønsfordeling i lokalområder

Plejebehov Procent	Lille	Mellem	Stort	Samlet
AMA	75%	23%	2%	100%
BIN	81%	15%	4%	100%
IBØ	69%	23%	8%	100%
VBH	75%	23%	2%	100%
VKV	77%	17%	6%	100%
Samlet, %	75%	20%	4%	100%

Tabel 13 Fordeling af plejebehov i lokalområder

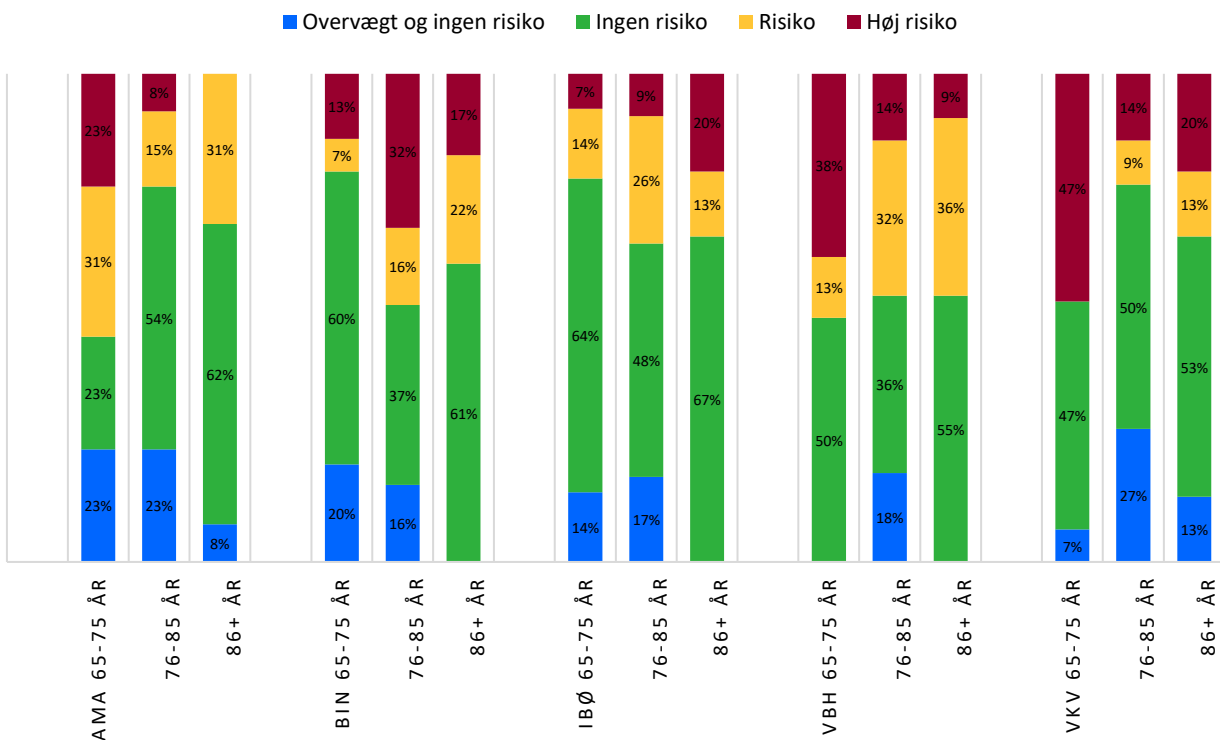


## SCREENINGSRESULTATER FORDELT PÅ KØN OG LOKALOMRÅDER

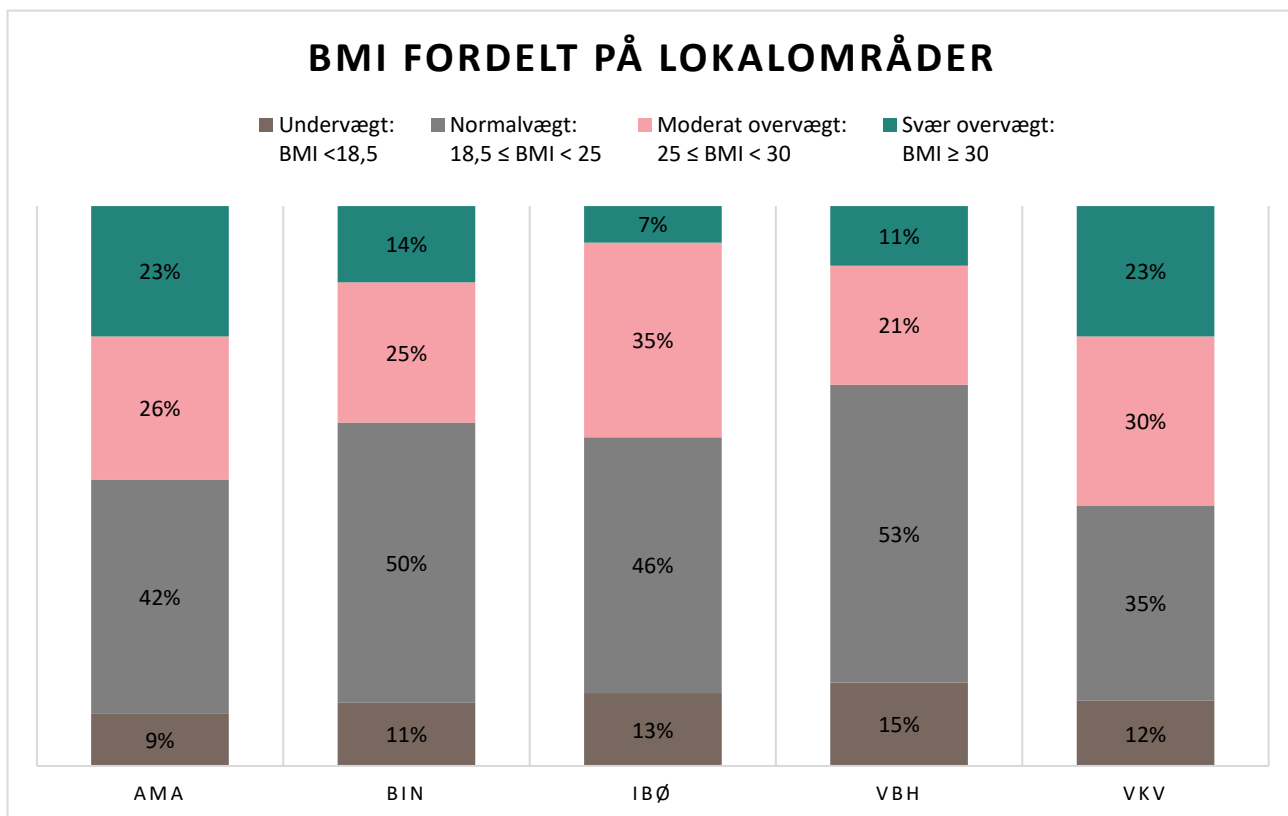


Figur 9 Screeningsresultater fordelt på køn og lokalområder

## SCREENINGSRESULTATER FORDELT PÅ ALDER OG LOKALOMRÅDER



Figur 10 Screeningsresultater fordelt på alder og lokalområder



Figur 11 BMI fordelt på lokalområder



# Vurdering af ernæringstilstand

Navn: \_\_\_\_\_ Bolig nr: \_\_\_\_\_

Udfyldt af: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_

## ERNÆRINGSSKEMA

### HOVEDMÅLTIDER

#### 1. Hvor mange måltider spiser du til daglig?

3 eller flere .....

2 eller færre .....  OBS

### MAD

#### 2a Hvor mange skiver brød plejer du at spise til daglig?

3 skiver eller flere .....

2 skiver eller færre .....  OBS

#### 2b Hvor mange kartofler (eller kartoffelmos, ris eller pasta i tilsvarende mængder), spiser du til den varme mad?

Mere end 2 .....

2 eller færre .....  OBS

### MEJERIPRODUKTER

#### 3a Hvor mange glas mælk drikker du om dagen?

(inklusive kakaomælk, koldskål, mælkebaseret energidrik m.m.)

Mere end 1 glas (hvis ja, gå videre til spørgsmål 4) .....

1 glas eller mindre .....

#### 3b Hvor ofte spiser du syrnede mælkeprodukter eller ost dagligt?

2 portioner/skiver eller mere .....

Mindre end 2 portioner/skiver .....  OBS

### APPETIT

#### 4 Har du levnet mad på tallerkenen den sidste uge?

Nej .....

Ja .....  OBS

### ÆNDRING AF VÆGT

Vægt: \_\_\_\_\_ kg Evt. utilsigtet vægttab: \_\_\_\_\_ kg

### BMI

Højde: \_\_\_\_\_ meter BMI: \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup> (se vejledning)

GUL INSTRUKS	GRØN INSTRUKS	BLÅ INSTRUKS
 <p>OBS i ernæringskema og/eller utilsigtet vægttab</p> <p><b>Sæt kryds</b></p>	 <p>Ingen OBS i ernæringskema og intet utilsigtet vægttab</p> <p><b>Sæt kryds</b></p>	 <p>Ingen OBS i ernæringskema og utilsigtet vægttab og BMI &gt;29</p> <p><b>Sæt kryds</b></p>



Hvis gul instruks fortsæt til risikovurdering

### RISIKOVURDERING

**Har den ældre:**

1. Tygge- eller synkebesvær?  JA  NEJ

2. Behov for hjælp til at spise?  JA  NEJ


3. Akut sygdom?  JA  NEJ

4. Eller akut forværring af kronisk sygdom?  JA  NEJ

\* Undtaget på grund af blindhed og svagtseende

**HVIS RØD INSTRUKS**

OBS i ernæringskema og/eller utilsigtet vægttab og mindst ét ja i risikovurdering



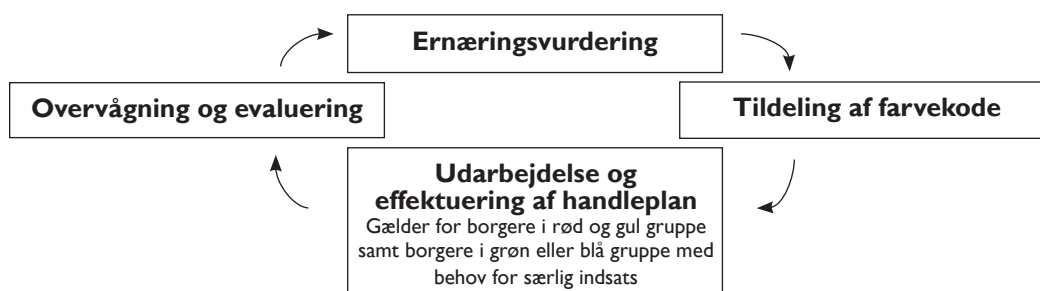
**Sæt kryds**

Noter farvekoden i KOS



## VEJLEDNING TIL VURDERINGSSKEMA

1. Noter borgerens navn, bolignummer og dit navn og dato for, hvornår du har foretaget vurderingen.
2. Ernæringskemaets 6 spørgsmål giver svar på, hvad og hvor meget borgeren spiser. Borgerne inddrages i besvarelsen af spørgsmålene i det omfang, de kan og ønsker. Derudover anvendes observationer fra hverdagen.
  - Spørgsmål 1. Handler om hovedmåltiderne. Det betyder, at hvis borgeren fx kun spiser frokost og aftensmad, eller morgenmad og aftensmad, skal der sættes kryds i OBS.
  - Spørgsmål 2a. Handler om den mængde brød, borgeren spiser dagligt. Én skive brød = ½ skive rugbrød, 1 skive franskbrød, ½ bolle og lignende.
  - Spørgsmål 2b. Handler om, hvor mange kartofler borgeren spiser. Der skal her regnes med kartofler ca. på størrelse med et æg.
  - Spørgsmål 3a. Handler om, hvor meget mælk borgeren drikker. Her gælder også kakaomælk, koldskål, mælkebaseret energidrik eller lignende. Ét glas svarer til 1 ½ dl. Spørgsmål 3a skal vurderes sammen med spørgsmål 3b og 1 glas mælk eller mindre udløser ikke et OBS.
  - Spørgsmål 3b. Handler om, hvorvidt borgeren spiser ost og syrnede mælkeprodukter som yoghurt, ymer, A38 og lignende.
  - Spørgsmål 4. Handler om, hvorvidt borgeren rent faktisk spiser den mad, der bliver serveret.
3. Borgeren vejes og vægten noteres. Noter et eventuelt utilsigtet vægttab indenfor de seneste 3 måneder.
4. Med alderen falder man ofte lidt sammen, og det kan være svært at få den reelle højde. Højden findes ved at spørge borgeren, hvor høj han/hun er eller du kan se højden i deres pas. Hvis der ikke er mulighed for nogen af delene, kan borgerens højde måles.
5. BMI bruges til at identificere om borgeren er overvægtig. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har valgt, at et BMI > 29 for svækkede ældre, afgør om borgeren er overvægtig. Hvis en borger med BMI > 29, har tabt sig utilsigtet eller har lille appetit, defineres de som ernæringstruede og skal placeres i gul eller rød gruppe. BMI udregnes på denne måde: 
$$\frac{\text{Vægt (kg)}}{\text{Højde (m)} \times \text{højde (m)}} = \text{BMI kg/m}^2$$
6. Vurder ud fra resultaterne, hvilken instruks, der skal arbejdes med. **Alle resultaterne fra vurderingen skal med i overvejelserne, når borgeren tildeles en farvekode. Det er vigtigt, at borgeren vurderes individuelt før den farvekode, der er mest relevant for borgeren vælges.**
7. Hvis borgeren placeres i gul gruppe, skal der foretages en risikovurdering. Det vurderes om borgeren har én eller flere af de 4 primære årsager til dårlig ernæringstilstand: Tygge- eller synkebesvær, behov for hjælp til at spise, akut sygdom eller akut forværring af kronisk sygdom. Hvis det er tilfældet placeres borgeren i rød gruppe.
8. Der eksisterer en instruks til hver farvekode. Af denne fremgår handleanvisninger indenfor hhv. årsagsafklaring, mad og måltider, fysisk aktivitet/træning og vejning/evaluering.
9. Den ældres ernæringstilstand skal følges med henblik på monitorering, evaluering og justering af den iværksatte ernæringsplan. En egentlig revurdering foretages efter individuelt skøn. Det kan fx være ved vægttab, sygdom, fald og efter hospitalsindlæggelse. Ved tvivl, kan den lokale kostkonsulent kontaktes. Processen for ernæringsvurdering og opfølgning herpå fremgår af nedenstående figur:



## KONTAKT

Partneransvarlig  
BIRGITTE HOBERG SLOTH  
Partner  
m: 2810 5680  
e: [bsq@bdo.dk](mailto:bsq@bdo.dk)

Projektansvarlig  
Pernille Hansted  
Manager  
m: 5121 5960  
e: [phd@bdo.dk](mailto:phd@bdo.dk)

[www.bdo.dk](http://www.bdo.dk)

*BDO Statsautoriseret revisionsaktieselskab, danskejet rådgivnings- og revisionsvirksomhed, er medlem af BDO International Limited - et UK-baseret selskab med begrænset hæftelse - og del af det internationale BDO netværk bestående af uafhængige medlemsfirmaer. BDO er varemærke for både BDO netværket og for alle BDO medlemsfirmaerne. BDO i Danmark beskæftiger mere end 1.200 medarbejdere, mens det verdensomspændende BDO netværk har ca. 80.000 medarbejdere i mere end 160 lande.*

*Copyright - BDO Statsautoriseret revisionsaktieselskab, cvr.nr. 20 22 26 70.*