



Tromsø kommune

Rapport publisert 10. september 2013 ved prosjektleder Birgitte Forsaa Åbotsvik

Mat er den beste medisin

Forebygging og behandling av underernæring i hjemmetjenesten i Tromsø



Utviklingscenter
for heimetjenester
Troms

Rapport etter gjennomført prosjekt «Mat er den beste medisin. Implementering av nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring i hjemmetjenesten» i regi av Utviklingssenter for hjemmetjenester i Troms i samarbeid med Tromsø kommune.

Prosjektperiode: 2011/2012

Prosjektleder: Birgitte Forsaa Åbotsvik, sykepleier, Nordøya hjemmetjeneste

Styringsgruppe: Elisabet Sausjord, leder Utviklingssenter for hjemmetjenester Troms

Therese Folgerø, eldreoverlege Tromsø kommune / dr. Inga Lyngmo ved Seminaret rehabiliteringsavdeling

Wenche Jensen, enhetsleder Mortensnes sentralkjøkken

Gerd Wenche Pedersen, Tildelingskontoret Tromsø kommune

Ida Rasmussen, klinisk ernæringsfysiolog, Ernæringscenteret UNN

Birgitte Forsaa Åbotsvik, sykepleier/prosjektleder

Prosjektgruppe: Kari Torgersen, omsorgskonsulent Nordøya hjemmetjeneste

Venche Friis, omsorgskonsulent Kvaløya hjemmetjeneste

Rikke Berg-Olsen, omsorgskonsulent omsorgstjenesten Fastlandet

Anne With Andreassen, omsorgskonsulent omsorgstjenesten Sentrum

Gerd Kemming, hjelpepleier omsorgstjenesten Kvaløya

Elisabeth Storslett, avdelingsleder omsorgstjenesten Kvaløya

Tone Merethe Holmen, sykepleier Nordøya hjemmetjeneste

Birgitte Forsaa Åbotsvik, prosjektleder

Arbeidsgruppe: Gerd Kemming, Kvaløya hjemmetjeneste avd. Brensholmen

Helen Theodorsen, Kvaløya hjemmetjeneste

Tone Merethe Holmen, Nordøya hjemmetjeneste avd. Glassgården

Ida Nergård, Nordøya hjemmetjeneste avd. Guleng

Vivvi L. Bugge, Nordøya hjemmetjeneste avd. Håpet

Tove Haugholt, Nordøya hjemmetjeneste avd. Skansen

Anette Berglund, Nordøya hjemmetjeneste avd. Nansenplass

Elin Fjellstad, Nordøya hjemmetjeneste avd. Oasen

Jorunn Rydningen, Nordøya hjemmetjeneste avd. Stakkevollan

Veileder prosjektrapport: Anne Serine Fottland, master i helsefag/daglig leder Senter for omsorgsforskning Nord, UiT Norges arktiske universitet

Kontaktperson: Birgitte Forsaa Åbotsvik, birgitte.forsaa.abotsvik@tromso.kommune.no

Tlf. 77 79 17 72

Innhold

Sammendrag	4
Forord	5
1.0 Innledning.....	6
1.1 Mål for prosjektet.....	7
1.2 Begrepsavklaring og avgrensning av prosjektet.....	8
2.0 Kunnskapstilfang	9
3.0 Metode	10
3.1 Prosjektmodell.....	10
3.2 Utvalg.....	11
3.3 Undervisning, opplæring og samarbeidspartnere.....	12
3.4 Valg av verktøy	13
3.5 Etikk	14
4.0 Gjennomføring av prosjektet	15
5.0 Resultater	17
5.1 Resultater av kartlegging.....	17
5.2 Oppfølging	19
6.0 Diskusjon	22
6.1 Etablering av rutine	22
6.2 Hindringer for implementering av rutine	25
7.0 Konklusjon – evaluering, konsekvenser og veien videre.....	28
Litteraturliste.....	31

Sammendrag

Underernæring øker risiko for komplikasjoner, reduserer motstand mot infeksjoner, forverrer fysisk og mental funksjon, gir redusert livskvalitet og økt dødelighet. Blant hjemmeboende syke eldre er det anslått at ca 10 % er underernærte, enda flere i ernæringsmessig risiko.

Helsedirektoratet utga i 2009 «Retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring». Målet med retningslinjene er at underernærte og personer i ernæringsmessig risiko blir identifisert og får en målretta ernæringsbehandling.

Utviklingssenter for hjemmetjenester (UHT) i Troms hadde gjennom prosjektet som mål å utvikle gode, hensiktsmessige og felles rutiner for å gjennomføre intensjoner og krav i de nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring.

Alle hjemmetjenesteenheter i Tromsø kommune ble invitert med i prosjektet, og prosjektet omfattet personer over 18 år som mottok hjemmetjenester i egen ordinær bolig eller omsorgsbolig.

Prosjektet resulterte i følgende rutineforslag for å imøtekomme kravene i retningslinjene:

1. Registrere høyde og vekt
2. Gjennomføre kartlegging ved hjelp av MNA
3. Iverksette tiltak og etablere regelmessig vektkontroll
4. Evaluere tiltak etter en tid
5. Dokumentere prosessen i Profil

Arbeidet med prosjektet ga mange positive erfaringer og viste at enkle tiltak kan gi stor gevinst i ernæringsarbeidet. Det ble imidlertid også avdekket mange hindringer for å innføre ny kunnskap og nye rutiner i den kommunale hjemmetjenesten. Hindringene kunne grovt sett deles i to: hindringer i personalgruppa og hindringer i organisasjonen/systemet.

Forord

Utviklingscenter for hjemmetjenester (UHT) i Troms ønsket å iverksette et prosjekt for å få tatt i bruk de nasjonale faglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring. Helsedirektoratet ga ut retningslinjene i 2009, men to år etter utgivelse var de fremdeles ikke i systematisk bruk i hjemmetjenesten i Tromsø kommune. Prosjektet kom i stand som følge av en erkjennelse av at ny kunnskap ikke implementeres av seg selv, den må aktivt innføres.

Denne rapporten oppsummerer og diskuterer hovedfunnene i arbeidet med å implementere retningslinjene.

Prosjektrapporten er skrevet av prosjektleder.

Jeg retter en stor takk til alle hjemmetjenesteavdelinger og enkeltpersoner ved de forskjellige avdelingene som velvillig og med stort engasjement har deltatt i prosjektet og kommet med verdifulle innspill. Jeg vil også takke for svært nyttige bidrag fra samarbeidspartnere utenfor kommunen.

Tromsø, september 2013

Birgitte Forsaa Åbotsvik

Prosjektleder

1.0 Innledning

Kartlegging og oppfølging av ernæringsbehov er et viktig og sentralt område i sykepleie, både i spesialist- og primærhelsetjenesten. Likevel har vi i den senere tid vært vitne til at blant annet media har avdekket flere tilfeller der pasienter og brukere har vært rammet av til dels alvorlig underernæring. Forskning viser at forekomsten av underernæring hos pasienter i sykehus og sykehjem er mellom 10 % og 60 % (Helsedirektoratet 2009). En prevalensstudie som omfattet 340 hjemmeboende eldre som mottok hjemmesykepleie i Oslo og Bærum i 2003 viste at så mange som 46 % var underernærte eller i ernæringsmessig risiko (Sørbye 2003). Tilsyn fra Helsetilsynet v/Fylkesmennene viser også at ernæringsmessige forhold er mangelfullt ivaretatt og dokumentert i svært mange kommuner i Norge (Helsetilsynet 2010-2012).

Det er en sentral anbefaling fra helsemyndighetene at helseforetakene og kommunene skal sikre at ernæring blir en integrert del av behandlingstilbudet i helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet har derfor utarbeidet «Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring» (2009) der det stilles krav til og gis konkrete og praktiske råd angående oppfølging av pasienters ernæringsstatus i både spesialist- og primærhelsetjenesten.

Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) er en nasjonal satsing som skal bidra til gode pleie- og omsorgstjenester i kommunene, og det er etablert slike sentre i hvert fylke i landet. Hovedmålet for utviklingscentrene er at de skal være pådrivere for kunnskap og kvalitet i sykehjem og hjemmetjenester. Helsedirektoratets visjon for utviklingscentrene er ”Utvikling gjennom kunnskap”. Dette uttrykker et ideal om kunnskapsbaserte tjenester i kontinuerlig forbedring og utvikling, og tjenester der de ansatte reflekterer over praksis og omdanner konkrete praktiske erfaringer til kunnskap (Helsedirektoratet 2010).

Med dette som bakteppe ønsket Utviklingscenteret for hjemmetjenester (UHT) i Troms å iverksette et prosjekt i Tromsø kommune for å få tatt i bruk de nasjonale retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring. Utviklingscenteret opplevde at disse var lite kjent og ikke i bruk på de forskjellige hjemmetjenesteavdelingene selv to år etter utgivelsen.

1.1 Mål for prosjektet

Prosjektet ble gjennomført i perioden juni 2011 til juni 2012. Hovedmålet for prosjektet var å få tatt i bruk Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (Helsedirektoratet 2009). Prosjekt målet ble formulert slik:

Innen juni 2012 skal Nordøya og Kvaløya hjemmetjenester ha utviklet gode, hensiktsmessige og felles rutiner for å gjennomføre intensjoner og krav i de nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring.

Selv om prosjektet i utgangspunktet omfattet de to enhetene som er UHT, ble også de to andre hjemmetjenesteenhetene i kommunen invitert med i prosjektet som deltakere.

Sammenhengen mellom kosthold og helse er veldokumentert. Det er også kjent kunnskap at underernæring øker risikoen for komplikasjoner, reduserer motstand mot infeksjoner, forverrer fysisk og mental funksjon, forsinker rekonvalesens, gir redusert livskvalitet og økt dødelighet (Helsedirektoratet 2009). Utviklinga i helsevesenet har gjort at flere lever lenger med stadig flere og mer alvorlige og sammensatte helseproblemer. Samhandlingsreformen stiller krav om at kommunene skal ta seg av og gi tilbud til pasienter som tidligere har hørt inn under spesialisthelsetjenesten. Dette gir nye utfordringer til hjemmetjenestene som en del av kommunehelsetjenesten.

For å kunne ivareta stadig mer avansert syke brukere trengs det kunnskaper om hva som til en hver tid er gjeldende kunnskap og god praksis. God samhandling i helsevesenet krever at man på alle nivåer er i stand til å identifisere problemene, finne løsninger og kommunisere dette til hverandre. Når det gjelder ernæring sammenfatter Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring dette i fire enkle tiltak som bør implementeres:

1. Å vurdere ernæringsmessig risiko
2. Å gi personer i ernæringsmessig risiko målrettet ernæringsbehandling
3. Å dokumentere ernæringsstatus og – tiltak i pasientens journal og epikrise
4. Å videreformidle dokumentasjonen til neste omsorgsnivå

1.2 Begrepsavklaring og avgrensning av prosjektet

Hjemmetjeneste

Prosjektet omfatter brukere av kommunale hjemmetjenester. Hjemmetjeneste er en samlebetegnelse for hjemmesykepleie (helsetjenester) og hjemmehjelp (praktisk bistand). Med hjemmesykepleie forstås helsetjenester som ytes i brukerens eget hjem, enten dette er en privat bolig eller kommunal omsorgsbolig. Verdens helseorganisasjon har følgende definisjon:

Hjemmesykepleie er en generell og omfattende sykepleietjeneste med forebyggende, behandlende, rehabiliterende og/eller lindrende funksjoner (Aarheim og Solheim 2004)

Tromsø Kommune har denne definisjonen på sine nettsider:

Døgnbasert hjemmesykepleie består av hjelp til personlig stell og pleie, prosedyrebehandling, medisindosering, sprøytesetting, oppfølging og observasjon, tilrettelegging og hjelp ved måltider, veiledning og opplæring i selvhjelpstrening, tilsyn med definert formål, hjelp til å koordinere hjelpetiltakene med andre tjenester og akutt hjelp og tilsyn i hjemmet ved bruk av trygghetsalarm (Tromsø kommune 2012).

Kommunen beskriver også hvem som er målgruppe for hjemmesykepleie:

Personer med akutt skade eller sykdom, personer med kronisk sykdom eller funksjonssvikt, personer med pleie- og omsorgsbehov som de selv ikke kan mestre (Tromsø kommune 2012).

Underernæring/fare for underernæring

Underernæring defineres i retningslinjene som en ernæringsssituasjon der mangel på energi, protein, og/eller andre næringsstoffer forårsaker en målbar ugunstig effekt på kroppssammensetning og – funksjon (Helsedirektoratet 2009, s.14). Underernæring oppstår når næringsinntaket er mindre enn behovet, enten ved at behovet øker eller ved at inntaket reduseres (Mowé 2002). Brukere som er i fare for underernæring eller i ernæringsmessig risiko er ikke underernærte, men står i fare for å bli det dersom ikke tiltak iverksettes.

Retningslinjer

Retningslinjer er anbefalinger for praksis som skal gi beslutningsstøtte og være basert på beste tilgjengelige kunnskap. Helsedirektoratet benytter følgende definisjon:

(Retningslinjer er)...systematisk utviklede råd og anbefalinger knyttet til forebygging, diagnostikk, behandling og/eller oppfølging innenfor helse- og omsorgstjenestene (Helsedirektoratet 2012, s. 10).

Disse rådene og anbefalingene skal hjelpe helsearbeidere, brukere og pasienter til å velge passende og hensiktsmessig behandling og tiltak for en bestemt problemstilling.

Kunnskapsbaserte retningslinjer (eller for eksempel veiledere, prosedyrer, handlingsprogram) betyr at beslutningsgrunnlaget som sier hvilke tiltak som skal iverksettes er basert på vitenskapelig dokumentasjon som er systematisk samlet inn og kritisk vurdert (Senter for kunnskapsbasert praksis 2012).

Dokumentasjon

Helsepersonell har etter Helsepersonellovens kapittel 8 plikt til å dokumentere (Helsepersonelloven 1999). Denne dokumentasjonen skal foregå i det offisielt vedtatte dokumentasjonssystemet for virksomheten, i Tromsø kommune vil det si dokumentasjonsprogrammet Profil.

2.0 Kunnskapstilfang

Prosjektgruppa innhentet fortløpende kunnskaper fra bøker, tidsskrifter og artikler.

Litteraturen omhandlet både ernæring generelt og underernæring og disponerende faktorer for underernæring spesielt, samt konsekvenser av dårlig ernæringsstatus. Oppfølgingsarbeidet av kartlagte brukere krevde også innhenting av kunnskaper og informasjon fra ulike kilder.

Heftet «Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring» (Helsedirektoratet 2009) inneholder svært mye informasjon både om forekomst, årsaker til og

konsekvenser av underernæring, om forebygging og behandling, og om juridiske aspekter ved helsevesenets omgang med temaet.

Retningslinjene viser til forskning som sier at forekomsten av underernæring er mellom 10 % og 60 % i sykehjem og sykehus. Forekomsten av underernæring blant personer som bor hjemme antas å være noe lavere da hjemmeboende kan forventes å være friskere enn institusjonsbeboere. Tall fra USA viser at rundt 3 % av hjemmeboende eldre er underernærte, mens 32 % er i risiko for underernæring (Helsedirektoratet 2009, s. 10). En prevalensstudie som omfattet 340 hjemmeboende eldre som mottok hjemmesykepleie i Oslo og Bærum i 2003 viste at så mange som 46 % var underernærte eller i ernæringsmessig risiko (Sørbye 2003).

For prosjektgruppa var det videre viktig å finne ut hva andre hadde gjort på dette området tidligere. Det ble derfor søkt og lett etter andre tilsvarende prosjekter. Det viste seg å være lite materiale som omhandler hjemmesykepleie, men en del mer fra institusjoner.

Prosjektet tok i stor grad utgangspunkt i et liknende prosjekt som alt var utført ved Kroken sykehjem i Tromsø kommune, «Uten mat og drikke...» (Utviklingscenter for sykehjem i Troms 2011). Kroken sykehjem er Utviklingscenter for sykehjem (USH) i Troms fylke. Erfaringene fra sykehjemmet har vært til stor hjelp for prosjektet i hjemmetjenesten, men likevel er det så mange ulikheter mellom sykehjem og hjemmetjenester at det er nødvendig med to ulike tilnærminger.

Som annen særlig god inspirasjonskilde skal prosjektet «Maten e god den, det e'kje da.....» fra Utviklingscenteret for sykehjem (USH) i Nordland trekkes fram. (Utviklingscenter for sykehjem Nordland 2011).

3.0 Metode

3.1 Prosjektmodell

Utviklingscenteret for hjemmetjenester valgte en tredelt prosjektmodell for dette prosjektet. Prosjektet bestod dermed av en styringsgruppe, en prosjektgruppe og en ressursgruppe. Prosjektleder ble frikjøpt i ca 20 % stilling.

Styringsgruppa var prosjektets faglige og politiske forankring og dens oppgaver var av overordnet karakter; å tilse at prosjektets mål ble nådd og at metodene ble benyttet var akseptable. Styringsgruppa hadde til sammen tre møter i løpet av prosjektperioden og ble ellers fortløpende orientert om prosjektarbeidet via epost.

Prosjektgruppa var prosjektets «motor» og dens oppgave var å finne hvilke tiltak som måtte iverksettes for at prosjektets mål skulle nås. Prosjektgruppa hadde jevnlig møter gjennom hele prosjektperioden.

Ressursgruppa bestod av en person fra hver av de forskjellige hjemmetjenesteavdelingene i kommunen. Før etablering av ressursgruppa hadde prosjektgruppa gått ut til hver enkelt avdelingsleder og orientert om prosjektet som skulle startes og bedt om at personer som hadde interesse for og lyst til å arbeide med ernæring fikk være med i ressursgruppa. Alle medlemmene hadde helsefaglig utdanning enten fra høgskole/universitet eller videregående opplæring.

Arbeidsoppgavene til ressursgruppa var i første rekke å prøve ut og evaluere tiltakene prosjektgruppa ønsket iverksatt, men også å komme med tilbakemeldinger og innspill på faktorer i ernæringsarbeidet i hjemmetjenesten som prosjektgruppa ikke hadde tatt høyde for. Ressursgruppa hadde flere møter i starten av prosjektet og i evalueringsfasen.

I tillegg til at prosjektet var godkjent på politisk nivå i kommunen var det også innhentet godkjenning og aksept for oppstart og tidsbruk hos de enkelte enhetsledere og avdelingsledere.

Underveis i prosjektperioden ble enhetsledere og avdelingsledere jevnlig orientert. Prosjektleder har vært ved de forskjellige enheter og informert om framgang, problemer og resultater i prosjektet. I tillegg har fagkonsulentene fra hver enhet i kommunen vært aktive deltagere i prosjektgruppa.

3.2 Utvalg

Prosjektet omfattet først og fremst brukere som mottar hjemmesykepleie eller kombinasjonen hjemmesykepleie og praktisk bistand, ikke brukere som mottar utelukkende praktisk bistand.

Hjemmesykepleie og praktisk bistand tildeles begge etter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven 2011), men for at prosjektet ikke skulle bli for omfattende valgte vi å gjøre denne avgrensningen.

Prosjektet omfattet ikke beboere på institusjoner eller brukere under 18 år. Prosjektet omfattet heller ikke personer som mottar helsetjenester fra kommunens rus- og psykiatritjeneste. Brukere bosatt i omsorgsbolig deltok i prosjektet.

Fra prosjektgruppas side ble det ikke satt opp utvelgelseskriterier for hvilke av brukerne på hver enkelt avdeling som skulle kartlegges, i hvilken rekkefølge eller hvem som skulle foreta kartlegginga. Retningslinjene sier at alle brukere av hjemmesykepleie skal vurderes for ernæringsmessig risiko (Helsedirektoratet 2009, s. 8). Det ble derfor opp til hver enkelt av deltakerne i ressursgruppa hvordan de i samarbeid med sin leder og sine kolleger la opp arbeidet på sine respektive avdelinger.

Ingen av avdelingene som leverte inn resultater etter kartlegging hadde kartlagt 100 % av brukerne. Årsakene til dette var flere; noen av brukerne ville ikke la seg kartlegge, noen brukere var døende og man anså det derfor ikke som hensiktsmessig, og andre brukere var innlagt på sykehus eller i institusjoner i kartleggingsperioden.

3.3 Undervisning, opplæring og samarbeidspartnere

I arbeidet med prosjektet var det viktig å etablere samarbeid med andre instanser og å øke den generelle kunnskapen om ernæring/underernæring. Dette gjaldt ikke bare for deltakerne i prosjektets ulike grupper, men også for hele hjemmetjenestens personale. I tillegg til dette var det som tidligere nevnt viktig å innhente informasjon fra andre som har utført liknende prosjekter.

Ernæringscenteret ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) bidro med deltakelse i prosjektets styringsgruppe, men også med undervisning av klinisk ernæringsfysiolog til hele hjemmetjenestens personale. Målet med dette var å øke kunnskapsnivået generelt i personalgruppa, i tillegg til at undervisninga skulle være med å vekke interessen for ernæringsarbeid og skape forståelse for viktigheten av slikt arbeid. Undervisninga varte i

overkant av en time og var en blanding av foredrag, praktiske øvelser i kostregistrering og diskusjon.

For å nå flest mulig var undervisninga lagt opp som en utvidet lunsjpause, og samme undervisning ble gjentatt flere ganger. Undervisninga krevde ingen forkunnskaper eller helsefaglig utdanning og assistenter ble særlig oppfordret til å delta. Tilbakemeldinger som ble gitt fra deltakerne var at undervisninga var svært nyttig, spesielt at den var jordnær og praktisk slik at det man lærte kunne overføres til praksis. Prosjektgruppa og ressursgruppa deltok i tillegg på to kliniske fagdager i ernæring, begge arrangert av Ernæringscenteret, UNN.

3.4 Valg av verktøy

Vekttap over tid eller BMI (Body Mass Index) er de enkleste mål på endring i ernæringsstatus. Et ufrivillig vekttap på over 10 % i løpet av et halvår regnes som et alvorlig vekttap som kan gi økt risiko for sykdom og komplikasjoner. Vekt og BMI alene er imidlertid ikke godt nok til tidlig å fange opp personer i ernæringsmessig risiko. Når et stort vekttap observeres er som regel verdifull tid allerede gått tapt. Underernæring utvikler seg ofte langsomt og snikende og det er mye å vinne på å identifisere risikopasienter tidlig slik at det kan iverksettes tiltak før underernæring oppstår. Det er utviklet flere verktøy for nettopp å kunne identifisere risikopasientene. Retningslinjene anbefaler flere verktøy som alle er vitenskapelig holdbare (Helsedirektoratet 2009, s. 4, s.14).

Prosjektgruppa bestemte seg raskt for å benytte kartleggingsverktøyet Mini Nutritional Assessment (MNA) (vedlegg 1). Dette skjemaet anbefales i de nasjonale retningslinjene som et godt verktøy for å identifisere pasienter i ernæringsmessig risiko (Helsedirektoratet, 2009, s. 14). Skjemaet anbefales brukt for eldre over 65 år. Eldre utgjør hovedtyngden av brukere i ordinær hjemmetjeneste og dette talte for at dette verktøyet skulle velges. Videre veide det tungt at Utviklingssenter for sykehjem i Troms (Kroken sykehjem) hadde landet på dette kartleggingsverktøyet da de gjennomførte sitt prosjekt (Utviklingssenter for sykehjem i Troms 2011).

Sykehjemsbeboere i kommunen har i stor grad vært brukere av kommunale hjemmetjenester før de flytter på sykehjem og vi anså det som nyttig at sykehjem og hjemmetjeneste i kommunen hadde en felles forståelse og et felles system for å følge opp brukernes/beboernes ernæringsstatus. Mange av hjemmetjenestens brukere benytter seg også av institusjonsopphold i kommunale institusjoner for kortere eller lengre perioder, eksempelvis avlastningsopphold, korttidsopphold, kartleggingsopphold og rehabiliteringsopphold.

MNA oppfattes som lett forståelig og kommuniserbart i forhold til spesialisthelsetjenesten og andre aktuelle instanser da skjemaet kommer ut med tre mulige konklusjoner; underernært, i fare for underernæring eller utenfor fare. Det var viktig for prosjektgruppa å finne løsninger som enkelt kan kommuniseres innad i kommunehelsetjenesten så vel som til spesialisthelsetjenesten. Det ble lagt opp undervisning i bruk av kartleggingsskjemaet for prosjektgruppa og ressurspersonene. Undervisninga ble gitt av prosjektleder for det tilsvarende prosjektet på sykehjemmet i Kroken som hadde god praktisk erfaring i bruk av verktøyet.

For andre pasient- og brukergrupper, som mennesker med utviklingshemming, psykisk lidelse eller unge med funksjonshemming, vil det være viktig å arbeide videre for å finne registreringsskjemaer som er mer hensiktsmessige for disse gruppene.

3.5 Etikk

Etiske problemstillinger rundt gjennomføring av prosjektet ble hyppig diskutert på alle nivåer i prosjektet gjennom hele prosjektperioden. Ernæringsstatus, mat og matstell oppleves av mange brukere som svært privat, og kartlegging i forhold til dette kan for noen oppleves vanskelig og invaderende. Det var derfor svært viktig med god informasjon til hjemmetjenestens brukere og pårørende om hva hensikten med kartlegginga er og hva den skal brukes til. Denne informasjonen ble gitt av den pleieren som forespurte om å få gjøre kartlegginga. Der bruker ikke selv var stand til å samtykke eller svare på spørsmålene på skjemaet var det nødvendig med samarbeid med nærpå personer. Det var full anledning til å reservere seg fra kartlegginga. Dette ble dokumentert i pasientjournalen.

4.0 Gjennomføring av prosjektet

Etter valg av hvilket kartleggingsverktøy som skulle brukes og undervisning i hvordan dette praktisk skulle utføres, gikk ressurspersonene tilbake til sine avdelinger, og kartlegginga startet høsten 2011. Det viste seg imidlertid at det var vanskelig å komme i gang; ressurspersonene og personalet forøvrig visste ikke helt hvor de skulle begynne. Flere ga tilbakemelding om at det virket nokså overveldende å ha som mål å kartlegge alle brukere.

En avdeling kom fram til en god start ved å bestemme seg for å registrere høyde og vekt hos alle brukere som ga sitt samtykke til det. Dette var en overkommelig oppgave som ikke trengte verken spesielt mye utstyr eller forkunnskaper. Enheten kjøpte inn målband og transportabel vekt som kunne benyttes til de som ikke hadde egen vekt. Samtidig ble også brukere og pårørende spurt om hva bruker pleide å veie tidligere. Etter å ha gjennomført en slik datainnsamling ble det også lettere å prioritere hvor man skulle starte kartleggingen fordi det ble åpenbart at enkelte hadde hatt et stort vekttap eller var undervektige.

Det ble derfor laget følgende framgangsmåte:

- 1) Registrere høyde og vekt
- 2) Gjennomføre kartlegging ved hjelp av MNA
- 3) Iverksette tiltak og etablere regelmessig vektkontroll
- 4) Evaluere tiltak etter en tid
- 5) Dokumentere prosessen i Profil

Underveis støtte man på enkelte praktiske problemer som måtte løses:

- Det var vanskelig å måle høyde hos personer som ikke kan stå oppreist. Det er da mulig å måle lengden på underarmen for cirka å anslå høyde. Dette er det utarbeidet egne tabeller for som man kan finne på internett, blant annet:

http://nutricia.no/upload_dir/docs/6_-Alt_-maalemetoder-Veiledning-og-tabeller.pdf

- Vekt kan være vanskelig å måle hos brukere som ikke kan stå på en vanlig badevekt. En del kan løses gjennom praktisk tilrettelegging, for eksempel støtte fra to personer eller ved å plassere vekta på et bord slik at bruker kan sette seg på den dersom vedkommende har sittebalanse. Men hos enkelte var det nødvendig med stolvekt eller sengevekt. Denne typen vekter var kun tilgjengelig på de kommunale institusjonene, og hjemmetjenestebrukerne måtte derfor fraktes dit. I forhold til dekning av kostnader til transport ble dette drøftet med jurist hos Fylkesmannen og det ble slått fast at dersom vektregistrering anses å være viktig for å kunne yte nødvendig helsehjelp, så må utgifter dekkes av kommunen.
- Dokumentasjon i Profil opplevdes vanskelig, det ble avdekket mangelfulle kunnskaper om dokumentasjonssystemet. Det ble derfor nødvendig å lage et eget undervisningsopplegg for hvordan de innhentede opplysningene skulle legges inn i Profil og for hvordan man videre skulle dokumentere ernæringsarbeidet. Disse undervisningene foregikk over to timer hver gang i kommunens datalab og ble holdt av Profilansvarlige IT-arbeidere i kommunen.

Retningslinjene anbefaler at fastlegen jevnlig skal vurdere hjemmeboende pasienter som tilhører en risikogruppe for underernæring. Når det gjennom prosjektets kartlegging ble avdekket personer som var underernærte eller i risiko var det derfor naturlig å informere fastlegen om disse funnene og samarbeide om den videre oppfølginga. Erfaringene viser at fastlegene kom med svært forskjellige tilbakemeldinger. Enkelte fastleger undersøkte pasientene for å finne eventuelle fysiske årsaker til at ernærings situasjonen var blitt dårlig, mens andre mente det ikke var noe å bry seg med, at gamle folk måtte få være i fred og spise det de ville. Dette fikk også konsekvenser for oppfølginga av de som var underernærte eller i faresonen for å bli det, idet fastlegenes vilje til å søke Helfo om vedtak for å skrive ut næringstilskudd på blå resept var svært forskjellig.

Under arbeidet med prosjektet fikk vi erfare en del generelle hindringer og problemer som nok gjør fagutviklingsarbeid, endringsarbeid og implementering av nye rutiner i en stor organisasjon vanskelig og tidkrevende. Prosjektgruppa måtte fokusere på og iverksette en del tiltak som i utgangspunktet ikke var med i planene, for eksempel i forhold til dokumentasjon. Dette ble en uventet stor del av prosjektet. Det var nødvendig å organisere og avholde egne undervisninger om hvordan opplysningene man innhentet skulle dokumenteres i kommunens

dokumentasjonssystem Profil. Brukerne av systemet mente systemet var vanskelig tilgjengelig og lite selvforklarende. De uventede utfordringene man møtte avdekket grunnleggende mangler i kommunehelsetjenesten og har i ettertid også avledet nye prosjekter.

5.0 Resultater

Prosjektet ga resultater på flere nivåer:

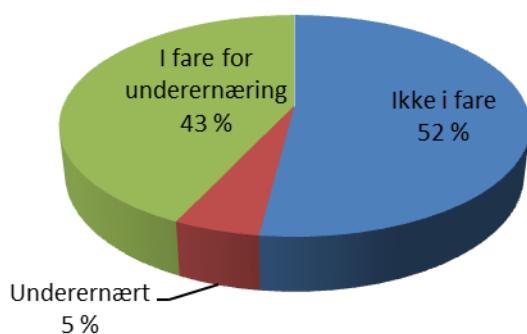
- a) Utvikling av gode, hensiktsmessige og felles rutiner for ernæringskartlegging
- b) Implementering av rutinene
- c) Resultater av ernæringskartlegging, brukernes ernæringsstatus, effekt av iverksatte tiltak

Forskning har vist at underernæring og risiko for underernæring er et stort problem, med forekomst opp mot 50 %. Alle involverte var derfor i forkant av oppstart svært ivrige og spente på hva kartlegging av ernæringsstatus hos brukerne i vår kommune ville avdekke og var ivrige etter å gå i gang. Prosjektgruppa og ressurspersonene møtte imidlertid mange hindringer og problemer underveis, slik at mengden innleverte resultater til slutt ble veldig liten. Mulige årsaker til dette vil bli drøftet senere i rapporten. Totalt leverte 3 avdelinger, alle fra samme enhet, inn tall etter kartlegging. Det dreide seg om to ordinære hjemmetjenesteavdelinger og en hjemmetjenesteavdeling knyttet til kommunale omsorgsboliger ved et omsorgssenter. En av disse avdelingene leverte også inn tall etter kartlegging nummer to, foretatt omtrent et halvt år etter første kartlegging, og etter at målrettede tiltak var iverksatt hos de som ble avdekket som underernærte eller i faresonen.

5.1 Resultater av kartlegging

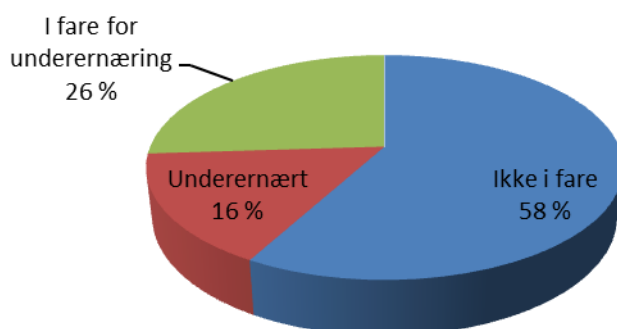
Tre avdelinger leverte inn tallmateriale etter gjennomført ernæringskartlegging ved hjelp av Mini Nutritional Assessment (MNA):

Hjemmetjenesteavdeling 1, ordinær hjemmetjeneste



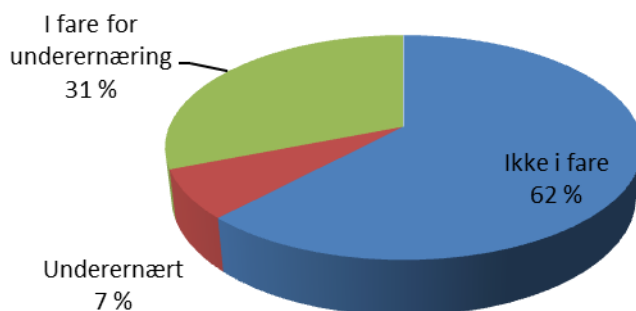
n = 44

Hjemmetjenesteavdeling 2, omsorgsboliger



n = 19

Hjemmetjenesteavdeling 3, ordinær hjemmetjeneste



n = 45

Det innsendte tallmaterialet viste at i snitt var opp mot 10 % av de kartlagte brukerne underernærte, mens 30 - 40 % var i fare for underernæring (se diagrammer). Kartlegginga

som er foretatt ved hjelp av MNA-skjemaet er ikke vitenskapelig gjennomført eller gyldig som forskning, men gir et bilde av situasjonen. Resultatene er svært lik de funnene som er gjort i forskningsstudier. De aller fleste av prosjektets deltakere ble overrasket over at situasjonen var så alvorlig også i vår kommune. Tilbakemeldingene fra de ansatte i hjemmetjenestene var at man til en viss grad var klar over de av brukerne som var underernærte, men at så mange var i risiko var ukjent.

5.2 Oppfølging

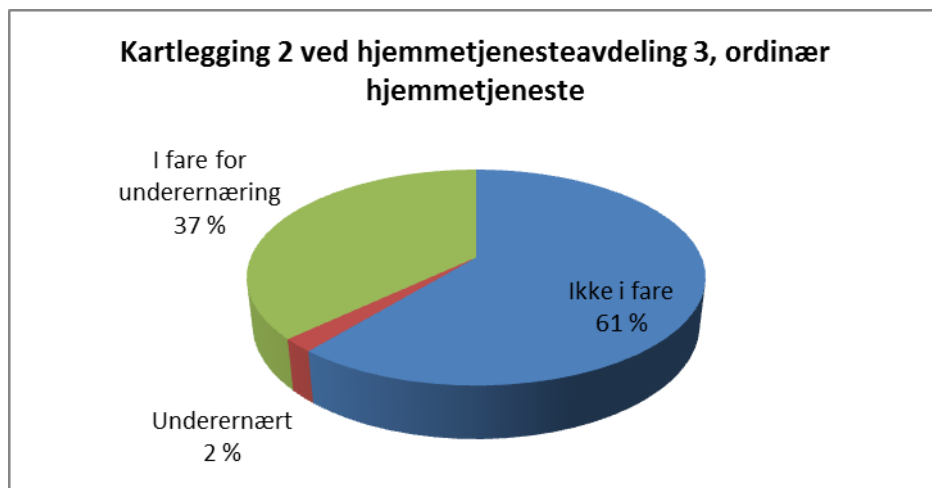
Målet med kartleggingene var at de brukerne som var underernærte eller i risiko skulle få en oppfølgingsplan for å sikre oppnåelse av den best mulige ernæringsstatus for hver enkelt bruker. Dette arbeidet var mye mer omfattende enn selve kartlegginga:

- Kontakte fastlege slik at eventuell ny sykdom kan avdekkes, det kan være målinger og undersøkelser som bør foretas
- Lage ernæringsplan
 - Kartlegge appetitt, matvaner, svelgfunksjon, tannstatus/tyggeeve, spiseevne
 - Kartlegge energi- og væskeinntak kontra energi og væskebehov
 - Tilpassede tiltak i forhold til det mål man setter for brukers ernæringsstatus.

I arbeidet med ernæringsplan er det viktig å finne realistiske individuelle mål.

Bakenforliggende sykdom kan gjøre at det ikke alltid er mulig å forbedre brukers ernæringsstatus eller unngå at den forverrer seg, men målet må alltid være at den skal være så bra som mulig under de gitte forutsetninger.

Hjemmetjenesteavdeling 3 gjorde sin første kartlegging i oktober 2011. Kartlegginga førte til at de av brukerne som var underernærte eller i faresonen fikk en oppfølgingsplan og det ble iverksatt målrettede tiltak. Deretter ble det gjort en ny kartlegging i mars 2012:



n =

Den nye kartlegginga etter bare et halvt år med målrettet ernæringsarbeid viste at arbeidet hadde gitt resultater! Tiltakene som var iverksatt var i utgangspunktet nokså enkle:

- Råd og veiledning til brukere og pårørende. Mange pårørende handlet inn samme type varer til bruker som til seg selv, det vil si ofte lettprodukter og kanskje mat med konsistens som var vanskelig å spise dersom tenner og tyggefunksjon er redusert. Vanens makt er stor og mange handler derfor det samme som de «alltid» har gjort, men så har kanskje brukers forutsetninger for å innta denne typen mat endret seg, eller smaksopplevelsen har endret seg etter hvert som bruker ble eldre og kanskje syk.
- Ved å bytte ut lettprodukter med «ekte» vare fikk brukerne i seg mange flere kalorier i løpet av en dag. Man gikk også inn for å berike maten ved å tilsette ekstra kalorier i form av en smørklatt, en fløteskvett o.l. Selv om mange hadde vært vant til for eksempel å drikke lettmelk, var det mange av de eldre som satte pris på å gå over til helmelk da de synes denne smakte bedre.
- Man innførte flere mellommåltider slik at brukerne spiste oftere enn frokost, middag og kveldsmat. Det ble også gjort om på rutiner slik nattfasten ble kortere for enkelte brukere, for eksempel ved å servere mat på sengekanten før morgenstell.

- Enkelte brukere fikk mer hjelp til å handle inn og tilberede mat og å servere den på appetittvekkende måte. Pleiepersonalet prøvde å sitte sammen med en del brukere som tidligere hadde fått servert mat, men spist alene. Man observerte da at mange brukere spiste mye mer. Hos enkelte demente brukere kom det tilbakemeldinger om at bruker spiste kvart porsjon middag på egen hånd, en kvart porsjon til ved påminning og deretter hadde personalet forsiktig matet bruker med enda en kvart porsjon. Slik økte matinntaket drastisk. Dette var ressurskrevende i og med at man i hjemmetjenesten bare kan sitte sammen med en av gangen.
- Mange flere brukere fikk tilbud om middagsombringing fra kommunen, enten daglig eller bare noen dager i uka. Personalet var også bevisst på å bestille energitett middagsmat til brukere som bare klarte å innta en liten porsjon.
- Avdelinga kontaktet fastlegene til de brukerne som var i faresonen eller var underernærte. I tillegg til at undersøkelser og prøvetaking i enkelte tilfeller ble utført, fikk en del brukere blåresept på næringsdrikker og andre former for næringstilskudd.

Det er også interessant at pleiepersonalet på denne avdelinga rapporterte at de opplevde bedre helse og livskvalitet hos de av brukerne som mottok målretta ernæringsbehandling, dette først og fremst som økt våkenhet og høyere energinivå.



6.0 Diskusjon

Resultatene av kartleggingene som ble gjort viste at behovet for et målrettet ernæringsarbeid er til stede. De innleverte resultatene var i samsvar med forskning som tidligere er gjort, og selv om det var få avdelinger som leverte resultater, er det liten grunn til å tro at resultatene er enestående for disse avdelingene.

En avdeling leverte resultater også etter innsettelse av målrettede ernæringstiltak, og det viste seg at selv relativt enkle tiltak hadde hatt en svært positiv effekt da det både var færre underernærte og færre i faresonen. Dette kom også rent praktisk til uttrykk gjennom at man opplevde at brukerne fikk bedre helse og livskvalitet, uten at det ble gjort noen formelle undersøkelser på dette.

Retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring sier:

Riktig ernæringsbehandling vil i tillegg til de økonomiske gevinstene også gi helsemessige gevinster i form av bedret livskvalitet og overlevelse hos en rekke sykdomsgrupper. En målrettet identifisering og behandling av underernæring i primærhelsetjenesten vil sannsynligvis gi enda større helse- og økonomiske gevinster da flere kan behandles på et lavere og billigere tjenestenivå og dermed redusere behovet for spesialisthelsetjenester (Helsedirektoratet, 2009, s. 13).

Prosjektets mål var å utvikle gode, hensiktsmessige og felles rutiner for å gjennomføre intensjonene og kravene i de nasjonale faglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring. I det følgende vil jeg se nærmere på hvorvidt prosjektet har nådd målene sine og hva som eventuelt har vært til hinder for måloppnåelse.

6.1 Etablering av rutine

En av avdelingene etablerte en rutine for oppfølging av sine brukere i forhold til ernæring. Denne rutinen stemmer overens med tiltakene som listes opp i de Nasjonale faglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring (Helsedirektoratet 2009, s.3). Man kan si at avdelingens rutiner er en konkretisering av disse, og en implementering av nasjonale anbefalinger.



Avdelingas rutiner:

1. Registrere høyde og vekt hos alle brukere

Etter en del diskusjoner om hvordan man skulle komme i gang med det omfattende arbeidet å kartlegge ernæringsstatus hos samtlige brukere av hjemmetjenesten, kom man på denne avdelingen fram til at det var lurt å starte med å registrere høyde og vekt hos alle. Dette var målinger som alle ansatte uavhengig av profesjon kunne utføre og det krevde få investeringer i utstyr. Å få kartlagt brukers vekt på et så tidlig tidspunkt som mulig ga også bedre muligheter for å kunne fange opp endringer i vekt underveis.

2. Gjennomføre kartlegging ved hjelp av skjemaet MNA

3. Iverksette tiltak

Tiltakene var individuelt tilpasset den enkelte bruker og dennes behov. Som en del av tiltak og oppfølging var også etablering av fast vektregistrering hos brukerne. Retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring anbefaler at brukere i hjemmetjenesten skal

vurderes for ernæringsmessig risiko månedlig. Vektendring over tid er et av de enkleste målene på endring i ernæringsstatus, i tillegg er målingen hos de fleste enkel å utføre og påfører ikke bruker ubehag. Det viste seg å være en utfordring å få på plass en rutine som sikret at vekt ble målt en gang i måneden. Det var vanskelig å sette en fast dato; ikke alle brukere har hjemmetjeneste alle dager og hos de som skulle bruke hjemmetjenestens vekt ville det vanskelig kunne gjennomføres praktisk i løpet av en dag. Avdelinga kom derfor fram til en tommelfingerregel som sa at brukerne skulle veies en gang pr uke i forbindelse med hjelp til dusj. Dette ville omfatte langt de fleste av brukerne, og for de resterende ble det etablert andre systemer, for eksempel ved å velge faste dager som ble nedtegnet i tiltaksplan/pleieplan.

4. Evaluere tiltakene etter en tid

Det var viktig å sette en konkret dato for evaluering av iverksatt tiltak. Hadde tiltakene hatt den ønskede effekt? Hvis ja – skulle tiltaket videreføres eller var situasjonen blitt så annerledes at også tiltaket måtte endres? Hvis nei – var tiltakene som var iverksatt riktige eller burde man velge andre tiltak? Var ønsket mål realistisk?

5. Dokumentere hele prosessen i punkt 1.- 4. i kommunens dokumentasjonssystem Profil.

Profil har en egen funksjon/registreringsmulighet for ulike målinger, deriblant vekt, og denne tok avdelinga i bruk. Det gjorde det enklere å følge med i vektutviklinga til brukerne

Alle tiltak og evalueringer ble dokumentert og begrunnet i Profil. Å benytte Profil på denne måten var relativt nytt. De fleste avdelinger, også denne, har frem til nå operert med to systemer, både et elektronisk og et papirsystem. Det er det elektroniske systemet som er det offisielle dokumentasjonssystemet til Tromsø kommune og der skal all informasjon kunne finnes, noe som også har blitt påpekt i forbindelse med tilsyn fra helsemyndighetene v/Fylkesmannen tidligere.

Denne avdelingas rutine for ernæringskartlegging av brukerne er praktisk gjennomførbar over tid og den innfrir kravene i de nasjonale faglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring. Man kan derfor si at det gjennom prosjektet har blitt laget en

rutinebeskrivelse eller framgangsmåte for hvordan man skal gå fram for å kartlegge ernæringsstatus til hjemmetjenestens brukere (vedlegg 2).

6.2 Hindringer for implementering av rutine

Når det likevel bare var en av avdelingene som fikk etablert kartlegging og oppfølging av ernæringsstatus som en del av den daglige rutinen, ble det en viktig del av prosjektet å se på hva som hindret en generell innføring av denne rutinen på alle avdelinger. Dette var tema for flere av møtene med ressursgruppa i prosjektet, både underveis i prosjektet og mot slutten av prosjektperioden. Det var viktig å merke seg at det i løpet av prosjektperioden ikke var noen som synes at dette arbeidet var uviktig eller uinteressant, og alle mente at dette var et arbeid som burde prioriteres. Det kom fram flere forskjellige hindringer for innføring av en slik rutine, og grovt sett kan hindringene deles inn i to grupper:

- a) Hindringer i personalgruppa
- b) Hindringer i organisasjonen systemet

a) Hindringer i personalgruppa

Ressurspersonene synes det var vanskelig å nå ut til den øvrige personalgruppa. De opplevde at kollegene distanserte seg fra prosjektet selv om de var enige i at det var viktig.

Prosjektarbeidet ble oppfattet som merarbeid i en hverdag som allerede var overbelastet.

Ressurspersonene følte derfor at de ble veldig alene om prosjektarbeidet på sine avdelinger. I ettertid kan man si at det nok var for lite å ha bare en person med fra hver avdeling. Dette gjorde prosjektet veldig sårbart for sykdom og annet fravær samt at ressurspersonen manglet en samarbeidspartner på sin avdeling.

Selv om personalet hadde fått en grunnleggende innføring om ernæring/underernæring opplevde man fortsatt stor mangel på kunnskap. Dette førte til at det var vanskelig å komme til enighet om en strategi eller en plan for å komme fram til ønsket mål i forhold til både kartlegging og oppfølging av enkeltbrukere. I prosessen med ernæringsarbeidet ble det tydelig at dette var et arbeid som krevde fagkunnskap. Det gjaldt blant annet utfylling av MNA-

skjemaet. De ansatte må forstå hva de forskjellige punktene i spørreskjemaet innebærer, ha kjennskap til brukers fysiske og mentale funksjonsnivå for å kunne omformulere spørsmålene slik at de blir forståelige for bruker, eller kanskje selv måtte vurdere hva som er riktig svar ut fra observasjoner. Det er også nødvendig med kunnskaper om normale aldersforandringer og om sykdomsprosesser som kan være førende for hvilke tiltak som settes inn og for hvordan de skal evalueres.

Ressurspersonene kom også med kritikk av seg selv og det øvrige personalet i tjenesten. Hver enkelt kunne vist større initiativ til å dra arbeidet videre ble det sagt. Det ble trukket fram at dersom ikke arbeidet konkret stod oppført på den enkeltes arbeidsliste, så ble det ikke gjort. Man mente at man som fagpersoner også i større grad selv måtte kunne ta initiativ til å gjøre arbeidet ved å ta seg tid, utnytte tida mer effektivt og ikke minst gjennom å synliggjøre fagarbeidet mer, argumentere mer for det og være enda tydeligere med sin fagkunnskap.

b) Hindringer i organisasjonen/systemet

Ressurspersonene trakk alle fram nærmeste leder som en nøkkelfigur dersom det skulle lykkes å gjennomføre prosjektets intensjoner. De mente at dersom innføring av slike nye rutiner skulle lykkes er det avgjørende at avdelingsleder er engasjert og anerkjenner arbeidet. Avdelingsleder må vise dette gjennom å prioritere ressurser til arbeidet i form av tid og fagkompetanse. Ressursgruppa opplevde at avdelingsleder har for mange oppgaver av administrativ art slik at det blir for liten tid til å være faglig leder. Personalet ønsket at avdelingsleder skal være den som løfter faget og legger til rette for fagutvikling, samt etterspør og krever resultater når det er lagt til rette for faglig utviklingsarbeid. På den avdelinga der ernæringskartlegginga ble innført som rutine ga personalet nettopp tilbakemelding om at det ble gitt rom og prioritert ressurser til dette arbeidet.

Ernæringskartlegginga og oppfølgingsarbeidet skal dokumenteres i tjenestens journalsystem, Profil. Dette utkrystalliserte seg ganske raskt som en av de store hindringene for å gjennomføre prosjektet. Dataprogrammet oppleves som ulogisk og vanskelig. Personalet synes det er vanskelig å navigere i systemet og terminologiene som brukes er lite gjenkjennbare i forhold til de termene pleierne er vant til innafor pleiefaget. Det opplevdes derfor som vanskelig å vite hva som skulle skrives hvor. Det kom også fram at det er mangel

på en felles plattform og forståelse av hva som skal dokumenteres og hvordan man dokumenterer. Dette gjaldt både innad på avdelinger og mellom avdelinger/enheter. Det ble gitt tilbakemeldinger om at opplæring i dokumentasjon og bruk av dokumentasjonsverktøyet opplevdes som tilfeldig og lite planmessig. Ofte er opplæringa basert på kollegaveiledning og hvor mye man lærer er avhengig av hva kollegaen kan. Det ble derfor som tidligere nevnt behov for å avholde kurs for ressurspersonene i bruk av Profil.

Prosjektets erfaringer sammenfalt også med andres erfaringer og var med på å tydeliggjøre behovet for mer kunnskap om både dokumentasjon i seg selv og dokumentasjonssystemet som benyttes. I Tromsø kommune er det nå satt i gang et omfattende dokumentasjonsprosjekt i regi av USHT som har som mål å både bedre kunnskapene om dokumentasjon og å øke funksjonaliteten i dokumentasjonsverktøyet.

Fra samtlige avdelinger kom det tilbakemeldinger om at grunnbemanningen med fagutdannet personale var alt for liten. Som tidligere nevnt trengs det en viss grad av fagkunnskap for å kunne bruke kartleggingsverktøyet MNA og for å tolke resultatene det gir, selv om skjemaet er enkelt i bruk. Dette gjelder også andre tilgjengelige kartleggingsverktøy.

Samhandlingsreformen ble innført midt i prosjektperioden (01.01.12). Den legger opp til store endringer i helsevesenet, der mer og flere oppgaver skal utføres utenfor spesialisthelsetjenesten. Dette betyr flere nye oppgaver for hjemmetjenesten, og svært mange av disse oppgavene krever utdannet helsepersonell. Deltakerne i prosjektet opplevde ikke at bemanningen var blitt styrket tilsvarende tilførsel av nye oppgaver, og man mente også at mengden oppgaver sannsynligvis ville tilta med tiden, da innføringen av reformen bare vare i den spede startfasen i prosjektperioden.

I tillegg til lav grunnbemanning i utgangspunktet og den dårlige kombinasjonen med økt arbeidsbyrde på fagpersonalet i forbindelse med samhandlingsreformen, trakk ressursgruppa fram et vedvarende høyt sykefravær som en vesentlig faktor til at det var vanskelig å gjennomføre innføring av nye rutiner

Et vedvarende høyt sykefravær ble også trukket fram av ressursgruppa som et vesentlig hinder for å få gjennomført faglige løft som innføring av en ny rutine slik dette prosjektet la opp til. Ett var at en høy andel sykemeldte fører til enda større mangel på fagfolk og det er enda færre til å utføre stadig flere oppgaver, noe annet er det daglige «endags-fraværet» der man sjelden

får innleid vikar og oppgavene fordeles på det øvrige personalet. Da er det alltid oppfølgingsarbeidet som må vike til fordel for konkrete pleieoppgaver ute hos brukerne.

7.0 Konklusjon – evaluering, konsekvenser og veien videre

Til tross for at de fleste av avdelingene ikke fikk innført regelmessig ernæringskartlegging som en rutine i løpet av prosjektperioden, kom ressursgruppa med mange positive tilbakemeldinger etter å ha arbeidet med prosjektet. Tilbakemeldingene var både fra medlemmene i gruppa og deres kolleger ute ved de forskjellige avdelingene:

- Vi er blitt mer bevisst på viktigheten av god ernæringsstatus
- Prosjektet har brakt med seg en økt forståelse for hvor viktig god ernæringsstatus er for brukernes helse, og at det er viktig med best mulig ernæringsstatus for å kunne nyttiggjøre seg av annen type medisinsk behandling Personalet hadde en opplevelse av at brukere som mottok målretta ernæringsbehandling fikk bedre helse og livskvalitet. Dette kom til syne blant annet gjennom økt våkenhet og mer tiltakslyst.
- Vi har fått økt fokus på at det er bedre og enklere å forebygge underernæring enn å behandle oppstått underernæring. Dette er helt i tråd med samhandlingsreformens intensjoner, der den blant annet peker på tidlig innsats fremfor sen og sier at «pasienter og brukere skal få tidlig og god hjelp når de trenger det nærmest mulig der de bor. De skal få rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud (Helsedirektoratet 2011)»
- Det har blitt forståelse for at underernæring ikke nødvendigvis kan sees – kartleggingene synliggjør usynlig underernæring. Man kan være underernært uten å være mager.
- Personalet har fått mer kunnskap om ernæring generelt
- Ernæringsarbeid er grunnleggende sykepleie og vi kan mye om hvilke tiltak som kan settes inn når vi bare vet hvem det gjelder.

- Kartleggingene har gitt oss et godt grunnlag for målretta arbeid
- Ernæringsarbeidet har ført til endret eller mer tjeneste til enkelte brukere. Forståelsen av hva bistand til måltider innebærer har blitt endret.

I etterkant av prosjektperioden kan det konkluderes med at ett år var for kort tid til å innføre en såpass omfattende rutine som ernæringskartlegging av alle hjemmetjenestens brukere. Hjemmetjenestens ansatte består av faglærte sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere, samt en stor mengde assistenter med varierende bakgrunn. Mye av prosjektida gikk med til å øke oppmerksomheten rundt og skaffe en felles forståelse om temaet ernæring.

Inntrykket som stod igjen etter prosjektperioden var at personalet etter opplæring opplevde ernæringsarbeid som noe de til en viss grad mestret og i stor grad opplevde som meningsfylt. Dette er et godt grunnlag å arbeide videre ut fra, og det har også blitt gjort eller skal gjøres ved alle de fire hjemmetjenesteenhetene i kommunen: En enhet har kjørt et prosjekt i mindre skala hos seg selv, en annen enhet har akkurat startet opp med langsgående undervisning om ernæring og ernæringskartlegging, en tredje enhet skal gå i gang med et undervisningsopplegg med utgangspunkt i filmen «Maten e' god den, det e'kje da» (Utviklingscenter for sykehjem i Nordland 2011).

Prosjektet har vist at det er mange hindringer i veien for å innføre endringer i en så stor organisasjon som Tromsø kommune. Noen av disse hindringene er mulig å komme over ved omstrukturering av oppgavene på avdelingene og kanskje en omstrukturering i personalets hoder, men mange av hindringene krever endringer på overordnet nivå. Prosjektet har vist at fagutvikling i hjemmetjenesten lider under at det er stor mangel på fagpersonale. Dersom stadig flere og mer avanserte oppgaver skal løses tilfredsstillende, må mengden personale og personalets kunnskaper må stå i forhold. Et vedvarende høyt sykefravær bidrar til å forsterke dette misforholdet. For samfunnets del har dette store økonomiske konsekvenser da det fører til at flere enn nødvendig ikke får avdekket sin dårlige ernæringsstatus med alle de negative konsekvenser det fører med seg, og som ofte etter hvert vil kreve behandling i spesialisthelsetjenesten. Dette er i strid med samhandlingsreformens intensjoner. Til syvende og sist er det brukerne av hjemmetjenesten som lider under manglende oppfølging av ernæringsstatus – det er de og deres pårørende som opplever svekket helse, redusert

livskvalitet og levetid. Dette er ikke til å leve med når prosjektet har vist at det er kun enkle midler som skal til for å endre situasjonen – bare det er vilje, folk og kunnskaper nok til å gjøre det.

Litteraturliste

- Helsedirektoratet (2009). Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. IS-1580. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2010). Utvikling gjennom kunnskap. Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester – en nasjonal satsing. IS- 1858. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2011). Samhandlingsreformen. Hentet 25.04.13. fra <http://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen/Sider/default.aspx>
- Helsedirektoratet (2012). Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer. IS-1870. Oslo: Helsedirektoratet
- Helsetilsynet 2010-2012. Tilsynsrapporter. Hentet 25.04.13. fra <http://helsetilsynet.no/no/ts/sokeside/?quicksearchquery=underern%c3%a6ring>
- Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Hentet 05.09.13. fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-064.html>
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Hentet 05.9.13. fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-20110624-030.html>
- Mowé, M. (2002). Behandling av underernæring hos eldre pasienter. *Tidsskrift for den norske lægeförening*, nr. 8, 2002. Hentet 03.05.13 fra <http://tidsskriftet.no/article/514098/>
- Senter for kunnskapsbasert praksis, Høgskolen i Bergen (2012). *Faglige retningslinjer*. Hentet 25.04.13 fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kritisk-vurdering/faglige-retningslinjer/>
- Sørbye, L. W. (2003). Hjemmetjenester til eldre i Bærum og Ullern. Sammenliknende data fra AdHOC studiet. Oslo: Diakonhjemmets høgskole
- Tromsø kommune (2012). *Hjemmesykepleie*. Hentet 25.04.13 fra <http://www.tromso.kommune.no/hjemmesykepleie.121190.no.html>
- Utviklingscenter for sykehjem i Troms, Kroken sykehjem (2011). Prosjektrapport: Uten mat og drikke... Tromsø: Utviklingscenter for sykehjem i Troms
- Utviklingscenter for sykehjem i Nordland (2011). Prosjektrapport og film: Maten e god den, d e'kje da.
- Aarheim, K. A. og Solheim, M. (2004). Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie. Oslo: Gyldendal forlag

Vedlegg 1



Mini Nutritional Assessment MNA®



Etternavn:	Fornavn:	Kjønn:	Dato:
Alder:	Vekt, kg:	Høyde, cm:	ID-nummer:

Besvar undersøkelsen ved å fylle inn de riktige poengsifferene. Bruk tallene fra hvert enkelt spørsmål og summer. Hvis oppnådd sum er 11 eller mindre på vurdering del I, fortsett med vurderingen del II for å komme fram til en gradering av ernæringstilstanden.

Vurdering, del I	
A Har matinntaket gått ned i løpet av de 3 siste månedene pga nedsatt appetitt, fordøyelsesproblemer, vanskeligheter med å tygge eller svelge? 0 = alvorlig nedsatt appetitt 1 = moderat nedsatt appetitt 2 = ikke nedsatt appetitt	<input type="checkbox"/>
B Vekttap i løpet av de 3 siste månedene 0 = vekttap over 3 kg 1 = vet ikke 2 = vekttap mellom 1 og 3 kg 3 = ikke vekttap	<input type="checkbox"/>
C Mobilitet 0 = sengeliggende/sitter i stol 1 = i stand til å gå ut av seng/stol, men går ikke ute 2 = går ute	<input type="checkbox"/>
D Har opplevd psykologisk stress eller akutt sykdom i løpet av de 3 siste månedene 0 = ja 2 = nei	<input type="checkbox"/>
E Neuropsykologiske lidelser 0 = alvorlig demens eller depresjon 1 = mild demens 2 = ingen psykologiske lidelser	<input type="checkbox"/>
F Kroppsmasseindeks (KMI) (vekt kg) / (høyde x høyde) 0 = KMI mindre enn 19 1 = KMI 19 til mindre enn 21 2 = KMI 21 til mindre enn 23 3 = KMI 23 eller større	<input type="checkbox"/>
Undersøkelsespoengsum vurdering, del I (sumtotal maks. 14 poeng) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
12 poeng eller mer: Normal - ikke i faresonen - ikke nødvendig å gjennomføre vurderingen, del II	
11 poeng eller mindre: mulig underernæring - fullfør vurderingen, del II	
Vurdering, del II	
G Bor i egen bolig (ikke på alders/sykehjem eller sykehus) 1 = ja 0 = nei	<input type="checkbox"/>
H Bruker mer enn tre typer reseptbelagte medisiner pr dag 0 = ja 1 = nei	<input type="checkbox"/>
I Trykksår eller hudsår 0 = ja 1 = nei	<input type="checkbox"/>
J Hvor mange fullstendige måltider spiser pasienten pr dag? 0 = 1 måltid 1 = 2 måltider 2 = 3 måltider	<input type="checkbox"/>
K Utvalgte markører for proteininntak • Minst en porsjon melkeprodukter (melk, ost, yoghurt) pr dag ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> • To eller flere porsjoner belgfrukter eller egg pr uke ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> • Kjøtt, fisk eller kylling/kalkun hver dag ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> 0.0 = hvis 0 eller 1 ja 0.5 = hvis 2 ja 1.0 = hvis 3 ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L Spiser to eller flere porsjoner frukt eller grønnsaker pr dag? 1 = ja 0 = nei	<input type="checkbox"/>
M Hvor mye væske (vann, juice, kaffe, te, melk...) inntas pr dag? 0.0 = mindre enn 3 kopper 0.5 = 3 til 5 kopper 1.0 = mer enn 5 kopper	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N Matinntak 0 = ikke i stand til å spise uten hjelp 1 = spiser selv med noe vanskeligheter 2 = spiser selv uten vanskeligheter	<input type="checkbox"/>
O Eget syn på ernæringsmessig status 0 = ser på seg selv som underernært 1 = er usikker på ernæringsmessig tilstand 2 = ser ikke på seg selv som underernært	<input type="checkbox"/>
P Hvordan vurderer pasienten sin egen helsetilstand sammenlignet med mennesker på samme alder? 0.0 = ikke like bra 0.5 = vet ikke 1.0 = like bra 2.0 = bedre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q Overarms omkrets (OO) i cm 0.0 = OO mindre enn 21 cm 0.5 = OO 21 til 22 cm 1.0 = OO mer enn 22 cm	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
R Leggomkrets (LO) i cm 0 = LO mindre en 31 cm 1 = LO 31cm eller større	<input type="checkbox"/>
Vurdering, del II (maks. 16 poeng) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Undersøkelsespoengsum, vurdering, del I <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Totalvurdering, del I + del II (maks. 30 poeng) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Gradering av underernæringstilstand	
17 til 23.5 poeng	<input type="checkbox"/> i fare for underernæring
Mindre enn 17 poeng	<input type="checkbox"/> underernært

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006;10:456-465.

Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Gerontol 2001;56A:M366-377.

Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.

© Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
For more information : www.mna-elderly.com

Rutiner for ernæringsarbeid i hjemmetjenesten

- *Ta høyde og vekt så snart som mulig og regn ut BMI*
- *Kartlegging med MNA-skjema og Ernæringsjournal bør utføres i løpet av en måned*
 1. *Normal/ ikke i faresonen:*

Dokumentere i Profil; ernæringsmappe
Tiltak: Vekt en gang i måneden, eller for eksempel ved dusj
 2. *I fare for underernæring:*

Gjør kostregistrering over 3 døgn – obs lengde på nattfaste
Regn ut ernæringsbehov (bruk for eksempel «Mat på data»)
Dokumenter i Profil; ernæringsmappe
Lag tiltaksplan i Profil
Vekt en gang pr. uke (for eksempel ved dusj/bad)
Send elektronisk melding til fastlege – bør noe følges opp?
Evaluere etter tre måneder
 3. *Underernært- må prioriteres høyt i avdelingas arbeid:*

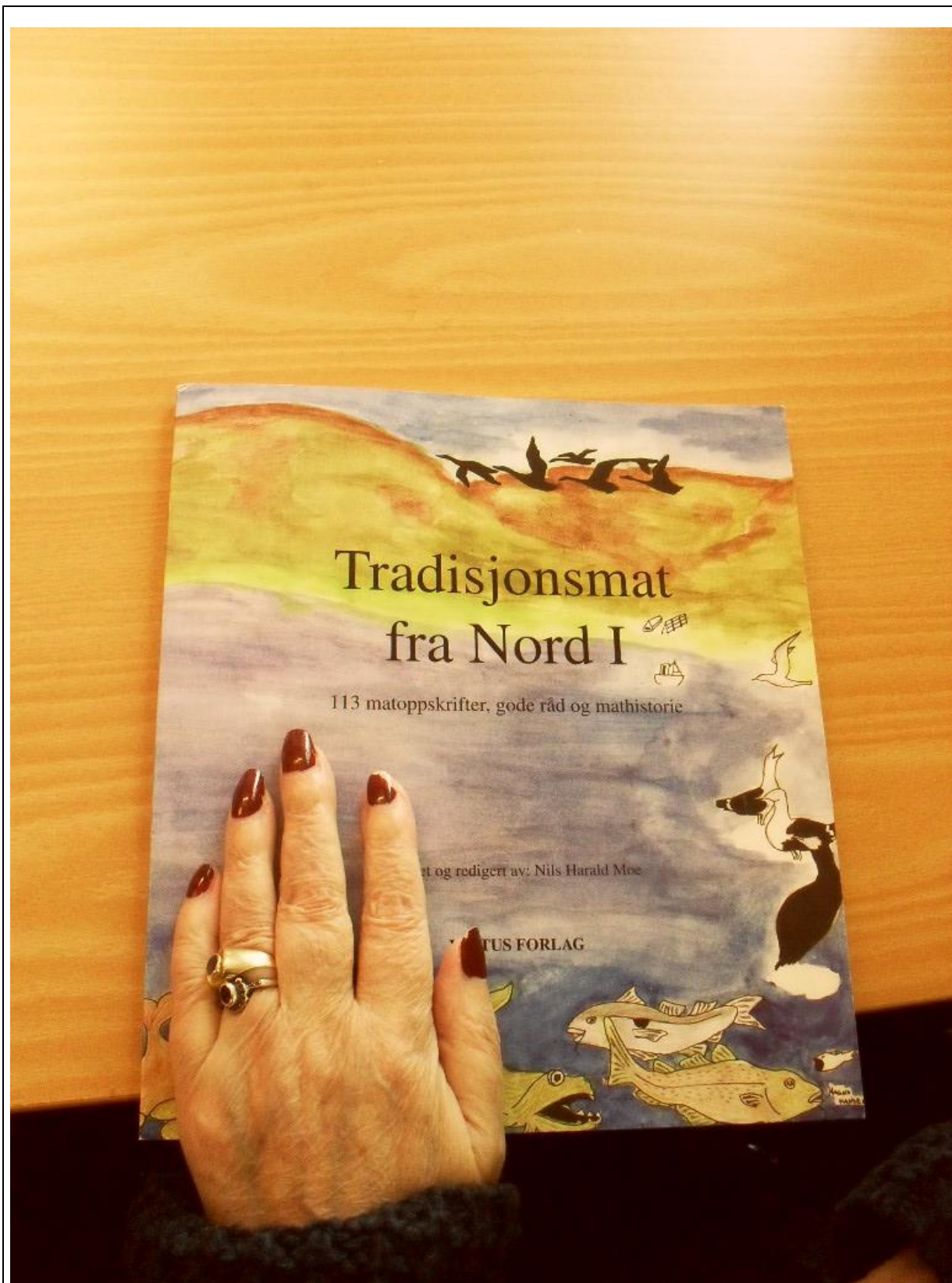
Gjør kostregistrering over 3 døgn – obs lengde på nattfaste
Regn ut ernæringsbehov (bruk for eksempel «Mat på data»)
Send elektronisk melding til fastlege – videre oppfølging?
Vurder henvisning til ernæringsfysiolog
Dokumentere i Profil; ernæringsmappe
Lag tiltaksplan i Profil
Vekt en gang pr. uke (for eksempel ved dusj/bad)
Evaluere etter tre måneder



Obs!

Når bør vi gjøre ny MNA- registrering og ta opp ny Ernæringsjournal?

- Ved endring i funksjonsnivå fysisk og eller psykisk
- Etter akutt sykdom/ vekttap eller etter innleggelse i sykehus
- Ved endring i livssituasjon (f. eks. dødsfall hos ektefelle)



Husk at mat og måltid handler om identitet og kultur hos den enkelte ☺

Bruk skjønn og «etikkvettregler» i dette arbeidet!



Alle foto i rapporten er ved Birgitte Forsaa Åbotsvik og Elisabet Sausjord

Foto i vedlegg 2 er ved Tone Merethe Holmen



**Utviklingscenter
for hjemmetenester**
Troms

Utviklingscenter for hjemmetjenester Troms

Kontaktpersoner:

Prosjektleder: Birgitte Forsaa Åbotsvik

E-post: birgitte.forsaa.abotsvik@tromso.kommune.no

Fagleder UHT: Elisabet Sausjord

E-post: elisabet.sausjord@tromso.kommune.no

[www. utviklingscenter.no](http://www.utviklingscenter.no)