

"MUST" – Spørsmål og Svar

1. I hvilke omsorgssettinger ble "MUST" testet ut?

Påliteligheten til "MUST" ble etablert ved å sammenligne risikoscore for underernæring i en gitt pasientgruppe slik forskjellig helsepersonell bedømte den. En rekke studier ble foretatt i medisinske og kirurgiske avdelinger, poliklinikker, syke- og aldershjem og allmennpraksis. Samsvar var på >95% i alle studiene. De fleste andre verktøy har ikke blitt testet ut på denne måten, og de som har det har vanligvis hatt lavere samsvar enn "MUST".

2. Har "MUST" blitt validert hos individer med lærevansker og fysiske funksjonshemninger? Er BMI grenseverdiene relevante for denne pasientgruppen?

BMI brukes som en generell indikator på protein-energistatusen og er anbefalt for et slikt formål av britiske og internasjonale organisasjoner. Gruppene av individer som testet ut "MUST" inkluderte noen pasienter med lærevansker eller fysiske funksjonshemninger, men "MUST" er ikke blitt validert spesifikt for denne pasientgruppen. Mer forskning trengs for å finne ut om BMI reflekterer den samme eller en annen kroppssammensetning hos individer som har opplevd veksthemninger i barndommen.

3. Kan "MUST" brukes på pasienter med nyresykdom?

"MUST" er utviklet for å kunne brukes ved enhver helseinstitusjon og av alt helsepersonell. Det er ingen grunn til at "MUST" ikke skal kunne brukes hos pasienter med nyresykdom, men man skal vise varsomhet ved tolking av BMI og vekt tap hvis væskebalansen er forstyrret. (Se detaljer i "MUST" Report og "MUST" Brosjyren).

4. Hvorfor har ikke grenseverdiene til BMI som er brukt i "MUST" blitt justert slik at de kan brukes for eldre?

De lavere BMI grenseverdiene for underernæringsrisiko brukt i "MUST" stemmer overens med de som er gitt i en rapport fra Verdens helseorganisasjon (WHO) om tap av fysiologisk funksjon relatert til BMI. Et bredt spektrum av BMI grenseverdier (<17 til <24kg/m²) har blitt brukt for å indikere underernæring hos eldre. Bruk av disse verdiene resulterer i enormt store forskjeller i utbredelsen av underernæring blant eldre, og i strategiene og ressursene nødvendig for å behandle den.

Forvirring har oppstått fra den upassende ekstrapoleringen av BMI grenseverdier tatt fra friske befolkningsgrupper og brukt som grunnlag hos syke. BMI grenseverdier for friske befolkningsgrupper er primært beregnet på grupper av individer som er tilsynelatende friske, mens i klinisk praksis er de beregnet på individer som er syke.

I det offentlige helsevesen blir BMI gjerne brukt til å forutsi og forhindre dødelighet, ofte over mange år, særlig forårsaket av hjerte- og karsykdommer. I klinisk praksis blir BMI gjerne brukt til å forutsi den nåværende ernæringsstatusen og kroppsfunksjonen og den sannsynlige responsen til behandling, som regel over en mye kortere tidsramme.

Allmennpraksis og kliniske tilnærminger gir kanskje ikke de samme BMI verdiene og trenger kanskje ikke de samme formene for ernæringsterapi.

Offentlige helseundersøkelser i Storbritannia bruker ikke forhøyede lavgrenseverdier, men bruker heller konsekvent en BMI <20 kg/m² for å indikere voksne som er undervektige, også blant de over 65 år. I USA ble Ernæringsanbefalingene for amerikanere (Dietary Guidelines for Americans) fra 1990, som foreslo aldersspesifikke BMI grenseverdier, trukket tilbake i 1995 da det ble erkjent at andre variabler (som f.eks. røyking og livsstil) også virket inn på dødeligheten, ikke bare BMI.

I klinisk praksis anbefaler mange profesjonelle organisasjoner og helsepersonell en BMI grenseverdi på 18,5-20 kg/m² for å identifisere ernæringsrisiko i en rekke aldersgrupper, også hos eldre som utgjør ca. 50% av de inneliggende på sykehus og 90% av de på sykehjem.

Grenseverdiene brukt i "MUST" er basert på:

- Fysiologiske og kliniske observasjoner av tap av kroppsfunksjoner etter hvert som BMI reduseres
- Den tilsynelatende normale kroppsfunksjonen i mange eldre individer med en BMI >20 kg/m² og
- Randomiserte kontrollerte studier som viser fordelene ved ernæringsterapi, særlig blant dem i hjemmepleien med en BMI <20 kg/m².

5. Hvordan kom man fram til 2 som score for effekten av akutt sykdom?

Det er to aspekter man må ta i betraktning når man vurderer effekten av akutt sykdom på ernæringsrisikoen:

- (i) Lite eller intet næringsinntak i mer enn 5 dager, mao. sulting.
- (ii) Den katabolske effekten av akutt sykdom.

Høyere og tyngre individer går gjerne raskere ned i vekt under sulting, enn lavere og lettere individer. Menn går dermed gjerne raskere ned i vekt enn kvinner. Men ernæringsrisikoen påvirkes mer av den prosentvise vektnedgangen enn av faktisk vektnedgang. Den samme faktiske vektnedgangen resulterer i en større prosentvis vektnedgang hos tynne individer enn hos større individer.

Etter 5 dager med total sulting vil individer som startet med en BMI på 17,5-18,0 kg/m² miste nærmere 10% av kroppsvekten. Individer som startet med en BMI på mellom 20-25 kg/m² vil miste 6-8%, og de med en BMI på rundt 35 kg/m² vil miste ca. 5% av kroppsvekten.

Ved akutt sykdom vil den basale metabolismen øke, men fysisk aktivitet vil være redusert og en økning i energiforbruk vil ikke nødvendigvis finne sted. Derimot vil det være en økning i proteinnedbrytning og tap av nitrogen. I fravær av ødemer vil derfor vekttap og tap av muskelmasse skje fortere ved akutt sykdom. Det prosentvise vekttapet ved akutt sykdom, sammen med lite eller intet næringsinntak for mer enn 5 dager, kan sammenlignes med et vekttap >10% over 3-6 måneder. Dette tilsvarer en score på 2.

6. Hva er dokumentasjonen for likevektingen gitt til de tre kriteriene i "MUST"?

Hver av de tre komponentene i "MUST" kan forekomme uavhengig av hverandre eller sammen. Hver kan virke ødeleggende på fysiologiske funksjoner og klinisk utfall. Det er derfor naturlig å tildele en lik prioritering til alle tre. Komponentene varierer i betydning avhengig av pasientgruppe, utfallvariablene og helsesettingen.

Den forutsigbare verdien av hver komponent ble uavhengig vurdert av en rekke forskjellige helsespesialister og i en rekke helsesettinger. "MUST" scorene viste seg å være signifikant relatert til dødelighet, varighet av sykehusopphold og antall allmennlegebesøk. Den relative betydningen av hver faktor varierte med pleiesettingen og type pasient (f.eks. medisinsk spesialitet). MAG Komitéen besluttet derfor å tildele lik prioritering til BMI, nylig vekttap og effekten av akutt sykdom for å forenkle bruken av screeningverktøyet, men samtidig beholde den forutsigbare validiteten.

7. Hva om en pasient oppnår score mellom 2 og 6?

Det er foreløpig ikke tilstrekkelig informasjon til å foreta sikre vurderinger på alvorlighetsgraden av underernæring i individer med "MUST" scorer mellom 2 og 6. I slike tilfeller burde det foretas en mer detaljert ernæringsvurdering i tråd med lokale retningslinjer for best å kunne behandle pasienten.

8. Er den anbefalte handlingsplanen i "MUST" også blitt validert?

Anbefalingene gitt i handlingsplanen i "MUST" Brosjyren er basert på "best practice" og dagens tilgjengelige dokumentasjon over fordelene ved ernæringssterapi.

9. Hvorfor anbefaler ikke handlingsplanen i "MUST" Brosjyren bruk av matberikning?

Matberikning kan muligens være nyttig, men det er lite dokumentasjon på at slike endringer i kostholdet (spesielt berikning med en eller flere makronæringsstoffer) betyr et forbedret klinisk utfall eller funksjon.

10. Hvor presise er de alternative målemetodene anbefalt i "MUST"?

Det er alltid bedre å fastslå den faktiske høyden eller spørre individet hvor høy hun/han er, enn å bruke de alternative målemetodene for å kalkulere høyden. Dette burde være mulig i de aller fleste tilfeller. Men i tilfeller der det ikke er mulig å fastslå høyden, kan de alternative målemetodene brukes. Selv om man ikke kommer frem til den eksakte høyden, vil disse metodene gi et estimat av høyden som er nær nok til den faktiske høyden at man kan plassere individet i den korrekte BMI gruppen og dermed finne samlet kategori for ernæringsrisiko. Bruk av underarmslengden (ulna) er vanligvis den enkleste og raskeste alternative målemetoden å bruke.

11. Vi ønsker å modifisere "MUST" og inkorporere det inn i vår egen dokumentasjon. I hvilken grad kan vi forandre "MUST"?

Skal man endre og inkorporere "MUST" i lokal dokumentasjon må grunnelementene i "MUST" beholdes og BAPEN/MAG anerkjennes som de rette innehavere.

- Verktøyet skal alltid beskrives som et screeningverktøy for ernæring og ikke et vurderingsverktøy.
- Grenseverdiene og skårene må ikke endres.
- Hvis det skal brukes ved et akutt sykehus burde alle 3 trinnene inkluderes. Hvis det skal brukes i andre helsesettinger kan man utelate Trinn 3 (effekten av akutt sykdom).
- I hvert fall én alternativ målemetode burde inkluderes for å kunne kalkulere høyden i tilfeller der høyden ikke kan fastslås ved normal måling eller fra erindringer. MAG anbefaler underarmslengden (ulna) som alternativ målemetode.
- Ideelt sett burde "MUST" BMI diagrammet og vekttapstabellen være tilgjengelig.
- Lokale tiltak kan tilføyes, eller refereres til i Trinn 5.

12. Vi har allerede vårt eget screeningverktøy for ernæring, hvorfor burde vi gå over til å bruke "MUST"?

Hvis dere allerede bruker et screeningverktøy for ernæring, er det ikke nødvendig å gå over til å bruke "MUST", særlig ikke hvis verktøyet er validert, pålitelig, enkelt og raskt å bruke og akseptert av pasienter og helsepersonell. Det kan være ønskelig derimot å gjennomgå dokumentasjonen for kriteriene som er lagt til grunn for verktøyet som er i bruk, og sammenligne disse med "MUST". Hvis disse ikke identifiserer de samme individene i risikozonen for underernæring som "MUST", burde man vurdere å gå over til å bruke "MUST".

Ta gjerne kontakt dersom du/dere har noen spørsmål i forbindelse med den praktiske bruken av "MUST":

Vera Todorovic
vera.todorovic@bhcs-tr.trent.nhs.uk

eller Christine Russell
ca.russell@btinternet.com

For mer generell informasjon om "MUST", vennligst ta kontakt med BAPEN kontoret. Brosjyrer av alt "MUST" materialet er tilgjengelig for salg fra BAPEN kontoret.

Secure Hold Business centre
Studley Road
Redditch
Worcester B98 7LG
Tel 01527 457850
bapen@sovereignconference.co.uk

"MUST" materiell vil bli gjennomgått ved utgangen av hvert år.