



**Utviklingscenter for
sykehjem og hjemmetjenester**
Vestfold



MATGLEDE I SYKEHJEM OG HJEMMETJENESTER

- Fra nasjonale retningslinjer til god ernæringspraksis i kommunen

Rapport publisert 30. Mars 2012 / Vibeke Bostrøm, Ellinor Bakke Yddal og Erlend Eliassen

Innholdsfortegnelse

Forord	3
Sammendrag	4
1.0 Bakgrunn	5
1.1 Ernæring – hvor svikter det?	5
1.2 Satsingsområde i Utviklingscenteret	7
1.3 Hensikt og mål	8
2.0 Gjennomføring og tiltak	9
2.1 Fase 1: Pilot	9
2.2 Fase 2. Videreføring til hjemmetjenestene	10
2.3 Fase 2. Videreutvikling og samhandling	12
2.4 Fase 3 Standardisering og implementering	16
3.0 Oppsummering av resultater	17
3.1 Resultater fra fase 1- piloten	17
3.2 Resultater fra fase 2	18
3.2.1 Oppsummering av spørreskjema fra sykehjemmet og bofellesskapene for demente	18
3.2.2 Oppsummering av resultater fra spørreskjema i hjemmetjenestene	24
3.3 Status for fase 3 og 4- veien videre	25
4.0 Oppsummering og diskusjon	26
5.0 Anbefalinger for praksis	27
6.0 Referanser	29
7.0 Vedlegg	31
Vedlegg 1 Prosjektbeskrivelse	32
Vedlegg 2 Spørreskjema sykehjem og bofellesskap for demente	40
Vedlegg 3 Spørreskjema hjemmetjenester og senter	44
Vedlegg 4 Resultater sykehjem og bofellesskap for demente	47
Vedlegg 5 Resultater fra hjemmetjenester og senter	62

Forord

Utviklingscenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold har etter søknad mottatt tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet for å bedre ernæringspraksis for sykehjem – og hjemmeboende pasienter/brukere.

Denne rapporten oppsummerer hovedtrekkene i satsingsområdet for perioden 2008-2012, og status for arbeidet i kommunen.

Prosjektrapporten er skrevet av prosjektkoordinatorene i Utviklingscenteret i samarbeid med kostøkonom og avdelingsleder kjøkken, Nygård sykehjem.

Vi retter en takk til alle avdelingene som har bidratt i prosjektet og hevet standarden for god ernæringspraksis og langt på vei bidratt til å implementere nasjonale retningslinjer i Sandefjord Kommune.

Med hilsen

Erlend Eliassen
Kostøkonom og avdelingsleder kjøkken, USHT Vestfold

Ellinor Bakke Yddal
Prosjektkoordinator USHT Vestfold - hjemmetjenester

Vibeke Bostrøm
Prosjektkoordinator USHT Vestfold – sykehjem

Sammendrag

Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold har siden 2008 arbeidet systematisk med å forbedre kunnskap hos helse- og kjøkkenfaglig personell for å fremme god ernæringspraksis i sykehjem og hjemmetjenester. Hovedfokuset har vært å gjøre personell i stand til å identifisere og følge opp ernæringsmessige forhold hos brukere/pasienter. Videre styrke samhandlingen mellom helsepersonell og kjøkken ved å standardisere rutiner og prosedyrer, og etablere møteplasser for refleksjon og veiledning.

I prosjektperioden har helsepersonell i sykehjem og hjemmetjenester fått grunnleggende opplæring i ernæring, dokumentasjon og prosedyrer for å kunne:
Identifisere pasienter i risiko og eller med ernæringsmessige problemer/behov
Gjennomføre kartlegging og dokumentere ernæringsstatus ved bruk av MUST og /eller ernæringsjournal

Lage oppfølgingsplan for ernæring med observasjoner og rapporter i pasientjournal Cos Doc

Være kjent med og bruke fagprosedyrer i PPS og standard for ernæring (KOST) i kliniske vurdering og oppfølging av pasienter

I prosjektperioden har Utviklingscenteret lagt et solid grunnlag for at god ernæringspraksis skal skje og videreutvikles for både sykehjemspasienter og hjemmeboende. Standardisering av prosedyrer i sykehjem og implementering av faglige råd fra kliniske retningslinjer er fortsatt fokus fremover. Utviklingscenteret mener forholdene ligger til rette for at andel underernært tjenestemottakere på sikt kan reduseres, og at andel brukere/pasienter som får en kvalitetsmessig og god oppfølging av ernæringsbehov økes. Noe som siste kartlegginger og granskning av pasientjournal bekrefter. Resultatene viser en markant økning av antall pasienter/beboere som er screenet for ernæringsstatus og har en individuell oppfølgingsplan. Utviklingscenteret vil fremover og årlig følge utviklingen gjennom å evaluere ernæringsindikatorer som:

- andel pasienter med screening, MUST
- risikopasienter med vektcurve og individuell oppfølging med tiltak og ernæringsplan

1.0 Bakgrunn

Vurdering og oppfølging av Eldres ernæringsbehov er en viktig oppgave for sykehjem og hjemmetjenestene i kommunene. Undersøkelser avdekker at ernæringsmessige forhold er mangelfullt ivaretatt og dokumentert. Forskning viser at kompetanse og tilgjengelige kvalitetsikrede rutiner reduserer andelen underernærte eller forhindrer ytterligere vekttap (Mowe mfl. 2006). I 2009 lanserte Helsedirektoratet retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Et Utviklingssenter skal være pådriver "en som går foran" og utvikler praksis i takt med beste tilgjengelige kunnskap (Hdir, nasjonal strategiplan 2010-2015). Utviklingssenteret var i 2009 allerede godt i gang med forbedringsarbeid innen ernæring, og nye retningslinjer gav drahjelp og teoretisk støtte til videre veivalg i forbedring av interne rutiner og tiltak for å heve kompetansen.

Ledelsen i Utviklingssenteret for sykehjem erkjente allerede i 2008 behovet for å bedre kompetansen og standardisere rutiner for oppfølging i sykehjemmet. Det første pilotprosjektet ble initiert av kostøkonom og avdelingsleder ved Utviklingssenter ut ifra et ønske om å styrke og kvalitetssikre mattilbudet til pasientene. Nye nasjonale faglige retningslinjer i forebygging og behandling av underernæring understøttet det igangsatte arbeidet, og har videre ligget til grunn for satsingen. Sykehjem og hjemmetjenester har jobbet sammen for å styrke kompetansen og bedre rutinene i oppfølging av ernæring i pasientforløpet.

Kostøkonom ved Nygård sykehjem, prosjektleder/førstelektor ved Høgskolen i Vestfold, fagkonsulent for sykehjemmet og prosjektkoordinatorne ved Utviklingssenteret har vært sentrale i prosjektet og i opplæring av de ansatte i blant annet innføring og dokumentasjon om ernæringsstatus i pasientens journal.

I hjemmetjenesten har likeledes prosjektkoordinator og prosjektmedarbeider vært sentrale i gjennomføring av kartlegging og opplæring i 2011-2012.

Prosjektet omfatter alle hjemmetjenesteavdelinger og sentra, sykehjem og bofellesskap for demente i Sandefjord kommune. Det omfatter ca 270 beboere i Institusjon og ca 1200 pasienter i hjemmetjenesten. I denne rapporten brukes videre benevnelsen **hjemmetjenester** både om hjemmesykepleie og senterdrift, og **sykehjem** omfatter likeledes både institusjonsplasser og bofellesskap for demente.

1.1 Ernæring – hvor svikter det?

Forekomst av underernæring i 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). En norsk studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleie viste at ernæring er et av de tjenestetilbudene sykepleierne ser som utilstrekkelig (Hofseth og Nordvoll, 2003). Danske studier viser at undervekt og utilsiktet vekttap er et problem både i sykehjem og blant hjemmeboende eldre, og at ca hver tredje eldre har KMI tilsvarende status undervektig (Beck m.fl. 2005; Hyldstrup m.fl 2002). De eldre mottar et bredt spekter av medisinske kostbare tjenester, sykehusbehandling og medikamenter, mens tilpasset ernæring og væskebehandling ofte blir neglisjert (Mowe m.fl 2006). Feilernæring og underernæring hos eldre er assosiert med økt sykkelighet og dødelighet, men også direkte relatert til redusert livskvalitet (ibid). Avmagring gir økt risiko for

svimmelhet, bruddskader ved fall og økt risiko for liggesår. Forskning viser også at under- og feilernæring kan føre til depresjon, fatigue, svekket immunforsvar, økt infeksjonsfare, redusert muskel- og respirasjonsfunksjon (ibid). Komplikasjonene kan føre til en rekke behandlingstrengende medisinske følgetilstander, som reduserer pasientens livskvalitet og livsløp, samt gir økte samfunnsøkonomiske kostnader. Med stigende alder sees en rekke endringer som kan ha betydning for kostinntak, næringsstoffomsetning og funksjonsevne. Eldre aleneboende demente personer har ofte et redusert matinntak, noe som kan medføre underernæring. Svekket våkenhet, redusert opplevelse av smak og lukt, øket energibehov og manglende forståelse for nødvendigheten av å spise er noen av forklaringene. Mowe (2005) påpeker sammenhengen mellom eldre med redusert kognitiv funksjon og dårlig ernæringsstatus (Mowe, 2005). Det er i dag ingen studier som har vist at man kan reversere den kognitive svikten man ser hos pasienter med demens ved å gi spesifikk ernæringsbehandling. Imidlertid er det viktig å sørge for adekvat ernæring til demente pasienter som ikke kan ta vare på seg selv, for å beskytte mot uheldige sider av underernæring. Derfor må optimal medisinsk behandling til demente pasienter også innebefatte adekvat ernæring (Mowe 2005).

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 kartlegginger og tiltak ikke er implementert eller inngår i vurderingen av pasienter/beboers medisinske status (Mowe m.fl 2006). Dette gjenspeiles i mangelfull 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 mangefulle 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.

Med bakgrunn i påvist høy forekomst av underernæring på helseinstitusjoner, samt mangelfulle rutiner for kartlegging av pasienters ernæringsstatus, har Helsedirektoratet utviklet kliniske retningslinjer (2009). St. melding 25, "Mestring, muligheter og mening" fremhever betydningen av mat og måltider som en viktig del av omsorgstjenestens tilbud, både på institusjon og til hjemmeboende. Sammenhengen mellom matomsorg og livskvalitet er påvist i en rekke undersøkelser, og satsing på kliniske ernæringsprosjekter har vært en viktig prioritering for Utviklingscenteret. Undervisningssykehjemmet ønsket å innføre ernæringsrutiner som kunne bidra til å kvalitetssikre ernæringsstilbudet til eldre. Med bakgrunn i dette så Utviklingscenteret det som viktig og interessant å undersøke omfanget av underernæring i sykehjem og blant hjemmeboende, samt implementere verktøy og rutiner for å sikre kartlegging og

behandling av underernæring/risiko for underernæring i fremtiden. I en hard presset hverdag kan det synes utfordrende å implementere nye verktøy for kartlegging og oppfølging. Derfor ble en viktig del av prosjektet å innføre enkle og presise verktøy og prosedyrebeskrivelser som fremmer god ernæringsoppfølging i praksis.

1.2 Satsingsområde i Utviklingssenteret

Ernæring ble tidlig identifisert som et sviktområde med behov for forbedringsprosjekter. Det ble fremhevet som viktig satsingsområde på innledende dialogkonferanser ved oppstart av Undervisningssykehjem, og senere ble det ved undersøkelser identifisert som mangelfullt kartlagt og beskrevet i pasientenes journaler (Veien til kvalitetsutvikling og god praksis, Bostrøm, V og Yddal, EB 2011)

Utviklingssenterets kompetanseplan omfatter flere faglige innsatsområder. Innenfor ernæring skisserer den fire faser i forbedringsarbeidet. For perioden 2008-2012 er følgende innsatsområder faglig- og administrativt forankret i ledelsen av Utviklingssenteret:

ERNÆRING Fase 1: Ernæring – Institusjon og bofellesskap for demente Hjemmetjenesten: Kilen og Framnes.	Halvdagskurs med innføring i kliniske retningslinjer, opplæring i screening, vekrutiner og dokumentasjon Teoretisk opplæring i kosthold til eldre og sårbare grupper	Alle medarbeidere i Utviklingssenteret	Innført i Institusjon i 2008 – 2009 Evalueres 1 gang per år ved journalgranskning.
Fase 2: Ernæring – hjemmetjenesten i samarbeid med Institusjon	Halvdagskurs med innføring i kliniske retningslinjer, opplæring i screening, vekrutiner og dokumentasjon Teoretisk opplæring i kosthold til eldre og sårbare grupper	Alle medarbeidere i Utviklingssenteret	Videreutvikles i sykehjem og innføres i hjemmetjenester i 2011
Fase 3: Innføring og utprøving av kliniske "ernæringsteam"	Månedlige tverrfaglige møter, case-problematikk og fokus på klinisk rettet pasientarbeid og dokumentasjon	Lege, sykepleier og helsefagarbeider/hjelpepleier fra en avdeling i Institusjon Faglærte kokker	Pilot fra 2011
Fase 4: Deltakere i Fagskoleutdanning i ernæring	NKS fagskole i ernæring 1 år	1- 2 medarbeidere i alle avdelinger i Utviklingssenteret	2012-2015

En foreløpig oppsummering 1. kvartal 2012 viser at USHT langt på vei har nådd målene for perioden. Det vil senere i denne rapporten bli redegjort for status og grad av måloppnåelse for de to første fasene i kompetanseplanen som ovenfor. Fase 3 og fase 4 er under utvikling.

1.3 Hensikt og mål

Helsedirektoratets vilkår for tilskudd til videreføring av prosjekt "Tiltak for å styrke ernæringskompetanse" var at det skulle gi:

- Økt ernæringskompetanse blant ansatte
- Kvalitetssikring av rutiner for god ernæringspraksis
- Styrke samhandlingen om god ernæringspraksis på tvers av nivåer

Målsetting for ernæringsinnsatsen i perioden 2011-2012 har vært å iverksette fase 2 av prosjektet, og forsterke det allerede etablerte forbedringsarbeidet i sykehjem.

Den overordnede hensikten med ernæringsprosjektene i Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester er å:

- Styrke kliniske ernæringsrutiner for pleie- og omsorgstrengende eldre i institusjon (fase 1) og hjemmeboende (fase 2).

Dette ved å implementere nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (Hdir 2009) og innføre kartleggingsverktøy, administrative og faglige prosedyrer samt indikatorer for å vurdere hvorvidt endringer er en forbedring over tid.

Hovedmålet for prosjektet er å sikre at pasienter/beboere som mottar hjemmesykepleie og bor på sykehjem i Sandefjord kommune får riktig ernæringsoppfølging. Hensikten er å bidra til å sikre gode rutiner og prosedyrer for oppfølging av funksjonsområdet ernæring hos eldre og utsatte pasientgrupper som får hjemmesykepleie og bor på sykehjem.

Mål:

- Gi helsepersonell som er ansatt i hjemmesykepleien og på sykehjem kunnskap og kompetanse til å vurdere pasientenes ernæringsbehov og på bakgrunn av denne kunne utarbeide tiltak som tar i vare pasientens energi- og væskebehov.
- Forebygge feil- og underernæring, samt komplikasjoner til feil- og underernæring hos eldre og syke som bor hjemme og på institusjon.
- Sikre at pasienter som får hjemmesykepleie og beboere på sykehjem i Sandefjord kommune får tilpasset ernæring.
- Utvikle og utveksle kompetanse mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, og mellom tjenestenivåene i kommunen.
- Etablere samhandlingsrutiner om ernæring mellom fastlegene og hjemmesykepleien og mellom sykehjemslegene og sykehjemmene i kommunen.
- Sette fokus på samarbeid med pårørende om ernæring.
- Kvalitetssikre energiinntak hos eldre og syke underernærte eller som er i risiko for å bli det

2.0 Gjennomføring og tiltak

Ernæringsssatsingen i Utviklingscenteret er gjennomført i flere faser, og slik kompetanseplanen viser i rapportens avsnitt 1.2. Ved oppstart av Undervisningssykehjem i 2008 ble følgende prosjekt etter søknader tildelt prosjektmidler fra Helsedialog og Helsedirektoratet:

”Kvalitetssikring av tiltak for å styrke ernæringsstatus hos eldre på institusjon og hjemmeboende” - et 2- fase prosjekt mellom 1. og 2. linjetjenesten, Sandefjord Kommune, Geriatrisk seksjon ved Siv og Høgskolen i Vestfold, avdeling for Helsefag.

Prosjektet ble gjennomført som en pilot under ledelse av høgskolelektor Eyvin Bjørnstad, og resultatene ble fremholdt på en spredningskonferanse i Vestfold året etter. Dette samtidig som retningslinjene ble lansert. Piloten avdekket at sykehjemmet hadde behov for å arbeide mer systematisk med å styrke pleiedokumentasjonen i avdelingene. Kvaliteten på pleiedokumentasjonen gjorde det vanskelig å trekke ut gode data til forskningsprosjektet. I tillegg ble ny søknad om videreføring av prosjektet avslått, og prosjektledelsen valgte og ”fryse” prosjektet inntil eventuelt videre finansiering.

På grunn av et midlertidig opphold i finansiering ble fase 2 av prosjektet først iverksatt i 2011. Prosjektet ble i 2011 videreført med hovedfokus på hjemmetjenestene, og dette som et rent kvalitetsforbedringsprosjekt under ledelse av koordinatorene i Utviklingscenteret i samarbeid med linjeledelse og fagkonsulenter. I denne rapporten gjengis noen av hovedresultatene fra piloten, men hovedfokuset i rapporten dreies mot gjengivelse av tiltak iverksatt senere i satsingen. Og resultater i avdelingene som en konsekvens av målrettet arbeid med kompetanseheving, veiledning og utvikling av spillet innad i sykehjemmet og mellom avdelingene og på tvers av tjenestenivåene.

2.1 Fase 1: Pilot.

I dette avsnittet gjengis pilotprosjektets hovedagenda ved oppstart i 2008.

Fase 1: Kvalitetssikring av ernæringspraksis hos eldre i institusjon. Pilot Nygård.

A) Forarbeid

Systematiske litteratursøk. Sammenfatte litteraturen.

Studiebesøk til institusjoner som har utført lignende prosjekter. Eksempelvis Geriatrisk seksjon, SiV og Løvåsen Undervisningssykehjem, Bergen.

Gjennomfører kartlegging jmf tabellen i Bjørnstad, E (2007) for å etablere ernæringsdiskusjonen i avdelingene. Tema behandles på personal- og fagmøter. Identifiserer problemområder innenfor dagens ernæringspraksis.

Planlegge oppstart og gjennomføring i samråd med avdelingene og ansvarsgruppen for prosjektet. Involvering av de ansatte på aktuelle poster. Matkontaktene og studenter er ressurspersoner ift. gjennomføring av prosjektet.

Undervisning til ansatte om ernæring og eldre, innføring i verktøy vekturve/kostregistrering og oppfølging av under -og feilernærte.

Undervisning og opplæring i bruk av ernæringsprosedyrer i PPS og oppfølging av sykepleiedokumentasjon i CosDoc.

B) Kartlegging og oppfølging

Studenter i samråd med matkontaktene tilrettelegger på avdelingene for kroppsvekt registreringer og vurdering av et utvalg beboere hvor det foreligger indikasjon på feilernæring/ ernæringsmessig risiko.

Gjennomfører 3-dagers kostregistrering på beboere på utvalgte poster og hjemmeboende.

Kartlegger funksjonsområdet ernæring i pasientens journal og i IPLUS de siste 4 ukene. Henter data fra Geriatrik seksjon på funksjonsområdet ernæring på pasienter fra Sandefjord.

Vurderer beboere som er i ernæringsmessig risiko (ernæringsjournal) og dokumenterer tiltaksplan i pleieplan under funksjonsområdet ernæring.

Individuelle ernæringstiltak initieres og følges opp av beboers primær/sekundærkontakt i samråd med kjøkkenet.

Alle kartlagte risikopasienter følges opp med Individuell plan for ernæring.

Vektkontroll ukentlig av pasienter med identifisert underernæring eller i risiko for å bli det.

Andre tiltak:

Markerer starten på "ernæringsattsning" 30. januar ("Nutrition day") med informasjon og ekstra servering til ansatte.

Arrangere temadag våren 2008 på Nygård i samråd med Høgskolen i Vestfold, Avdeling for Helsefag og representanter fra Geriatriksesjonen, SiV. Tema "Matomsorg" med ressursforelesninger og informasjonsstands i samråd med matkontaktene og ressursgrupper forøvrig.

C) Kvalitetssikring og dokumentasjon av ernæringspraksis

Fase 1:

Innfører elektroniske prosedyrer (PPS) og sykepleiedokumentasjon (CosDoc) som standard for oppfølging av under- eller feilernærte pasienter i det daglige arbeidet. Samarbeid mellom matkontaktene, kjøkkenet, ernæringsfysiolog, studenter, kvalitetsrådgiver og IKT- ansvarlig.

Implementerer rutiner og prosedyrer for å sikre god ernæringspraksis og vurdering av ernæringsmessig risiko i samråd med tilsynslege ved institusjon.

Innfører ernæringsjournal (ShDir 2007) som del av innkomststatus av alle beboere som flytter til institusjon eller er på korttidsopphold som indikator på ernæringsstatus. Sikrer rutiner og prosedyrer for samhandlingspraksis om ernæringsoppfølging av pasienter med Geriatrik seksjon på SiV

2.2 Fase 2. Videreføring til hjemmetjenestene

Fase 2: Kvalitetssikring av ernæringspraksis hos hjemmeboende eldre som mottar tjenester i hjemmet

Utbedrer dokumentasjonsrutiner og samhandlingsrutiner med senter og hjemmetjeneste(SHT) ift oppfølging av beboere på korttidsplasser som utskrives til hjemmet.

Implementerer rutiner og prosedyrer for å sikre god ernæringspraksis og vurdering av ernæringsmessig risiko i samråd med hjemmesykepleien og fastleger. Jmf erfaringene fra Fase 1.

2008- 2009

Forskningssamarbeid mellom høgskolelektor ved HiVe, Geriatrisk seksjon ved SiV HF og den gang Undervisningssykehjemmet. Prosjektet innlemmet to korttidsavdelinger og to hjemmetjenesteavdelinger, og var planlagt i to faser med fokus på

- Utvikling av rutine for vekt og screening av pasienter i sykehjem
- Utvikling av rutine for vekt og screening av pasienter i hjemmetjenesten

Videre at pasienter fra Sandefjord innlagt på sykehuset skulle følges i forhold til dokumentasjon rundt ernæring og evaluere hvorvidt satsingen i kommunen i større grad bidro til identifisering og oppfølging av underernæringsproblematikk.

En fase to var planlagt med fokus på samhandling og rutiner på tvers av nivåer, standardisering av rutiner og felles kvalitetsmål, samt spredning til øvrige avdelinger i tjenestene.

Under pilotprosjektet arrangerte Undervisningssykehjemmet og Geriatrisk seksjon en inspirasjons- og spredningskonferanse i Vestfold i forbindelse med lansering av nye nasjonale faglige retningslinjer. Hensikten var å dele erfaringer fra piloten og bidra til å motivere nabokommuner til å iverksette egne forbedringsprosjekter. Prosjektet hadde i denne fasen også et samarbeid med mastergradsstudent i Nøtterøy kommune som utforsket innføring av ernæringsjournal i hjemmetjenesten.

Samme året ble imidlertid prosjektet "frosset" på grunn av manglende finansiering. En konsekvens av dette ble at fremdriftsplanen ble forskjøvet, og arbeidet med å avslutte og oppsummere piloten og iverksette fase to av prosjektet ble satt på vent. I denne perioden videreførte Utviklingssenteret en satsingen ved å vektlegge:

- innføring av retningslinjene i hele sykehjemmet
- opplæring av ansatte i alle avdelinger
- fokus på å styrke dokumentasjon
- fokus på nettverksarbeid mellom ernæringskontaktene i avdelingene og kjøkkenpersonell

2010- 2011

I mellomtiden arbeidet Utviklingssenter med søknader om tilskuddsmidler til å iverksette fase 2 av prosjektet. I Sandefjord kommune mottar ca 1200 personer hjemmesykepleie, og ved en undersøkelse av kvaliteten på dokumentasjonen i tre av hjemmetjenesteavdelingene våren 2010 ble det avdekket at kun tre av 30 journaler hadde beskrevet et problemområde som omhandlet ernæring, men ingen hadde en fullstendig behandlingsplan for ernæring. Derfor synes det viktig med en systematisk opplæring av ansatte og innføring av verktøy for å avdekke pasienter i ernæringsmessig risiko. En viktig del av prosjektet var å innføre enkle og presise verktøy og prosedyrebeskrivelser som fremmer god ernæringsoppfølging i praksis, og at dette arbeidet gjøres i samarbeid med ansatte som utfører tjenestene.

2.3 Fase 2. Videreutvikling og samhandling

2010-nå

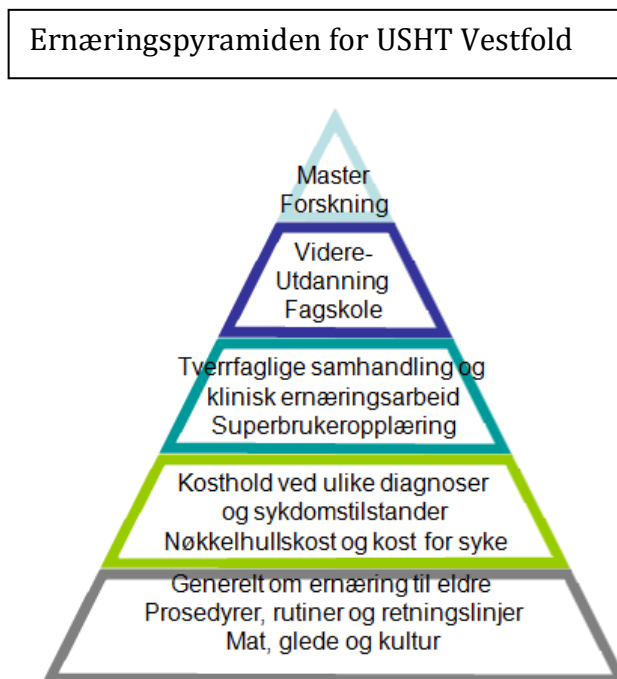
Utviklingscenteret søkte på nytt utlyste tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet, og kunne i 2010 gjenoppta den opprinnelige prosjektplanen med spisset fokus på:

- Kompetanseheving av alle ansatte, både sykehjem og hjemmetjenester
- Implementering av rutiner og prosedyrer
- Samhandling mellom tjenestenivåene

I videreføringen valgte Utviklingscenteret å nedsette en intern prosjektgruppe bestående av fagkonsulent, kostøkonom, avdelingsleder kjøkken og senterdrift, samt to prosjektcoordinatorer henholdsvis fra sykehjem og hjemmetjenester. I den videre satsingen på ernæring har sykehjemmet hatt hovedfokus på innføring av standard for ernæring i sykehjem. I dette ligger også innføring av indikator for ernæring.

I hjemmetjenesten har fokuset vært på opplæring av alt personell og styrke rutiner for samarbeid mellom kjøkkenfaglig personell og helsepersonell i hjemmetjenesteavdelingene.

Prosjektgruppen har definert innholdet i en kompetansepyramide som er en modell egnet for å illustrere kompetansekrav i forhold til alle ansatte og superbrukere. Den ligger til grunn for det videre systematiske arbeidet med fokus på kompetanseheving slik at individuell ernæringsoppfølging er i samsvar med intensjonene i nasjonale faglige retningslinjer.



Figur 1 Ernæringspyramiden for USHT Vestfold

Beskrivelse av innholdet i pyramidens nivåer:

Modul 1: Generelt om ernæring med hovedfokus på eldre

Prosedyrer: KOST og PPS, og samhandling med kjøkken.

Kliniske retningslinjer: Kliniske retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (Helsedirektoratet 2009).

Mat, glede og kultur: Tilrettelegging av det gode måltidet.

Modul 2: Kosthold ved ulike diagnoser og sykdomstilstander (implementering av kosthåndboken, gis ut i mai 2012)

Kosthold ved ulike diagnoser og sykdomstilstander: For eksempel: Hjerte/kar sykdommer, demens, diabetes, Overvekt, Revmatiske sykdommer, stomi, kreftsykdommer, KOLS, Parkinson sykdom med mer.

Ernæring ved symptomer og tilstander: Diare, Dysfagi, Forstoppelse, Legemiddelinteraksjoner, tannhelse, livets slutt og smaksforandringer, sår/tørr munn og kvalme.

Nøkkelhullskost og kost for syke, spesialkost og ernæringsbehandling: Opplæring i spesialkost og individuell tilrettelegging. Opplæring i ernæringsterapi, for eksempel parenteral ernæring og PEG.

Modul 3: Tverrfaglig samhandling. Fagsystemene. Pasientrettet klinisk arbeid.

Tverrfaglig samarbeid i avdelingene og mellom avdelingene og faglærte kokker.

Regelmessige møter i Institusjon- og hjemmetjenesten.

Ressurser: Ernæringskontakt i kjøkkenet i hjemmetjenesten, og i avdelingene i sykehjem, avdelingsleder kjøkken, fagkonsulenter i seksjonene og prosjekt koordinatorene i USHT

Utviklingscenteret har laget en modell for opplæring som inneholder de mest sentrale områdene for å oppnå god kompetanse og resultater. Se figur 2.

Tema	Metoder	Målgruppe				
Fase 2						
Modul 1* Generelt om ernæring til eldre. Prosedyrer, rutiner og kliniske retningslinjer. Mat, glede og kultur.	Forelesning, gruppearbeid og dataopplæring	Alle ansatte Studenter, elever og lærlinger				

Modul 2* Kosthold ved ulike diagnoser og sykdomstilstander. Symptomer og tilstander. Nøkkelhullskost og kost for syke.	Forelesning, gruppearbeid og refleksjon	Alle ansatte Studenter, elever og lærlinger				
Fase 3						
Modul 3* Tverrfaglig samhandling Fagsystemene. Pasientrettet klinisk arbeid.	Workshop på avdeling Ernærings-team	Superbrukere Ernærings-kontakter Leger, avd.leder Faglærte kokker				

Figur 2 Opplæringsplan for USHT

Hjemmetjenestene har fokus på kompetanseheving av alle ansatte i hjemmetjenesteavdelingene og ansatte i kjøkken og senterdrift. Erfaringer og anbefalinger fra kvalitetsforbedringsarbeidet i sykehjemmet har ligget til grunn for opplæringen. De har fulgt prosjektplanenes seks delmål og har gjennomført evaluering etter disse hver tredje mnd i prosjektperioden.

Forebygge underernæring hos eldre og syke som bor hjemme og på sykehjem:

Alle pasienter i hjemmetjenesten over 80 år har fått tilbud om vurdering av ernæringsmessig risiko ved bruk av MUST. Alle nye pasienter i hjemmesykepleien får informasjon om viktigheten av riktig ernæring og tilbud om å bli målt og veid, samt videre oppfølging og ernæringsanbefalinger fra hjemmetjenestene ved behov. Høyde og vekt skal føres i pasientens journal. Ved innskriving/første besøk i hjemmesykepleien blir alle pasienter spurt om de trenger hjelp i forbindelse med tilberedelse av måltider og innkjøp av mat. Pasientens rutiner for dette blir dokumentert i pasientens journal.

Det blir fulgt opp hvor mye som blir dokumentert i journalene og laget statistikk for hver avdeling hver tredje mnd frem til sommeren 2012. Det kartlegges om det er gitt informasjon til pasientene, har alle pasienter over 80 år fått tilbud om vurdering av ernæringsmessig risiko ved bruk av MUST, hvor mange er screenet ved bruk av MUST og hvor mange oppfølgingsplaner er det laget om ernæring?

Sikre at pasienter som får hjemmesykepleie og bor på sykehjem i Sandefjord kommune får tilpasset ernæring:

Alle avdelingene i hjemmesykepleien har fått en kontaktperson på "sitt senterkjøkken". Dette er gjort for å sikre at alle pasientene som trenger det skal få en tilpasset kost og at de ansatte i hjemmetjenesten skal få hjelp til å sette opp en kostplan.

Ordningen med ernæringskontakter er nok ikke godt nok kjent blant alle som jobber i hjemmetjenesten ennå, men flere avdelinger tar oftere kontakt med kjøkkenet for å få hjelp til tilpasset ernæring. Det er planlagt å kartlegge denne samhandlingen nærmere i mai 2012. Avdelingsleder for kjøkken og senterdrift har laget en liste over kontaktene og hvilke avdelinger de har ansvar for som er sendt ut på avdelingene.

Utvikle og utveksle kompetanse mellom tjenestenivåene i kommunen og mellom primærhelsetjenesten og Sykehuset i Vestfold:

Det har vært to felles fagringer mellom kommunen, andre kommuner og Sykehuset i Vestfold. Disse har avsluttet arbeidet og resultatet ligger på hjemmesiden til USHT. Det er fokus på samhandling mellom sykehjemmene (særlig Nygård) og hjemmetjenesten og avdelingsleder kjøkkenet på Nygård har hatt ansvaret for en stor del av opplæringen til de ansatte i hjemmetjenesten. Hjemmetjenesten i Sandefjord er fra mars 2012 med i prosjekt "Akutt syke eldre" i samarbeid med Sykehuset i Vestfold og flere kommuner fra Vestfold der blant annet ernæringsmessig risiko skal kartlegges under innleggelse og etter tre uker hjemme og til slutt etter et år hjemme. Til denne kartleggingen skal en bruke MUST.

Gi helsepersonell som er ansatt i hjemmetjenesten og på sykehjem kunnskap og kompetanse til å vurdere pasientenes ernæringsbehov og på bakgrunn av denne kunne utarbeide tiltak som tar i vare pasientens energi- og væskebehov:

Alle 186 som har deltatt i opplæringen har fått en innføring i alle punktene under dette delmålet. En har avdekket en del forbedringspunkt i dokumentasjonen, det må avklares tydeligere hvor de skal dokumentere pasientenes rutiner om mat og innkjøp av mat. Det er naturlig å gjøre dette i IPLOS tekstfeltet. Ernæringskontakten på kjøkken trenger en opplæring i bruk av CosDoc (lese). Ansvarlig for dokumentasjonsopplæringen følger opp ute på avdelingene med videre opplæring både i dokumentasjon og oppfølging av retningslinjene. Ho har avsatt tid i 40 % stilling til dette arbeidet. Ho har et spesielt fokus på de avdelingene som ligger lavt i forhold til MUST kartleggingen. Lage en enkel oppskrift/liste som personalet i hjemmetjenesten kan bruke for å berike kosten. Ta utgangspunkt i USH Nordland sin brosjyre.

Etablere samhandlingsrutiner mellom fastlegene og hjemmesykepleien i kommunen:

Dette har ikke hatt fokus så langt i prosjektet. Et viktig samhandlingspunkt er e-meldinger og det er sykepleiere som har denne kontakten. Noen fastleger gir tilbakemelding om at pasienten er i fare for underernæring, men det er ikke systematikk i dette. Det vil bli fokusere mer på dette i opplæringen ute i avdelingene og på superbrukersamlinger. Et nytt prosjekt som startet i 2012 som omhandler samhandling mellom fastlegene og hjemmesykepleien vil ha vurdering og rapportering om ernæringsmessig risiko som et område.

Sette fokus på samarbeid med pårørende om ernæring:

Viktighet av samarbeid med pårørende ble presisert i opplæringen. Det er et mål å lage en brosjyre til pasienter og pårørende fra kjøkkenet om hvilke tjenester de kan tilby. Målet er at denne skal være ferdig til høsten 2012. Det er planlagt en temadag om ernæring i mai 2012, her blir frivillige (sjåfører som kjører middag), pårørende og brukere invitert.

Kostøkonom og avdelingsleder kjøkken og fagkonsulent i sykehjemmet har vært faglig ansvarlig for kostopplæringen og en sykepleier i hjemmetjenesten har vært ansvarlig for dokumentasjonsopplæringen. 186 av de ansatte i hjemmetjenesten og på de fire senterkjøkkene har gjennomført opplæringen. I hjemmetjenesten er det lagt stor vekt på å styrke samhandlingen mellom det enkelte kjøkken og hjemmetjenesteavdeling. Hver avdeling har fått en kontaktperson på kjøkkenet som de kan gjøre faglige vurderinger sammen med for å gi best mulig tilpasset ernæring til den enkelte pasient. I etterkant av opplæringen skal sykepleieren som har hatt ansvaret for dokumentasjonsundervisningen bidra i den praktiske hverdagen med screening og dokumentasjon i hver avdeling. Det er planlagt en slik undervisning i hver avdeling frem til jul der en skal gå gjennom screeningen av minimum fem pasienter. Granskning av pleiedokumentasjon viser at rutinen langt på vei er implementert ved at vekrutiner og ernæringscreening er på plass i de fleste avdelinger. En måling i februar 2012 viser at over 45 % av beboerne har en oppdatert screening for ernæringsstatus og en ernæringsplan med mål og tiltak. Det er imidlertid tre avdelinger som skiller seg ut, ved at to avdelinger har 80 % og en avdeling har 100 % av pasientene oppdatert screening og individuell ernæringsplan. Imidlertid gjenstår det fortsatt å videreutvikle kvaliteten og dokumentasjon på oppfølgingen av pasients behov. Dette gjelder spesielt området evaluering i CosDoc.

2.4 Fase 3 Standardisering og implementering

Fagprosedyrer:

Helse- og omsorgsseksjonene i Sandefjord kommune bruker fagprosedyrene PPS- Praktiske prosedyrer i sykepleietjenesten. Implementering av prosedyrene ble vektlagt i pilotprosjektet, og det er en tilrettelagt og integrert løsning med kommunens pasientjournalssystem CosDoc. I systematisk opplæring av helsepersonell i sykehjem og hjemmetjenester har prosedyrene ligget til grunn i opplæringsmaterialet, og hvordan PPS kan være en ressurs i beslutningstaking og relateres til problemstillinger som reises i pasientens journal.

Administrative prosedyrer:

I 2010 initierte 12-kommunesamarbeidet i Vestfold et prosjekt for utvikling og oppfølging av standard for tjenestene i sykehjem (<http://www.12k.no/pleie-og-omsorg/kost-i-sykehjem-article259-209.html>) (28.03.2012)

Prosjektet tar utgangspunkt i Kvalitetsforskriften og har en felles definert interkommunal standard for sykehjemmene i fylket. I standarden inngår prosedyre for risikovurdering/screening, identifisering og oppfølging av ernæringsrelaterte problemer. I 12k- prosjektet har kostøkonom og fagkonsulent i sykehjemmet hatt en sentral rolle i utforming av standard for ernæring. Deres erfaringer og refleksjoner etter gjennomført pilot i sykehjemmet ble således videreført i KOST-prosjektet.

Sykehjemmet startet arbeidet med implementering av standarden i 2011. I forbindelse med implementeringen har USHT bidratt til faglige seminarer og veiledning direkte i avdelingene knyttet opp til dokumentasjon og individuell oppfølging av enkeltbrukere/pasienter. Ledelsen ved Utviklingssenteret har prioritert ressurser til avdelingene for å arbeide forsterket med sykepleiedokumentasjon. En granskning av pleiedokumentasjon i Cos Doc 1. kvartal 2012 viser en vesentlig forbedring av ernæringsrelatert dokumentasjon. Resultatene vil redegjøres for nærmere i avsnitt 4.0.

Hjemmetjenestene er i prosess med å utvikle en tilsvarende administrativ prosedyre for å sikre god ernæringsoppfølging av pasienter.

3.0 Oppsummering av resultater

Ernæringsarbeidet i regi av Utviklingscenteret har satt positive spor i tjenesten. Ved oppstart av piloten i 2008 ble det avdekket vesentlige mangler ved pleiedokumentasjonen vedrørende ernæring. Kun få pasienter var screenet for ernæringsstatus, ingen kartleggingsverktøy var tatt i bruk og kun få pasienter hadde en individuell ernæringsplan som inneholdt behov, mål og tiltaksplan. En gjennomgang 1. kvartal 2012 viser en stor forbedring på alle felt relatert til ernæring. Utvikling av praksis har skjedd ved følgende:

- Opplæring med fokus på nasjonale retningslinjer er gjennomført for 80 % av ansatte i sykehjem og hjemmetjenester
- Samarbeidet mellom pleieavdelingene og kjøkken/sentra er styrket med åpnere dialog og prosedyrer for samarbeidet
- Kartleggingsverktøyet MUST er integrert i CosDoc og ca 45 % av sykehjemsbeboere er kartlagt for ernæringsstatus per 1.2.2012 og har en oppdatert individuell ernæringsplan.
- I hjemmetjenesten er 78 pasienter kartlagt pr 13.3.12 av disse er 25 i høyrisikogruppen for underernæring og skal følges opp med pleieplan og kartlegging hver mnd.
- Avdelingene har definert egne mål for ernæringsarbeidet og har iverksatt tiltak som er beskrevet i prosjektskissen.

3.1 Resultater fra fase 1- piloten

I forkant av pilotprosjektet hadde ledelsen ved sykehjemmet erkjent behovet for forbedring, noe som pilotprosjektet ved målinger bekreftet og utdypet. Pilotprosjektet identifiserte manglende rutiner ved sykehjemmet for blant annet veiing, screening og individuell ernæringsoppfølging for pasienter i risiko eller med identifisert underernæring. Piloten avdekket videre svakheter i pleiedokumentasjon. Piloten avdekket at over 50 % av pasienter innlagt for korttidsopphold i sykehjemmet var underernærte – eller feilernærte, og at sykehjemmet tidligere tidligere hverken hadde bidratt systematisk til identifisering av problematikken eller dokumentasjon pasientenes vekt. Med dette som bakgrunn la prosjektledelsen for piloten hovedtrykk på involvering og ansvarliggjøring av ledelsen i prosjektavdelingene, kompetanseheving av alt personell med særlig ansvarliggjøring av ernæringskontakter /ressurssykepleiere i ernæring. Prosjektavdelingene tok i bruk ernæringsjournal i pasientjournal, og vektla en klinisk vurdering og screening ved innleggelse i korttidsavdelingene. Det ble iverksatt rutiner for veiing og tiltak for å styrke samarbeidet mellom pleieavdelingene og kjøkken. Identifisering og dokumentasjon rundt ernæringsmessige forhold på korttids plass i sykehjem skulle følges opp videre av hjemmetjenesteavdelingene etter utskrivelse. Til tross for en god prosjektplan og intensjoner ble resultatene av piloten ikke slik som forventet. Imidlertid trigget pilotens dårlige resultater et engasjement i avdelingene om generelt å forbedre pleiedokumentasjonen. Forbedringen har kommet langsomt, men nå ser det ut til at varige endringer i praksis har skjedd. USHT ser en vesentlig bedring

av vekrutiner, ernæringscreening, og oppfølgende mål og tiltaksplaner. I 2012 er sykehjemmet modent for et styrket nettverksarbeid mellom kjøkken og avdelingene og ta i bruk case-metodikk og "team-" utvikling med fokus på felles gode løsninger for å ivareta ernæringsmessige behov hos beboere og eller avklare etiske vanskelige dilemmaer i spisesituasjon, ved individuell ernæringsstøtte og/eller ved ernæring i livets slutfase.

3.2 Resultater fra fase 2

Utviklingscenteret fant det viktig og interessant å få innsikt i hvordan ansatte i hjemmetjenesten og i sykehjem/bofellesskap for demente vurderte egen kompetanse i ernæring, samt hvordan prosedyrer, screeningsverktøy og retningslinjer ble forstått og etterlevd i praksis. Høsten 2011 ble det gjennomført en spørreskjemaundersøkelse i sykehjem og hjemmetjenester. Spørreskjemaet er utviklet av Utviklingscenteret (se vedlegg 1) og omfatter fire moduler:

- Generell kunnskap og holdninger til ernæring
- Prosedyrer, rutiner og retningslinjer
- Kosthold ved ulike diagnoser og sykdomstilstander
- Ernæring ved symptomer og tilstander

Med utgangspunkt i undersøkelsen blant ansatte ønsket Utviklingscenteret å få en oversikt over interesse for ernæringsfeltet, hvorvidt prosedyrer og retningslinjer var kjent og implementert, samt kunnskap om medarbeideres forståelse og vurdering av ernæringskunnskap til ulike brukergrupper. Videre en egenvurdering av kunnskap om ernæring ved forskjellige symptomer og tilstander. Undersøkelsen ble utarbeidet av kostøkonom og prosjektkoordinator ved sykehjemmet og ble i sykehjemmet og bofellesskapene gjennomført som en prevalens. Hjemmetjenestene gjennomførte kartleggingen i forkant av en standardisert opplæring av alle ansatte i hjemmetjenestene og kjøkkenfaglig personell tilknyttet kommunens eldresentra.

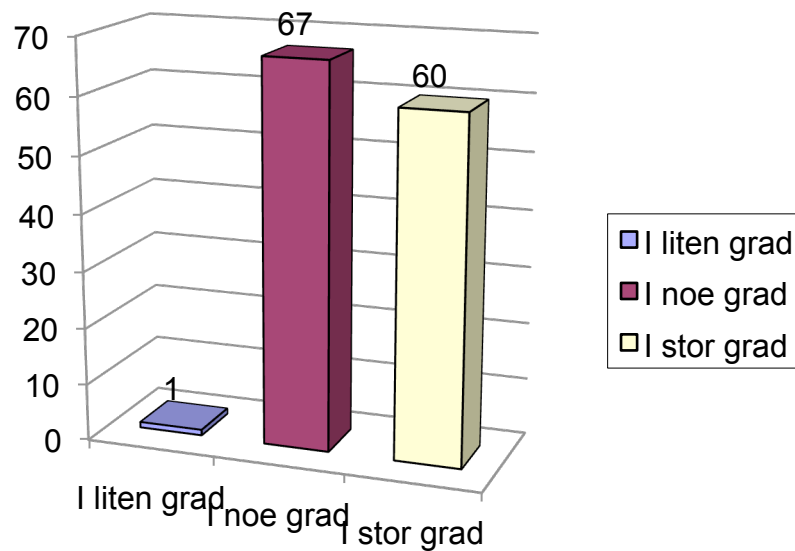
3.2.1 Oppsummering av spørreskjema fra sykehjemmet og bofellesskapene for demente

128 respondenter ble rekruttert fra dagvakt, kveldsvakt og nattevakter og bestod av sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere/assistenter eller kjøkkenfaglig personell. Resultatene av kartleggingen i sykehjemmet indikerer at ansatte vurderer egen kunnskap i stor grad som god relatert til sykdommer og symptomer. Imidlertid viser kartleggingen at det fortsatt er en vei å gå for at rutiner og prosedyrer er implementert i tjenesten. Det er noe overraskende at faglige prosedyrer som PPS fortsatt er lite kjent og i aktivt bruk i tjenesten.

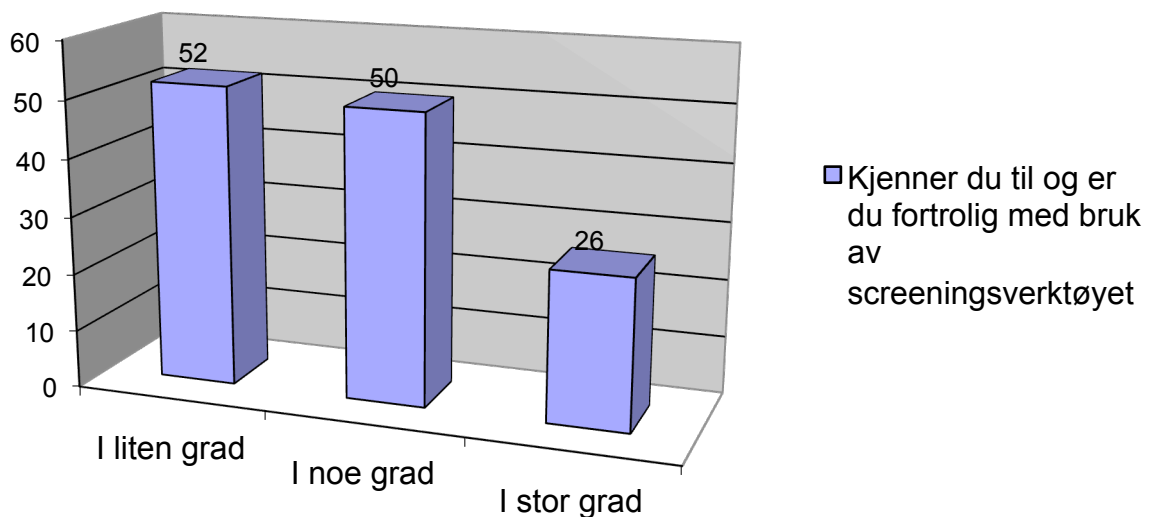
Kartleggingen viser at nasjonale retningslinjer langt på vei er kjent i sykehjemmet og bofellesskapene, men at det fortsatt er personell som i liten grad er kjent med og eller bruker retningslinjene i klinisk praksis.

Undersøkelsen viser at 99 % av ansatte mener at de i stor grad eller noe grad har kunnskap om eldre og ernæring.

Har du kunnskap om eldre og aldring i forhold til ernæring?

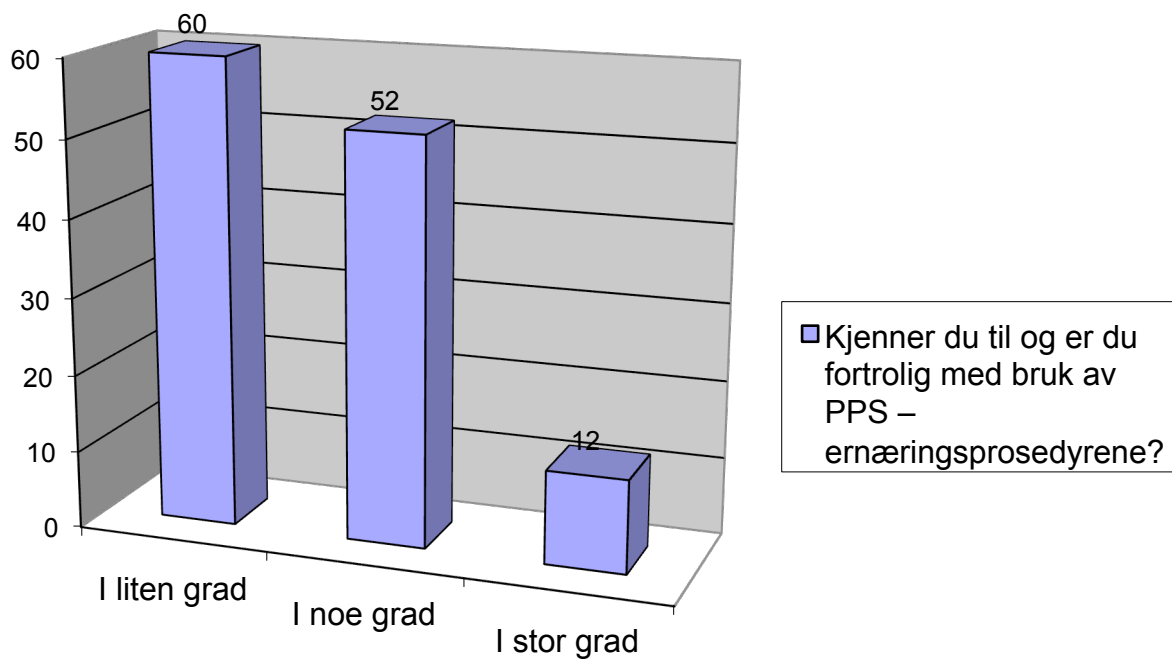


99 % av respondentene svarer at de har noe eller stor grad av kunnskap om eldre og ernæring. Ca 60 % av svargiverne sier at de er fortrolige med bruk av screeningsverktøyet. Noe som kan tyde på at MUST delvis er implementert. Dersom vi ser på resultatene isolert sett for sykepleierne finner vi at 93 % er fortrolige med MUST.

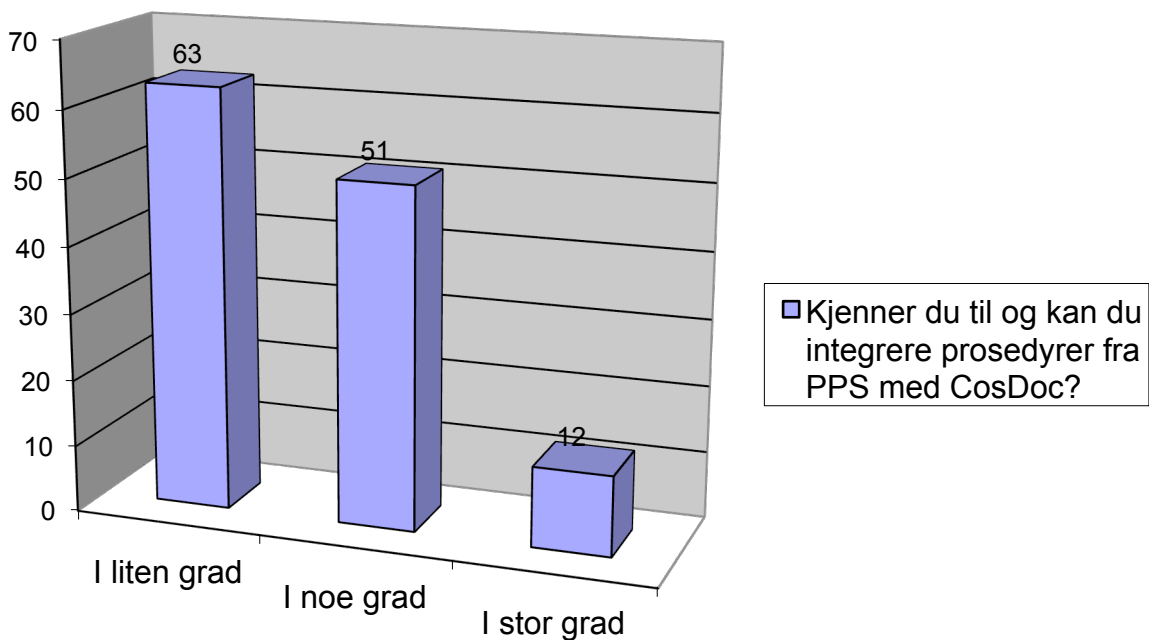


Utviklingscenteret har praktiske prosedyrer i sykepleietjenesten (PPS) som fagprosedyrer i ernæring, og spørreskjemaundersøkelsen indikerer at det fortsatt er en vei å gå for å implementere bruken av PPS og trygge ansatte i hvordan prosedyrene kan være en ressurs i pasientbehandlingen og dokumentasjon. Kun 12 av 128 respondenter

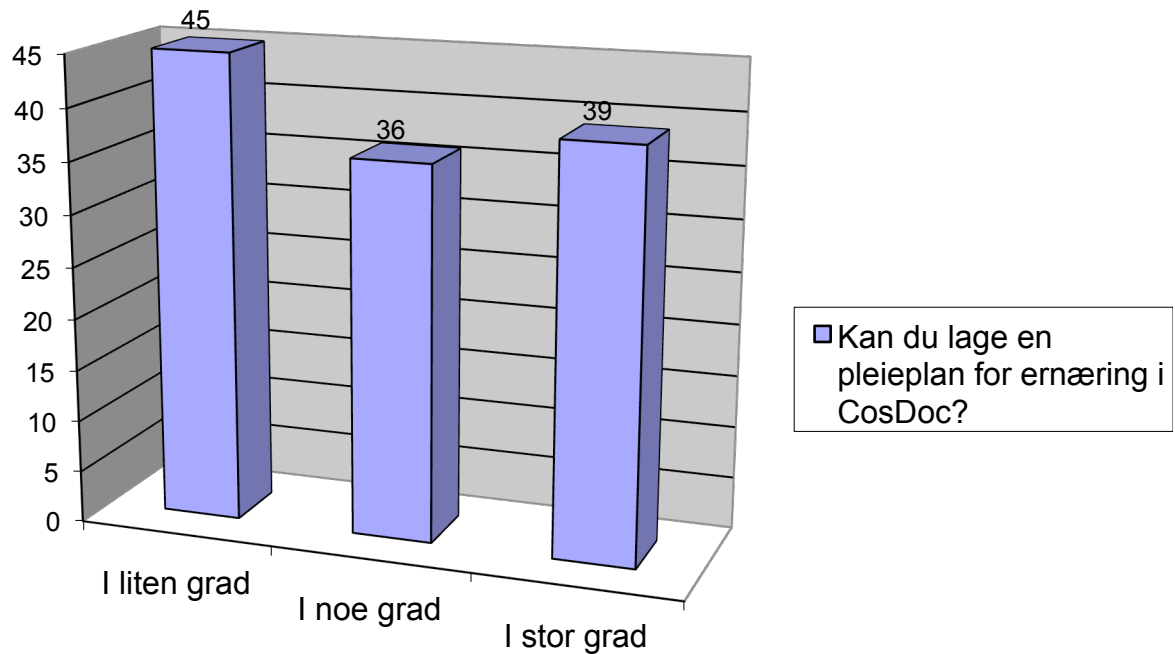
sa de var fortrolige med ernæringsprosedyrene i PPS. Funnene kan tyde på at prosedyrene i større grad er kjent blant sykepleierne enn andre faggrupper.



PPS er tilrettelagt for en integrert løsning med pasientjournalssystemet CosDoc. Ca 50 % av svargiverne oppga at de var kjent med og brukte den integrerte løsningen. Integrasjon mellom pleieplan og PPS er vektlagt i all undervisning av ansatte, og funnene tyder på at dette fortsatt må vektlegges i opplæring/veiledning.

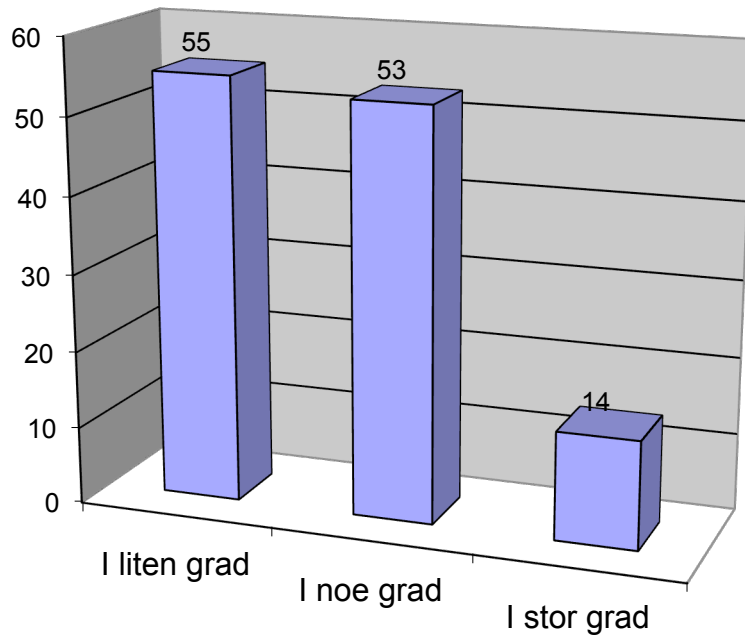


Kvaliteten på dokumentasjon har vært et satsingsområde for seksjonen over tid. 60 % av respondentene i undersøkelsen oppga at de kunne lage en ernæringsrelatert pleieplan i CosDoc. Det viser at fokus på dokumentasjon og pleieplaner bør være et vedvarende fokus i sykehjemmet og bofellesskapene.

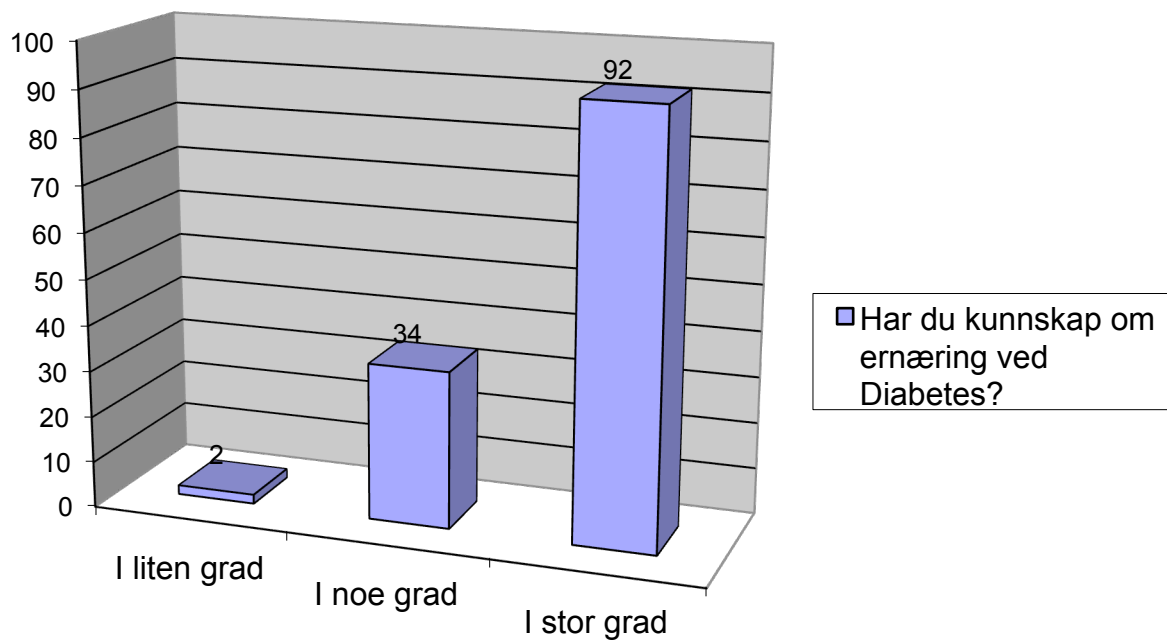


Sykehjemmet har bidratt til utvikling av en interkommunal prosedyre for god ernæringspraksis (KOST). Det siste året har implementering av KOST vært et fokus i avdelingene. Undersøkelsen viser at kun 11 % i stor grad kjenner til ernæringsprosedyren i KOST.

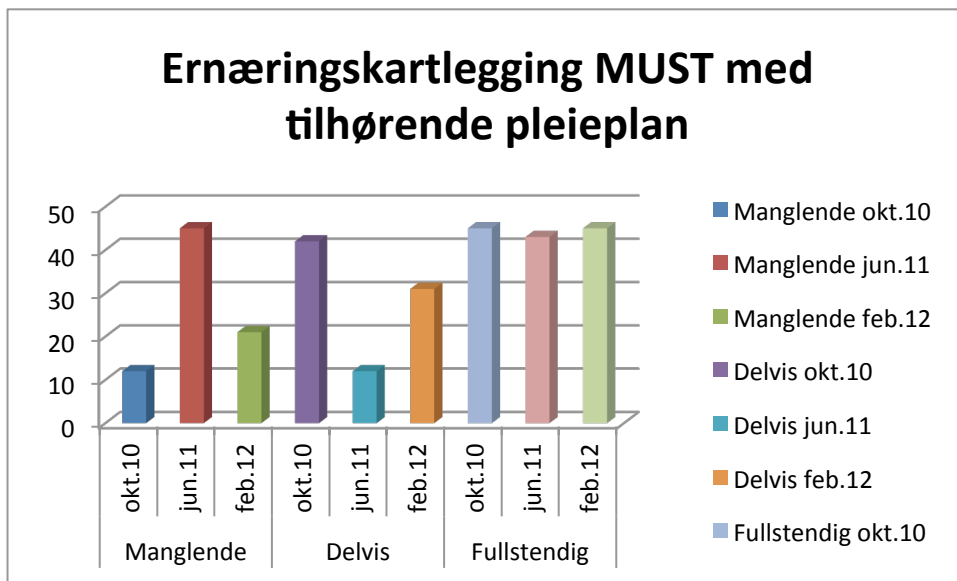
Kjenner du til prosedyren for ernæring i KOST?



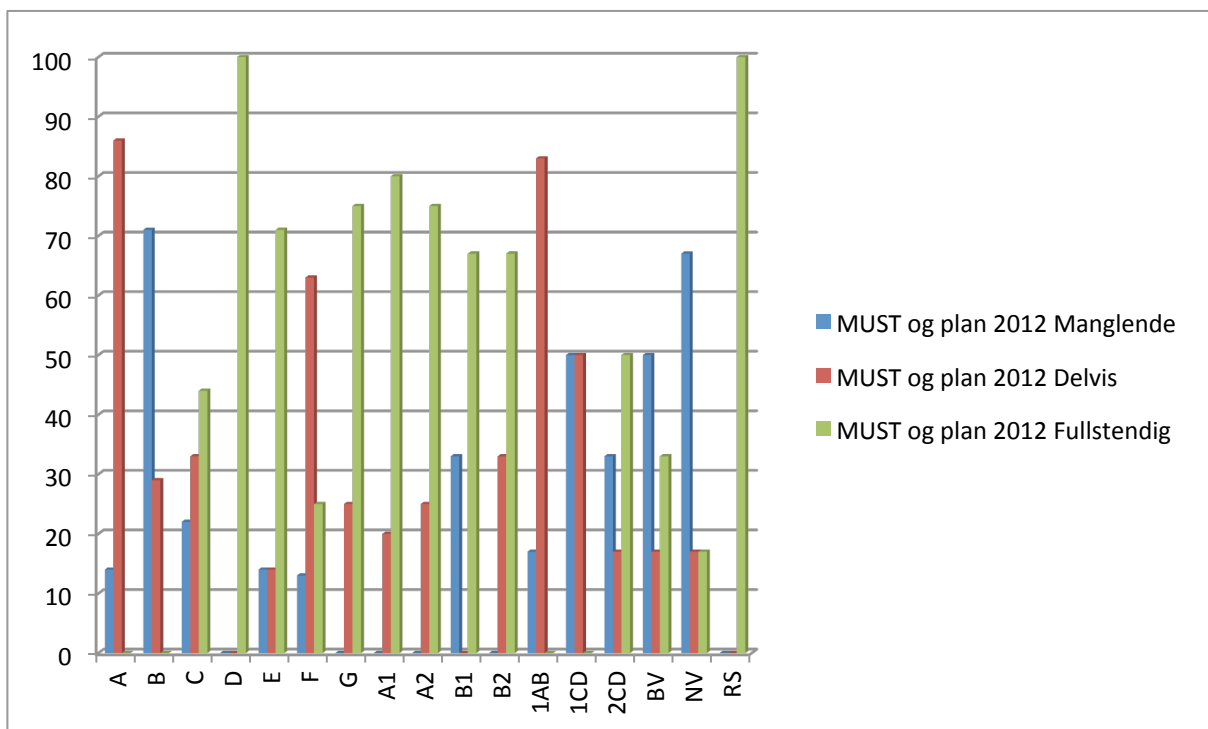
Respondentene vurderte sin egen kunnskap i forhold til enkeltdiagnoser og ernæring som relativt god, dette gjelder de fleste diagnosene de ble spurt om (se vedlegg 2). Undersøkelsen viser at respondentene vurderer egen kunnskap høyt på områdene; diabetes, overvekt, diare og forstoppelse.



Etter gjennomført opplæring er det gjort en kartlegging av hvor mange pasienter i sykehjem som har en MUST. Det er gjort en kartlegging på denne indikatoren de siste to årene, og avdelingene har nå en utvikling og mulighet for sammenligning.



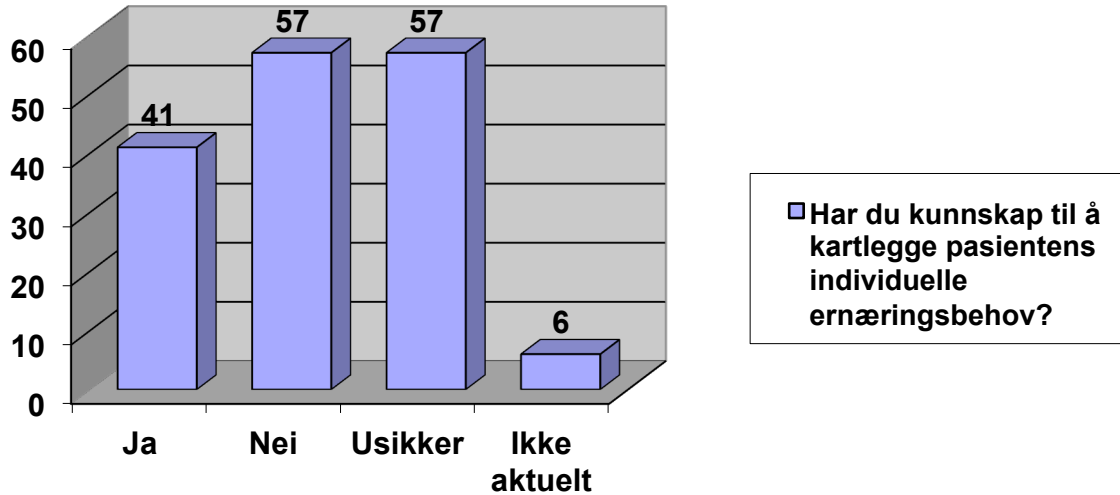
Oversikten viser om avdelingene har gjennomført MUST kartlegging i 2012.



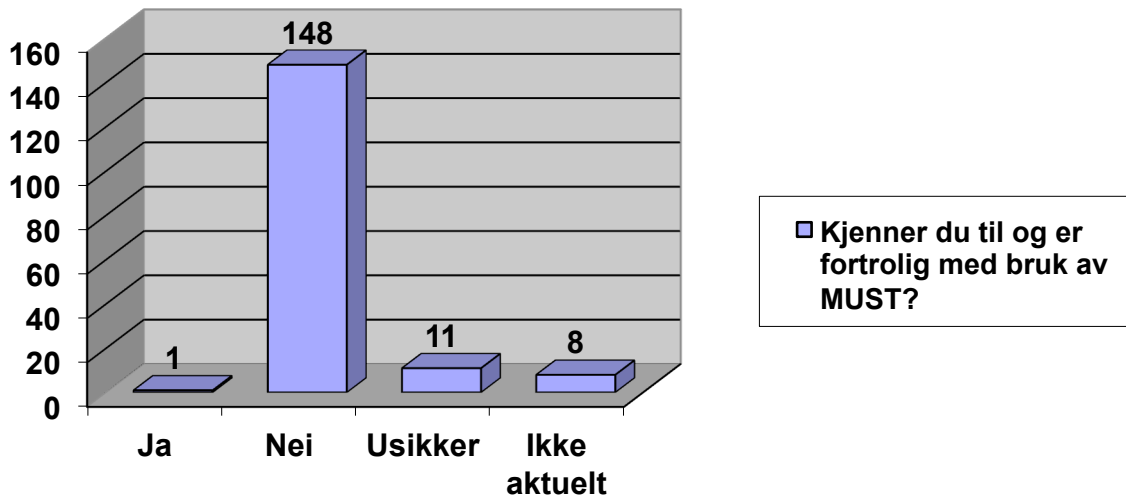
Søylene viser at tre avdelinger har 80 % og mer en fullstendig MUST og plan i 2012. I 2009 var kartleggingsverktøy ikke i bruk i sykehjemmet, og dokumentasjon rundt ernæringsmessige behov og problemer var mangelfull eller fraværende. Resultatene viser generelt en bedring for alle avdelinger.

3.2.2 Oppsummering av resultater fra spørreskjema i hjemmetjenestene

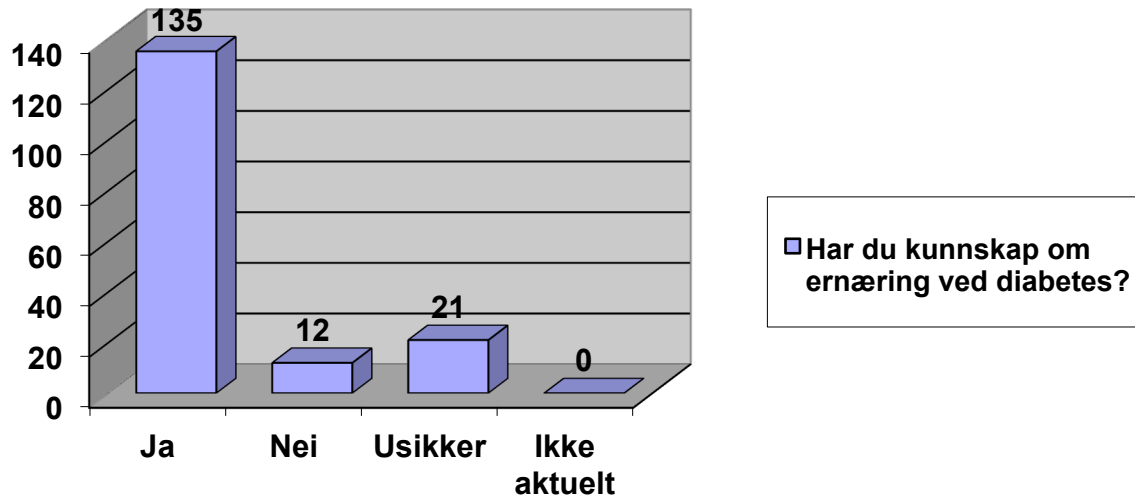
177 respondenter; sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere/helsefagarbeidere, miljøpersonale, kokker, assistenter og kjøkkenpersonale.



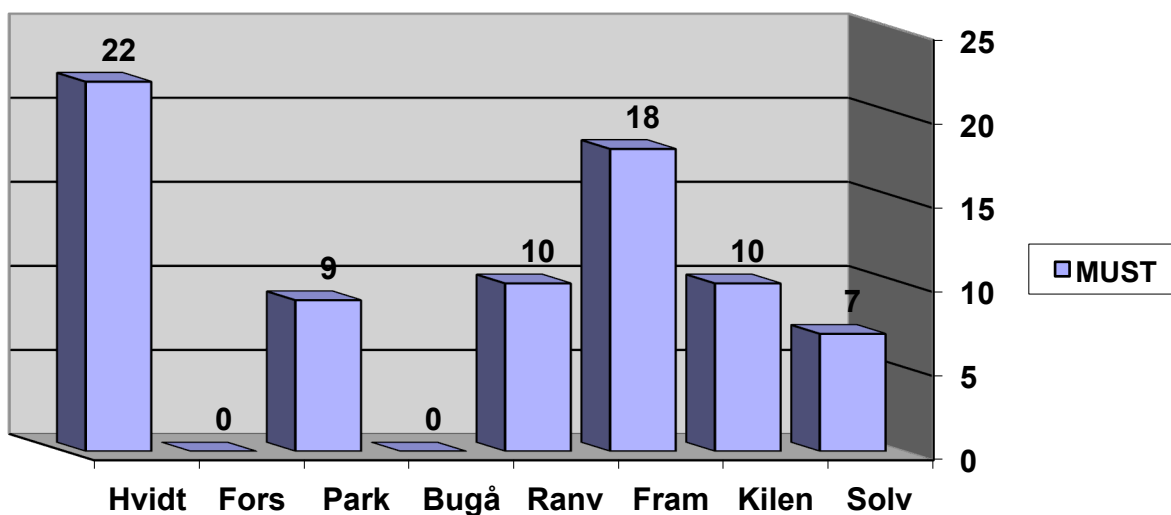
De fleste mente de hadde kunnskap om eldre og ernæring og de var interessert i temaet, men over 60 % hadde ikke nok kunnskap til å kartlegge pasientens individuelle ernæringsbehov. Omtrent like mange opplyste om at de ikke kjente til de nasjonale retningslinjene og at de ikke hadde noe mål for dette på avdelingen.



Bare en av respondentene kjente til MUST og var fortrolig med bruken i forkant av opplæringen. Dette samsvarer godt med kartleggingen av dokumentasjonen som ble gjort i 2010 og som viste at ingen pasienter hadde en godkjent MUST registrering. Like mange av de spurte svarte at de ikke kjente til PPS prosedyrene om ernæring og bare 30 % var trygge på å lage en pleieplan for ernæring i CosDoc.



Respondentene vurderte sin egen kunnskap i forhold til enkeltdiagnoser og ernæring som relativt god, dette gjelder de fleste diagnosene de ble spurt om (se vedlegg 3).



Etter gjennomført opplæring er det gjort en kartlegging av hvor mange pasienter i hjemmetjenesten som har en MUST. Som en ser av grafen under er det store variasjoner mellom de åtte avdelingene. MUST kartleggingen og oppfølging av denne vil være fokusområdet til sykepleieren som har ansvar for opplæringen.

3.3 Status for fase 3 og 4- veien videre

Utviklingscenteret er i prosess med å iverksette tiltak for fase 3 og 4 som vist i kompetanseplanen i avsnitt 1.2. Sykehjemmet har satt i system et regelmessig samarbeid mellom avdelingene og kjøkkenet allerede i 2008. Samarbeidet har bestått av månedlige møter mellom kjøkkenet og enhetene for å fremme samarbeid og god ernæringspraksis. Hjemmetjenesten har satt i system et samarbeid mellom ernæringskontakter i senterkjøkkenet og hjemmetjenesteavdelingene. Erfaringen er at det

formelle samarbeidet bidrar til bestilling av mer individualisert kost, samt øker kontakten mellom kjøkken og avdelinger.

Fase 3 for sykehjemmet som vist i kompetanseplanen er en videreutvikling av dette samarbeidet, og med en forsterket oppmerksomhet på det kliniske arbeidet. Oppstarten av dette arbeidet er noe forsinket, men i fremdriftsplanen skal tiltaket iverksettes høsten 2012. Eksempelvis med casebasert undervisning og veiledning. Erfaringsutveksling, identifisering av etiske dilemma og refleksjon over mulige løsningsalternativer vil stå sentralt. Arbeidet med fase tre skal iverksettes i 2012.

Fagskole i ernæring

USHT har i 2011 deltatt i referansegruppen til NKS med plan om å utvikle et fagskoletilbud i ernæring. USHT regner med å tilby fagskole i ernæring fra høsten 2012, og med dette vil fase 4 iverksettes dersom kommunen klarer å rekruttere tilstrekkelig med deltakere i fagskoletilbudet. Det vil tilstrebes å rekruttere deltakere både fra hjemmetjenestene og sykehjem til fagskolen. Det sees også på mulige finansieringsløsninger av studieavgift og ved behov for permisjon fra arbeidsgiver ved faglige samlinger.

Erfaringskonferanse – spredning til Vestfold

Utviklingssenteret planlegger en ny erfaringskonferanse i ernæring i 2013, og det er aktuelt å legge arrangementet til International Nutrition Day, 31. Januar 2013. Her vil erfaringene, utfordringene og resultatene med implementering av nasjonale retningslinjer i kommunene være det sentrale temaet.

Nasjonalt overføringsverdi

Utviklingssenteret planlegger å legge frem resultatene i form av sluttrapport og til den nasjonale nettsiden www.utviklingssenter.no. Utviklingssenteret ved kostøkonom og avd.leder kjøkken har siden oppstart av arbeidet i 2008 bidratt med eksterne foredrag og mottatt hospitanter på sykehjemmet. Kostøkonom og prosjektkoordinatorene har besøkt flere andre Utviklingssentra, kommuner, høyskoler/Universitet, og har således bidratt aktivt til å spre erfaringene.

4.0 Oppsummering og diskusjon

I hjemmetjenesten har en gjennomført opplæringen avdelingsvis sammen med det kjøkkenet som er knyttet til avdelingen. Dette har vært positivt fordi det har blitt små grupper og en kunne diskutere enkelt pasienter.

Opplæringen har vært konkret og praktisk rettet i tillegg til at en har forankret det i retningslinjene og lovverket. Deltakerne i opplæringen har gitt tilbakemelding på at de lærte mye og de fikk mange tips til hvordan de enkelt kunne berike maten til pasientene og hvilke mat de kunne bestille. Det har blant annet blitt en stor økning i bestilling av næringsdrikk fra senterkjøkkene.

Implementeringen er tydelig lederforankret og det er lederne som får tilbakemeldingene om journalgranskningen og må ta det videre i avdelingen. Et annet suksesskriterium er sykepleieren som er ansatt i 40 % stilling for å ivareta implementeringen i avdelingen. Hun har ansvar for å følge opp kartleggingen og veilede de ansatte gruppevis eller enkeltvis ute på avdelingene.

Lederne har et ansvar for å bestille sykepleieren når det er behov for opplæring og sykepleieren kan selv gi tilbakemelding til leder når hun ser at det er behov. Dette blir avdekket i dokumentasjonskartleggingen og i samtaler med ansatte.

Utviklingscenteret gir tilbakemelding på avdelingsledermøtene om fremdriften i prosjektet.

I sykehjemmet har en gjennomført opplæring avdelingsvis i piloten og ved spredning, samt ved felles samlinger for seksjonen. Avdelingsvis og mindre grupper erfares positivt, og slik også hjemmetjenesten erfarer gir case-basert undervisning i mindre grupper positive tilbakemeldinger fra deltakerne. I sykehjem og bofellesskap har en også hatt sammensatte grupper i undervisningen, og erfaringsutveksling og diskusjon er ivaretatt i samarbeidsmøtene mellom avdelingene og kjøkkenfaglig personell. Samhandlingen mellom kjøkken og avdelingene forøvrig i seksjonen er styrket, og en ser endring i bestillingsrutiner som gjenspeiler bedre valg spesielt for den gamle skrøpelige pasienten.

Erfaringsutveksling og diskusjon knyttet til risikoutsatte pasienter og eller pasienter med underernæring er også ivaretatt ved at kostøkonom og avdelingsleder kjøkkenet bistår avdelingene med direkte veiledning og tilrettelegging. Ledelsen ved sykehjemmet og bofellesskapene er godt kjent med status for implementering i avdelingene og årlig journalgranskning av ernæringsindikator screening med MUST gir et innblikk i dette. Det siste året har ledelsen prioritert å benytte tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet som stimuleringsmidler til den enkelte avdeling, og dette med krav om å konkretisere egne målsettinger. Virkningen av dette tiltaket vil sees nærmere på ved utgangen av 2012. Som en følge av resultatene fra kartleggingen i 2011 vil Utviklingscenteret fortsatt ha fokus på ernæring i internopplæring ved sykehjemmet. Våren 2012 er det gjennomført ernæringsseminar med avdelingsledere og sykepleier/vernepleier1 fra samtlige avdelinger. I seminaret ble retningslinjer, prosedyrer og screeningsverktøy gjennomgått.

Avdelingene i sykehjemmet og bofellesskapene er nå i prosess på å definere egne kvalitetsmål for god ernæringspraksis. Utviklingscenteret er i dette arbeidet med på å gi avdelingene stimuleringsmidler for å understøtte forbedringsprosjekter, veiledning, opplæring og rådgivning tett på avdelingene. I tillegg styrkes eksisterende nettverk med ernæringskontakter fra hver post og mellom avdelingene og kjøkkenet med månedlige møter. I møtene skal fokuset være på løsning av kliniske case, innføring av ny kunnskap og veiledning for å følge opp avdelingsvise kvalitetsmål.

5.0 Anbefalinger for praksis

Med bakgrunn i erfaringer fra 2008- 2012 anbefaler Utviklingscenteret følgende:

- Involvering og ledelsesforankring i linjeledelsen
- Betydning av å kartlegge kompetansen hos helsepersonell
- Baseline for å kunne følge forbedringer over tid, og om en endring er en forbedring i praksis
- Systematisk journalgranskning – tilbakeføring av resultater til avdelingene
- Innføring av indikator for ernæring, eksempelvis ved å kartlegge hvor mange som er screenet for ernæringsstatus en gang i året, og sammenligne med tidlige resultater
- Tilgjengelig og oppdaterte administrative/fagprosedyrer og retningslinjer

- Praksisnær opplæring, dvs. at vi tar utgangspunkt i brukere/pasienter og autentiske eksempler
- Involvere brukere og pårørende i satsingen
- Samhandling mellom kjøkken og helsepersonell i avdelingene er essensielt for måloppnåelse

6.0 Referanser

Beck, AM, Nadelmann Pedersen, A., og Schroll, M (2005). Undervægt og utilsigtet vekttab hos eldre på pleiesentre og i hjemmepleie- problemer, der bør gøres noget ved. Ugeskrift for Læger, 167(03): 272.

Bjørnstad, E. (2007) Uten mat og drikke. FGD- Nytt, 14 – 15.

Eika, KH. Og Lurås, H. (2005). Strategier for bedre helse og funksjonsevne blant eldre. Universitetet i Oslo, HERO. Kan lastes ned fra:
[Http://www.hero.uio.no/publicat/2005/HERO2005_4.pdf](http://www.hero.uio.no/publicat/2005/HERO2005_4.pdf) (13.03.2012)

Elia, M., og Stratton, R.J. (2000). How much undernutrition is there in hospitals? British Journal of Nutrition, 84, 257-259.

Helsedirektoratet (2009) Nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. 06/2009, IS- 1580. Kan lastes ned fra:
http://www.nske.no/Bilder/Endelig_utkast_retn.linjer.underernaering.pdf (13.03.2012)

Hofseth, C. Og Norvoll, R (2003). Kommunehelsetjenesten – gamle og nye utfordringer. SINTEF, Unimed helsetjenesteforskning.

Irtun, Ø., Mowe, M., Guttormsen, AB., Wøien, H., Thoresen, L (2006) God ernæringspraksis – vurdering av ernæringsmessig risiko. Utarbeidet av arbeidsgruppen for enteral og parenteral ernæring med støtte fra Fresenius Kabi Norge AS.

Kondrup, J., Johansen, N., Plum, L.M., Bak, L., Larsen, I.H., Martinsen, A., Andersen, J.R., Baernthsen, 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.

Mowe, M. (2005) Kosthold og demens. Kan lastes ned fra: <http://www.dia-online.no/artikkel.asp?ID=241>(13.03.2012).

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.

Olsson, U.B., Bergbom-Engberg, I.D., og Åhs, M.B. (1998). Evaluating Nurses' Knowledge and Patients Energy Intake after Intervention. Clinical Nurse 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.

St. Melding 25 (2005-2007) Mestring, muligheter og mening. Det kongelige Helse- og Sosialdepartement.

Stratton, R.J., Green, C.J., og Elia., M. (2003). I: R.J. Stratton, C.J. Green og M. Elia. Causes of Disease-related Malnutrition. Disease-Related Malnutrition: an Evidence-Based approach to treatment. Wallingford: CABI

Tyldstrup, L, Beck, AM, Schroll Bjørnsbo, K., Hesso, I., Ingerslev, JK., Pedersen, A. (2002). Ernæring og aldring. Ugeskr Læger; 164(49): 57

Helsedirektoratet. 2009. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. IS- 1580. Tilgjengelig på: <http://www.helsedirektoratet.no>

Landsforeningen for kosthold og helse. (red) Nes, M., Muller.H., Pedersen JI.1998. Ernæringslære, PDC Tangen, Norge.

Praktiske prosedyrer i sykepleietjenesten. Elektroniske prosedyrer. Tilgjengelig på: Intranettet, og eller via CosDoc i Sandefjord Kommune.

British Association for Parenteral and Enteral Nutrition. MUST- Mini UnderernæringsScreeningsverkTøy. Oversatt av Nutricia Norge AS. Tilgjengelig på: <http://www.nutricia.no>

USHT Vestfold (2011). Veien til kvalitetsutvikling og god praksis. Kompetanseplan 2008-2012. Tilgjengelig fra: <http://www.ks.no/Portaler/Flink-med-folk-i-forsterekke/Gode-eksempler/Sandefjord-kommune1/> (30.03.2012)

7.0 Vedlegg

Vedlegg 1 Prosjektbeskrivelsen

Vedlegg 2 Spørreskjema sykehjem

Vedlegg 3 Spørreskjema hjemmetjenesten

Vedlegg 4 Fremstilling av resultatene fra spørreskjema sykehjem

Vedlegg 5 Fremstilling av resultatene fra spørreskjema hjemmetjenester

Vedlegg 1 Prosjektbeskrivelse



Utviklingscenter for
sykehjem og hjemmetjenester

”Tiltak for å sikre at pasienter/beboere som mottar hjemmesykepleie og bor på sykehjem i Sandefjord kommune får riktig ernæringsoppfølging ”

Et prosjekt for å sikre gode rutiner og prosedyrer for oppfølging av funksjonsområdet ernæring hos eldre og utsatte pasientgrupper som får hjemmesykepleie og bor på sykehjem.

Hensikt og mål med prosjektet:

Forebygge feil- og underernæring hos eldre og syke som bor hjemme og på sykehjem. Sikre at pasienter som får hjemmesykepleie og beboere på sykehjem i Sandefjord kommune får tilpasset ernæring.

Utvikle og utveksle kompetanse mellom tjenestenivåene i kommunen og mellom primærhelsetjenesten og Sykehuset i Vestfold.

Gi helsepersonell som er ansatt i hjemmesykepleien og på sykehjem kunnskap og kompetanse til å vurdere pasientenes ernæringsbehov og på bakgrunn av denne kunne utarbeide tiltak som tar i vare pasientens energi- og væskebehov.

Etablere samhandlingsrutiner om ernæring mellom fastlegene og hjemmesykepleien og mellom sykehjemslegene og sykehjemmene i kommunen.

Sette fokus på samarbeid med pårørende om ernæring.

Bakgrunn for prosjektet

Underernæring blant eldre 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). De eldre mottar et bredt spekter av kostbare medisinske tjenester, sykehusbehandling og medikamenter, mens tilpasset ernæring og væskebehandling ofte blir neglisjert (Mowe m.fl 2006). Feilernæring og underernæring hos eldre er assosiert med økt sykkelighet og dødelighet, men også direkte relatert til redusert livskvalitet (ibid). Det er økt risiko for bl.a. fallskader ved underernæring, assosiert til svimmelhet og nedsatt oppmerksomhet. Avmagring gir økt risiko for bruddskader ved fall og økt risiko for liggesår. Forskning viser også at under- og feilernæring kan føre til depresjon, fatigue, svekket immunforsvar, økt infeksjonsfare og redusert muskel- og respirasjonsfunksjon (ibid).

En rekke tiltak er anbefalt nasjonalt og internasjonalt for å forebygge underernæring og kartlegge risiko for underernæring. Kompetanseheving blant pleiepersonell gir økt energiinntak hos pasienter (Olsson m.fl 1998; Perry 1997; Kondrup m.fl 2002). Andre undersøkelser viser at anbefalte ernæringsrelaterte kartlegginger og tiltak ikke er implementert eller inngår i vurderingen av pasienter/beboeres medisinske status

(Mowe m.fl 2006). Dette gjenspeiles i mangelfull dokumentasjon, uklare ansvarsforhold og dårlig kvalitetssikring (Bjørnstad 2007).

St, melding 25 (2005-2006), "Mestring, muligheter og mening", fremhever betydningen av mat og måltider som en viktig del av omsorgstjenestens tilbud, både på institusjon og til hjemmeboende. En nylig studie avdekker høy forekomst av underernæring blant pasienter innlagt i sykehus (Mowe m.fl 2006). En norsk studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleie har vist at ernæring er et av de tjenestetilbudene sykepleierne ser som utilstrekkelig ivaretatt (Hofseth og Nordvoll, 2003). Danske studier viser at undervekt og utilsiktet vekttap er et problem både i sykehjem og blant hjemmeboende eldre (Beck m.fl. 2005). Med bakgrunn i påvist høy forekomst av underernæring på helseinstitusjoner, samt mangelfulle rutiner for kartlegging av pasienters ernæringsstatus, har Helsedirektoratet utarbeidet Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (2009).

Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester for Vestfold skal arbeide systematisk med fagutvikling, forskning og kompetanseutvikling som fremmer pleie og omsorgstrengendes helse- og levevilkår. Systematisk satsning på matomsorg og kliniske ernæringsprosjekter er viktig i dette arbeidet. Nygård undervisningssykehjem gjennomførte et ernæringsprosjekt i 2008 på utvalgte avdelinger ved institusjonen. Erfaringene fra dette prosjektet vil bli lagt til grunn det nye prosjektet. Det viste seg at dokumentasjonssystemet (ernæringsjournal) som ble valgt var for tidkrevende og omfattende og ble ikke fulgt opp i praksis. Prosjektleder fikk ikke hentet ut gode nok data til forskning. MUST ble etter hvert valgt som kartleggingsverktøy, men denne endringen av verktøy ble ikke godt nok fulgt opp i praksis. Å bruke ekstern prosjektleder er en utfordring når en ønsker endring i egen praksis. Ansatte kan lett oppleve endring av rutiner som kritikk og ikke som utvikling. Det er av stor viktighet for oss at dette er et praksisnært prosjekt som de ansatte eier selv og at det er de som henter ut data og publiserer data. Selv om ikke alt var like vellykket i det forrige prosjektet ble det satt fokus på ernæring i institusjonen og over 200 av pasientene er kartlagt i forhold til ernæringsstilstand (MUST) og flere har tiltak som er beskrevet i mål og tiltaksplan i journalen. Det er etablert ernæringskontakter i avdelingene på institusjonen og det blir gitt tilbud om kostveiledning fra produksjonskjøkkenet. Men fortsatt er det mye som tyder på at det er et avvik mellom dagens praksis og ønsket praksis.

Sandefjord kommune har ca 42000 innbyggere. Helse og Sosialetaten er delt inn i fire seksjoner der Seksjon for senter og hjemmetjeneste omfatter kommunenes syv bo og service sentra og åtte hjemmetjenesteavdelinger. Seksjon for institusjon og bofelleskap for demente omfatter alle sykehjems plasser og plasser i bofelleskap med helsedøgnbemanning.

Sandefjord kommune har totalt 255 plasser fordelt på tre sykehjem, 176 på Nygård, 39 på Lunden og 40 på Mosserød. Mosserød er et privat sykehjem der Sandefjord kommune kjøper plasser, men er ansvarlig for det faglige tilbudet pasientene/beboerne får. I tillegg til dette har Sandefjord kommune 48 plasser på tre bofelleskap for demente. I mars 2011 åpner et nytt sykehjem, Kamfjord, med totalt 64 plasser. Totalt blir det 367 beboere i sykehjem i løpet av 2011 som skal ha en kartlegging av ernæringsstatus. I hjemmetjenesteavdelingene er det totalt ca. 1400 tjenestemottakere (hjemmesykepleie og praktisk hjelp) i og ca. 200 årsverk er knyttet til disse avdelingene.

I "Status og utfordringer for helse- og sosialetaten, april 2010" er det beskrevet at andelen eldre vil øke, særlig fra 2015. Sandefjord scorer også dårlig på

levekårundersøkelsene, 8,2 der landssnittet er 5,5 (indeks 2008). Dette er også informasjon en må ha med under planleggingen av prosjektet.

I Sandefjord kommune mottar ca 1200 personer hjemmesykepleie, og ved en undersøkelse av kvaliteten på dokumentasjonen i tre av hjemmetjenesteavdelingene våren 2010 ble det avdekket at kun tre av 30 journaler hadde beskrevet et problemområde som omhandlet ernæring, men ingen hadde en fullstendig behandlingsplan for ernæring. Derfor synes det viktig med en systematisk opplæring av ansatte og innføring av verktøy for å avdekke pasienter i ernæringsmessig risiko. Det blir en viktig del av prosjektet å innføre enkle og presise verktøy og prosedyrebeskrivelser som fremmer god ernæringsoppfølging i praksis, og at dette arbeidet gjøres i samarbeid med ansatte som utfører tjenestene.

Praksis viser at stadig flere pasienter innlegges med synlige tegn på underernæring, og at det er utfordringer med tilpasset ernæring og oppfølging blant pasienter som bor hjemme. Hjemmetjenesten i Sandefjord kommune har ikke systematiserte kvalitetssikringsrutiner som ivaretar ernæringsbehovene til eldre, men en avdeling som var med i første prosjekt har innført noen rutiner. Vi ser også at det er en utfordring at ansatte ikke har nok 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.

En av hovedutfordringene det blir pekt på i samhandlingsreformen (st. meld 47) er at tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom. Mange eldre er appetittløse og har lite initiativ til måltider. I en hektisk hverdag for hjemmetjenesten med mange komplekse og sammensatte problemstillinger blir det motiverende arbeidet ofte satt til side til fordel for mer fremtredende behov. Mange ansatte opplever at de mangler kompetanse som gir dem trygghet til å veilede pasienten til riktig matinnkjøp. Økonomi er også avgjørende for mange pasienter og det kan også være en årsak til at de ikke vil kjøpe næringsriktig mat. For hjemmetjenesten kan det være vanskelig å tenke tilrettelegging av måltidsmiljøet for pasienten når andre behov er mer tydelige og de fysiske forholdene ikke alltid ligger til rette. Ansatte vil komme opp i flere etiske dilemmaer som omhandler pasientens rett til å bestemme (pas.rettighetsloven § 4a) og hvor langt de kan gå i forhold til motivering. Noen pasientgrupper som er relatert til rus, psykiatri, mennesker med utviklingshemming og mennesker med annen kulturell bakgrunn enn norsk vil kreve ekstra oppmerksomhet og kunnskap fra de ansatte i hjemmetjenesten.

I tillegg til utfordringene har kommunen også mange ressurser å bygge videre på. Av de syv bo og behandlingssentrene har fire av dem kjøkken som kan levere mat hjem. De har også mulighet til å levere tilpasset ernæring. Ved de tre andre sentrene er det mottakskjøkken som gjør at en kan ha frokost og middagsgrupper på senteret. Det er i dag gode samarbeidsrutiner mellom hjemmetjenesten og sentrene som en kan dra veksler på i prosjektet. Flere ansatte på sentrene og i hjemmetjenesten har interesse for og kunnskap om ernæring.

En presisering av prosjektets seks delmål

Delmål 1:

Forebygge underernæring hos eldre og syke som bor hjemme og på sykehjem.

Ved innskriving/første besøk i hjemmesykepleien skal alle pasienter bli spurt om de trenger hjelp i forbindelse med tilberedelse av måltider og innkjøp av mat. Pasientens rutiner for dette skal dokumenteres i pasientens journal.

Alle nye pasienter i hjemmesykepleien skal få informasjon om viktigheten av riktig ernæring og tilbud om å bli målt og veid, samt videre oppfølging og ernæringsanbefalinger fra hjemmetjenestene ved behov. Høyde og vekt skal føres i pasientens journal.

Ved første gangs innleggelse i sykehjem skal alle pasienter/beboere kartlegges i forhold til ernæringsstatus.

Alle pasienter over 80 år i hjemmesykepleien skal få tilbud om vurdering av ernæringsmessig risiko ved bruk av MUST. På sykehjemmene skal det gjennomføres screening ved bruk av MUST av alle pasienter ved første gangs innleggelse. Alt skal dokumenteres i pasientens journal.

Alle pasienter som får hjemmesykepleie eller bor på sykehjem og har en diagnose (kreft, rusavhengighet, diabetes psykiske lidelser m.m.) som tilsier fare for underernæring skal få tilbud om vurdering av ernæringsmessig risiko ved bruk av MUST.

Alle pasienter som er i risikozonen skal ha en ernæringsplan i journalen. Planen skal inneholde pasientens energi og væskebehov, konkrete tiltak som veiing hver måned, kostplan og oppfølgingsplan. Utformingen og oppfølging av planen skal gjøres av primærkontakt/sekundærkontakt.

Matinntaket hos pasienter i risikozonen skal følges og dokumenteres i journal.

Pasienter som ikke er i risikozonen skal revurderes for ernæringsmessig risiko etter seks måneder eller tidligere ved mistanke om endring.

Delmål 2:

Sikre at pasienter som får hjemmesykepleie og bor på sykehjem i Sandefjord kommune får tilpasset ernæring.

Pasienter som mottar hjemmesykepleie og har en risiko for underernæring skal få tilbud om å kjøpe et varmt måltid fra et av kommunens kjøkken som er individuelt tilpasset den enkeltes næringsbehov.

Pasienter/pårørende i hjemmesykepleien skal få tilbud om hjelp til å sette opp en kostplan med tanke på å hindre/forebygge underernæring.

Pasienter/beboere på sykehjem og pasienter som får hjemmesykepleie skal få tilbud om fire faste hovedmåltid pr. døgn og minst et mellommåltid. Det skal være tilgang på mat utenom de faste måltidene. Uønsket nattefaste skal være maksimalt 12 timer.

Alle pasienter/beboere som er i risikozonen skal ha en ernæringsplan som er tilpasset den enkelte etter diagnose, pasienten/beboeren sine ønsker, kostholdsanbefalinger som er gitt i retningslinjene, økonomi og tilgjengelighet.

Individuelle ernæringstiltak skal settes i verk og følges opp av pasientens/beboerens primær/sekundærkontakt i samråd med pasient, pårørende og det aktuelle kommunale kjøkkenet.

Delmål 3:

Utvikle og utveksle kompetanse mellom tjenestenivåene i kommunen og mellom primærhelsetjenesten og Sykehuset i Vestfold.

To felles fagringer mellom primærhelsetjenesten i kommunen og Sykehuset i Vestfold med ernæring som kliniske problemstilling. En del av fellesprosjektet "Veien til god kunnskapshåndtering".

Internundervisning på hjemmetjenesteavdelingene, sentrene og avdelingene på sykehjemmene.

Styrke dokumentasjonsrutiner og samhandlingsrutiner mellom sykehjemmene og hjemmetjenesten i kommunen ved pasientoverføringer.

Implementerer rutiner og prosedyrer for å sikre god ernæringspraksis og vurdering av ernæringsmessig risiko i samråd med hjemmesykepleien, sykehjemmene, sykehjemslegene og fastlegene.

Delmål 4:

Gi helsepersonell som er ansatt i hjemmesykepleien og på sykehjem kunnskap og kompetanse til å vurdere pasientenes ernæringsbehov og på bakgrunn av denne kunne utarbeide tiltak som tar i vare pasientens energi- og væskebehov.

Gi alle ansatte opplæring om de nasjonale retningslinjene og de krav som er beskrevet.

Gi alle ansatte opplæring om ernæring og eldre, innføring i verktøy vektkurve/kostregistrering og oppfølging av under og feilernærte.

Gi alle ansatte undervisning om hvordan de skal dokumentere ernæring, MUST og fast veiing i CosDoc (kommunens EPJ system) og bruk av prosedyrer i PPS ved utforming av ernæringsplan.

Gi superbrukerne i CosDoc (nøkkelpersoner) og ernæringskontaktene på hver avdeling kunnskap til å følge dokumentasjonen i forhold til ernæringsstatus gjennom å hente ut rapporter på screening, ernæringsjournal og oppfølging.

Implementerer rutiner og prosedyrer for å sikre god ernæringspraksis og vurdering av ernæringsmessig risiko.

Delmål 5:

Etablere samhandlingsrutiner mellom fastlegene og hjemmesykepleien i kommunen.

Innføre bruk av e-meldinger mellom fastlege og sykepleier i hjemmesykepleien ved ernæringsmessig risiko hos pasienten.

Ved avdekking av pasienter i hjemmesykepleien som er i risikozonen skal det sendes en melding som inneholder resultat av screeningen og en plan for oppfølging til fastlegen via e-melding i CosDoc.

Fastlegen skal sende e-melding via CosDoc til hjemmesykepleien hvis de avdekker et behov for ernæringsmessig oppfølging.

Delmål 6:

Sette fokus på samarbeid med pårørende om ernæring.

Pårørende til pasienter i hjemmesykepleien og til pasienter/beboere på sykehjem skal få tilbud om et informasjonsmøte der kravene i de nasjonale retningslinjene og kommunens tiltak for å nå disse vil bli gjennomgått.

Pårørende skal med pasientens/beboerens samtykke få mulighet til å bidra i utarbeidelsen av ernæringsplan.

Ansatte i hjemmesykepleien og på sykehjemmene skal ha fokus på pårørende som en ressurs for å oppnå god ernæringsstatus for den eldre pasienten.

Metode

Prosjektet planlegges i flere faser og ulike metoder vil benyttes. Første del vil være kartlegging av ernæringsstatus blant pasientene i hjemmetjenesten, her vil en bruke dokumentanalyse av pasientjournal i CosDoc og fokusgruppeintervju på avdelingene. I denne fasen vil en også ha en gjennomgang av hvilke verktøy en har og hvilke som skal implementeres i CosDoc. Noe av verktøyet vil være enklest å ha på papir og føre resultatene inn i CosDoc.

Neste trinn er kompetansehevende tiltak for å fremme fokus og kunnskap om ernæring hos pasienter i hjemmesykepleien. Alle ansatte i hjemmesykepleien får to kurs à to timer, første kurs er gjennomgang av de nasjonale retningslinjene og hvordan en skal implementere retningslinjene inn i praktisk ernæringsarbeid samt en gjennomgang av forsvarlighetskravet i helsepersonelloven (vedlegg 2). Andre kurs er opplæring i bruk av MUST, hvordan dokumentere i CosDoc og e-melding til fastlegene (vedlegg 3). Avdelingsleder ved Nygård, fagkonsulenter og kjøkkenpersonale ved sentrene er ansvarlig for denne opplæringen.

Oppfølging av fagringene vil gå gjennom hele prosjektet, begge fagringene skal levere rapport fra arbeidet høsten 2011. De skal bruke kunnskapsbasert praksis som metode for arbeidet sitt. De skal først gjennomgå 5 dagers opplæring i kunnskapsbasert praksis (kunnskapscenteret for helsetjenester) deretter arbeid i fagringer en dag pr. mnd i 10 måneder.

Gjennomgang og publisering av data hvert halvår i prosjektet. Dette skal gjøres sammen med superbrukerne på avdelingene.

Arbeidsplan:

Tiltak	Høsten 2010	Våren 2011	Høsten 2011
Forarbeid, dokumentanalyse, kartlegging	Sept -des		
Informasjon om prosjektet til pårørende, fastleger og andre interessenter/samarbeidspartnere.	Desember	Januar	

Gjennomføring av opplæring og forankring		Jan-mars	
Analyse av data fra første del av prosjektet		April-juni	
Gjennomføring av andre del av opplæring og avslutning av fagringer om ernæring			Sept-okt
Analyse av data og ferdigstillelse av rapport			Nov-des

Budsjett:

Ressurser	Kostnadsoverslag
Prosjektleder, 20 % i 16 mnd	150 000
Eksterne og interne faglige ressurser	150 000
Frikjøp av kursholder fra Nygård	70 000
Opplæring alle ansatte, nasjonale retningslinjer. 2 timer for 400 ansatte	75 000
Opplæring alle ansatte, dokumentasjon i CosDoc. 2 timer for 400 ansatte.	75 000
Informasjon til fastleger	5000
Fagringer, samarbeid med sykehuset. 5 dager opplæring og 10 dager fagringarbeid. 10 ansatte.	210 000
Veiledning i fagringer fra prosjektleder	40 000
Kompetanseheving/Kurs til superbrukere	40 000
Informasjon til pårørende om "matomsorg"	15 000
Testing og implementering av MUST og ernæringsjournal i CosDoc	40 000
Innkjøp av vektor og annet kartleggingsverktøy	10 000
Reiseutgifter	10 000
Intern markedsføring	5 000
Telefon, foto, kopiering,	5 000
Totalt	900 000

Evaluerings av prosjektet

Prosjektet vil bli evaluert ved hjelp indikatorer der en bruker data fra dokumentasjon i CosDoc og teller hvor mange av pasientene som mottar hjemmesykepleie er vurdert for ernæringsmessig risiko. Dette skal gjøres ved oppstart i april 2010, etter opplæring av ansatte i juni 2011 og ved prosjektslutt i desember 2011. Det skal samtidig telles hvor mange av pasientene blir veid.

Ved de samme målepunktene skal en undersøke hvor mange pasienter har fått en ernæringsplan og hvor mange e-meldinger er det sendt mellom fastleger og hjemmesykepleie.

Resultatene vil på hvor mange som har nådd målet i ernæringsplanen vil vi hente fra CosDoc ved å undersøke vekt og energiinntak. Ved avslutning av prosjektet vil vi

undersøke om det er endringer tallet på innleggelser ved korttidsavdelingen på sykehjemmet og sykehuset.

Prosjektorganisering

Prosjektet organiseres med en styringsgruppe bestående av representanter fra Utviklingscenteret, kommuneoverlege og sentrale fagfolk fra Sykehuset i Vestfold.

Prosjektet ledes av, Ellinor Bakke Yddal og Vibeke Bostrøm, prosjektkoordinatører Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjeneste for Vestfold.

Det er oppnevnt en arbeidsgruppe bestående av de som arbeider praktisk med prosjektet

Prosjektmedarbeidere:

Erlend Eliassen, avdelingsleder og kostøkonom ved Nygård undervisningssykehjem.

Unni Tidemann, fagkonsulent institusjonstjenesten, Sandefjord kommune.

Björg Meinseth, fagkonsulent hjemmetjenesten, Sandefjord kommune.

Mette Fagernes, prosjektleder for innføring av kunnskapsbasert praksis og kliniske fagringer.

Anne Sofie Rønningen, avdelingsleder Senter og hjemmetjeneste.

Heidi Gurijordet, Senter og hjemmetjeneste

Publisering/rapportering:

Resultatene av prosjektet vil presenteres i sluttrapport og gjennom forelesning for medarbeidere i tjenesten. Det vil også bli fremlegg av prosjektet FOU dagen i april 2011 der alle Vestfoldkommunene er invitert. Resultatene vil publiseres på Undervisningstjenestens nettsider og på nasjonale nettsider for undervisningshjemmetjenester.

Referanser

Beck, Nadelmann Pedersen, og Scholl, (2005) Undervægt og utilsigtet væggtab hos eldre på pleiesentre og i hjemmepleie. Ugeskrift for Læger, 17. Januar.

Bjørnstad, E. (2007) Uten mat og drikke. FGD- Nytt, 14 – 15.

Eika, KH. Og Lurås, H. (2005). Strategier for bedre helse og funksjonsevne blant eldre.

Universitetet i Oslo, HERO. http://www.hero.uio.no/publicat/2005/HERO2005_4.pdf

Elia, M (udatert). "MUST" RAPPORTEN. Ernæringscreening av voksne: et tverrfaglig ansvar. Sammendrag. Nutritia. <http://www.nutricia.no/NR/ronlyres/FCF1ED1A-42FC-4020-BDFB-BAC743C6F5C7/0/3SammendragavMUSTrap.pdf>

Elia, M., og Stratton, R.J. (2000). How much undernutrition is there in hospitals? British Journal of Nutrition, 84, 257-259.

Helsedirektoratet (06/2009). Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring.

Hofseth, C. Og Norvoll, R (2003). Kommunehelsetjenesten – gamle og nye utfordringer. SINTEF, Unimed helsetjenesteforskning.

Irtun, Ø., Mowe, M., Guttormsen, AB., Wøien, H., Thoresen, L (2006) God ernæringspraksis – vurdering av ernæringsmessig risiko. Utarbeidet av arbeidsgruppen for enteral og parenteral ernæring med støtte fra Fresenius Kabi Norge AS.

Kondrup, J., Johansen, N., Plum, L.M., Bak, L., Larsen, I.H., Martinsen, A., Andersen, J.R., Baernthsen, 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.

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.

Olsson, U.B., Bergbom-Engberg, I.D., og Åhs, M.B. (1998). Evaluating Nurses' Knowledge and Patients Energy Intake after Intervention. *Clinical Nurse 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.

St. Melding 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening. Det kongelige Helse- og Sosialdepartement.

Stratton, R.J., Green, C.J., og Elia, M. (2003). I: R.J. Stratton, C.J. Green og M. Elia. Causes of Disease-related Malnutrition. *Disease-Related Malnutrition: an Evidence-Based approach to treatment*. Wallingford: CABI

Når maten er spist, er måltidet gjort, enten det er lite eller stort. Dansk ordtak

Vedlegg 2 Spørreskjema sykehjem og bofellesskap for demente



**Utviklingscenter for
sykehjem og hjemmetjenester**
Vestfold

Kartlegging av kunnskap om ernæring – spørreskjema 31. august 2011

Utviklingscenteret har satset på å heve kompetansen om ernæring ved innføring av kliniske retningslinjer i avdelingene siden 2009. Nå ønsker vi en bedre oversikt over fremtidige behov for kunnskap, og ber deg om vennligst å fylle ut skjema nedenfor etter beste evne. Svarene blir anonymisert og skal brukes som grunnlag for nye planer for opplæring og oppfølging av avdelingene fremover.

Vennligst svar på spørsmålene som passer best for deg. Utfylt skjema skal legges i samlet konvolutt på avdelingen.

Hva arbeider du som – og hvor lang erfaring har du?

Sett kryss

Hjelpepleier, helsefagarbeider Erfaring > 10 år <input type="checkbox"/> Erfaring 5- 9 år <input type="checkbox"/> Erfaring 0-4 år <input type="checkbox"/>	
Sykepleier Erfaring > 10 år <input type="checkbox"/> Erfaring 5- 9 år <input type="checkbox"/> Erfaring 0-4 år <input type="checkbox"/>	
Avdelingsleder og/eller lederoppgaver (spl 1 eller vernepleier 1) Erfaring > 10 år <input type="checkbox"/> Erfaring 5- 9 år <input type="checkbox"/> Erfaring 0-4 år <input type="checkbox"/>	
Annet, skriv hva: Erfaring > 10 år <input type="checkbox"/> Erfaring 5- 9 år <input type="checkbox"/> Erfaring 0-4 år <input type="checkbox"/>	

1. Generell kunnskap og holdninger til ernæring

Spørsmål	I stor grad	I noe grad	I liten grad
Har du kunnskap om eldre og aldring i forhold til ernæring?			
Er du spesielt opptatt av ernæring til eldre på Institusjon?			
Har du kunnskap til å kartlegge pasientens individuelle ernæringsbehov?			
Har dere innført vekrutiner ved avdelingen?			
Har dere målsetning for ernæringsarbeid ved avdelingen?			

2. Prosedyrer, rutiner og retningslinjer

Spørsmål	I stor grad	I noe grad	I liten grad
Kjenner du til og benytter du nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring i praksis?			
Kjenner du til og er du fortrolig med bruk av screeningsverktøyet MUST?			
Kjenner du til og er du fortrolig med bruk av ernæringsjournal?			
Kjenner du til og er du fortrolig med bruk av PPS – ernæringsprosedyrene?			
Kjenner du til og kan du integrere prosedyrer fra PPS med CosDoc?			
Kan du lage en pleieplan for ernæring i CosDoc?			
Kjenner du til prosedyren for ernæring i KOST? (<u>K</u> valitetsutvikling og <u>o</u> ppfølging av <u>s</u> tandard i sykehjem)			

3. Kosthold ved ulike diagnoser og sykdomstilstander

Spørsmål	I stor grad	I noe grad	I liten grad
Har du kunnskap om ernæring ved hjerte- og karsykdommer?			
Har du kunnskap om ernæring ved Demens?			
Har du kunnskap om ernæring ved Diabetes?			
Har du kunnskap om ernæring ved overvekt?			
Har du kunnskap om ernæring ved revmatiske sykdommer?			
Har du kunnskap om ernæring ved mage- og tarmsykdommer?			
Har du kunnskap om ernæring ved kreftsykdommer?			
Har du kunnskap om ernæring ved sår?			
Har du kunnskap om ernæring ved nyresykdommer?			
Har du kunnskap om ernæring ved lungesykdommer?			

3. Ernæring ved symptomer og tilstander

Spørsmål	I stor grad	I noe grad	I liten grad
Har du kunnskap om ernæring ved diare?			
Har du kunnskap om ernæring ved dysfagi?			
Har du kunnskap om ernæring ved forstoppelse?			
Har du kunnskap om ernæring og legemiddel interaksjoner?			
Har du kunnskap om ernæring ved tannhelse?			
Har du kunnskap om ernæring ved livets slutt?			
Har du kunnskap om ernæring ved smaksforandringer, sår/tørr munn og kvalme?			

Når det gjelder ernæring – så har jeg spesiell interesse for eller kompetanse i:

Tusen takk for at du fylte ut skjema!

Vedlegg 3 Spørreskjema hjemmetjenester og senter



Utviklingscenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Vestfold

Kartlegging av kunnskap om ernæring 2011

Hva arbeider du med?	Sett kryss
Personlig hjelp	
Praktisk hjelp	
Miljøarbeid	
Kjøkken	
Annet, skriv hva	

Dersom det ikke er aktuelt på din avdeling, krysser du av på ikke aktuelt. For de som arbeider på kjøkken er det for eksempel ikke aktuelt å innføre vekrutiner.

1. Generell kunnskap og holdninger til ernæring

Spørsmål	Ja	Nei	Usikker	Ikke aktuelt
Har du kunnskap om eldre og aldring i forhold til ernæring?				
Er du spesielt opptatt av ernæring til eldre i hjemmetjenesten?				
Har du kunnskap til å kartlegge pasientens individuelle ernæringsbehov?				
Har dere innført vekrutiner ved avdelingen?				
Har dere målsetning for ernæringsarbeid ved avdelingen?				

2. Prosedyrer, rutiner og retningslinjer

Spørsmål	Ja	Nei	Usikker	Ikke aktuelt
----------	----	-----	---------	--------------

Kjenner du til og benytter du retningslinjer for forebygging og behandling av undernærning i praksis?				
Kjenner du til og er du fortrolig med bruk av screeningsverktøyet MUST?				
Kjenner du til og er du fortrolig med bruk av PPS – ernæringsprosedyrene?				
Kjenner du til og kan du integrere prosedyrer fra PPS med CosDoc?				
Kan du lage en pleieplan for ernæring i CosDoc?				

3. Kosthold ved ulike diagnoser og sykdomstilstander

Spørsmål	Ja	Nei	Usikker	Ikke aktuelt
Har du kunnskap om ernæring ved hjerte- og karsykdommer?				
Har du kunnskap om ernæring ved Demens?				
Har du kunnskap om ernæring ved Diabetes?				
Har du kunnskap om ernæring ved overvekt?				
Har du kunnskap om ernæring ved revmatiske sykdommer?				
Har du kunnskap om ernæring ved mage- og tarmsykdommer?				
Har du kunnskap om ernæring ved kreftsykdommer?				
Har du kunnskap om ernæring ved sår?				
Har du kunnskap om ernæring ved nyresykdommer?				
Har du kunnskap om ernæring ved lungesykdommer?				

4. Ernæring ved symptomer og tilstander

Spørsmål	Ja	Nei	Usikker	Ikke aktuelt
Har du kunnskap om ernæring ved diaré?				

Har du kunnskap om ernæring ved svelgvansker?				
Har du kunnskap om ernæring ved forstoppelse?				
Har du kunnskap om ernæring ved legemiddelinteraksjoner (hvordan legemiddel påvirker hverandre)?				
Har du kunnskap om ernæring ved tannhelse?				
Har du kunnskap om ernæring ved livets slutt?				
Har du kunnskap om ernæring ved smaksforandringer, sår/tørr munn og kvalme?				

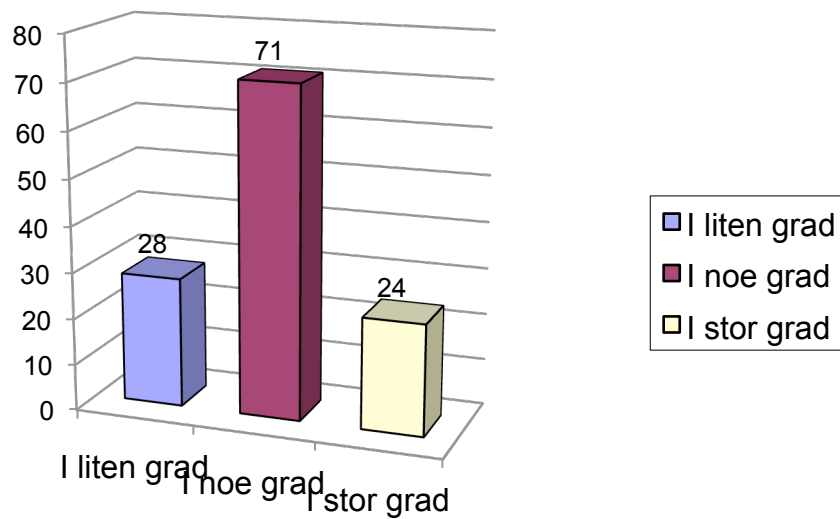
Vedlegg 4 Resultater sykehjem og bofellesskap for demente

Fremstilling av resultatene fra spørreskjema undersøkelsen i sykehjem 2011

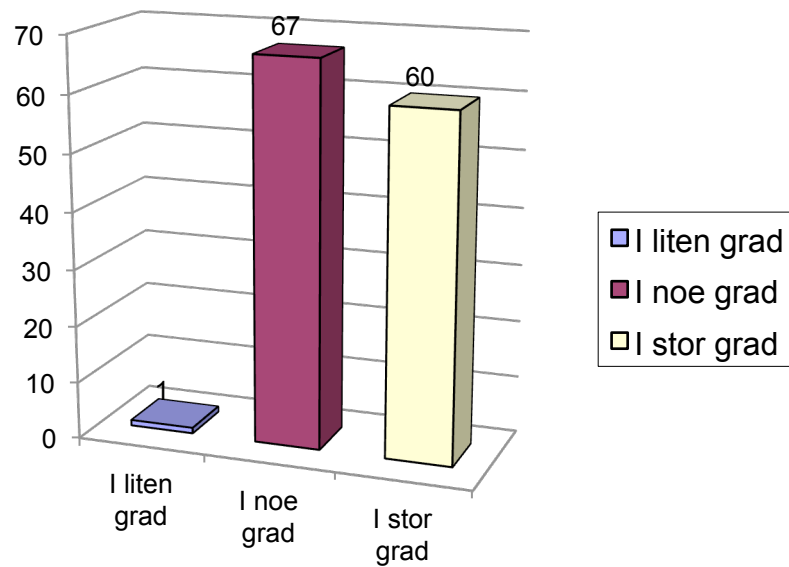
Vedlegget viser en samlet og enkel fremstilling av kunnskap om retningslinjer, prosedyrer og ernæring blant 128 respondenter fra sykehjem og bofellesskap demente i Sandefjord kommune.

Den første delen av undersøkelsen hadde til hensikt å kartlegge kjennskap til retningslinjer, faglige og administrative prosedyrer.

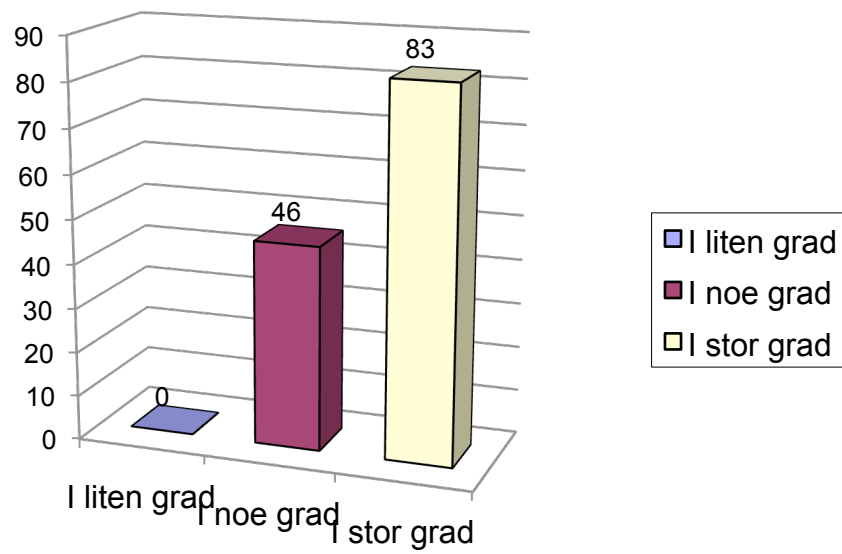
Kjenner du til og benytter du nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av undernæring i praksis?



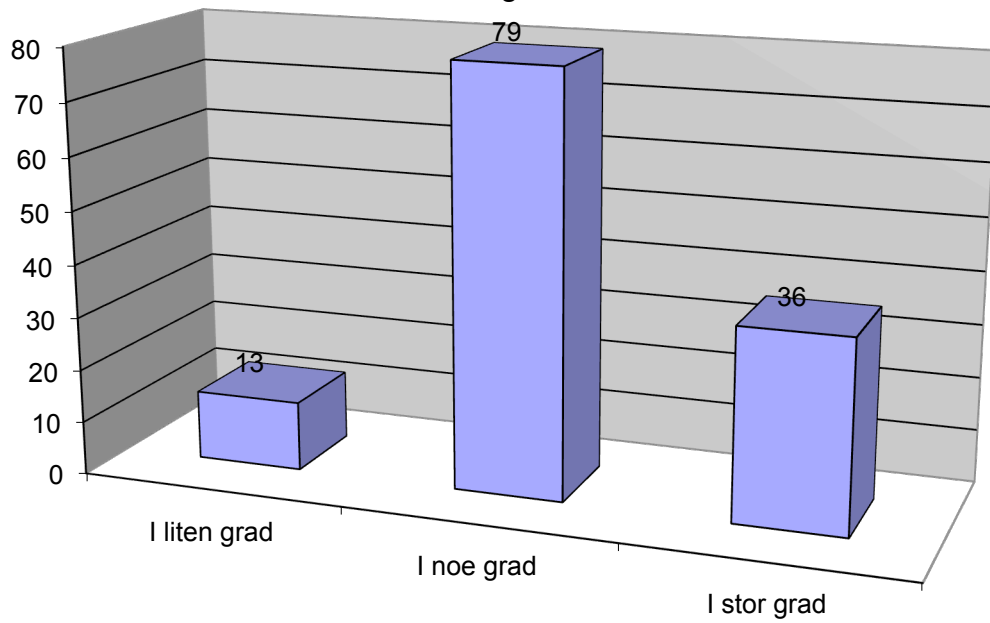
Har du kunnskap om eldre og aldring i forhold til ernæring?



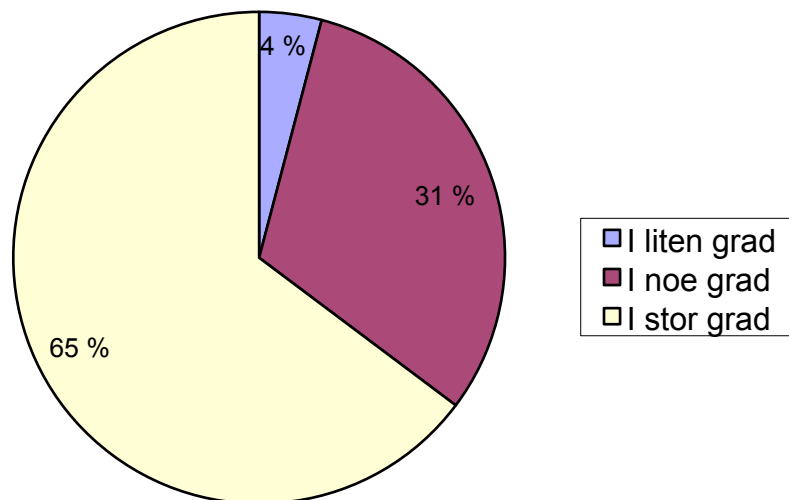
Er du spesielt opptatt av ernæring til eldre på Institusjon?

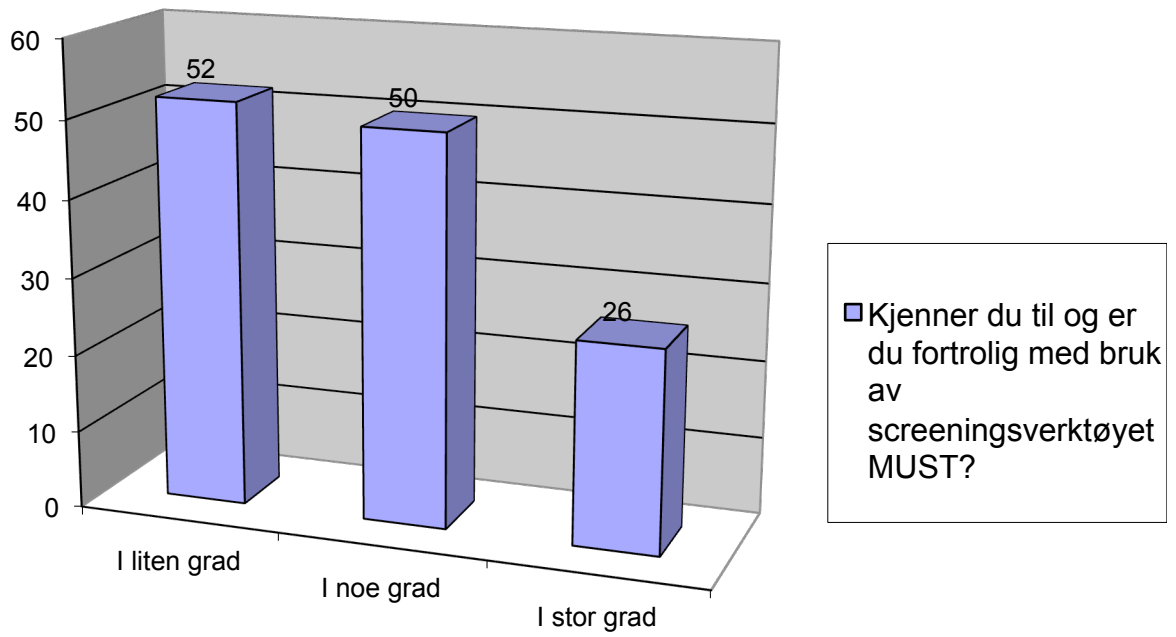


Har du kunnskap til å kartlegge pasientens individuelle ernæringsbehov?

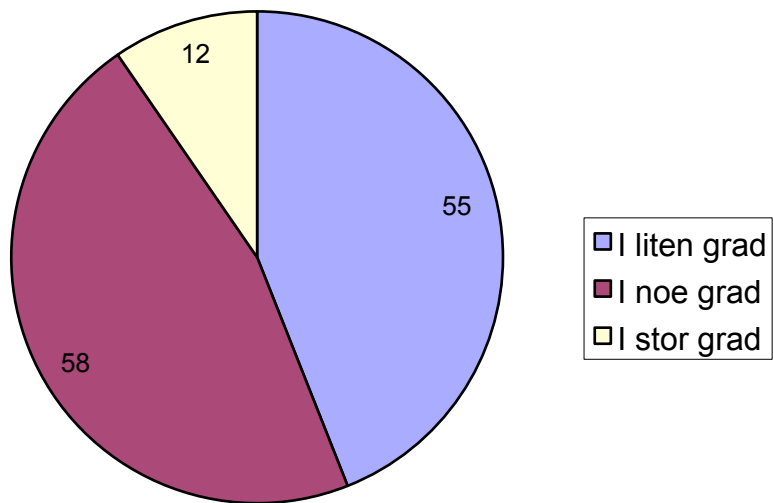


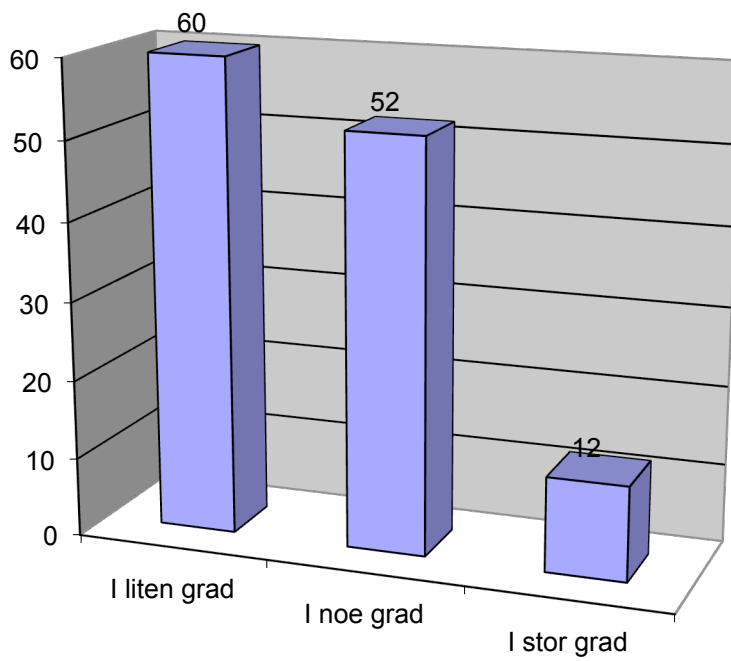
Har dere innført vekrutiner ved avdelingen?



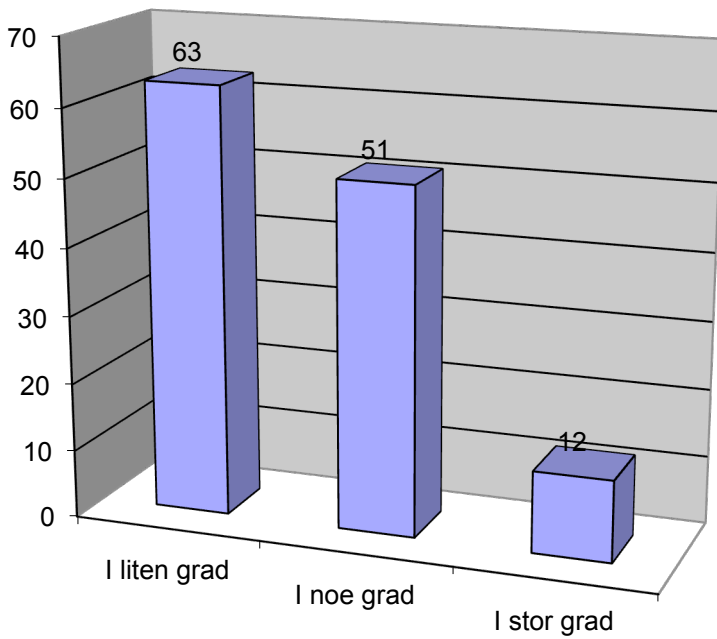


Kjenner du til og er du fortrolig med bruk av ernæringsjournal?

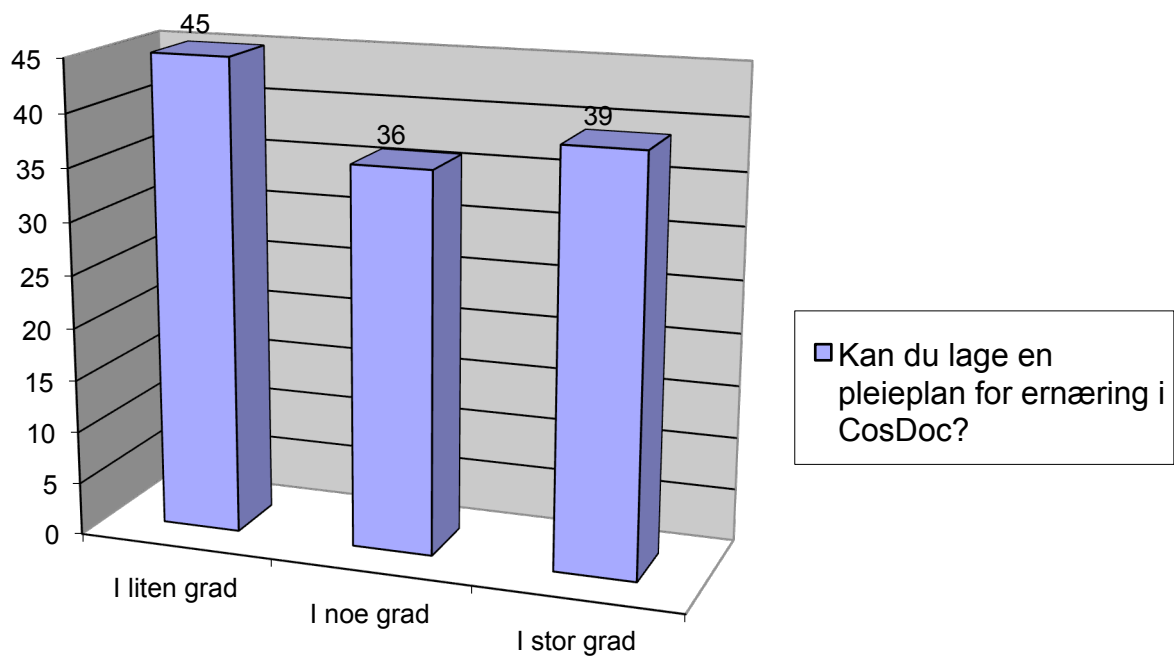




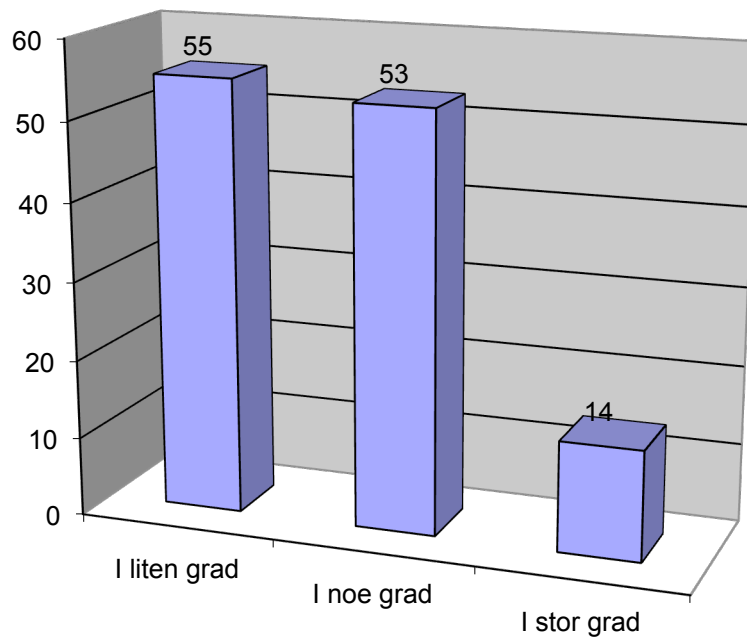
■ Kjenner du til og er du fortrolig med bruk av PPS – ernæringsprosedyrene?



■ Kjenner du til og kan du integrere prosedyrer fra PPS med CosDoc?

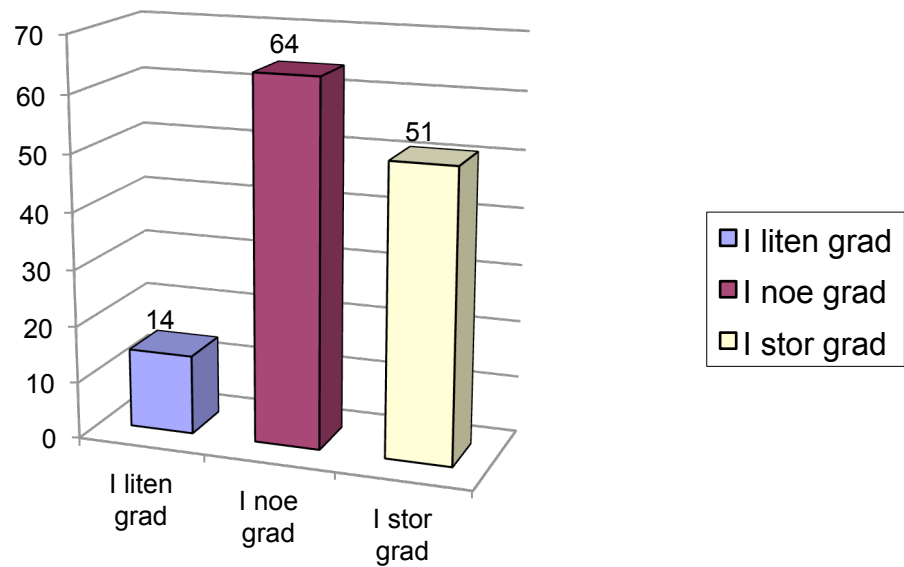


Kjenner du til prosedyren for ernæring i KOST?

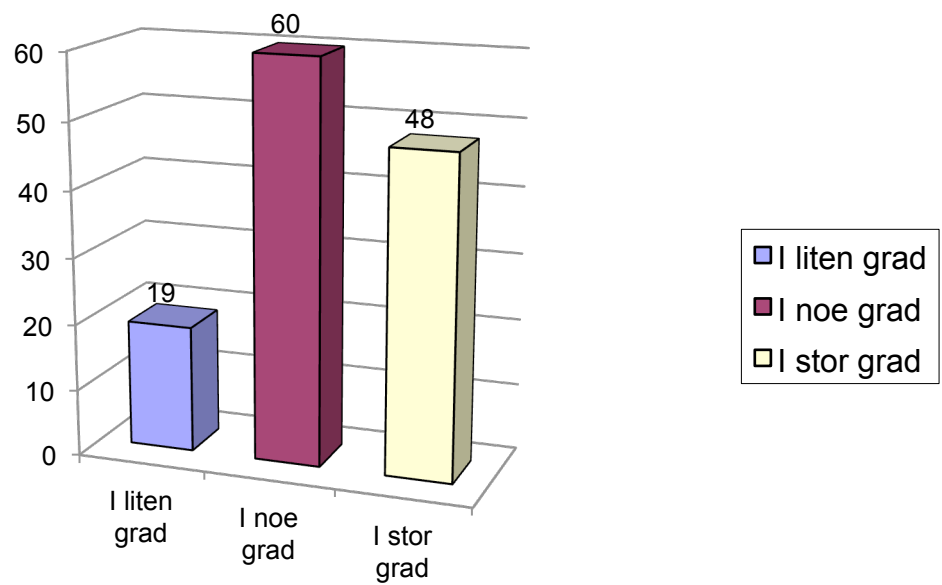


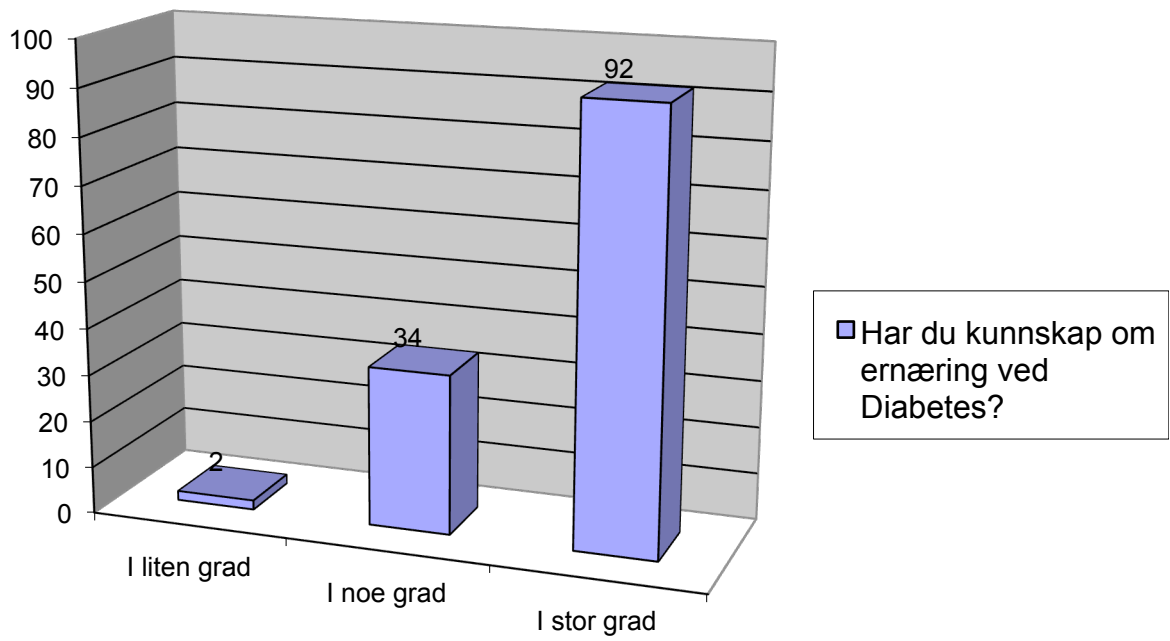
I tredje del av spørreskjema var fokus på kosthold ved ulike diagnoser og sykdomstilstander. Respondentene vurderte sin egen kunnskap i forhold til enkeltdiagnoser og ernæring som relativt god, dette gjelder de fleste diagnosene de ble spurt om.

Har du kunnskap om ernæring ved hjerte- og karsykdommer?

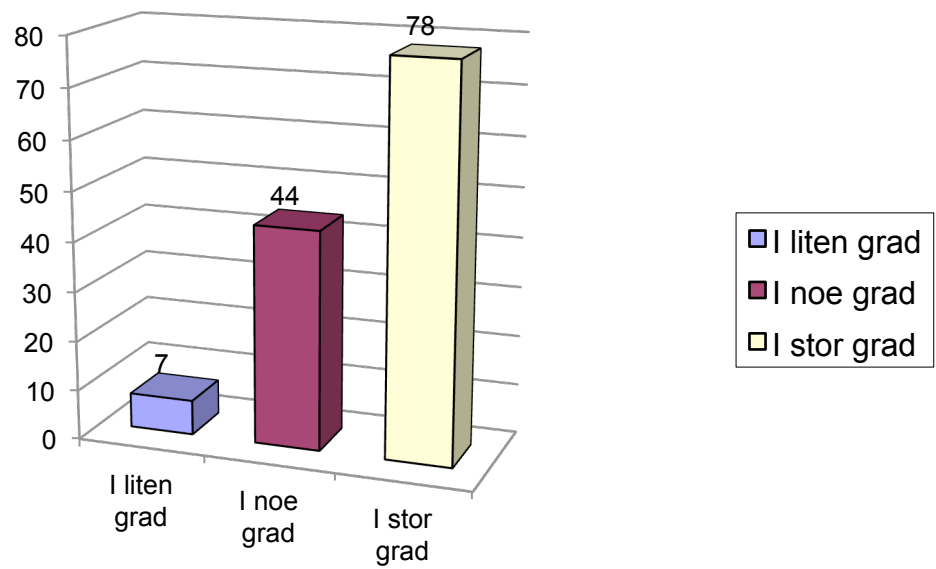


Har du kunnskap om ernæring ved Demens?

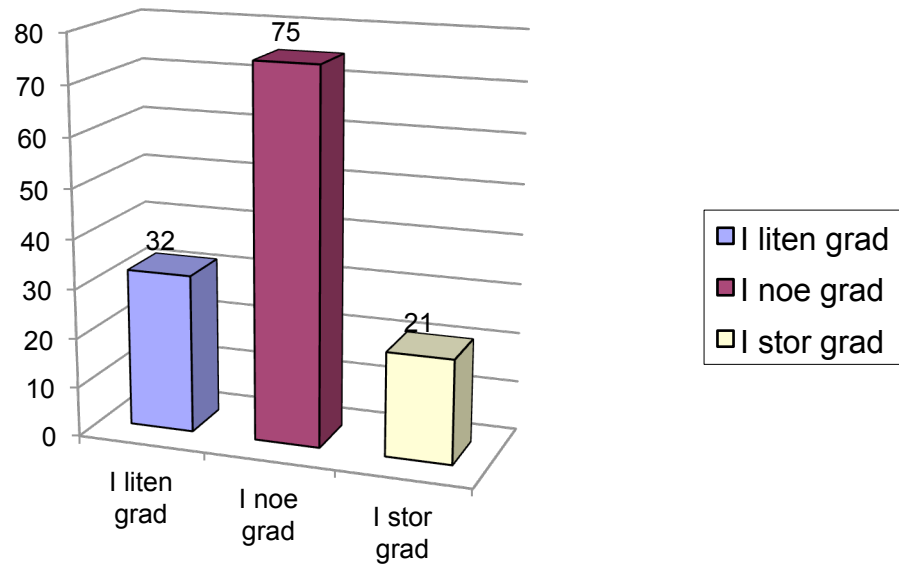




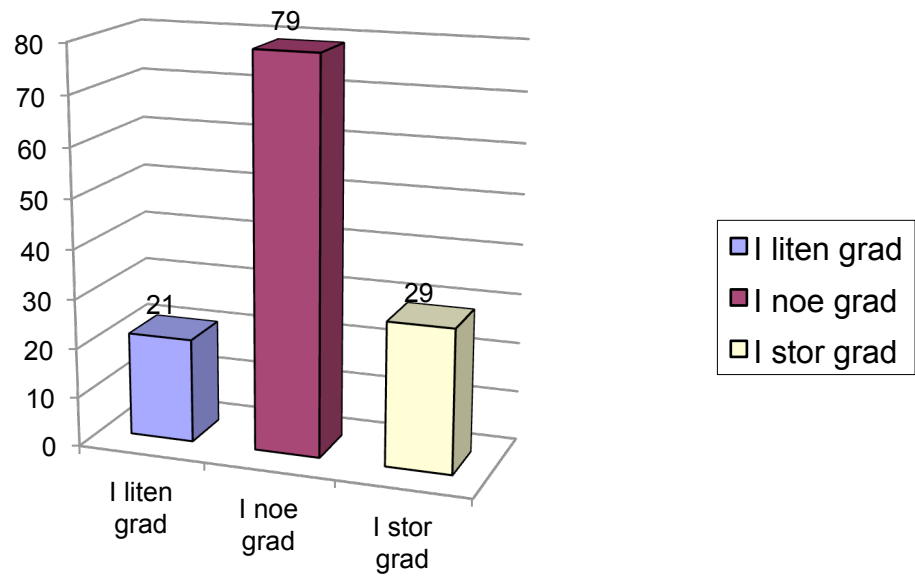
Har du kunnskap om ernæring ved overvekt?



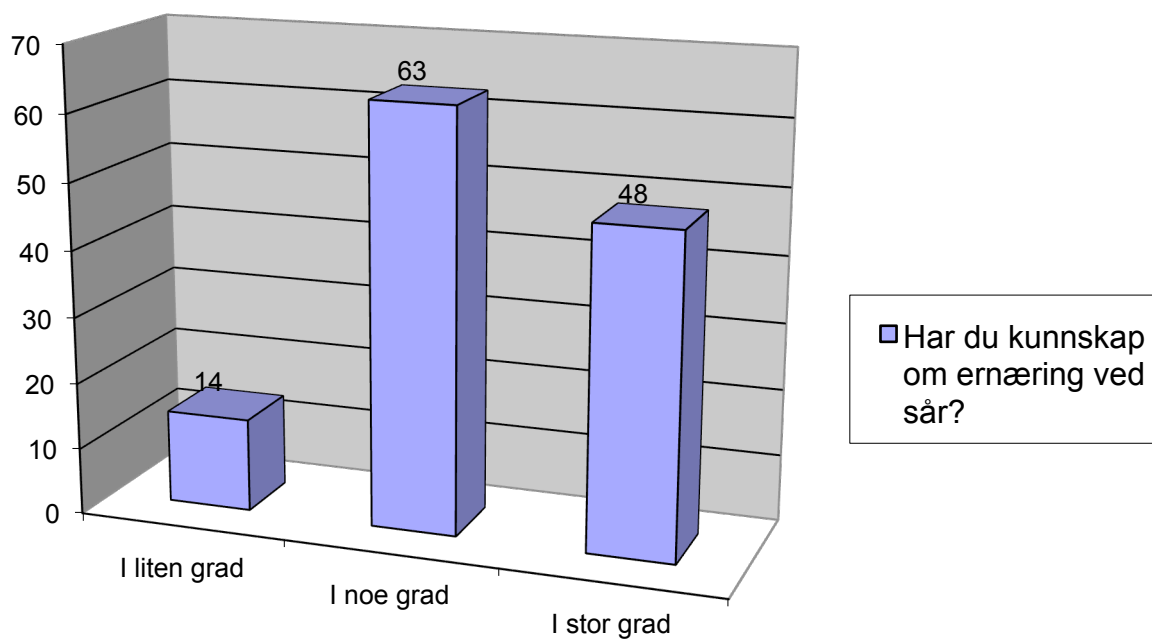
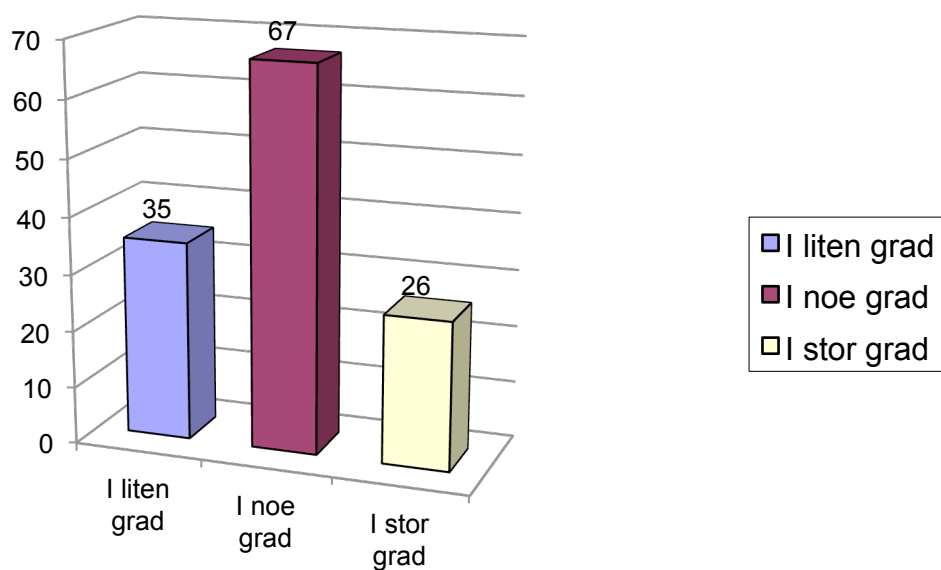
Har du kunnskap om ernæring ved revmatiske sykdommer?

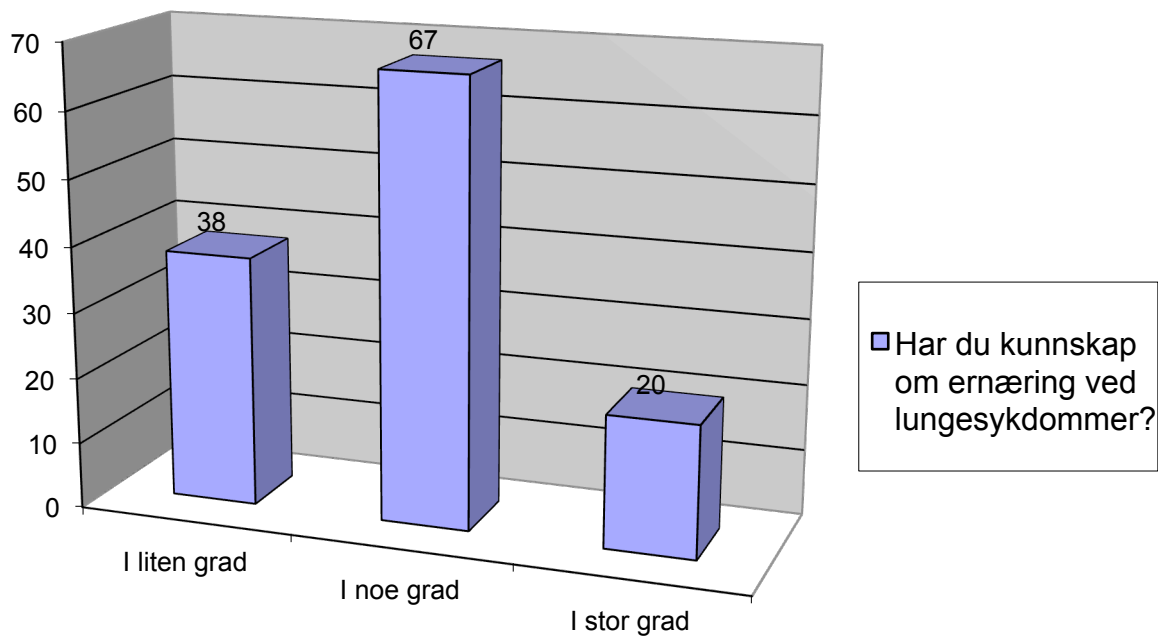
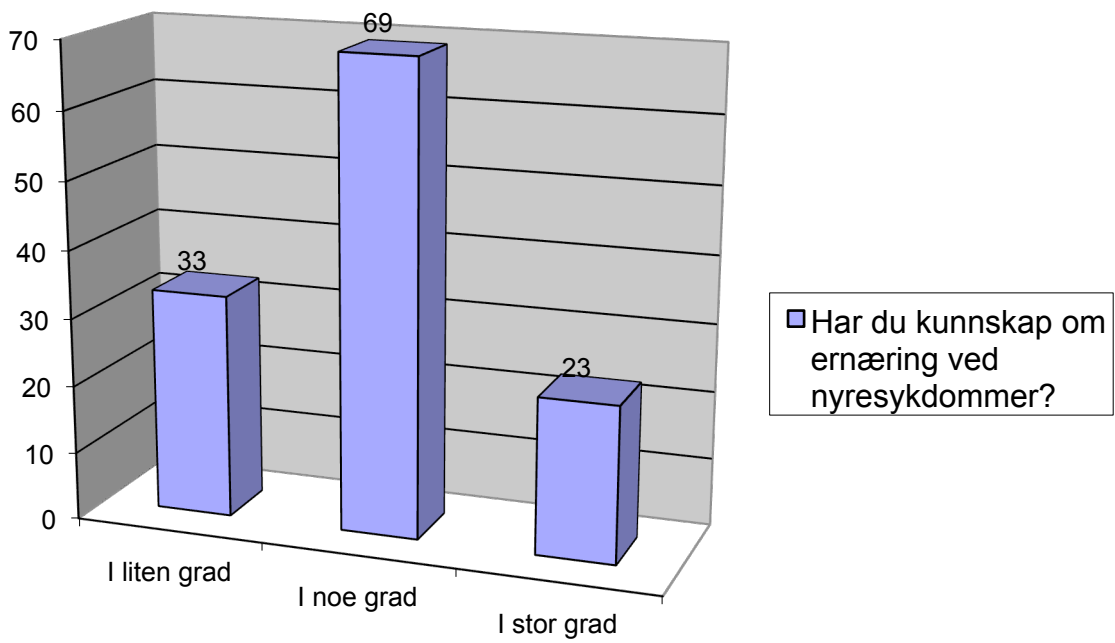


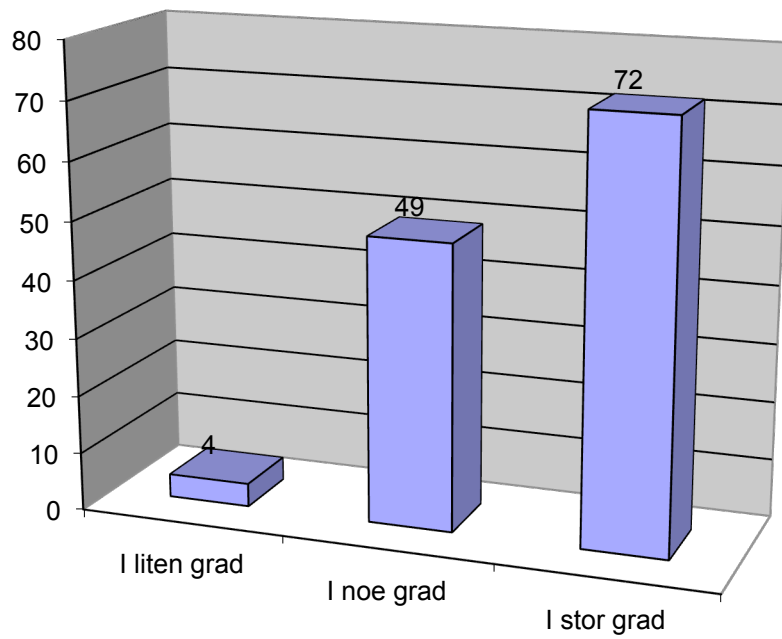
Har du kunnskap om ernæring ved mage- og tarmsykdommer?



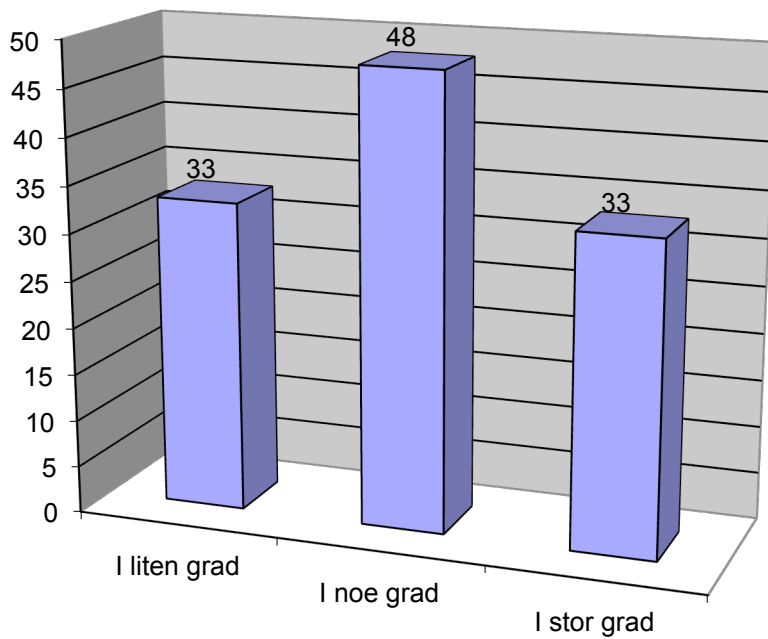
Har du kunnskap om ernæring ved kreftsykdommer?



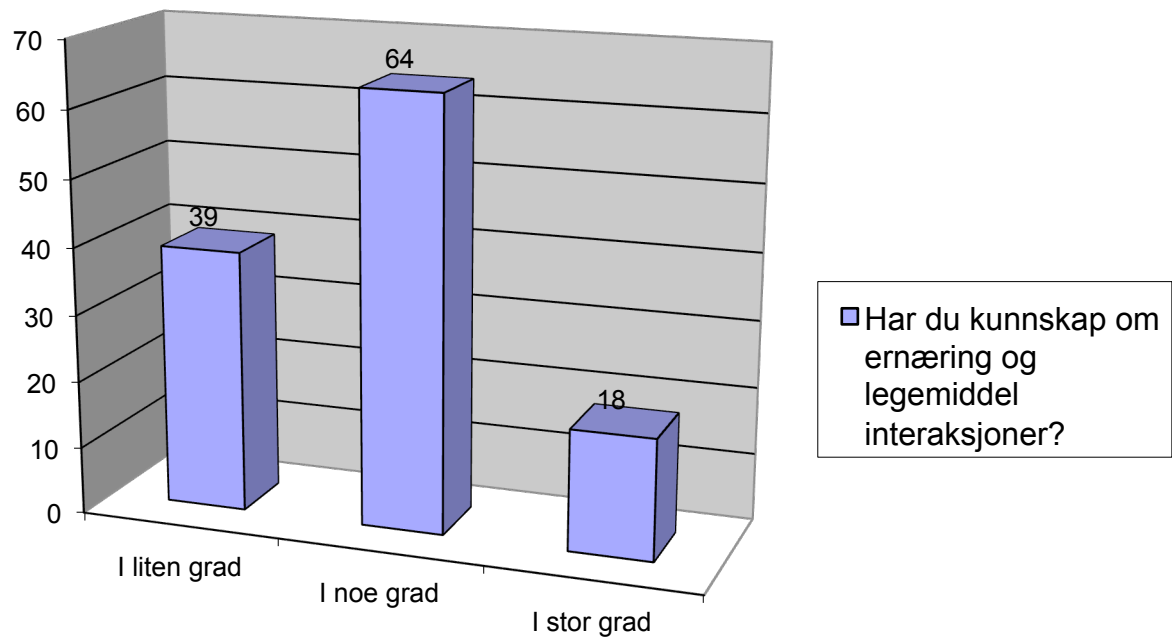
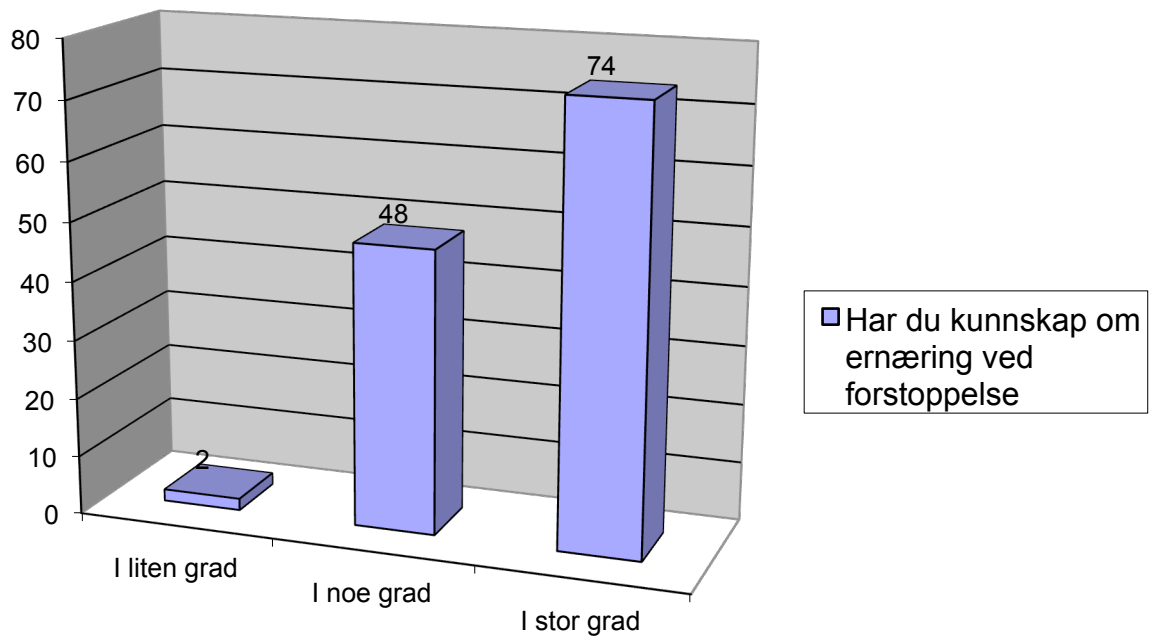


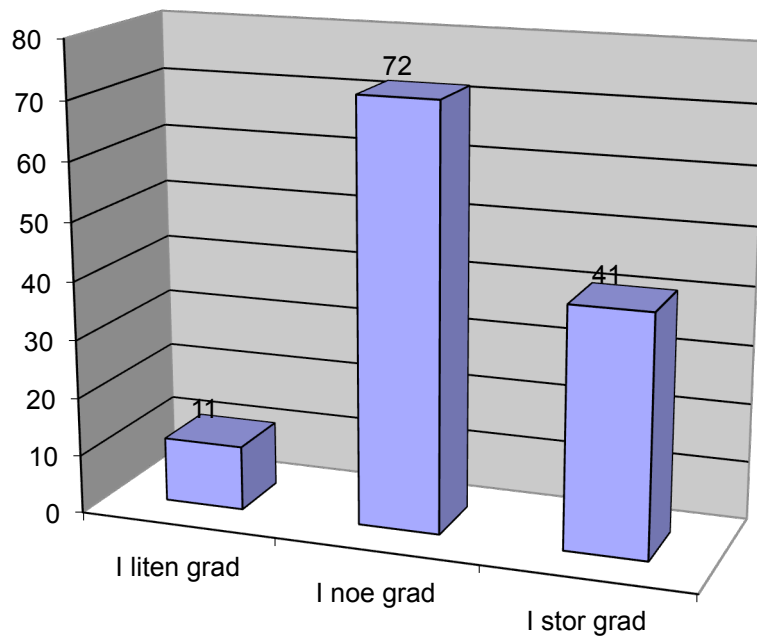


□ Har du kunnskap om ernæring ved diare?

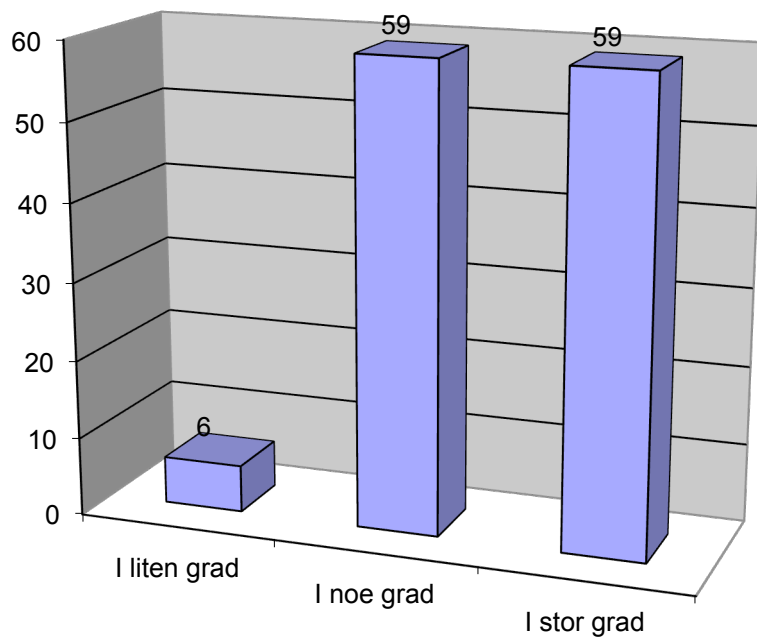


□ Har du kunnskap om ernæring ved dysfagi?

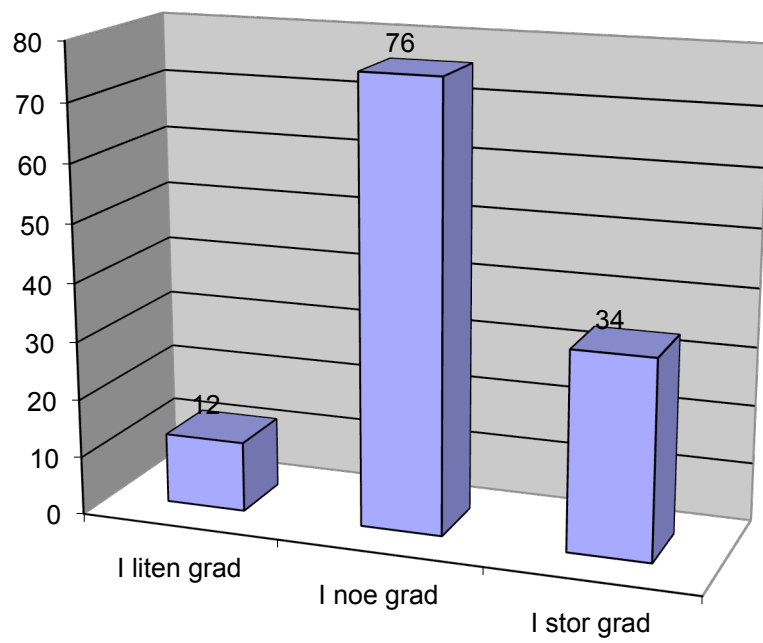




■ Har du kunnskap om ernæring ved tannhelse?



■ Har du kunnskap om ernæring ved livets slutt?

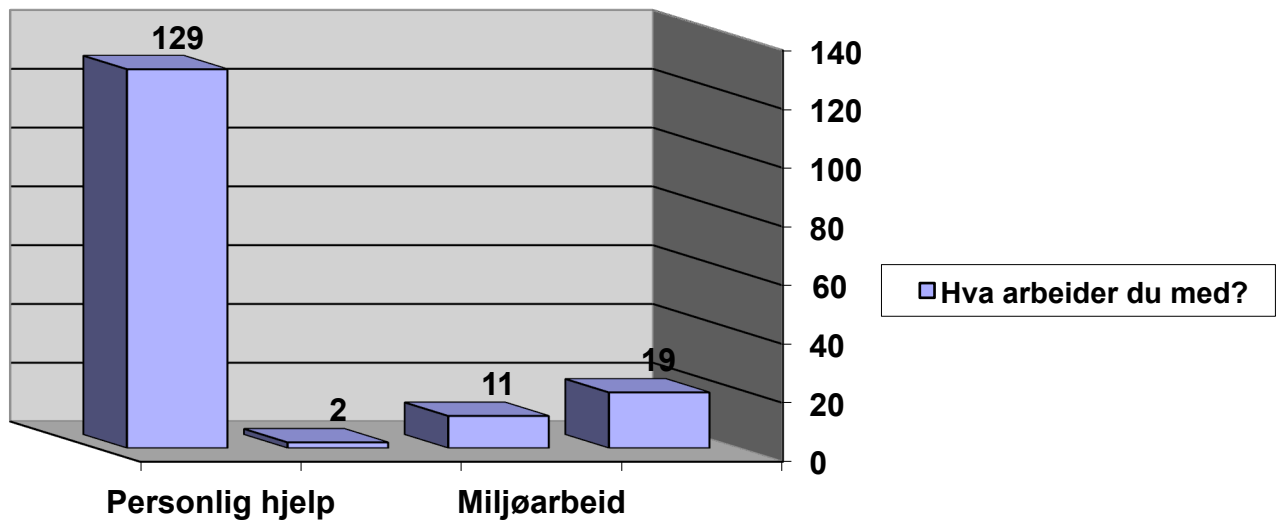


■ Har du kunnskap om ernæring ved smaksforandringer, sår/tørr munn og kvalme?

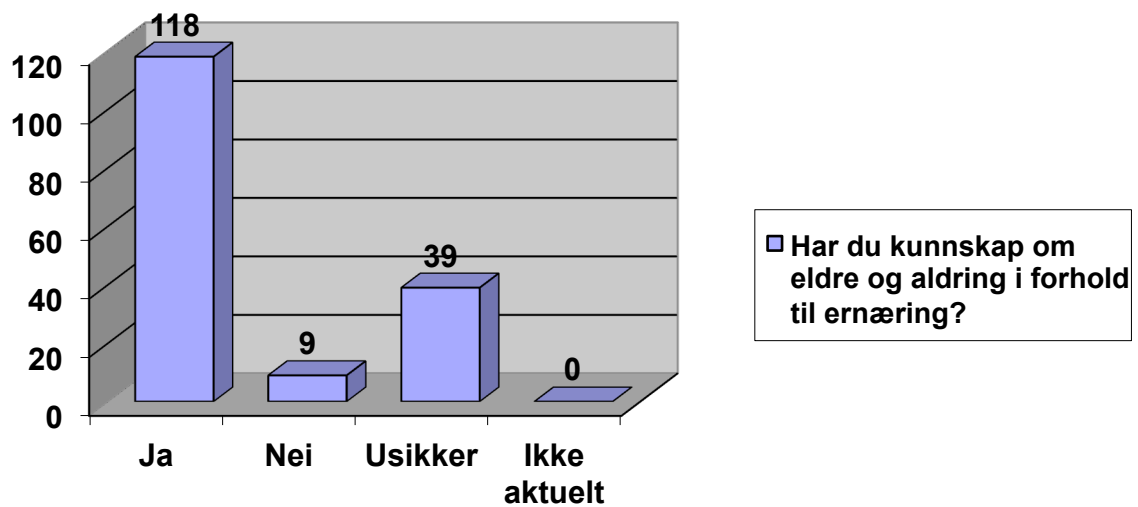
Vedlegg 5 Resultater fra hjemmetjenester og senter

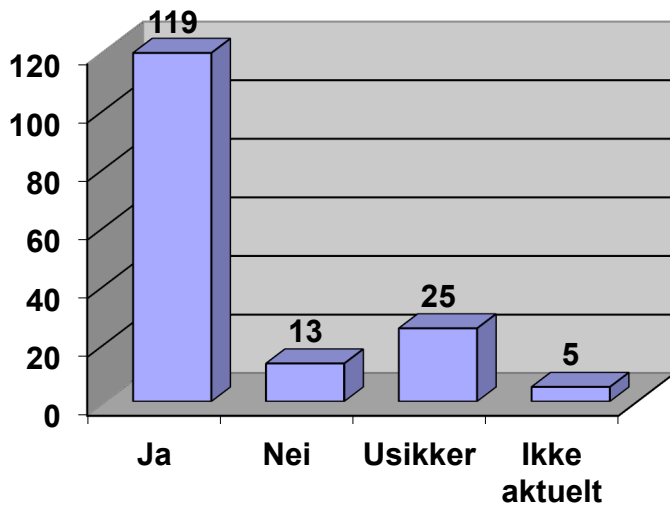
Kartlegging i forkant av opplæring i ernæringsarbeid, Senter og hjemmetjeneste i Sandefjord kommune, høsten 2011.

Hva arbeider du med?

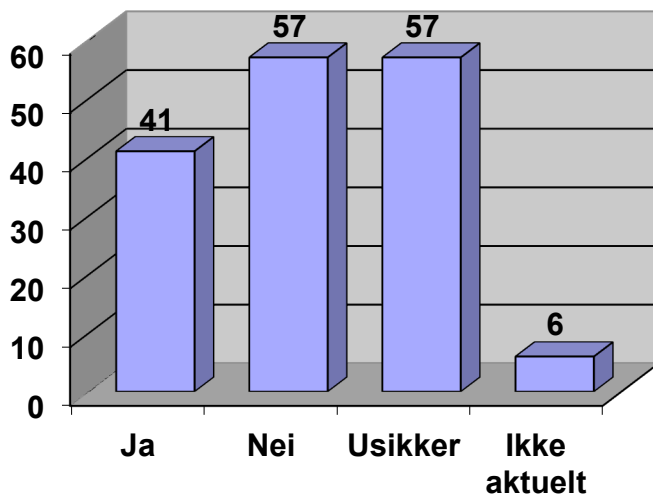


Generelle kunnskap og holdning til ernæring.

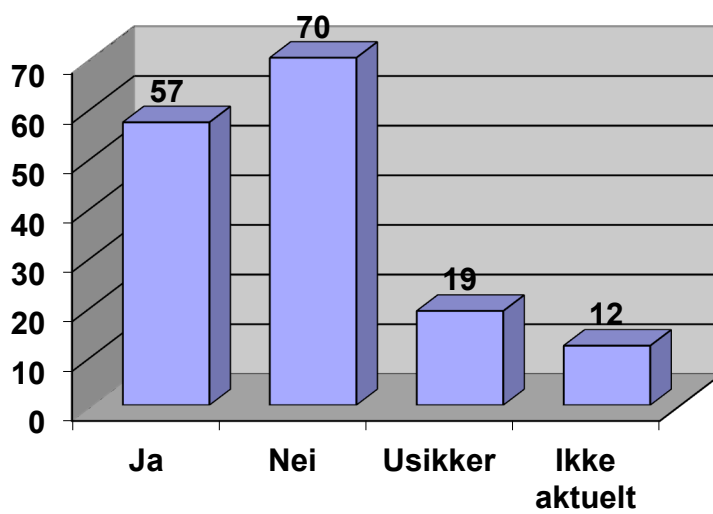




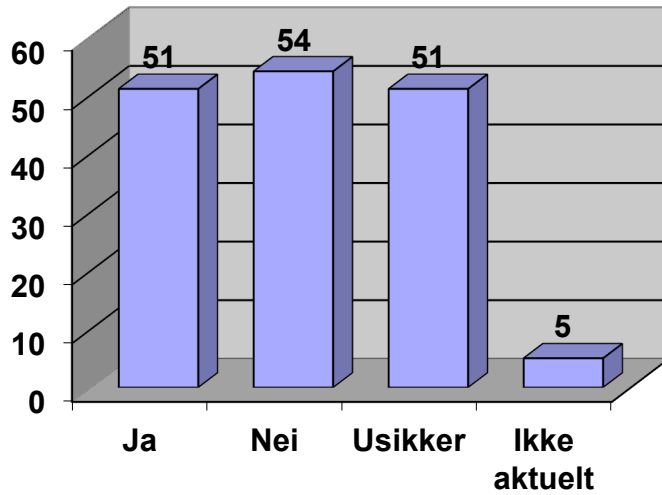
Er du spesielt opptatt av ernæring til eldre i hjemmetjenesten?



Har du kunnskap til å kartlegge pasientens individuelle ernæringsbehov?

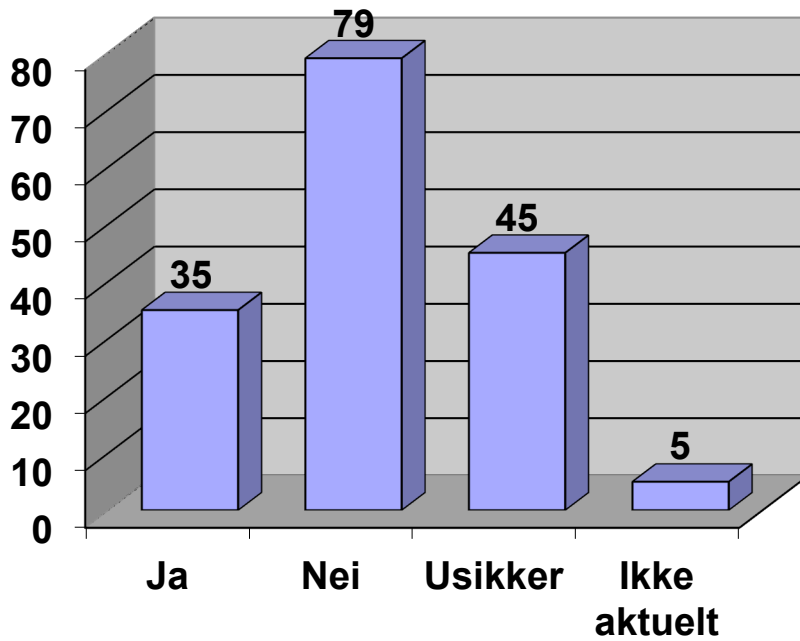


Har dere innført vektrutiner ved avdelingen?

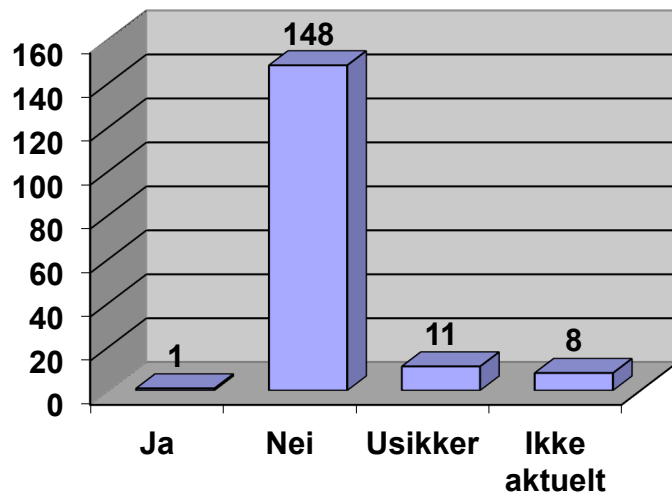


□ Har dere målsetning for ernæringsarbeid ved avdelilngen?

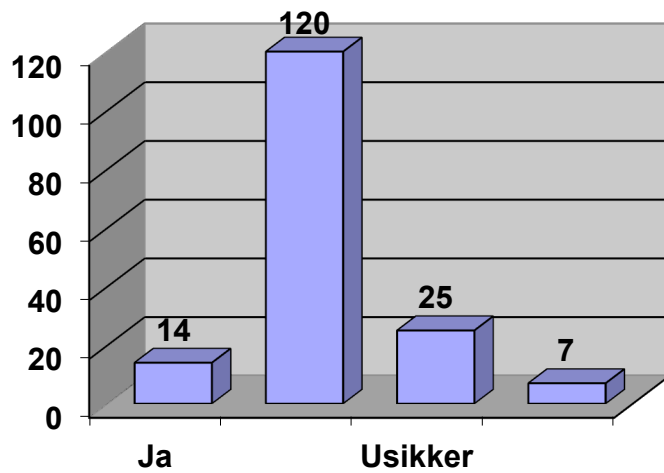
Prosedyrer, rutiner og retningslinjer



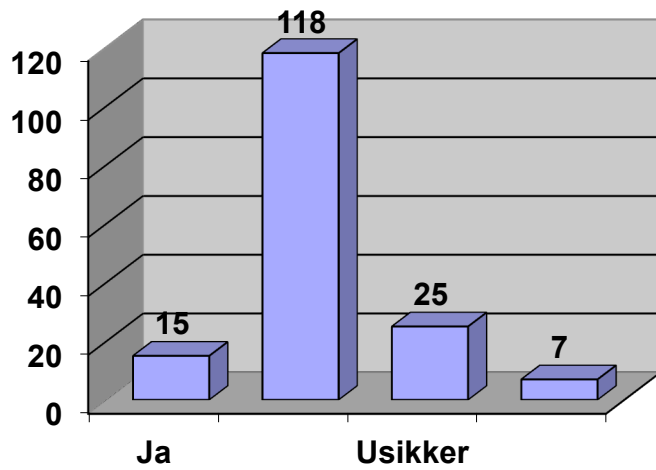
□ Kjenner du til/ benytter du retningslinjer for behandling av underernæring?



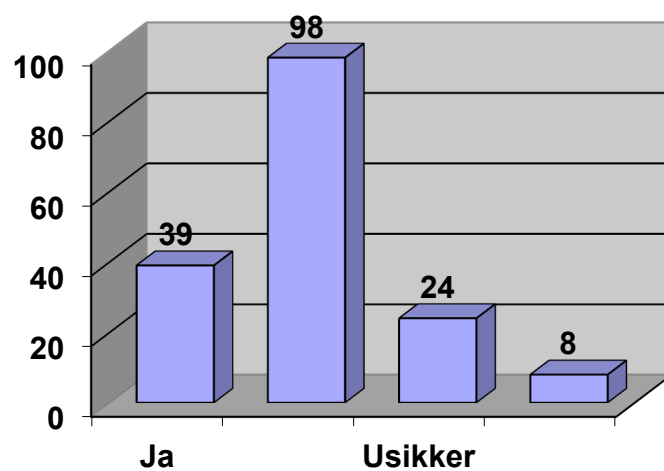
□ Kjenner du til og er fortrolig med bruk av MUST?



□ Kjenner du til og er fortrolig med bruk av PPS-ernæringsprosedyrene

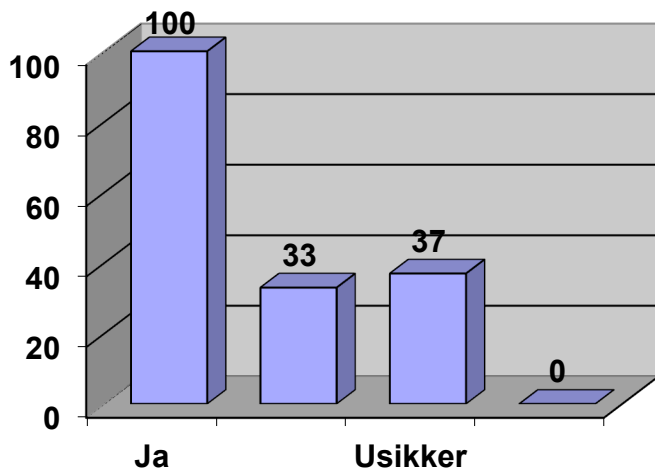


□ Kjenner du til og kan integrere prosedyrer fra PPS med CosDoc?

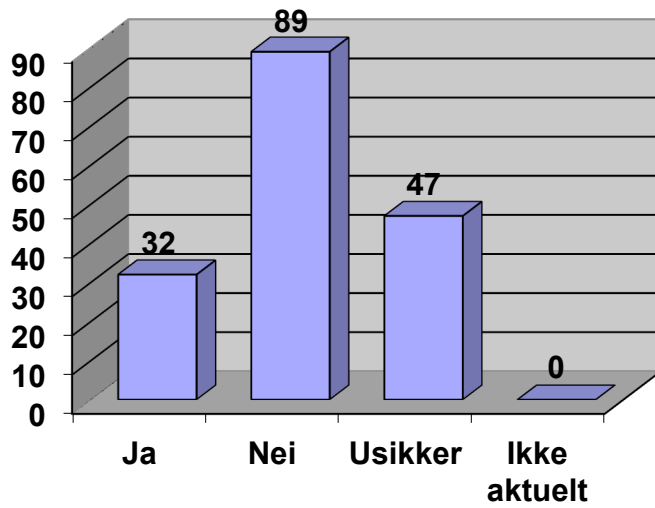


□ Kan du lage pleieplan for ernæring i CosDoc??

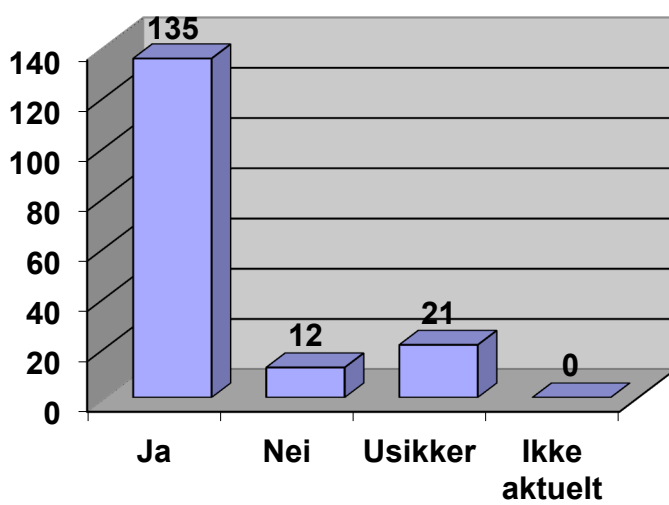
Kosthold ved ulike diagnoser og sykdomstilstander



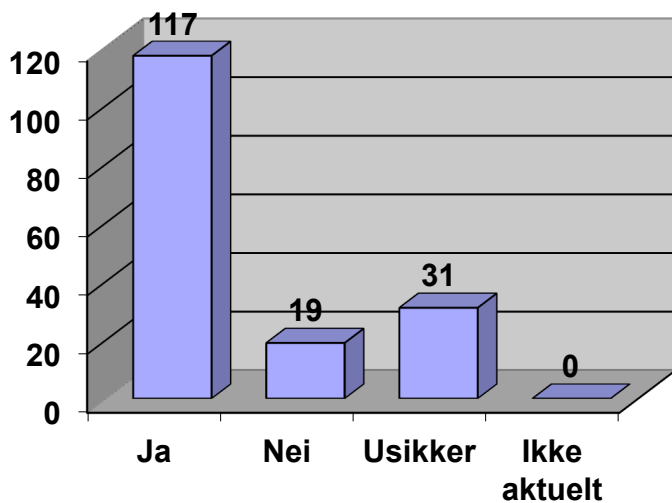
Har du kunnskap om ernæring ved hjerte og kar sykdommer?



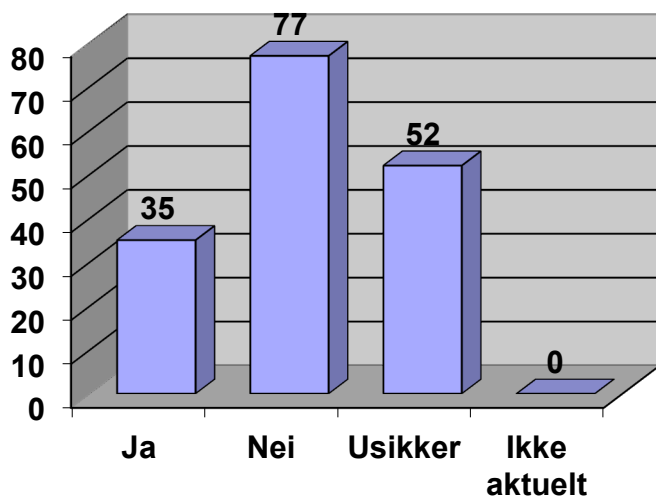
Har du kunnskap om ernæring ved demens?



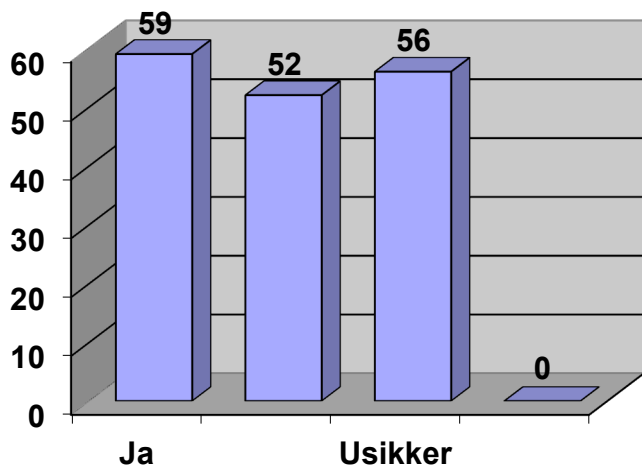
Har du kunnskap om ernæring ved diabetes?



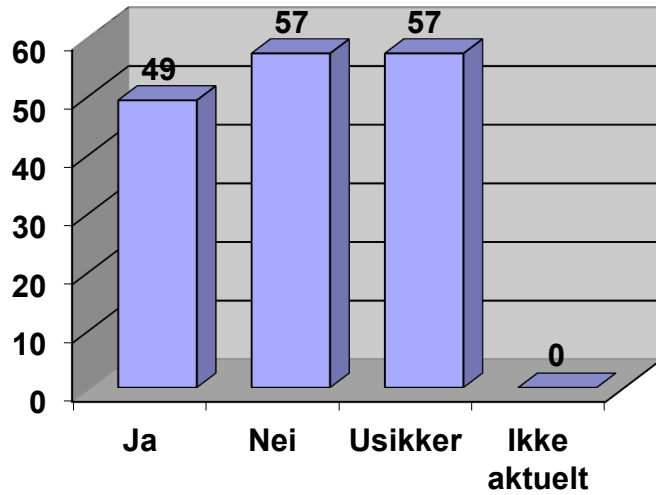
Har du kunnskap om ernæring ved overvekt?



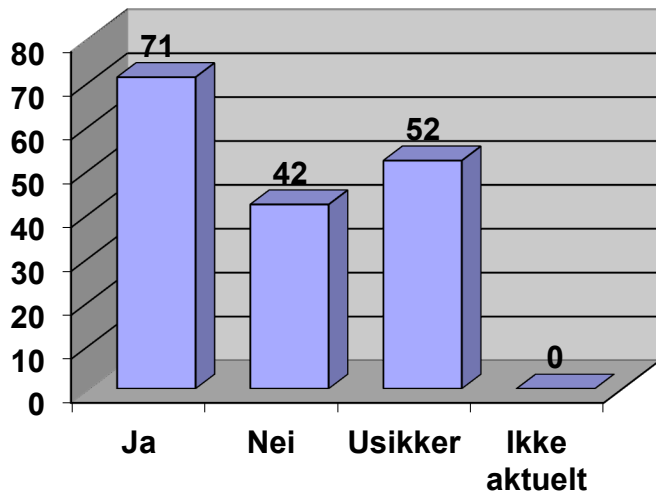
Har du kunnskap om ernæring ved revmatiske sykdommer?



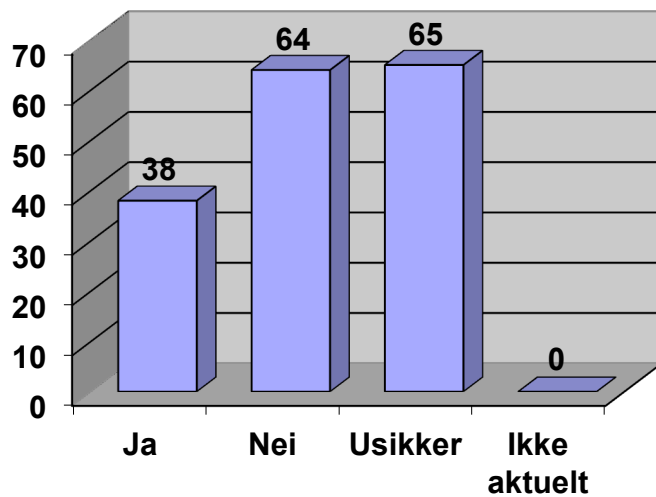
Har du kunnskap om ernæring ved mage-og tarmsykdommer?



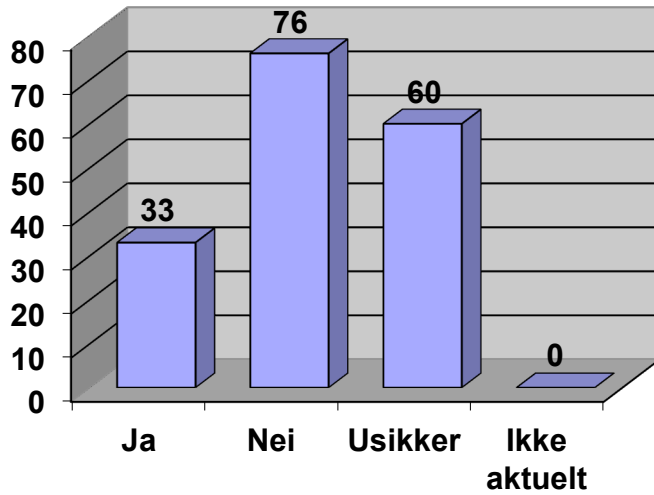
□ Har du kunnskap om ernæring ved kreftsykdommer?



□ Har du kunnskap om ernæring ved sår?

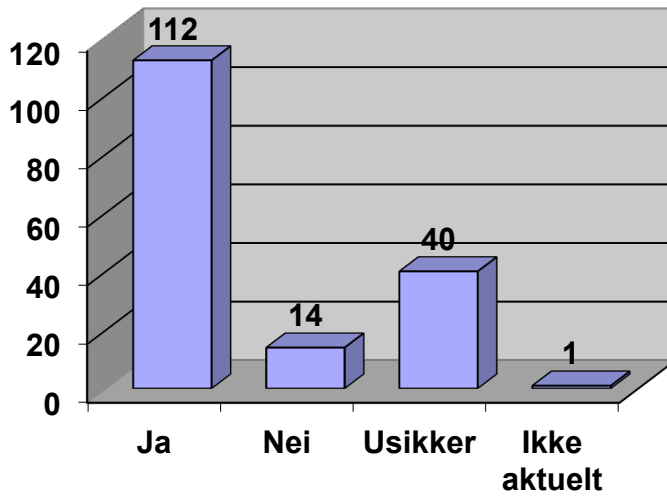


□ Har du kunnskap om ernæring ved nyresykdommer?

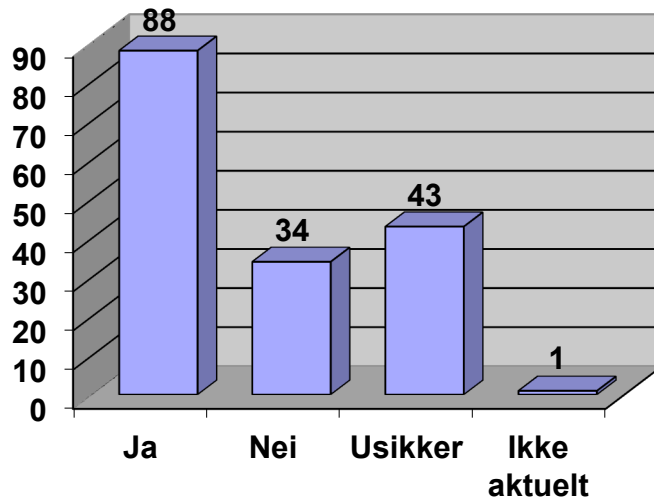


□ Har du kunnskap om ernæring ved lungesykdommer?

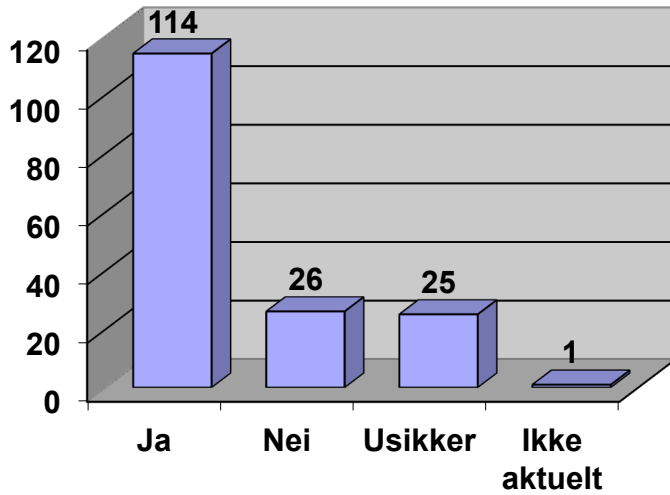
4. Ernæring ved symptomer og tilstander



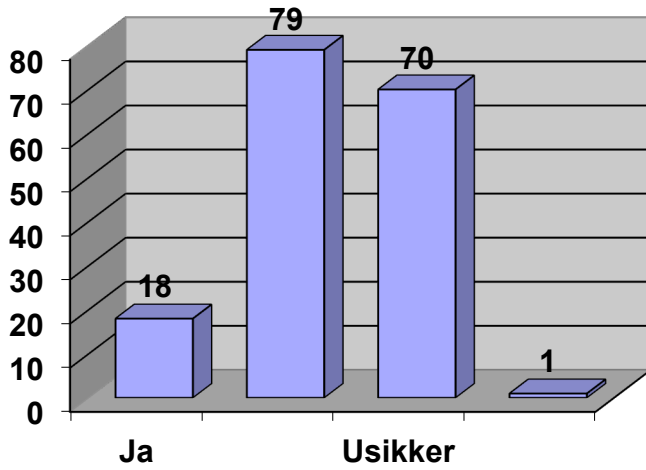
□ Har du kunnskap om ernæring ved diarè?



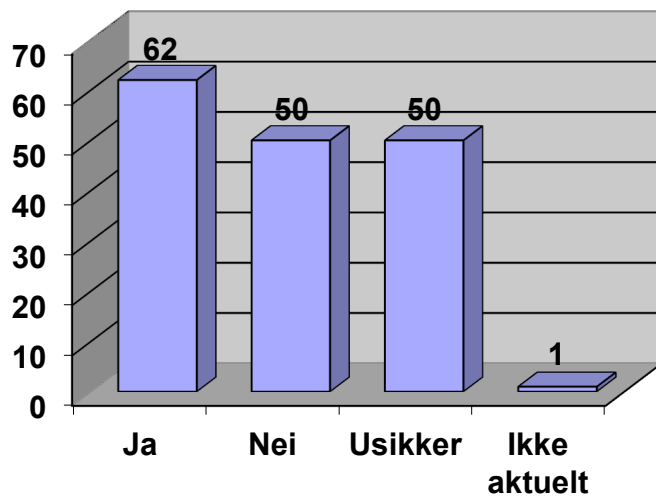
□ Har du kunnskap om ernæring ved svelgvansker?



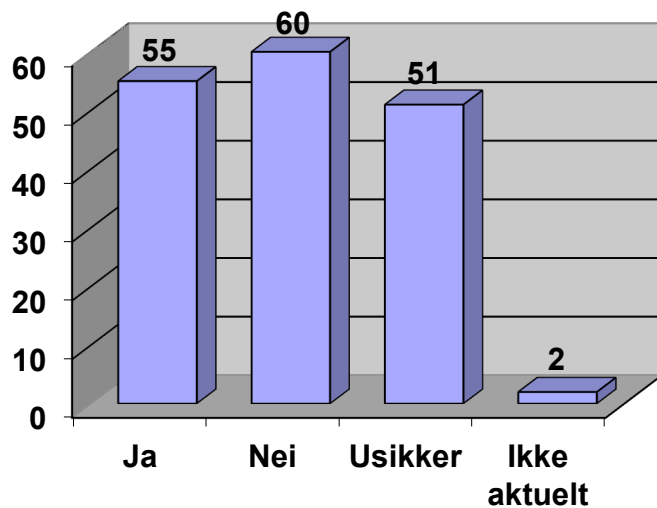
Har du kunnskap om ernæring ved forstoppelse



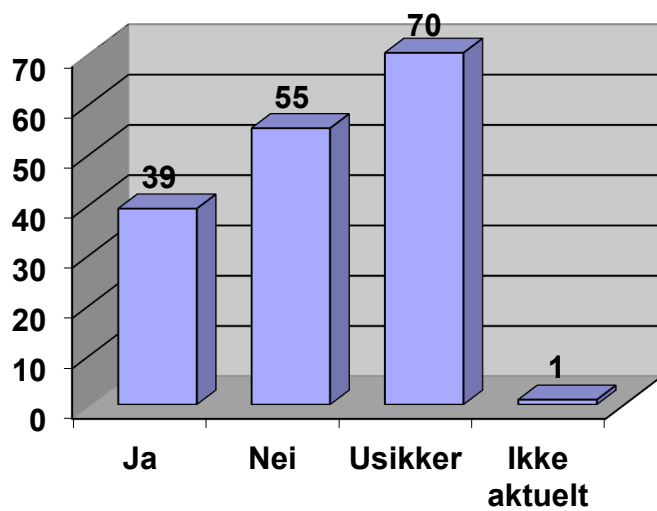
Har du kunnskap om hvordan mat reagerer med medisin?



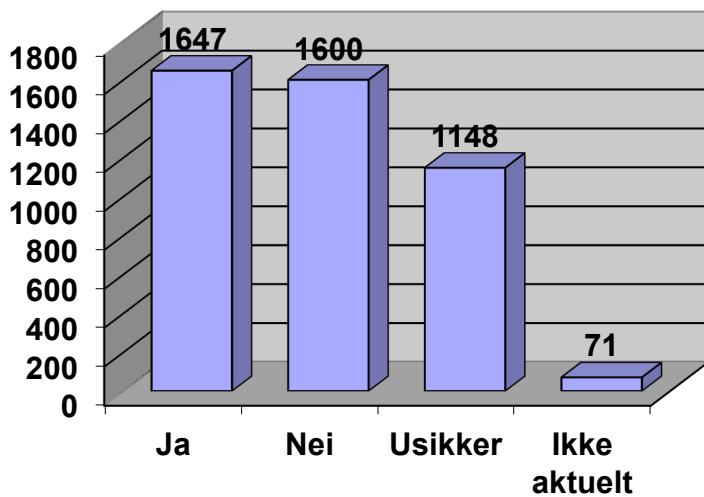
Har du kunnskap om ernæring ved tannhelse?



□ Har du kunnskap om ernæring ved livets slutt?



□ Har du kunnskap om ernæring ved smaksforandringer, sår/ tørr munn og kvalme?



□ Totalt alle spørsmål



SANDEFJORD KOMMUNE