

Fagring sluttrapport

Deltagere:

Marit T. Hansen
Randi Sæterdal
Birthe Aakre
Anne Grete Geiro
Gretha Pettersen
Anne-Lise Neteland

Tema Ernæring

Kunnskapsbasere
allerede gjeldende
retningslinje for syke
og aldershjem i Bergen
kommune



”LA DIN MAT VÆRE DIN MEDISIN”
Hippokrates

1 Innledning

I utgangspunktet var vi en gruppe sammensatt av en høgskolelektor fra Haraldsplass og sykepleiere fra Skjoldtunet og Øvsttunheimen sykehjem. Høgskolelektoren måtte av forskjellige grunner trekke seg fra fagringen etter 2 møter

Studentene deltok blant annet ved å ta høyde / vekt og BMI på beboere i 4 grupper på Øvsttunheimen.

En forutsetning for prosjektet var at høgskolene skulle delta med en lærer og at studentene skulle involveres

Vi som var igjen hadde lite kunnskaper om kunnskapbasert praksis før vi startet med fagringen.

Vårt hovedmål har vært å få innsikt i metoden.

Rammen har vært møte en gang pr.måned, 7,5 timer, fra desember 2008, totalt 10 samlinger. Fem deltagere har vært frikjøpt, en er ikke frikjøpt.

Oppgavene har vært fordelt mellom gruppemedlemmene. Tiden har vært fordelt på å jobbe i gruppe og individuelt hjemme.

Det største hindret har vært våre dårlige engelsk kunnskaper. Det har tatt lang tid å lese artiklene

2 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

På vårt første møte i desember 2008 kom vi frem til denne problemstillingen

”Hvordan sikre tilstrekkelig protein i kostholdet til beboere i sykehjem”.

Det viste seg når vi begynte å søke i databaser at det var vanskelig å finne artikler på dette temaet.

Det kom ny retningslinje angående ernæring fra Byrådsavd for Helse og omsorg i februar, den er gjeldene for alle kommunale syke- og aldershjem i Bergen. Vi fikk forespørsel om å bruke kunnskapbasert metode for å underbygge retningslinjen.

Et av hovedsatsningsområdene i Helse og omsorg i 2009, er ernæring. Det skal også være en undersøkelse høsten -09, Observerte kvalitet, der fokuset er ernæring

Vi valgte å avgrense oppgaven ved bare å ta del 1 av retningslinjene. Vi går ikke inn på ”Retningslinje for tiltak ved bekymring for beboers ernæringsstatus”

Tittel:

Kunnskapsbasere allerede gjeldene retningslinje for syke- og aldershjem i Bergen kommune

”Retningslinje for oppfølging av beboernes ernæringstilstand”

3 Spørsmålsformulering

PICO :

Populasjon:	Intervensjon:	Comparison:	Outcome:
Eldre i sykehjem	Kartlegge Vekt / høyde-> BMI Kartlegge beboers matvaner		Sikre god og tilstrekkelig ernæring

	Forebygge		
Termer/MeSH:	Termer/MeSH:	Termer/MeSH:	Termer/MeSH:

4 Metode

Vi har innhentet kunnskap ved hjelp av litteratursøk i forskjellige databaser. Kunnskapen vi har gjort oss nytte av er funnet i utenlandske retningslinjer om emnet: oversiktsartikler, kvasi eksperimentale studier, kvantitative og kvalitative studier.

5 Dokumentasjon av litteratursøket

Vår metode er litteraturstudie, vi har foretatt søk alene og med hjelp av bibliotekar. I februar diskuterte vi oss frem til søkeordene nedenfor.

Tabellen er en oversikt over søk vi selv har foretatt med noe hjelp av prosjektleder Liv Irene Ruud. Søket gav en liste over aktuell litteratur i 6 artikler. Etter å ha lest tittel og sammendrag, valgte vi å ta med 5 artikler videre. Dette var de som vi mente var mest relevante for vår oppgave. Vi fordelte dem mellom oss og skrev et utdrag hver som vi la frem i gruppen neste gang.

Søkeord/kombinasjoner	Dato for søk	Database	Evt. avgrensinger
Nutrition / ederly / old people	10/2 -09 Flere søk på samme database	NGC	Retningslinjer/guidelines
Nutrition / ederly/ old people	10/2-09 (gjort av Liv Irene)	The Joanna Briggs institute	Best practice
Nutrition / ederly/ old people/ aged	10/2-09	Cochrane L	
Nutrition / ederly/ old people	10/2 -09	NICE	

Søkeord/kombinasjoner	Dato for søk	Database	Evt. avgrensinger
Høyde / vektmåling hos eldre	30/31/3-09	Google	
Elderly, malnutrition, nursing home	1/4	Via helsebiblioteket:	
Ernæring	25/3-09	Sykepleien.no	

Vi valgte deretter i mai å få hjelp av bibliotekar på kompetansesenteret for kunnskapsbasert praksis. Vi bestilte time der og fikk hjelp til søk i de databaser som er presentert i tabellen nedenfor. For å begrense omfanget og for å finne den nyeste forskning på området, begrenset vi søket til artikler ikke eldre enn fra 2005. Dette søket var det avsluttende. Vi gjennomgikk resultatet av 10 artikler vi valgte å gå videre med 6 av dem som blir vist i tabell 2 i kapittel 6. Hver av oss la frem et resymé fra artikkelen i gruppen neste gang vi møttes. Av disse var det en artikkel som ikke var aktuell å ta med videre da studien bare omfattet en person.

Søkeord/kombinasjoner	Dato for søk	Database	Evt. avgrensinger
1 Nutrition assessment 2 nursing home	6/5-09	British Nursing Index Ovid Nursing Database Ovid MEDLINE PsycINFO, EMBASE	Bare artikler etter 2005
Guideline	6/5-09	Se ovenfor	

6 De viktigste resultater fra litteratursøket med vurdering og kommentarer

Tabell 1 (søk febr. -09)

Forfatter/tittel:	Mål/hensikt:	Metode/design:	Resultat:	Konklusjon:	Kommentarer:
Nutrition. In: Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice (2008)(NGC)	Kan noe i artikkelen brukes for å underbygge områder i retn.linjen	Søk i publisert litteratur, primære og sekundære kilder Elektronisk datasøk Evidence basert Oppsummering av sammenlignbare studier Nivåer av kunnskapen (I-VI)	Sier noe om -parameter for vurd. -BMI -Vektkontroll -samarb forskj fagpers -måltider, spesialkost -problemområder (sykd./munnprobl og lignende) -hvordan omgivelsene skal være	Flere steder i art kan man finne ting som understøtter retningslinjen	Vi tar artikkelen med videre
Nutritional management in long-term care: development of a clinical guideline (2000) (2005)NGC	Kan noe i artikkelen brukes for å underbygge områder i retn.linje	Elektronisk søk i databaser	Står en del om hva som kan forårsake / påvirke vekttap. Dokumentasjon Pårørendes rolle-> involvering. Mål . Hva liker pas? Kartlegging av undervekt	Kan henvises til i retningslinjen	Vi tar artikkelen med videre

Forfatter/tittel:	Mål/hensikt:	Metode/design:	Resultat:	Konklusjon:	Kommentarer:
Observations:Weight and Height. (2007),JBI Oppdatert 2008 Unintentional weight loss in the elderly. NGC 2006	Kan noe i artikkelene brukes for å underbygge områder i retn.linjen	26 studier, høyde hos 39244 kv. Og 34 studier om vekt hos 57172 Søk i databaser Søk i publisert litteratur Søk i databaser	Forskjellige måter å måle høyde på BMI Nøyaktighet viktig. Vekt x 1 pr.mnd Å skissere enkle kriterier for tidlig diagnostisering av utilsiktet vekttap hos eldre. Standar for diagn og beh.	Kan henvises til i retningslinjen	Vi tar artikkelen med videre
Minimising undernutrition in the older inpatient Cochrane 2007 Dette blir oppsummert i Effectiveness of interventions for undernourished older inpatients in the hospital setting. JBI Best practice	Kan noe i artiklene brukes for å underbygge områder i retn.linje	Oppsummert oversiktsartiklen, grundigere redegjørelse i artikkelen som ligger til grunn for oppsummeringen 29 studier med 4021 deltagere Gradert fra A-C, graden	-Ernæringsdrikker, i artikkelen konkluderes at bruk av dette til underernærte er å anbefale -sondeernæring -forandringer i menyen -personalstøtte -implementering av retningslinjen	Kan henvises til i retningslinjen	Vi tar artikkelen med videre

Tabell 2 (søk mai -09)

Forfatter/tittel:	Mål/hensikt:	Metode/design:	Resultat:	Konklusjon:	Kommentarer:
<p>Testing of the Individual Nutrition Rx assessment process among nursing home residents 2006 Forf: Neva L., Crogan mfl</p>		<p>Prospektivt kvasi eksperimentell design. Med baseline måling og etter 6 mnd. 80 deltagere</p>	<p>Tverrfaglig team BMI Serumalbumin Behandling av underliggende sykdom eks depresjon Matsituasjonen Tann og munn status Utdanning av personell</p>	<p>Er aktuell kan brukes til å henvise</p>	<p>Tas med videre</p>
<p>Nutritional considerations in institutionalized elders 2008 Forf.Reginald Labossiere og Marie Bernard</p>		<p>Oversiktsartikkel. Med et medline søk fra 1968-2007</p>	<p>Tar for seg viktigheten av å fange opp underernæring. Også å utdanne personalet i enkle tiltak for å øke ernæringen til beboerne</p>	<p>Opplæring Fange opp underernæring</p>	<p>Tas med videre</p>
<p>The effects of nutrition education on professionals practice and on the nutrition of aged residents in dementia wards 2007 Forf. Suominen, Kivisto, Pitkala</p>	<p>Utvikle ernæringsundervisning for personale i dement-avdeling</p>	<p>Undervisning med før- og etter- måling; både læringsutfallet hos personale og effekten på de eldre beboerne var målt. Enkeltstudie</p>	<p>Personale blir bedre rustet til å ta tak i beboeres ernæringsproblem. Beboernes ernæringstilstand bedres.</p>	<p>Utdanning av personale hadde positiv effekt på ernæringstilstanden til beboere på dementavd.</p>	<p>Burde det være et pkt. i retningslinjen som omhandler undervisning av personale?</p>
<p>Assessment of the nutritional status among residents in a Danish nursing home – health effects of a formulated food and meal policy 2007 Forf. Kuosma, Hjerrild, Pedersen, Hundrup</p>		<p>Dansk us på et sykehjem. Kvasi eksperiment 20 beboere</p>	<p>Mat er trivselsfaktor for eldre mennesker. Nedskrevne retningslinjer Individuelle planer for hver beboer lages av kvalifisert personale</p>	<p>Viktig med individuelle ernæringsplaner Kan brukes til å henvise til</p>	<p>Tas med videre</p>
<p>The mini nutritional assessment(MNA) review of the literature-what does it tell us? 2006 Forf: Guigoz, Jensen, Thomas, Vellas</p>		<p>Litteraturstudie med søk tom 2006</p>	<p>MNA kan avdekke risiko for underernæring selv om BMI er i normalnivået</p>	<p>Kan henvises til</p>	<p>Tas med videre</p>

Artikler vi ikke tar med videre

Forfatter/tittel:	Mål/hensikt:	Metode/design:	Resultat:	Konklusjon:	Kommentarer:
Nutrition support in adults NICE 2006	Kan noe i artikkelen brukes for å underbygge områder i retn.linjen		Mye generelt.Mye om sondeernæring	Ikke aktuell for den delen av retn.linjen vi skal se på	
Managing under-nutrition in a nursing home setting 2007 Forf: Parveen Azam Ali mfl.			I denne artikkelen er det bare en beboer <u>som blir fulgt opp</u>	Kan ikke brukes til å henvise til	

7 De viktigste resultatet fra litteratur søket med vurdering og kommentarer

Ved gjennomgang av artiklene er vi kommet frem til at temaene under, er sentrale i flere av artiklene.

Vi velger derfor å skrive mer utfyllende om dem.

SCREENING VERKTØY FOR ERNÆRINGSSTATUS

MNA

Mini nutritional assessment, MNA, er en mini ernærings vurdering som kan avdekke underernæring allerede mens BMI og blodprøven albumin er i normalområdet. MNA oppdager med andre ord risiko for underernæring før alvorlig endring i vekt eller serum proteiner oppstår.

MNA er en 2 trinns screening prosess. MNA-SF(short form) består av 6 punkter og er effektive for ernæringscreening. De bør følges av en full MNA vurdering for de med risiko for underernæring,dvs. de som scorer 11poeng eller lavere.

Studier av tiltak viser at ernæringsmessige tiltak i tide hindrer vekttap og fører til bedring i MNA poeng. MNA kan også brukes som et oppfølgende vurderingsverktøy og det er anbefalt å da følge opp med ny MNA hver 3. måned.

Denne korte versjonen, for å avdekke personer i risiko for underernæring, tar bare ca. 5 minutter å gjennomføre. Hele screeningen kan gjennomføres på ca. 15 minutter og er enkel. Det følger en svært grei veiledning med slik at helsepersonell kan gjøre den uten noe ytterligere opplæring. Det er grunnlag for å si at det økonomisk følger lite utgifter med dette verktøyet.

På sykehus er en lav grad av MNA poeng knyttet til økning i dødelighet, forlenget sykehusopphold og større sannsynlighet for overføring til sykehjem.(Guigoz m.fl.2006:1) Det er kjent at et forlenget sykehusopphold er svært dyrt samfunnsøkonomisk, likeledes overføring til sykehjem. Innføring av screeningverktøy vil kunne gi stor helseøkonomisk gevinst.

NRS(2002)

Ved Haukeland sykehus har man fra 2007 brukt et screeningverktøy for vurdering av ernæringsmessig risiko (NRS 2002). Dette ble utarbeidet av en arbeidsgruppe for enteral og parenteral ernæring med bakgrunn i Europarådets anbefaling om å inkludere screening av den enkelte pasients ernæringsmessige risiko for å forebygge underernæring i sykehus.

Man ønsker å identifisere en gruppe som:

- har økt risiko for komplikasjoner pga. sin ernæringstilstand

- har målbar nytte av ernæringstiltak

Underernæring kan være lett å behandle, men tidlig diagnostisering og forebygging kan være avgjørende. Vi gjør her kort rede for hovedinnholdet i dette verktøyet. Først foretar man en innledende screening ved hjelp av 4 spørsmål hvor man kan svare ja eller nei. Disse avdekker om pasientens BMI er < eller lik 20,5, et evt. vekttap, redusert næringsinntak de siste ukene og om pasienten er alvorlig syk. Svares det ja på et eller flere av spørsmålene fortsetter man med hovedscreeningen. Dersom nei på alle, gjentas denne screeningen om en uke.

Hovedscreeningen er en vurdering av risikograd. Det undersøkes og tas hensyn til ernæringstilstand og sykdommens alvorlighetsgrad. Ut fra dette kommer man frem til en poengscore. Det gis 1 score ekstra for pasienter over 70 år. Hvis summen er 3 eller mer, er pasienten i ernæringsmessig risiko og målrettet ernæringsbehandling må iverksettes. Dersom summen blir mindre enn 3, er pasienten ikke i ernæringsmessig risiko. Screeningen gjentas etter en uke.

I heftet "God ernæringspraksis" som ble utarbeidet og er tatt i bruk ved HUS, er det videre gjort rede for praktisk oppfølging f. eks. hvordan beregne energibehov og proteinbehov til den enkelte pasient.

NRS 2002 er også et enkelt og raskt screeningverktøy og det krever bare enkel opplæring før det kan tas i bruk av personalet.

I den Nasjonale retningslinjen står det også om to andre verktøy MUST og SGA. Vi velger å ikke gå nærmere inn på disse.

Vi anbefaler ut fra dette at det blir tatt med et screeningsverktøy som en del av retningslinjen for ernæring i Bergen Kommune.

HØYDE OG VEKT

Høyde og vekt er de to mest vanlige fysiske målene en kan skaffe av beboerne. Litteraturen vi har vært igjennom er entydig i forhold til anbefalinger når det gjelder høyde og vekt måling av eldre i institusjon, for å forebygge og avdekke underernæring.

Det anbefales å veie alle som kommer i sykehjem ved innkomst og videre en gang pr. måned. Etter retningslinjer, både de nasjonale og kommunale, er dette et krav.

For å stille diagnosen underernæring oppgis følgende kriterier:

Et significant vekttap på mer enn 5% i løpet av 30 dgr eller 10% vekttap i løpet av 6 mndr. uten selv å ha prøvd å gå ned i vekt.

Litteraturen viser forskjellige BMI verdier for undervekt hos eldre over 65 år. De Nasjonale retningslinjene definerer undervekt som BMI lavere enn 22.

Nøyaktighet ved høyde og vektmåling er viktig når en skal bruke dataene til å vurdere / diagnostisere underernæring. Studier har vist at kvinner ikke er nøyaktig når de oppgir vekt og høyde selv. (Kandall mfl 2006)

Høyden kan måles på flere måter.

Stadiometer: Inntil vegg – stående

Pemispan (armspenn): Det er avstanden fra midtpunktet på halsgropen til tuppen av langfingeren. Høyden regnes deretter ut ved hjelp av en standardformel.

Knehøyde ved hjelp av en **kaliper**. Egner seg til sengeliggende beboere, eller beboere som sitter i stol. Beboer må kunne bøye kneet og ankelen i 90graders vinkel. Knehøyden måles så med en kaliper. (Veiledning MNA, Nestle revidert utg. 2006)

Bøyelig målbånd kan også brukes for sengeliggende beboere. En måler fra hel til kne – kne til hofta – hofta til skulder – skulder til topp av hodet og legger sammen.

Fingertupp til fingertupp (lengste finger) når beboer står inn til vegg med begge armer rett ut fra skulderen og gange med to. (Kandall mfl 2006)

Vekt

Når en skal veie beboer brukes stolvekt, gulvvekt eller sengevekt. Det er viktig med gode rutiner. Som for eksempel når på dagen beboer veies, å veie med eller uten klær, bruke samme vekt hver gang, riktig underlag og kalibrert vekt. Medisiner beboer bruker må også være med i vurderingen ved vektmåling. (Kandall mfl 2006)

Vi har sett i praksis at det er vanskelig å gjennomføre måling av høyde. Valg av metode er vanskelig å velge. Menn som har vært på sesjon husker ofte høyden. Kvinner oppgir ofte feil høyde. Sykepleiestudentene ved institusjonen fant at på grunn av at beboer ofte har kontrakturer, ikke kan stå, er stiv og samarbeider dårlig, var det vanskelig å finne standard for målemetode.

I praksis er det også ofte vanskelig å gjennomføre veiing etter anbefalingene. Det viktigste er at vekt blir tatt hver måned på noenlunde lik måte, (noterer hvordan det blir utført.) Endringer blir registrert og tiltak iverksatt.

MUNN OG TANN STATUS

I flere av artiklene kommer det frem at god oral status er viktig for en god ernæringsstatus.

Mange eldre blir lagt inn på sykehjem hvert år. Studier viser at av disse lider 85 % av feilernæring. En grunn kan være dårlig oral-status.

Viktige punkt er:

1. Tannråte som fører til smerte og dårlig smak i munnen
2. Svekket tyggeevne
3. Dårlig tannhygiene og behandling av den
4. Såre gummer
5. Svelgproblemer
6. Dårlig tilpassede tannproteser

God munn og tannhygiene, har direkte innvirkning på pasientens matinntak og vil påvirke ernæringsstatus.

Ved å jobbe tverrfaglig, og å rette fokus på disse 6 punkt., vil vi oppnå en bedring av beboernes generelle helsetilstand.

Dette vil igjen føre til økt livskvalitet, nedsatt dødelighet, og mindre behov for helsetjenester. (Neva Crogan mfl 2005)

Løvåsen undervisnings sykehjem, Det odontologiske fakultet, UIB og Den offentlige tannhelsetjenesten har hatt et samarbeidsprosjekt om munn og tannstell. Dette resulterte i et veiledningshefte.

”Veiledningshefte for munn-og tannstell for helsepersonell i sykehjem og hjemmesykepleien” Fylkeslegen i Hordaland har anbefalt at dette blir tatt i bruk på alle sykehjemmene.

Det er også laget en film til undervisnings øyemed.

Vi har god erfaring med bruk av veiledningsheftet og bruk av tannkort til hver enkelt beboer.

Vi har også god erfaring med å ha tannkontakt på hver gruppe, hvor denne har et spesielt ansvar for blant annet opplæring og oppfølging.

Både forskning og prosjektet på Løvåsen viser viktigheten av et godt munn og tannstell i forhold til blant annet ernæring.

Vi anbefaler at det blir laget et punkt om dette i retningslinjen og at det ligger en link inne til denne veilederen.

RAMMEN RUNDT MÅLTIDET

Det danske helsedepartementet har anbefalt at sykehjem skal ha en skriftlig retningslinje for mat og måltidsorganiseringen. Denne anbefalingen inkluderer både kvaliteten på maten, organiseringen av måltidet, de fysiske omgivelsene og atmosfæren i rommet, og at beboerne får være med å velge å forberede måltidet. Det anbefales også å gi individuelle ernæringsvalg. (Beck m.f.l. 2003, 2004)

En studie som ble gjort på et dansk sykehjem, Lotta. Beboerne trenger tilsyn døgnet rundt. De har egne rom og egne møbler. På dagtid oppholder de fleste beboerne seg i fellesrom som spisesstue og dagligstue. Ledelsen har utarbeidet retningslinjer for måltider. De har avtaler om kvaliteten på maten som serveres, inkludert duft og utseende på maten, fysiske omgivelser og atmosfæren i rommet under spisesituasjonen, organiseringen av pleiepersonalets assistanse og når hovedmåltidene serveres.

Andre studier har vist at faktorer som det å spise alene øker risikoen for lavt matinntak og uønsket vekttap (Shahar m.fl. 2003,)

En annen kontrollert studie (Mathey m.fl. 2001) undersøkte helseeffekten med fokus på fysiske omgivelser og atmosfæren i spiserommet, måltidssituasjonen og organiseringen av pleiepersonalet sin assistanse. Etter et år, konkluderte studiet at det å tilby individuell hjelp, og nok ansatte for å hjelpe beboerne, hadde stor betydning for helse og ernæringsstatus. Det er også viktig for matinntaket at rammene rundt måltidet skal være en positiv opplevelse. Det overordnede formålet er å sikre kvaliteten på den serverte maten og å lage en god atmosfære. Dette gjør måltidet til en hyggelig sosial sammenkomst. Beboerne har faste plasser ved bordet i spisesstuen. Sykepleierne sitter ved siden av beboerne som trenger hjelp. Mange eldre trenger assistanse med maten pga. fysiske, psykiske og kognitiv uførhet. (R.Labossiere 2008)

Måltidene er servert på egne serveringsfat på hvert av bordene, slik at beboerne kan ha gleden av å se på maten og selv treffe valg. Tanken bak tilbudet er at beboerne skal utvikle en god appetitt for hvert måltid og derfor er lunch servert kl. 13:00 og aftensmåltid kl 18:30. Ettermiddagskaffen blir servert med kaker, snacks og frisk frukt som gir ekstra ernæring spesielt til dem som er utsatt for underernæring. I studien kan en ikke evaluere den direkte effekten av dette tilbudet, men det er sannsynlig at den vennlige atmosfæren rundt måltidet har økt personalets interesse for emnet og dermed bidratt til stabilisering av beboernes vekt. Beboernes valg av spisested, tilsyn i spiserommet, støy i miljøet i forbindelse med spising og spisestillinger. Dette har direkte innvirkning på matinntaket og påvirker ernæringsstatus. (N.Crogan m.fl. 2005)

To studier i nederlandske sykehjem har evaluert effekten av familielignende måltider og har funnet at denne måten å servere måltid på ikke bare stimulerer beboernes energiinntak, men også forebygger underernæring. Denne studien understreker også viktigheten av å ta en ernæringsmessig status av sykehjemsbeboerne. Den bekrefter at det å ha en familielignende ramme rundt måltidene må kombineres med individuelle ernæringsplaner basert på systematiske vurderinger. (Nijs m.fl. 2006)

Noen studier har vist at tilstedeværelse av familiemedlemmer under måltidet stimulerer til økt energiinntak.

Andre studier igjen viser til at både menn og kvinner spiser bedre med familie til stede, og at kvinner spiser mer med menn til stede. (R.Labossiere 2008)

I en artikkel i ”Sykepleien Forskning” (2008) konkluderes det med at det sosiale fellesskapet under måltidet kan for mange være viktig i en ellers monoton hverdag. Personalets tilstedeværelse kan gjøre samværet rundt maten mer meningsfullt ved selv å delta under måltidet som samtalepartnere. Ved å se måltidet som en mulighet for sosialt samvær og

hygge, og ikke som et matinntak alene, kan velvære og fellesskap oppstå til tross for utfordringene. Til forskjell fra mange av pasientene er personalet delaktige i samfunnslivet utenfor sykehjemmet gjennom eget arbeid og sosialt liv. I slike samtaler kan de formidle biter av livet utenfor inn i hverdagen til beboerne.

Vi må også ta med viktigheten av preferanser i forhold til hva den enkelte liker / ikke liker, konsistensen og temperatur på maten, og mellommåltid / snacks. (M.Evans 2005)

Kunnskapen viser at fine, rene og vel-belyste omgivelser, og et rolig og sosialt måltid, kan være med på å øke matinntak for beboerne. Samtidig som det motsatte kan føre til mindre matinntak.

I praksis opplever vi også at rammen rundt måltidet har stor betydning, og forskningen understøtter praksis og erfaring.

UNDERVISNING

I artikkelen om undervisning og effekten av det, var settingen personalet og beboerne på en dementavdeling. (Suominen m.fl. 2007)

Undervisningsprosessen innebar 6 halvdags- undervisninger, hvor personale lærte å bruke og tolke MNA- skjemaet og å føre matdagbøker for beboerne. Å bruke matdagbøker og å analysere dem i tverrfaglige team, var den beste læremetoden.

Erfaringsmessig vet vi også at det å ha fokus på et tema, øker bevisstgjøringen og gjør det lettere å sette handling ut i praksis. Bergen kommune har hatt flere kurs om ernæring den siste tiden, og dette virker positivt og motiverende på personalet.

Undervisning av personale om ernæring, er viktig både for å fange opp fare for underernæring, og for å bedre / opprettholde beboernes ernæringstilstand.

I artikkelen (Suominen m.fl. 2007), ble utfallet målt med før- og etterundersøkelser av beboernes ernæringsstatus. Etter 1 år hadde beboernes gjennomsnittlige energiinntak økt med 21%, og 16%. De hadde nå god ernæringsstatus mot at ingen scorete på 'god ernæringsstatus' før prosjektet. Utdanning av personalet hadde definitivt positiv effekt på ernæringstilstanden til beboerne.

Dette blir også bekreftet av andre artikler;

"Undervisning i ernæring kan dyktiggjøre sykepleiere til å sikre beboerne tilstrekkelig matinntak." (Labossiere m.fl. 2008)

Det er også vår erfaring fra praksis.

Det er god erfaring med å ha en person på hver gruppe som er matkontakt og har et spesielt fokus på ernæring.

Vi mener derfor at det ville være naturlig med et punkt om undervisning av personale under "handling" i retningslinjene.

8 Konklusjon

Ved start av fagringen hadde vi minimal innsikt i kunnskapsbasert praksis. Vårt hovedmål var derfor å lære metoden.

Etter å ha fått undervisning om dette, har vi lært å stille spørsmål og søke etter relevant forskning i forskjellige databaser. Blant annet var det å bli kjent med Helsebiblioteket en nyttig erfaring.

Vi har fått bekreftelse på at mye av forskningen vi fant, støtter opp om både gjeldende praksis og Bergen kommunes retningslinje.

Mere kunnskap om ernæring har ført til økt bevisstgjøring på de to institusjonene. Det har blant annet vært avholdt intern undervisning av noen av gruppemedlemmene.

Det er også positivt at sykepleierne kan denne metoden, blant annet å vurdere fagartikler, når vi har sykepleiestudenter.

Vår erfaring er at dette er en meget tidkrevende metode. I en travel hverdag vil det være liten tid til både søk og lesing av fagartikler. Det som gjør det spesielt vanskelig er at artiklene ofte er skrevet på engelsk.

Hvis mer av litteraturen var oversatt til norsk, ville den vært lettere tilgjengelig.

Det har vært en positiv erfaring å jobbe i gruppe på tvers av institusjoner. Vi har hatt gode diskusjoner, oppgavene har vært fordelt på medlemmene og alle har bidratt konstruktivt. Oppgaven har blitt til under felles utarbeidelse.

Faglig sett har vi funnet at det i flere av artiklene sies at nedskrevne retningslinjer og gode rutiner, sikrer bevisstgjøring rundt ernæring. Dette vil igjen sikre at beboerne får en bedre ernæringsstatus og underernæring kan forhindres.

Bergen kommunes arbeid med retningslinjer er et viktig redskap for å oppnå dette.

Forskningen som vi har funnet viser også punkter som ikke er berørt i retningslinjen, men som vi mener burde vært med.

Blant annet:

- Screeningverktøy
- Munn og tannstell
- Undervisning
- Matkontakt

**”VI VISSTE AT DET IKKE VAR UMULIG
DERFOR KLARTE VI DET”**

Gro Harlem Brundtland

9 Referanseliste

Crogan m.fl. (2006) *Testing of the Individual Nutrition Rx assessment process among nursing home residents*

DiMaria-Ghalili m.fl.(2008) *Guideline: Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice*

Ernæring - retningslinje for oppfølging av beboernes ernæringstilstand 2008
Ernæring – retningslinje for tiltak ved bekymring for beboers ernæringsituasjon 2008
Gjelder for alders- og sykehjem i Bergen kommune

Guigoz.m.fl.,2006. "The mini nutritional assessment (MNA)Review of the literature-What does it tell us?", *The Journal and Nutrition, Health and Aging* , Vol,10:6

Kendall, m.fl. 2006. "Unintentional weight loss in the elderly"

Kendall, m.fl. 2006. *Observations: Weight and Height*

Kusoma, m.fl. 2007 *Assessment of the nutritional status among residents in a Danish nursing home – health effects of a formulated food and meal policy*

Labossiere, m.fl. 2008. *Nutritional considerations in institutionalized elders*

Nasjonale faglige retningslinjer for forbygging og behandling av underernæring 06/2009
Helsedirektoratet
www.shdir.no

Nestle Nutrition Institute. "Mini Nutritional Assessment MNA"
www.mna-elderly.com

Nestle Nutrition Institute. "Mini Nutritional Assessment MNA Veiledning for utfylling av skjema for ernæringsvurdering".
www.mna-elderly.com

"Pasientopplevelser av måltidsfellesskap i sykehjem"
http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/utskriftsvennlig?p_documento...25.03.2009

Suominen, m.fl. (2007): *The effects of nutrition education on professionals' practice and on the nutrition of aged residents in dementia wards.*

Thomas, m.fl.(2005): *Guideline: Nutritional management in long- term care: development of a clinical guideline.*

Vanderkroft,m.fl.,2007."Minimising undernutrition in the older inpatient" *Evid BasedHealth*,Vol, 5:100-181

Vanderkroft, m.fl.,2007. "Effektiveness of interventions for undernourished older

inpatients in the hospitals setting" *Best Practice JBI*, Vol, 11:2

Forkastet:

National Institute for Health and Clinical Excellence

Nutrition support in adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition
(Clinical Guideline 32, Feb. 2006)

Parveen mfl. ,2007. *Managing under-nutrition in a nursing home setting*"

10 Vedlegg

Ernæring - retningslinje for oppfølging av beboernes ernæringstilstand 2008