



Tromsø kommune

Rapport publisert NOVEMBER 2012

# Uten mat og drikke...

Ernæring Kroken sykehjem 2011



**Utviklingscenter for sykehjem**

Troms

**Buhcciidruovttu ovddidanguovddáš**

Romsa



## Forord

Ernæringsprosjektet «Uten mat og drikke...» ble gjennomført på Kroken sykehjem i 2011.

Prosjektleder vil spesielt takke for god hjelp og godt samarbeid; Wenche Hansen, fagutviklingspsykepleier og Hege Elstad, IKT rådgiver på Kroken sykehjem, i dette fagutviklingsprosjektet. Enhetsleder Jan-Erik Risvik sitt engasjement var også viktig for framdriften i gjennomføringen. Ernæringscenteret på Universitetssykehuset i Nord-Norge var en viktig bidragsyter, og ble benyttet til generell undervisning og veiledning i enkeltsaker. Til slutt en stor takk også til ressursgruppen som aldri ga opp til tross for mye mer arbeid enn de hadde tenkt seg, og utfordringene med tanke på dokumentasjon i pasientjournal.

Dahl, Bente  
Douse, Lee  
Eilertsen, Åse  
Granberg, Tone  
Hansen, Anne Britt  
Joakimsen, Mona  
Johansen, Lill-Eva  
Jørgensen, Kari-Ann  
Olsen, Bjørg  
Omma, Ingebjørg Kaino  
Prestegård, Guro  
Stensland, Solbjørg  
Thomassen, Bente  
Uwimana, Amelberga

Dato: 22/11/12

### **Kirsti Hagen**

Fagutviklingspsykepleier / Prosjektleder  
Utviklingssenter for sykehjem i Troms

Det kan fritt kopieres fra denne rapporten hvis kilden oppgis. Brukeren oppfordres til å oppgi rapportens navn, publiseringsdato, samt at den er utgitt av Utviklingssenter for sykehjem i Troms og at rapporten i sin helhet er tilgjengelig på [www.utviklingssenter.no](http://www.utviklingssenter.no)

© 2012 Utviklingssenter for Sykehjem i Troms

# Innholdsfortegnelse

<b>FORORD</b> .....	<b>1</b>
<b>INNHOLDSFORTEGNELSE</b> .....	<b>2</b>
<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>3</b>
<b>1.0 «UTEN MAT OG DRIKKE...» KROKEN SYKEHJEM 2011</b> .....	<b>4</b>
1.1 BAKGRUNN .....	4
1.2 MÅL FOR PROSJEKTET .....	5
<b>2.0 GJENNOMFØRING – HVA GJORDE VI</b> .....	<b>5</b>
2.1 ORGANISERING.....	6
2.2 KOMPETANSEHEVING .....	6
2.3 KARTLEGGING AV ERNÆRINGSSTATUS OG VURDERING AV ERNÆRINGSBEHOV .....	7
2.4 DOKUMENTASJON I ERNÆRINGSJOURNAL.....	8
2.5 VEIING OG MÅLING.....	9
2.6 IK-RUTINE FOR ERNÆRINGSKONTROLL .....	9
2.7 ETISKE VURDERINGER .....	9
<b>3.0 RESULTATER AV KARTLEGGINGENE</b> .....	<b>10</b>
3.1 RESULTAT FRA NATTFASTEREGISTRERING .....	10
3.2 RESULTAT FRA MNA – REGISTRERINGEN .....	11
3.3 RESULTAT FRA DOKUMENTASJON I PROFIL .....	12
<b>4.0 KONKLUSJON</b> .....	<b>13</b>
4.1 VIDERE ARBEID .....	14
4.2 SPREDNING.....	15
<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>16</b>
<b>VEDLEGG</b> .....	<b>17</b>

Vedlegg 1: Nattfasteregistrering

Vedlegg 2: Mini Nutritional Assessment – MNA-skjema

Vedlegg 3: Hjelpearke ved kartlegging av MNA-skjema

Vedlegg 4: Ernæringsjournal

Vedlegg 5: IK-Rutine for behandling og forebygging av underernæring på Kroken sykehjem

# Sammendrag

Utviklingscenter for sykehjem i Troms, Kroken sykehjem, gjennomførte i 2011 et fagutviklingsarbeid om ernæring i sykehjem med tittel «Uten mat og drikke...». Prosjektet tok utgangspunkt i «Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring» utgitt av Helsedirektoratet i juni 2009.

**Mål for prosjektet:** Ingen skal lide av ubehandlet underernæring, og ernæringsstatus og tiltaksplan for ernæring skal være dokumentert i pasientjournalen.

Vi valgte å gjennomføre prosjekt på Kroken sykehjem og involverte alle 76 pasientene. Det var et nært samarbeid mellom avdelingsledere, kjøkken og ressurspersoner fra hver avdeling. Sykehjemmene i Tromsø kommune ble informert om prosjektet med brev til enhetsledere og holdt løpende orientert via fagutviklingssykepleierne / fagkonsulentene på sykehjemmene. Det ble også i løpet av prosjektperioden etablert et nært samarbeid med Utviklingscenter for hjemmetjenester i Troms som startet et tilsvarende prosjekt i hjemmetjenesten i Tromsø kommune.

## Tiltak i prosjektet:

- Dannet ressursgruppe ernæring
- Gjennomgang og opplæring i utvalgte skjema
- Kompetanseheving – internundervisning våren 2011
- Eksterne fagseminar for medlemmer i ressursgruppen høsten 2011
- Registrering av nattfasten og ernæringsstatus jamfør MNA-skjema og dokumentasjon i ernæringsjournal
- Tiltaksmappe i journal med behandlingstiltak for oppfølging og evaluering
- Rutine for veiing og måling
- På grunnlag av de faglige nasjonale retningslinjene ble det utarbeidet internkontrollrutine for å sikre identifisering og ernæringsbehandling til pasientene (vedlegg 5)

## Resultater og funn:

- Nattfasten 14,5 timer i gjennomsnitt
- Resultat av MNA-registrering: Underernæring 20 %, i fare for underernæring 49 % og normalt ernært 31 % -
- Manglende tiltaksplaner i pasientenes journal: Økning i prosjektperioden til 42% og etter prosjektslutt til 82% juni 2012
- **Dokumentasjon** av ernæringsstatusen og tiltaksplaner, samt regelmessig veiing og vurdering er blitt en del av rutineoppgavene ved Kroken sykehjem.

**Veien videre:** Måltidsrytmen og antallet hovedmåltider per dag bør vurderes i det videre arbeidet. Det må etableres et tettere samarbeid med sykehjemslegene i forhold til vurdering av ernæringsstatus. Vurdere om MNA-skjemaet gir ønsket informasjon til både legene og de som skal utøve daglig ernæringsbehandling til de pasientene som er underernærte. USH Troms ser at det er behov og arbeidsoppgaver for en ernæringsfysiolog i Tromsø kommune. Med tanke på hvor viktig ernæring er i alle livets faser, kunne det være en god investering både med tanke på å forebygge under- og feilernæring hos barn, voksne og eldre.

Prosjektet avslørte manglende kunnskap om dokumentasjon i EPJ. Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Troms startet derfor et nytt prosjekt i januar 2012; «Dokumentasjon helsehjelp».

# 1.0 «Uten mat og drikke...» Kroken sykehjem 2011

## 1.1 Bakgrunn

Ernæring er satt på dagsorden i Norge med utgivelsen av ”Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring” (Helsedirektoratet 2009). I disse retningslinjene stilles det krav om at pasienter i ernæringsmessig risiko skal veies – og at dokumentasjon av den ernæringsmessige tilstanden skal finnes i pasientjournal. Det er første gang det er gitt nasjonale anbefalinger for å identifisere, forebygge og behandle underernæring.

Sammenheng mellom kosthold og helse er veldokumentert. Studier viser at risiko for feilernæring / underernæring forekommer både på sykehus, sykehjem og hos hjemmeboende. I en nasjonal kartleggingsundersøkelse utført av Helsedirektoratet, i forkant av utgivelsen av de Nasjonale faglige retningslinjene (der 64 % av alle sykehjem svarte), ble det antatt at en av fem i institusjon var underernært i større eller mindre grad. Underernæring kan gi patologiske forandringer som i tillegg til naturlige aldersforandringer gir økt infeksjonsfrekvens, redusert muskelkraft, nedsatt lungefunksjon, redusert sårtilheling, slapphet, mistriivsel, depresjon og redusert mobilitet.

Vekttap hos eldre kommer ofte snikende, og regelmessig veiing er nødvendig for å fange opp, forhindre og forebygge vekttap før pasienten utvikler underernæring. Ernæring er et sentralt område i sykepleien, og pleiepersonalet på sykehjem bør være de nærmeste til å kartlegge ernæringsmessig risiko. Til tross for at underernæring åpenbart fortsatt er et problem, mangler det ofte data om ernæringsstilstanden i pasientjournalen, og underernæring er fremdeles en diagnose som sjelden forekommer. For å forebygge underernæring må man dokumentere ernæringsstatus, eventuelt ernæringsmessig risiko, vurdere ernæringsbehov og kartlegge matinntak.

Vi ønsket i dette prosjektet å sette fokus på de skrøpeligste eldre på sykehjem som har størst risiko for å utvikle underernæring. Disse pasientene kan også ha en alvorlig demensdiagnose. God dokumentasjon ivaretar pasientens sikkerhet og sikrer kontinuitet og kvalitet også når det gjelder pasienter som er utsatt for ernæringsmessig risiko.

Parenteral ernæring og sondeernæring var ikke spesielt fokusert i prosjektet eller i opplæringsdelen.

## 1.2 Mål for prosjektet

Til tross for at det i mange år har vært skrevet om feilernæring / underernæring på sykehjem, så manglet også Kroken sykehjem tilfredsstillende dokumentasjon på pasientenes ernæringstilstand. Selv om det ble gjennomført mange tiltak for bedret ernæringspraksis, så var dokumentasjon av både kompetanse, oppfølging av vekt kontroll og tverrfaglig samarbeid mangelfull.

Det er viktig at ernæringsstatus kommuniseres og drøftes med lege for eventuell diagnostisering og oppfølging. Pleiepersonalets oppfølging og rapportering til lege i forhold til ernæringsstatus burde vært en naturlig del av kvalitetssikringen. På bakgrunn av dette ble det satt følgende mål for prosjektet:

### **Hovedmål:**

**Mål for prosjektet:** Ingen skal lide av ubehandlet underernæring, og ernæringsstatus og tiltaksplan skal være dokumentert i pasientjournalen.

Hovedmålet skal nås gjennom følgende delmål:

- Formalisere samarbeid mellom pleieavdeling / kjøkken / ledelse med å danne ressursgruppe for ernæring på Kroken sykehjem
- Kompetansehevende tiltak
- Kartlegging: dokumentere ernæringsstatus, eventuelt ernæringsmessig risiko, vurdere ernæringsbehov og kartlegge matinntak
- Dokumentere resultat av kartleggingen i pasientjournal (Profil) Alle pasienter ved sykehjemmet skal ha en tiltaksplan i forhold til ernæring
- Sette fokus på samarbeid mellom sykepleier / lege med tanke på diagnostisering og oppfølging av ernæringsstatus

## 2.0 Gjennomføring – hva gjorde vi

Prosjektets arbeidsgruppe startet med fokus på kartlegging. Hva skulle kartlegges, hvilke skjema skulle benyttes og hvordan skulle dette gjennomføres? Dette ble drøftet med fagkonsulentene på de andre sykehjemmene i Tromsø kommune fordi det var viktig at skjemaene skulle kunne brukes av alle i pleie- og omsorgssektoren i kommunen.

## *2.1 Organisering*

Det ble orientert om fagutviklingsprosjektet på avdelingsledermøtet som er et ukentlig møte mellom enhetsleder og avdelingslederne på sykehjemmet, og avdelingsledermøtet fungerte i praksis som styringsgruppe for prosjektet. Det ble besluttet at alle avdelinger på sykehjemmet skulle delta. Dette inkluderer både korttid og langtidsavdelinger samt en skjermet enhet for personer med demenssykdom.

Det ble besluttet at hver avdeling skulle velge to ansatte som skulle være med i prosjektet, og som etter gjennomføringen skulle være ressurspersoner med tanke på ernæringsspørsmål i egen avdeling. I tillegg var leder på hovedkjøkken, fagutviklingssykepleier, IT ansvarlig sykepleier og en avdelingsleder med i ressursgruppen / prosjektgruppen. Prosjektet ble ledet av fagutviklingssykepleier i FoU-avdelingen, Utviklingssenter for sykehjem i Troms. Arbeidsgruppen som hadde hovedansvar for gjennomføring av prosjektet besto av prosjektleder, fagutviklingssykepleier og IT ansvarlig sykepleier

Skjemaene som ble hentet fra de Faglige nasjonale retningslinjene ble lagt inn som standard i Profil, som er den programvaren Tromsø kommune har valgt for dokumentasjon i elektronisk pasientjournal (EPJ).

## *2.2 Kompetanseheving*

Våren 2011 ble det gjennomført internundervisning om ernæring til eldre. Undervisningen var åpen for alle ansatte, men obligatorisk for ressursgruppens medlemmer og avdelingslederne. En avdeling valgte i tillegg å gjennomføre fagdag for hele avdelingen med fokus på ernæring.

Det ble også gjennomført tre møter i ressursgruppen denne våren for gjennomgang og opplæring i bruk av valgte registreringsskjema. Disse møtene var viktige for framdriften og oppfølgingen av prosessen i prosjektet.

Hovedtema for internundervisningen var:

«Ernæring til eldre over 80 år, med hovedfokus på de som spiser for lite». Og følgende områder ble gjennomgått:

- Energi og næringstett kost (beriket kost), viktigheten av mellommåltider
- Karbohydrater, fett og vitaminer (spesielt Kalsium og Vitamin D) - Næringsdrikker
- Kroppsmasseindeks (KMI) – høyde og vekt – kriterier for underernæring
- Beregning av: Energibehov – proteinbehov – væskebehov




- Antall måltider /Tidspunkt for servering må vurderes og kvalitetssikres
- Ernæringsinnhold i mellommåltider
- Nattfasten
- Organiseringen rundt måltidene /Tilberedning / hygiene /Bord / plassering / ro hygge / tilpasset hjelp / skjerming / hjelpemidler
- Nyttige råd og tips ved måltid og når noen trenger hjelp til å få maten i seg
- Munn og – tannhygiene
- Oppskrifter og tips til et lite måltid med berikingsseksempler

Høsten 2011 deltok ressursgruppens medlemmer på fagseminar arrangert av Tine med tema: «Maten gjør ikke nytte før den er spist» -hvordan servere fristende og næringsrik mat med enkle metoder. I tillegg arrangerte Ernæringscenteret på Universitetssykehuset Nord-Norge arrangerte Fagdag i klinisk ernæring med tema; «Ernæring – en viktig del av den medisinske behandlingen».

Alle avdelinger fikk også utdelt en del litteratur som skulle være lett tilgjengelig for alle ansatte. Det vises til oversikt i litteraturlisten.

**BERIKNINGSEKSEMPEL**

1.	Havregrøt på vann	80 kcal
2.	Havregrøt på helmelk	200 kcal
3.	Havregrøt på helmelk + 2 ss olje	400 kcal
4.	Havregrøt på helmelk 2 ss olje + 1/2 dl Semper energi	500 kcal



Klinisk sykepleie 2012

### 2.3 Kartlegging av ernæringsstatus og vurdering av ernæringsbehov

Kartleggingen startet med å registrere nattfasten på alle pasientene. (Vedlegg 1). Nattfasten er tidspunktet fra siste måltid om kvelden til første måltid dagen etter. Antall timer pasienten

var uten mat ble registrert. Det ble besluttet at yoghurt med frukt / bær kunne telles som et måltid, mens for eksempel et glass melk ikke var nok til å telle som et måltid. Registreringen ble gjort over tre døgn.

Deretter ble alle pasientene på Kroken sykehjem vurdert med tanke på ernæringsmessig status. Til denne kartleggingen ble «Mini Nutritional Assessment» - skjema benyttet - MNA-skjema. (Vedlegg 2). Dette var ett av kartleggingsskjemaene som ble anbefalt i «Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring». Vi valgte MNA-skjemaet fordi det også ble ansett som høvelig i forhold til registrering i hjemmetjenesten.

Fagutviklingssykepleier på Kroken sykehjem utarbeidet et kartleggings- / hjelpearb som var til stor hjelp i denne delen av arbeidet. (Vedlegg 3). MNA-registreringen ga oss oversikt over følgende forhold:

1. hvem er underernært
2. hvem står i fare for å bli underernært
3. hvem er i normal / god ernæringsstatus

Ved underernæring skulle kostregistreringsskjema benyttes for å vurdere nøyaktig hva pasienten fikk i seg, og hvilke tiltak som måtte gjennomføres for å gi pasienten målrettet ernæringsbehandling. Det ble presisert at faglige, etiske og juridiske aspekt hele tiden måtte ivaretas og dokumenteres. Pasienter som ble vurdert som underernært ut fra kartleggingen skulle vurderes også av lege.

## *2.4 Dokumentasjon i ernæringsjournal*

Det neste tiltaket i prosjektet var å lage en ernæringsjournal. (vedlegg 4). Malen til denne ble også hentet fra de nasjonale retningslinjene. Det er en del data som bør være dokumentert for at en ernæringsjournal skal tilfredsstillere kravene i de nasjonale retningslinjene. Vi valgte derfor å legge inn ernæringsjournalen i EPJ slik at det skulle være lettere å vite hva som skulle være dokumentert. Målet var at alle pasienter ved oppstart av ferieavviklingen i 2011 skulle ha en oppdatert ernæringsmappe / tiltaksplan for ernæring – som var tilgjengelig for alt personal som hadde tilgang til Profil. Tiltaksplan ernæring skulle være en oppsummering og vurdering av data fra MNA-registreringen og ernæringsjournalen.

## 2.5 Veiing og måling

Vekt og høydemåling ble også prioritert våren 2011. Rutinen med veiing av hver pasient hver måned måtte påminnes gjentatte ganger på alle avdelinger. Dersom noen av pasientene ikke hadde behov for å bli veid hver måned, skulle det dokumenteres på hvilken bakgrunn dette var vurdert.

KMI utregning er også et viktig hjelpemiddel i totalvurderingen av ernæringsstatus til den enkelte pasient. Høyde måling av sengeliggende pasienter er ikke så enkelt. Vi valgte «ulna mål» som alternativ målemetode til beregning for høydemåling fordi den var enklest å gjennomføre.

[http://nutricia.no/upload\\_dir/docs/6\\_-Alt\\_-maalemetoder-Veiledning-og-tabeller.pdf](http://nutricia.no/upload_dir/docs/6_-Alt_-maalemetoder-Veiledning-og-tabeller.pdf)

## 2.6 IK-rutine for ernæringskontroll

Det ble utarbeidet en internkontroll rutine for «Forebygging og behandling av underernæring» som skulle sikre at *underernærte pasienter og pasienter i ernæringsmessig risiko* ble identifisert og fikk en målrettet ernæringsbehandling. Dette er en forkortet og lokaltilpasset versjon av de nasjonale faglige retningslinjene.

## 2.7 Ethiske vurderinger

Ansatte møter etiske dilemmaer også i ernæringsarbeidet. Vurderinger / bekymringer må deles og drøftes når pasienter ikke vil spise. Er pasienten ”mett av dage” eller skyldes dårlig matlyst sykdom, nedstemthet, mangler ved maten eller omgivelsene? En helhetsvurdering må gjøres i fellesskap med alle involverte parter; pasienten selv, pårørende, pleiegruppen og legen. Med fokus på ernæring må man også sikre at eldre ikke påtvinges nye matvaner, men får tilbud om mat som faller i smak. Respekten for det enkelte menneskes selvbestemmelse, egenverd og livsførsel må alltid ligge til grunn også for ernæringsarbeidet.

Det ble gjort en del registreringer og kartlegging i løpet av prosjektperioden og et halvt år etter at prosjektet var avsluttet. For å ivareta anonymitet til den enkelte pasient og avdeling er alt tallmateriale slått sammen, og blir ikke presentert avdelingsvis i denne rapporten.

### 3.0 Resultater av kartleggingene

Her oppsummeres data som ble registrert i prosjektperioden og registreringer gjort et halvt år etter at prosjektet var avsluttet. Alle data som blir oppgitt er hentet fra pasientens journal.

Dette er gjort med bakgrunn i at et viktig mål i prosjektet var at ernæringsstatus skulle være dokumentert i EPJ. Det kan være at data om ernæringsstatus var tilgjengelig på et tidligere tidspunkt enn denne registreringen viser, men i så fall var den ikke registrert i pasientens journal og dermed heller ikke gjort tilgjengelig for alt av helsepersonell som hadde tilgang til Profil.

#### 3.1 Resultat fra nattfasteregistrering



Registrering av nattfaste i tre døgn viste gjennomsnitt faste på 14,5 timer på de 76 pasientene på Kroken sykehjem. I faglitteraturen anbefales det at nattfasten ikke overstiger 11 - 12 timer. Den skjerma enheten på sykehjemmet hadde en gjennomsnittlig nattfaste på 12,5 timer. Forskjellen på denne avdelingen og de andre avdelingene er at pasientene i større grad står opp ved egen hjelp og oftere får et lett måltid servert av nattevaktene.

### 3.2 Resultat fra MNA – registreringen

MNA- skjemaet var omfattende å fylle ut. Det måtte innhentes mye data for at skjemaet skulle gi et riktig bilde av ernæringsstatus. Dette var et omfattende arbeid og det var kun en avdeling som var ferdig innen fristen i prosjektet (juni 2011). Data fra MNA-registreringer som var registret i Profil et halvt år etter at prosjektet ble avsluttet (juni 2012) blir derfor presentert i denne rapporten. På dette tidspunktet hadde 86 % av alle pasientene fått sin ernæringsstatus vurdert og dokumentert.

#### *MNA Juni 2012 alle avdelinger (86 %) av pas*

	Underernært	I fare for underernæring	Normal ernæringsstatus
<b>Juni 2012</b>	<b>20 %</b>	<b>49 %</b>	<b>31 %</b>

Det er viktig å påpeke at pasienter som ble registret som underernært på Kroken sykehjem i juni 2012 hadde en tiltaksmappe i sin journal som beskrev gode behandlingstiltak. Nasjonale faglige retningslinjer antar at hver femte pasient på sykehjem lider av underernæring. MNA registreringen på Kroken sykehjem i juni 2012 er i samsvar med dette, 20 %.

Alt personell skal være oppmerksom på at noen pasienter har særskilt ernæringsbehandling som er beskrevet i pasientens journal og skal følges opp og evalueres. På Kroken sykehjem var det i 2011 en gjennomsnittlig liggetid på under på 1 år. Dette illustrerer at pasientene er syke og at mange er i terminal fase den tiden de er på sykehjemmet. I prosjektperioden var vi opptatt av å skille mellom de som ikke spiste fordi de var døende og de som kunne dø fordi de ikke spiste.

I vår kartlegging er det også forholdvis mange som kommer i kategorien i fare for underernæring, 49%. Dette skyldes at MNA-skjemaet gir dårlig skår (lite poeng) når pasientene har en demensdiagnose / kognitiv svikt, ikke er hjemmeboende og ikke spiser selv. Det blir derfor viktig å bruke faglig skjønn når man vurderer hvor reell faren for underernæring er. Pasienter som ikke spiser selv vil alltid være i faresonen for underernæring. Det er derfor viktig å ha gode rutiner for å identifisere forandringer i vekt og KMI i tillegg til MNA kartleggingen.

Ved nærmere vurdering av pasientene i gruppen som ble vurdert som underernærte viste det seg at flere av pasienter som fikk sonde-ernæring fikk for lite mat. Kartlegging av ernæringsstatus avdekket at det var problematisk å få gitt optimal ernæringsbehandling til pasienter som fikk sondeernæring.

### 3.3 Resultat fra dokumentasjon i Profil

Et av hovedmålene med prosjektet var at alle pasientene skulle ha en tiltaksplan for ernæring i sin journal som var tilgjengelig for alt personell. MNA-skjema og ernæringsjournalen var hjelpeskjema for å skrive denne tiltaksplanen.

*Statistikk av data som er lagret i profil. Angis i prosent av 76 pasienter totalt.*

	Tiltaksplan ernæring/mappe	Ernæringsjournal (hjelpeskjema)	MNA (hjelpeskjema)	Vektkurve
<b>Juni 2011</b>	12 %			
<b>Oktober 2011</b>	42 %	29 %	37 %	50 %
<b>Mai 2012</b>	76 %			
<b>Juni 2012</b>	82 %	87 %	86 %	99 %

Den første optellingen av antall ferdige tiltaksplaner i pasientjournalen ble gjort i juni 2011. Da ble det kun registrert hvorvidt pasienten hadde en tiltaksplan for ernæring eller ikke. Det ble ikke registrert om pasientene hadde utfylte ernæringsjournaler, MNA-skjema (hjelpeskjemaer) eller vektkurve. Målet i prosjektet var at alle pasientene skulle ha oppdaterte tiltaksplaner i ernæring i juni 2011. Resultatet var nedslående. Kun noen få pasienter (12 %) hadde ferdig tiltaksplan. Dette ble tatt opp i ressursgruppen, som begrunnet det med for liten tid til gjennomføring av arbeidet. Høsten 2011 ble det derfor valgt å sette av kr. 7000 per avdeling til frikjøp av personal for å kunne dokumentere ernæringsdata i Profil. Det ble også tilbudt aktiv hjelp til dette arbeidet fra fagutviklingssykepleier og IKT ansvarlig på sykehjemmet. Det var også i denne perioden at *hjelpark for MNA-skjema* (vedlegg 3) ble utviklet og tatt i bruk.

Ved neste gjennomgang av registrerte data, oktober 2011, ble det også kartlagt hvorvidt pasientene hadde *ernæringsjournaler*, *MNA-skjema* og *vektkurver* i pasientjournalen. På to avdelinger hadde pasientene nå har fått dokumentert sin ernæringsstatus, dette utgjorde kun 42 % av pasientgruppen, og i tillegg ble det registrert at bare 50 % av pasientene hadde data for vekt. Det ble presisert at enkle data som vekt iallfall måtte inn i Profil. Når fem avdelinger måtte dele på en vekt, var dette en medvirkende årsak til at veiing ikke ble gjennomført så regelmessig som ønsket. Pleierne kan ikke veie pasientene uten vekt. Sykehjemmet skaffet en vekt til, slik at det var to vekter på 76 pasienter.

Det ble gjennomført et intenst arbeid for å dokumentere ernæringsstatus med tiltaksplaner om ernæring i pasientjournalene fram mot årsskiftet 2011. Det som etter hvert viste seg å være hovedårsaken til at dette tok så lang tid, var manglende kunnskap med tanke på å skrive tiltaksplaner og manglende erfaring med å bruke mulighetene som ligger i pasientjournalssystemet Profil.

Av ulike årsaker ble det ikke gjort registrering ved avslutning av prosjektet. Ny opptelling av registrerte data ble derfor ikke gjort før mai 2012. På dette tidspunktet hadde antall pasienter som hadde *tiltaksplan for ernæring* økt til 76 %. Dette ble formidlet til avdelingene som tilfredsstillende og positivt. Det ble igjen gjort en større gjennomgang av registrert data i juni 2012 – for å ha data som kunne sammenlignes med registreringen fra oktober 2011. Den siste oppdateringen viste at ressurspersoner og andre i avdelingen har arbeidet målretta med dokumentasjon av ernæringsstatus etter at prosjektet var avsluttet. Hele 82 % av pasientene hadde *tiltaksplan for ernæring* og 99 % hadde oppdaterte vektregistreringer i juni 2012.

## 4.0 Konklusjon

Ernæringsprosjektet på Kroken sykehjem var absolutt verdifullt for at skriftlig dokumentasjon av ernæringsstatus og tiltak i pasientjournal har blitt en realitet. Et halvt år etter at prosjektet var avsluttet er dokumentasjon av ernæringsstatus en selvfølgelig arbeidsoppgave for pleiepersonalet på Kroken sykehjem. Prosjektet er implementert og blir videreført av ressurspersonene i avdelingene, slik at dette viktige arbeidet nå er satt på dagsorden. Undervisning om ernæring og «Mat som medisin» er en del av internundervisningen på sykehjemmet. Undervisningen blir gitt av sykehjemmets eget personell. Kunnskap og gode

dokumentasjonsrutiner utveksles mellom avdelingene i arbeidet med å bedre pasientenes ernæringstilstand.

#### *4.1 Videre arbeid*

Måltidsrytmen og antallet hovedmåltider per dag bør også vurderes i det videre arbeidet. På Kroken sykehjem har vi diskutert dette, men det ble ikke gjort store endringer i prosjektperioden. En enkel løsning kunne vært å innføre en lett lunsj og at middagen serveres mellom kl. 15 og 16. Da ville det bli servert fire hovedmåltid daglig, i stedet for tre slik det er nå. Det bør også vurderes om stillinger i avdelingen skal øremerkes til arbeid med matkultur og tilberedning av mat.

Det burde være en vekt tilgjengelig på hver avdeling. Det må kjøpes utstyr som gjør det enkelt å kontrollere vekt og høyde. Den viktigste informasjon om pasientenes ernæringsstatus får vi gjennom regelmessig vektkontroll.

Samarbeid med legene kunne vært bedre i prosjektperioden. Prosjektet ble ikke presentert for sykehjemslegene før oppstart og dette har nok påvirket engasjementet fra legene. Det er derfor en utfordring i videreføringen av arbeidet med ernæring på Kroken sykehjem og kanskje i hele Tromsø kommune å engasjere legene. De må involveres i dette viktige arbeidet. Ett forslag blir at man i fellesskap ser på et enkelt kartleggingsskjema for vurdering av ernæringsstatus. Skjemaet bør gi ønsket informasjon til både legene og de som skal utøve daglig ernæringsbehandling til de pasientene som er underernærte. MNA-skjemaet er forholdsvis tidkrevende å fylle ut og kan også være vanskelig å tolke. Det hadde nok også vært behov og arbeidsoppgaver for en ernæringsfysiolog i Tromsø kommune. Med tanke på hvor viktig ernæring er i alle livets faser, kunne det være en god investering både med tanke på å forebygge under- og feilernæring hos barn, voksne og eldre.

Prosjektet avslørte manglende kunnskap om dokumentasjon i EPJ. Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Troms startet derfor et nytt prosjekt i januar 2012; «Dokumentasjon helsehjelp». Dette er gjort ut fra vurderingen om at helsehjelp til pasientene i pleie- og omsorgstjenesten ikke er godt nok dokumentert, kvalitetssikret og samordnet. Både sykehjem, hjemmetjeneste og tjenesten for psykisk utviklingshemmede er med i prosjektet. Dette prosjektet avsluttes etter planen i juni 2013.



## *4.2 Spredning*

Erfaringer fra dette prosjektet er videreformidlet til sykehjem og hjemmetjeneste i Tromsø kommune. En muntlig gjennomgang kan fortsatt avtales med prosjektleder. Denne rapporten vil bli distribuert til alle kommuner i Troms og til sykehjemmene i Tromsø i papirutgave. Prosjektleder presenterte erfaringer på Fagdag i klinisk ernæring 20. oktober 2011 og 25. mai 2012 i regi av Ernæringscenteret på Universitetssykehuset i Nord-Norge. Erfaringen fra dette prosjektet skal også deles ved muntlig presentasjon med Midt-Troms kommunene som også arbeider med kvalitetssikring av pasientenes ernæringstilstand. Rapporten er tilgjengelig på [www.utviklingscenter.no](http://www.utviklingscenter.no)

## Litteraturliste

Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (IS-1580) (GBS prosjektleder for arbeidsgruppen)

Utviklingscenter for sykehjem i Nordland 2010 «**Maten e god den, det e'kje da**»  
Underernæring i sykehjem og hjemmetjeneste – en praktisk veileder

**God ernæringspraksis** – vurdering av ernæringsmessig risiko –  
Arbeidsgruppen for enteral og parenteral ernæring Oslo/Bergen/Trondheim/Tromsø mai 2010

Smedshaug, Guro Berge (k e) seniorrådgiver H-dir – artikkel i «Geriatrisk Sykepleie» nr 3 /2009 «**Ernæring til eldre**»

”**Ernæring mer enn mat og drikke**” Kjersti Sortland Fagbokforlaget 2007

Ida Rasmussen – Klinisk ernæringsfysiolog – Universitetssykehuset i Nord-Norge forelesing 11. febr 2010 «**Eldre og ernæring**»

PPS – servering av mat

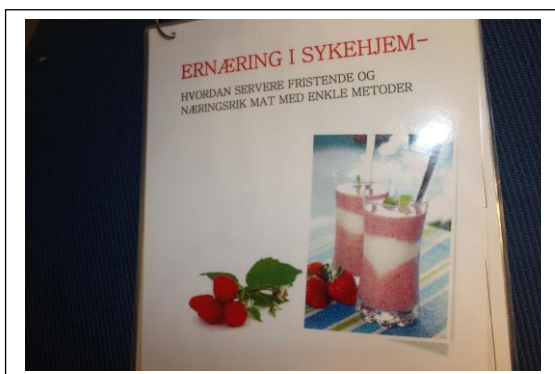
### *Litteratur i hver avdeling:*

Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (IS-1580) (GBS prosjektleder for arbeidsgruppen)

Utviklingscenter for sykehjem i Nordland 2010 «**Maten e god den, det e'kje da**»  
Underernæring i sykehjem og hjemmetjeneste – en praktisk veileder

**God ernæringspraksis** – vurdering av ernæringsmessig risiko –  
Arbeidsgruppen for enteral og parenteral ernæring Oslo/Bergen/Trondheim/Tromsø mai 2010

**Ernæring i sykehjem** – hvordan servere fristende og næringsrik mat med enkle metoder  
- TINE fagseminar 20.09.11 (Tromsø)



# Vedlegg

Vedlegg 1

Avdeling..

reg dato

Pasient	Siste måltid	Første måltid	Nattfaste (timer)	Snitt
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
		SUM		

## Vedlegg 2 - «Mini Nutritional Assessment» MNA-skjema

Etternavn:.....Fornavn:.....Alder:.....

Vekt,kg:..... Høyde,cm:..... Dato:.....

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



Pasientdata

Navn .....

Alder .....

# Ernæringsjournal

## 1. Høyde

målt liggende    målt stående    .....m    dato: .....

## 2. Vekt og vektutvikling

• Tidligere vekt: .....kg mnd/år : .....

• Vekt ved innleggelse: .....kg dato: .....

• Vekt ved registrering: .....kg dato: .....

• Vekttap/vektøkning .....kg. Dette utgjør ..... % over antall mndr/år.....

(se nærmere veiledning på baksiden)

Vekt skal videre kontrolleres 1g/mnd i sykehjem, og vektendringer skal bedømmes.

Pasienter i sykehjem som har ernæringsproblemer /dårlig ernæringsstatus skal veies 1g/uke.

## 3. Kroppsmasseindex KMI (=BMI) .....

(se veiledning for utregning på baksiden, eller du kan benytte KMI-kalkulator i PPS)

## 4. Andre ernæringsrelaterte data (kryss av og skriv anmerkninger)

	JA	NEI
Nedsatt matlyst		
Tannproblemer		
Tygge/svelgeproblemer		
Munnsårhet/munntørhet		
Kvalme/oppkast		
Forstoppelse/diaré		
Ødemer		
Gripe/bevegelsesproblemer		
Trenger hjelp til å spise		
Synsproblemer		

Anmerkninger (se baksiden)

.....  
.....  
.....

## 5. Vurdering (se baksiden):

.....  
.....  
.....  
.....

## Vedlegg 5

# Rutine for forebygging og behandling av underernæring – Kroken sykehjem

### Formål:

Sikre at underernærte og personer i ernæringsmessig risiko blir identifisert og får en målrettet ernæringsbehandling.

### Omfang:

Omfatter identifisering og behandling av underernærte og pasienter i ernæringsmessig risiko som er innlagt i sykehjem. Pasientgrupper som har særlig risiko for underernæring er eldre, personer med demens, funksjonshemmede og pasienter med kroniske lidelser som kreft, leddgikt, osteoporose, hjerte- og lungesykdom.

### Ansvar:

Helsepersonell som jobber med eldre i primærhelsetjenesten, samt ledelsen ved den aktuelle virksomhet.

### Aktivitet/beskrivelse:

Definisjon av underernæring: Når mangel på energi, protein og/eller andre næringsstoffer forårsaker en målbar ugunstig effekt på kroppssammensetning og funksjon. Synonymt med redusert ernæringsstatus.

Underernæring øker risikoen for komplikasjoner, reduserer motstand mot infeksjoner, forverrer fysisk og mental funksjon, gir redusert livskvalitet, forsinker rekonvalesensen og gir økt dødelighet.

Vektendring over tid, KMI (kroppsmasseindeks, også kalt BMI body mass index) eller en kombinasjon av disse er de enkleste mål på endring i ernæringsstatus. Et ufrivillig vekttap over 10 % siste halvår er regnet som alvorlig vekttap.

**Alle beboere i sykehjem/institusjon skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse og deretter månedlig, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg.**

- For å vurdere ernæringsmessig risiko skal MNA-skjema / Mini Nutritional Assessment og Ernæringsjournal dokumenteres ved innkomst. Høyde, vekt og KMI er de viktigste kartleggingsverktøy. **Deretter veies pasienten hver måned og dokumenteres i pasientjournalen.**
- Fravikes anbefalingene jmf. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, må den faglige begrunnelsen for det tydeliggjøres i journal for den enkelte pasient.
- **Personer i ernæringsmessig risiko skal ha en individuell ernæringsplan med dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak.** Appetitt, matvaner,

tannstatus, tyggeevne, svelgevansker, evne til å spise selv er faktorer som bl.a. må vurderes før valg av tilrettelagt ernæringsbehandling.

- Ernæringsplanen skal inneholde pasientens energi- og væskebehov, samt energi- og væskeinntak. Tommelfingerregel: 30 kcal/kg kroppsvekt/dag for stabil vekt. Væske: 30 ml/kg kroppsvekt/dag. Korrigeringer må gjøres ut ifra ulike aktivitetsnivå og sykdomstilstand.
- Kostregistrering av mat- og drikkeinntak brukes for å kartlegge i hvilken grad pasienten spiser og drikker i forhold til beregnet behov.
- Tiltakene skal evalueres månedlig i sykehjem.
- Ha alltid fokus på spisesituasjon og godt spisemiljø. Skjerm måltidet i den grad det er mulig.
- Bruk tilpasset energi/næringsstett kost i kombinasjon med næringsdrikker til personer i ernæringsmessig risiko.

#### **Vedlegg:** MNA-skjema - Mini Nutritional Assessment

Ernæringsjournal

Kostregistreringsskjema

Beregning av høyde

**Hjemmel:** Lov om helsetjenesten i kommunene av 19. november 1982 nr. 66 § 1-3a. [LOV-1982-11-19-66](#) Kommunehelsetjenesteloven – khl. Lov om helsetjenesten i kommunene [kommunehelsetjenesteloven]. (1982-11-19)

Helsepersonelloven §4, §16, § 39, § 40. [LOV-1999-07-02-64](#) Helsepersonelloven – hlspl. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). (1999-07-02)

Pasientrettighetsloven § 2-1, § 3, § 3-1, § 3-2, § 4 . [LOV-1999-07-02-63](#) Pasientrettighetsloven – pasrl. Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). (1999-07-02)

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. [FOR-2002-12-20-1731](#) Internkontrollforskrift i sosial/helsetjenesten. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. (2002-12-20)

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenester. [FOR-2003-06-27-792](#) Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (2003-06-27)

**Referanser:** Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring-IS-1580, 2009, Helsedirektoratet, Oslo.







Kroken sykehjem, Utviklingscenter for sykehjem i Troms

Jadeveien 69, 9022 Krokeldalen

Kontaktperson: Kirsti Hagen 90114969

E-post: [usht@tromso.kommune.no](mailto:usht@tromso.kommune.no)

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

[www.tromso.kommune.no/usht-troms](http://www.tromso.kommune.no/usht-troms)