



Sør-Varanger kommune

en grensesprengende kommune

Rapport publisert 1.3.2012

Ernæringsrutiner i hjemmebasert omsorg

Utvikling av rutiner for å sikre god kvalitet ved forebygging og behandling av feilernæring hos hjemmeboende i hjemmebasert omsorg i Finnmark



**Utviklingscenter
for hjemmetjenester**

Finnmark

Denne rapporten oppsummerer hovedtrekkene i det gjennomførte prosjekt «Ernæring hos hjemmeboende»

Utvikling av egne rutiner og implementering av nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring i hjemmetjenesten og implementering av Kosthåndboken i regi av Utviklingssenter for hjemmetjenester i Finnmark i samarbeid med Sør-Varanger kommune.

Vi retter en takk til alle avdelingene som har bidratt i prosjektet og hevet standarden for god ernæringspraksis og bidratt til å implementerer nasjonale retningslinjer og egne rutiner i Sør-Varanger kommune.

Prosjektrapporten er skrevet av prosjektlederen og veilederen.

Prosjektperiode: 2010/2012

Prosjektledere: Trond Bernhardsen, fagutviklingssykepleier HBO Kirkenes
Hild Ulvang, sykepleier HBO Kirkenes

Veileder: Kathrine P. Strønen, UHT Finnmark

Kontaktperson: Trond Bernhardsen, tbn@svk.no

Tlf: 78 97 06 20

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	4
Innledning	5
Hva er underernæring og hva kan bli konsekvensene?	5
Ernæring – hvor svikter det?	6
Rutiner i dag	7
Mål for prosjektet	8
Oppsummering av resultater	8
Informasjon og kartlegging av kunnskaper hos de ansatte	8
Identifisere de brukerne som er i en ernæringsmessig risiko	9
Lage nye / endre nåværende skriftlige prosedyrer	9
Iverksette nødvendige tiltak for å forebygge og eventuelt behandle eksisterende underernæring	10
Metode	11
Utvalg og informasjonsskriv	11
Valg og tilpasning av kartleggingsverktøy	11
Evalueringer av prosjektet	12
Veien videre (anbefalinger for praksis)	15
Litteraturliste	16

Sammendrag

Sør-Varanger kommune vedtok i 2010 å se på rutiner angående ernæringspraksis i hjemmebasert omsorg, med fokus på forebygging av underernæring.

Tiltaket ble organisert som et eget prosjekt. I denne rapporten presenteres erfaringer og kunnskap fra prosjektperioden.

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 er i ernæringsmessig risiko. Sør-Varanger kommune hadde gjennom prosjektet som målsetning om å øke de ansattes kompetanse på feltet, lage verktøy for identifisering av brukere i ernæringsmessig risiko og å implementere retningslinjene som finnes i Helsedirektoratets «Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring».

Prosjektet resulterte i «Ernæringspermen» som inneholder følgende:

- Henvvisninger til lovverk og forskrifter
- Rutinen «Oppfølging av ernæringsstatus i HBO»
- Maler for kartleggingsskjema og ernæringsplan
- Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring
- Kosthåndboken



Et annet resultat som kom tydelig frem i løpet av prosjektperioden er erkjennelsen av at ny kunnskap ikke implementeres av seg selv, den må aktivt innføres. Vi lærer og oppdager stadig noe nytt og tiltakene har fremdeles mange muligheter for utvikling. Dette er temaer vi ser oss nødt til å arbeide videre med.

Innledning

Vurdering og oppfølging av brukernes ernæringsbehov er en viktig oppgave for hjemmetjenesten i kommunene. Undersøkelser avdekker at ernæringsmessige forhold er mangelfullt ivaretatt og dokumentert. Forskning viser at kompetanse og tilgjengelige kvalitetssikrede rutiner reduserer andelen underernærte eller forhindrer ytterligere vekttap (Mowe m.fl. 2006). I 2009 lanserte Helsedirektoratet retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring.

Ledelsen i pleie- og omsorgstjenestene i Sør-Varanger kommune erkjente i 2010 et behov for å bedre kompetansen og standardisere rutiner for forebygging og oppfølging i hjemmetjenesten. Kommunen hadde rutiner fra 1999 som sa; «*Alle ansatte har et ansvar for å observere ernæringsstatus hos brukere*».

De nye retningslinjer gav drahjelp og teoretisk støtte til videre veivalg i forbedring av interne rutiner og tiltak for å heve kompetansen og lage skriftlige rutiner og prosedyrer.

Prosjektet omfattet til å begynne med de to sentrale basene i Kirkenes, konsentrert om de som var 65 år og eldre. Resterende helse- og omsorgstjeneste og aldersgrupper vil komme med når en har fått oversikt over status på de to sentrale basene.

Hva er underernæring og hva kan bli konsekvensene?

Vi snakker om underernæring når næringsinntaket ikke dekker kroppens behov.

Dette kan skyldes at næringsinntaket har blitt redusert eller at behovet har økt. Resultatet blir økt tap av muskelmasse og fettvev. Tap av muskelmasse virker inn på alle kroppens muskler ved at de blir mindre og får mindre kapasitet. Dette gjelder også hjertet og respirasjonsmuskulaturen. Det betyr at hjertets pumpekapasitet blir dårligere.

Respirasjonsmuskulaturen vil bli svekket og dette vil medføre dårligere ventilasjon av lungene (Sortland 2007). Underernæring medfører også at kroppen svekkes og immunforsvaret blir dårligere. Underernæring vil kunne gi økt fare for at det oppstår bla trykksår og med sår og nedsatt immunforsvar kan det bli infeksjoner. Det kan være vanskelig å oppdage underernæring siden dette skjer over tid. Det vil derfor være viktig å følge med på næringsinntak, kroppsmasseindeks (KMI) og regelmessige vektkontroller (Brodtkorb 2008).
Kroppsmasseindeks er et forhold mellom kroppshøyde og kroppsvekt. $KMI = \text{Vekt (i kg)} / \text{Høyde}^2$ (alle mål i meter). For eldre mennesker bør KMI være mellom 24-29. Dette er litt høyere enn for den øvrige befolkning. Dette er et tegn på høyere innhold av muskelmasse, noe

som er gunstig for funksjonsevnen. Vi snakker om undervekt når KMI er under 22 (Sortland 2007).

Undersøkelser viser at pasienter med underernæring får forlenget liggetid når de kommer inn på sykehus (Brodtkorb 2008). Det vil gjøre at pasienten påføres ekstra plager som lengre opptreningstid etter for eksempel fallulykke med operasjon av benbrudd. Forlenget liggetid på sykehus er ikke bare et problem for pasienten, men det vil også medføre ekstra kostnader. Kan vi forebygge dette vil en kunne spare brukerne for store lidelser og samfunnet for store kostnader

Ernæring – hvor svikter det?

Forekomst av underernæring i hjemmetjenester og særlig institusjon er veldokumentert de senere årene i en rekke studier (Beck m.fl 2005; Elia og Stratton 2000; Mowe m.fl 2006; Stratton m.fl 2003).

I heftet ”Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring” vises det til forskjellige undersøkelser der pasienter på sykehus og beboere på sykehjem led av underernæring i opptil 60 % av tilfellene. For hjemmeboende syke eldre ble det anslått at rundt 10 % er underernærte. En annen undersøkelse gjort blant 340 hjemmeboende eldre som mottok hjemmesykepleie i Oslo og Bærum viste at hele 46 % var underernærte eller i fare for å bli det (Helsedirektoratet 2009).

I en annen undersøkelse gjort i Skandinavia, kommer det frem at kunnskapen om ernæring til sykehjemspasienter er mangelfull, og at Norge er dårligst i klassen (Ranhoff 2008).

Mange av de pasientene som blir innlagt på sykehus er underernærte og kommer fra egne hjem.

En rekke tiltak er anbefalt nasjonalt og internasjonalt for å forebygge underernæring og kartlegge risiko for underernæring. Studier viser at ansattes kompetanse, prioriteringer, ressursrammer (tid/økonomi) og holdninger til ernæring og mat er avgjørende for ernæringsstatus hos beboere i sykehjem og mottakere av hjemmebaserte tjenester (Mowe m.fl 2006). Kompetanseheving blant ansatte har vist økt energiinntak hos pasienter, og fremheves som et viktig tiltak (Olsson m.fl 1998; Perry 1997; Kondrup m.fl 2002). Andre undersøkelser avdekker at anbefalte vurderinger, ernæringsrelaterte karlegginger og tiltak ikke er implementert eller inngår i vurderingen av pasienter/beboers medisinske status (Mowe m.fl

2006). Dette gjenspeiles i mangelfunn dokumentasjon, uklare ansvarsforhold og dårlig kvalitetssikring (Bjørnstad 2007). Videre ser vi mangel på kompetanse og forståelse for IKT-verktøy som understøtter den gode ernæringspraksis, samt mangelfulle skriftlige ernæringsprosedyrer tilgjengelig for medarbeidere. Det gir uklarhet om hvordan ernæringsstatus skal kartlegges, hva som utløser tiltak, hvilke tiltak som skal innføres og hvordan tiltak skal evalueres og følges opp (Bjørnstad 2007). Samtidig kan underernæring og risiko for underernæring avhjelpes med enkle midler som vektkontroll, kostregistrering og økt energiinntak. Videre viser forskning at en forutsetning for å lykkes er at god ernæringspraksis er forankret i ledelsen, og at kliniske retningslinjer utviklet på tvers av profesjoner er viktig.

Rutiner i dag

Hjemmebasert omsorg hadde tilfeldige rutiner når det gjaldt ernæring i forhold til hjemmeboende. Disse var mangelfulle og ga ikke tydelig instruks om hvem som skal gjøre hva og hvorfor: «*Alle ansatte har et ansvar for å observere ernæringsstatus hos brukere*» (1999).

Det er et behov for å forbedre de eksisterende rutiner slik at brukerne av tjenesten blir ivaretatt også med hensyn til ernæring. Prosjektgruppens inntrykk var at det heller ikke var nok fokus på mulige ernæringsproblemer. Ved å samle rutiner og kartleggingsverktøy i en perm er målsetning at det skal bli lettere å følge opp rutinene i forhold til ernæring. Når det kommer nye brukere til tjenesten er det ofte fokus på det som står i søknaden. Noe systematisk kartlegging av for eksempel lengde, vekt, vekttap siste tid, matinntak siste tid, hva brukeren liker å spise, måltidsfrekvens og lignende var ikke satt inn i prosedyrer. Prosjektgruppen har erfart at underernæring kan komme gradvis og være vanskelig å oppdage i en tidlig fase.

Mål for prosjektet

Hovedmålet er å lage kvalitative gode rutiner i henhold til nasjonale standarder og med lokal tilpasning. I første omgang er det ønskelig å finne ut om det er brukere i hjemmebasert omsorg som er underernærte i dag, eller står i fare for å bli det og hvilke tiltak som eventuelt kan iverksettes for å forebygge og behandle dette. Videre er det en målsetning å heve tjenesteutøvernes kompetanse på feltet, og å kvalitetssikre ivaretagelsen av kontinuerlig og implementering av nye rutiner.

Delmål

- Informasjon og kartlegging av kunnskaper hos de ansatte og kompetanse ut fra dette funnet
- Identifisere de brukerne som er i en ernæringsmessig risiko (kartleggingsstudie)
- Lage nye / endre nåværende skriftlige prosedyrer
- Iverksette nødvendige tiltak for å forebygge og eventuelt behandle eksisterende underernæring

Oppsummering av resultater

Informasjon og kartlegging av kunnskaper hos de ansatte

Informasjonsmøter ble gjennomført med de ansatte på de berørte basene. Temaene omhandlet hvorfor dette ble satt på dagsorden, hva er Kvalitetsforskriften og hva ser den, litt om feilernæring og da særlig underernæring, forebygging av feil-/underernæring, hva er KMI (KroppsMasseIndeks), aldersforandringer og ernæringsbehov og til slutt de verktøy som er aktuelle i forhold til kartlegging av ernæringsstatus.

De ansatte med fagutdanning rapporterte at den kunnskapen de hadde om ernæring var det de hadde fått gjennom sine utdanninger. Assistentene rapporterte at de hadde ingen formell kunnskap om ernæring.

Ett av delmålene var å tilby kompetanseheving. Det ble gjennomført to kurs avholdt av klinisk ernæringsfysiolog. Hovedtemaene var bakgrunn for fokus på ernæring, fysiologisk aldring

sett i relasjon til ernæringsbehov og optimal ernæringsbehandling i praksis med fokus på mat, supplement og sonde-ernæring. De ansatte rapporterte stort utbytte og at de fikk mer fokus på ernæring.

Deltakelse på kartleggingsstudien ga også mer fokus på brukerne og deres behov og ønsker. Det er ønskelig at fokus på ernæring og kursing på temaet opprettholdes, både for å ta vare på brukerne og for å holde de ansatte oppdatert.

Identifisere de brukerne som er i en ernæringsmessig risiko

Det ble gjennomført en kartlegging av 88 brukere, dette utgjorde 54 % av den forespurte brukermassen. Kartleggingen viste at noen kan være i en ernæringsmessig risiko.

Det ble ikke avdekt alvorlig grad av underernæring.

14 personer (16 %) hadde en KMI på under 22, noe som indikerer underernæring.

Noen av brukerne oppga at de muligens har gått ned i vekt (ufrivillig vekttap) det siste halvåret, uten at de kan oppgi hvor mye denne vektreduksjonen utgjør. Disse følges opp med vektkontroller. De fleste av disse hadde KMI score på over 22.

Lage nye / endre nåværende skriftlige prosedyrer

Rutinene som var i bruk før prosjektstart holder ikke dagens standard og det ble behov for å lage nye. I den forbindelse ble ”ernæringsperm” lansert, som skal inneholde alle aktuelle skjema i forbindelse med ernæring. Det skal finne ett eksemplar av denne permens på alle basene i hjemmebasert omsorg. I tillegg finnes det også ett eksemplar i den elektroniske kvalitetshåndbok, der en eventuelt kan ta ut ekstra kopier av skjemaer og lignende.

Ernæringspermens innhold:

- Henvisninger til lovverk / forskrift
- Rutinen ”Oppfølging av ernæringsstatus i hjemmebasert omsorg”
- Maler; Kartleggingsskjema og Ernæringsplan (og ett eksempel på utfylling)
- Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (erstattes av ”IS-xxxx Kosthåndboken” når den er klar til utgivelse – sommeren 2012)

Iverksette nødvendige tiltak for å forebygge og eventuelt behandle eksisterende underernæring.

Underveis i prosjektet er prosedyren og rutinene blitt skrevet om og oppdatert.

I nær fremtid vil det bli startet opp med primærgrupper på de største basene i hjemmebasert omsorg, og i den forbindelse blir det i rutinene synliggjort hvem som har ansvaret for å gjøre ernæringskartleggingen.

I rutinene til primærgruppene er det utarbeidet sjekklister for hva som skal gjøres. Ett av disse sjekkpunktene er kartlegging av ernæring. På de minste basene i distriktene vil hele basen bli betraktet som en primærgruppe, der en sykepleier vil være ansvarlig for gjennomføringen.

Kartlegging og synliggjøring av ansvar er i samsvar med det som Helsedirektoratet anbefaler:

Helsedirektoratet anbefaler: Alle virksomheter bør ha en klar ansvars- og oppgavefordeling knyttet til ernæringsspørsmål.

Kartlegging og vurdering av pasientens ernæringsstatus og spisefunksjon er en av de sentrale oppgavene, og det må være klart hvem som har ansvar og oppgaver i forhold til dette.

(Kilde: Kosthåndboken. Utkast ekstern høring juni- september 2011, side 17-18).

Kartleggingsskjemaet er tenkt brukt under hjemmebesøk, der personalet sammen med bruker og eventuelt pårørende kan få fylt ut det som er relevant for brukeren. Skjemaet er lagt inn i EPJ (Profil) som en mal. Når hjemmebesøket er gjennomført kan dataene fra dette skjemaet overføres til skjemaet i Profil. Dermed ligger disse dataene registrert på den aktuelle brukeren og vil følge brukeren gjennom systemet. Skulle brukeren på et senere tidspunkt bli sykehjemsbeboer vil sykehjemmet ha tilgang til disse opplysningene. Brukeren kan selvfølgelig fortsatt reservere seg mot å gi fra seg de opplysningene det blir spurt etter. Det dokumenteres de opplysningene som gis og dersom bruker reserverer seg blir dette notert med; ”ved blanke felt: bruker reserverte seg mot å svare”.

I ”Kosthåndboken”, som er ute til høring fra Helsedirektoratet, er det laget et forslag til en personlig ”Ernæringsplan”. Ernæringsplanen inneholder dokumentasjon om pasientens ernæringsstatus, ernæringsbehov, kostinntak, og planlagte mål/tiltak. Planen sier også noe om hvordan en skal arbeide for å oppnå målene. I SVK vil sin EPJ det være en egen ernæringsmappe hvor en bruker elementer fra denne ernæringsplanen. Den fortløpende rapporten i forhold til ernæring vil bli dokumentert her.

Primærgruppen vil få hovedansvar for å registrere data om sine brukere og følge disse opp i henhold til anbefalinger fra de nasjonale retningslinjene. Dersom feil- eller underernæring blir registrert vil tiltak bli diskutert med bruker og lege, eventuelt med klinisk ernæringsfysiolog.

Metode

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.

Utvalg og informasjonsskriv

Inkluderingskriterier var fødselsår opp til og med 1946, de vil si brukere som var 65 år og eldre. Alle disse brukerne hadde hjelp fra basene i Kirkenes. Det ble ikke skilt på tjenester, de vil si alle som var i denne aldersgruppen og hadde en eller annen form for tjenester fra hjemmebasert omsorg ved Kirkenes basene fikk tilbud om å delta.

Alle brukere i målgruppen mottok et informasjonsskriv som fortalte om kartleggingen og tiltak i etterkant dersom ernæringsmessig risiko ble avdekket. Skrivet inneholdt informasjon om bakgrunn for undersøkelsen, oppstart, hva undersøkelsen innebærer, hva som skjer med de innsamlede data, personalet og taushetsplikt, at det var frivillig å delta og at det var ønskelig med tilbakemelding i form av utfylt svarslipp.

Det ble også sendt ut et informasjonsskriv til kommuneoverlege med informasjon om undersøkelsen og hensikten med prosjektet.

Valg og tilpasning av kartleggingsverktøy

Det ble utarbeidet arbeidsskjema "verktøy" som skulle brukes i kartleggingen. Vi tok utgangspunkt i allerede eksisterende skjemaer anbefalt i "Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring" utgitt av Helsedirektoratet, 2009. I tillegg til disse skjemaene ble skjemaet "NUFFE-NO, Nutritional Form For the Elderly" vurdert.

Vi valgte å sette sammen et nytt kartleggingsskjema med deler fra skjemaene

- ”MUST – MiniUnderernæringsScreeningsverkTøy”
- ”MNA – Mini Nutritional Assessment”
- ”Ernæringsjournal”
- ”Matkortet”.

Mye er felles i skjemaene. Ved å kombinere flere skjema fikk vi satt sammen et skjema der de viktige punkter fra flere skjemaer var med.

Det ble i forbindelse med gjennomføringen av kartleggingen kjøpt inn 1 stolvekt til bruk på brukere som ikke kan stå, 6 bærbare personvekter og 6 målband. Vektene er av høy kvalitet.

KMI beregninger gjøres i excel, via link fra elektronisk kvalitetshåndboken.

Beregninger som trengs å bli gjort for eksempel beregning av KMI, vekttap i prosent og beregning av korrigert KMI der bruker har amputert kroppsdel ligger også tilgjengelig via elektroniske kvalitetshåndbok.

Ved behov for kostregistrering over flere døgn er det laget et skjema til dette i excel, her får en på en enkel måte beregnet næringsinnholdet i det som er spist.

Evalueringer av prosjektet

Fra igangsetting av prosjekt til selve kartleggingen av brukere kunne starte gikk det ca. 1 år. For prosjektgruppa var dette en periode med mye ”venting” – ting tok mye lengre tid enn forventet. Det kan selvfølgelig skyldes manglende erfaring med å arbeide med prosjekt og at ting tar lengre tid enn en tror.

Etter informasjonsmøtene i mai 2010 ble det utarbeidet et informasjonsskriv til brukerne. Fastlegene ble informert om planene i juni 2010, slik at de kunne gi en tilbakemelding før informasjonsskjemaet ble sendt ut til brukerne. Fra informasjonen gikk ut til fastlegene til tilbakemelding tok det ca. 1 måned. Det var da midt i ferieavviklingen. Valget ble derfor å vente med å sende ut informasjonsskrivet til brukerne til etter at ferieavviklingen var over.

I siste halvdel av august fikk de ansatte informasjon om at det nå var klart til i invitere deltakere til prosjektet. De ble informert om informasjonsskrivet som skulle ut til alle brukere

som var født i 1945 eller tidligere. Dette utgjorde 163 brukere. Prosjektgruppa hadde sett for seg en periode på ca. 2 måneder på å få tilbakemelding fra alle de forespurte om de ville være med i vårt prosjekt eller ikke. Tidsramme holdt ikke. Fra de første forespørlene ble sendt ut i september 2010 til alle var kommet inn i februar 2011 gikk det 6 måneder.

I ettertid ser vi at denne delen av arbeidet burde vært organisert på en annen måte. Med færre ansatte til å distribuere informasjonsskrivet og bedre informasjon til de ansatte, antas det at denne delen ville vært raskere gjennomført og kanskje med flere deltakere. Det ble registrert at spørreskjema kom på avveier. De var muligens levert ut, men det ble aldri registrert noen tilbakemelding fra flere brukere. Ved etterlysning av svar fra brukere, fortalte flere at de ikke hadde forstått hva dette dreide seg om. Etter en ny runde med informasjon til de som ikke hadde svart, takket de fleste ja til å delta. Det kan derfor se ut til at informasjonen som ble gitt når disse spørreskjemaene ble delt ut har vært mangelfull. Det er derfor nærliggende å tro at flere ikke har forstått hva dette har gått ut på og derfor har valgt å takke nei til å delta. Dersom det skal gjøres flere slike undersøkelser bør det gis god informasjon og det bør være noen få som står for distribusjonsarbeidet. Godt motiverte medarbeidere som gjør denne undersøkelsen er viktig i møtet med brukerne. Vi vil presisere at de som i utgangspunktet hadde takket ”-nei-” til deltakelse ikke ble kontaktet igjen.

I november 2010 ble det gjennomført to kurs med klinisk ernæringsfysiolog om ernæring i forhold til eldre, med fokus på underernæring. Kursene ble veldig godt mottatt av de som deltok.

Mens informasjonen ble sendt ut til de aktuelle brukerne ble det i prosjektgruppa sett på mulige kartleggingsverktøy. Det ble utarbeidet et forslag som bestod av en kombinasjon av flere allerede eksisterende kartleggingsverktøyer. Nødvendig utstyr som vekter og målband ble kjøpt inn. Nødvendig datautstyr og kontor rekvisita fantes allerede på arbeidsplassen.

I mai 2011 ble det opprettet arbeidsgrupper som skulle stå for selve kartleggingen hjemme hos de brukerne som hadde takket ”-ja-” til å delta. Forslag til kartleggingsverktøy ble gjennomgått og prosjektgruppas forslag ble godtatt. Kartleggingskjema ble kjørt ut ferdig merket med navn på de brukerne som skulle delta.

I mai 2011 startet selve kartleggingen hjemme hos brukerne. Mai måned er kanskje ikke en god måned å starte en slik kartlegging i og med at det er like før årets ferieavvikling. Det gikk derfor litt tregt i starten. Men etter ca. 5 måneder, september 2011, var alle deltakerne kartlagt.

Spørreskjema om deltakelse ble sendt ut til 163 brukere, av disse takket 95 brukere ”-ja-” til å delta. Når selve kartleggingen var gjennomført var det 88 brukere som hadde deltatt, da fire brukere døde i løpet av prosjektperioden og tre brukere hadde ombestemt seg og ville ikke delta allikevel.

Gjennomgang av materialet viste at 14 personer hadde en KMI på under 22. Noen brukere oppga at de muligens har gått ned i vekt (ufrivillig vekttap) det siste halvåret, uten at de kunne oppgi hvor mye denne vektreduksjonen utgjorde. Disse vil bli fulgt opp med tiltak og vektkontroller. De fleste av disse hadde KMI score på over 22. To av deltakerne oppga et ufrivillig vekttap på ca 5 % det siste halvåret. Her vurderes tiltak for å stabilisere vekten. Begge disse hadde KMI score på over 22.

For flere av våre brukere har det på grunn av dårlig stå-funksjon og sykdom vært vanskelig å måle høyden helt nøyaktig. Feil høyde påvirker resultatet av KMI.

Kartleggingsskjemaet som ble laget undersøkelse ble etter at alle var kartlagt evaluert. Oppstartskjemaet ble vurdert som for omfattende / detaljert i forhold til typer mat brukeren likte å spise. Det kom inn forslag om å forenkle skjemaet. Punktene som spesifiserte matvarene som brukeren likte å spise ble fjernet. Det ble mer vektlagt hva brukeren pleier å spise til de forskjellige måltidene og hva han eventuelt ikke liker eller tåler. Dermed gjensto et mye enklere skjema. Dette skjemaet ble etter godkjenning lagt inn i EPJ, Profil, som en mal. Papirversjonen av skjemaet brukes på hjemmebesøk i lag med brukeren. Når personalet kommer tilbake til basen overføres disse dataene til malen i Profil. De registrerte dataene vil da være tilgjengelig i brukers EPJ, også for andre instanser på et senere tidspunkt for eksempel sykehjem.

Dette er også i tråd med en anbefaling fra Helsedirektoratet:

Helsepersonellet skal påse at de relevante og nødvendige opplysningene om pasientens ernæringsbehov er godt dokumentert i pasientjournalen, og at nødvendig informasjon videreformidles når pasienten overføres til annen helse- og omsorgstjeneste.

(Kilde: Kosthåndboken. Utkast ekstern høring juni- september 2011, side 17-18).

Veien videre (anbefalinger for praksis)

Tilbakemeldinger etter at prosjektet er avsluttet vil bli tatt opp på personalmøte for de berørte basene. Det ble gjennomgang av de erfaringer og funn som ble gjort (for de som fikk en KMI skår på under 22 er det satt inn tiltak). Det vil også bli en gjennomgang av Ernæringspermen som er laget og hvordan vi har synliggjort ansvaret for oppfølging i vårt videre arbeid.

Prosjekt avsluttes med det, Men nå starter det egentlige arbeidet. Arbeidet med å få ut informasjon, sørge for opplæring, implementering av de nye rutineene på alle basene og til andre som måtte ha interesse av å se hva SVK har gjort.

Litteraturliste

- Brodtkorb, K. (2008): Ernæring, mat og måltider. I: *Geriatrisk sykepleie*, Kirkevold M, Brodtkorb, K og Ranhoff, A.H (redaktører). Oslo: 1. utgave, 1. opplag, Gyldendal Norsk Forlag AS, s 254 – 266.
- Fermann, Torbjørg og Næss, Gro. (2008): Eldreomsorg i Hjemmesykepleien. I: *Geriatrisk sykepleie*, Kirkevold M, Brodtkorb, K og Ranhoff, A.H (redaktører). Oslo: 1. utgave, 1. opplag 2008, Gyldendal Forlag AS 2008.
- Helsedirektoratet (2009): *Nasjonale Faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Oslo.
- Helsedirektoratet (2011): *Kosthåndboka, Utkast ekstern høring juni- september 2011*, Oslo.
- Rugås, L. og Martinsen, K. (2007): *Underernæring er vanlig på sykehjem*. Tidsskriftet Sykepleien, nr 6/2007.
- Sortland, K. (2007): *Ernæring - mer enn mat og drikke*. Bergen: 3. utgave Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Sosial- og helsedepartementet (1997): *Rundskriv. Kvalitet i pleie- og omsorgs-tjenestene*. Oslo.
- Mowe, M., Bosaeus, I. Rasmussen, HH., Kondrup, J., Unosson, M., og Irtun, Ø. (2006) *Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia*. Clinical Nutrition, 25, 525-532.
- Beck, AM., Nadelmann Pedersen, A., Schroll, M. (2005). *Undervægt og utilsigtet vekttab hos elder på pleiesentre og I hjemmepleie-problemer, der bør gøres noget ved*. Ugeskrift for Læger, 167(03):272.
- Elia, M., og Stratton, R.J. (2000). *How much undernutrition is there i hospitals?* British Journal of Nutrition, 84, 257-259.

Stratton, R.J., Green, C.J., og Elia, M. (2003). *Causes of Disease-related Malnutrition*.

Wallingford: CABI.

Olsson, U.B., Bergbom-Engberg, I.D., og Åhs, M.B. (1998). *Evaluating Nurses` Knowledge and Patients Energy Intake after Intervention*. *Clinical Nursing Specialist*, 12 (6), 217-225.

Perry. L. (1997). Nutrition: a hard nut to crack. *An exploration of the knowledge, attitude and activities of qualified nurses in relation to nutritional nursing care*. *Journal of Clinical Nursing*, 6 (4), 315-324.

Kondrup, J., Johansen, N., Plum, L.M., Bak, L., Larsen, I.H., Martinsen, A., Andersen, J.R., Baerthsen, H., Bunch, E., og Lauesen, N. (2002). *Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals*. *Clinical Nutrition*, 21, 6, 461-468.

UHT Finnmark

Sør-Varanger kommune

Besøksadresse: Kongensgate 10A, 9900 Kirkenes

Postadresse: Postboks 406, 9915 Kirkenes

Telefon: 92262722

E-post: kps@svk.no

www.utviklingscenter.no