

Forebygging og behandling av underernæring

Pilotrapport for Slåtthaug sykehjem
2017



Tittel	Sluttrapport Slåtthaug sykehjem
Forfattere	Skjeldal Kathrine, Prosjektleder, Slåtthaug sykehjem Kristensen Birte Lamo, Virksomhetsleder, Slåtthaug sykehjem
Dato for rapporten	20.01.2017

Innhold

1.	Kort oppsummering.....	4
2.	Bakgrunn for pasientsikkerhetsprogrammet.....	4
3.	Innsatsområdet Forebygging og behandling av underernæring.....	4
	Tiltakene som pilotes.....	5
4.	Pilotprosjektet.....	6
5.	Organisering og gjennomføring av pilotprosjektet	6
6.	Måling og resultater.....	8
7.	Erfaringer.....	9
8.	Oppsummering og anbefalinger	12
9.	Referanser (hvis det er benyttet referanser).....	12
10.	Vedlegg	12

1. Kort oppsummering

Kort oppsummering av hovedpoengene i rapporten.

2. Bakgrunn for pasientsikkerhetsprogrammet

Det femårige, nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7 skal redusere pasientskader ved hjelp av målrettede tiltak i hele helsetjenesten. Programmet er et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Programmet har tre overordnede målsettinger:

1. Redusere pasientskader
2. Bygge varige strukturer for pasientsikkerhet
3. Forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten

Programmet innfører konkrete forbedringstiltak på utvalgte innsatsområder i alle deler av helsetjenesten. Hensikten med alle innsatsområdene i programmet er å peke på konkrete områder hvor man kan starte arbeidet med forbedring på lokale arbeidsplasser.

Hvert innsatsområde skal ha forbedringspotensial, tiltakene skal være kunnskapsbasert og prosesser og resultater skal registreres for å kunne dokumentere forbedring.

Mer om pasientsikkerhetsprogrammet finnes på nettsiden:

www.pasientsikkerhetsprogrammet.no

3. Innsatsområdet Forebygging og behandling av underernæring

Underernæring er en vanlig tilstand blant pasienter i sykehus, beboere i sykehjem og hjemmeboende som mottar hjemmetjenester. Underbehandlet underernæring har konsekvenser og kan i verste fall føre til for tidlig død. Underernæring utvikler seg når et ernæringsproblem ikke blir identifisert. Man kan ikke alltid se hvem som er i ernæringsmessig risiko. En standardisert risikovurdering muliggjør at tiltak kan

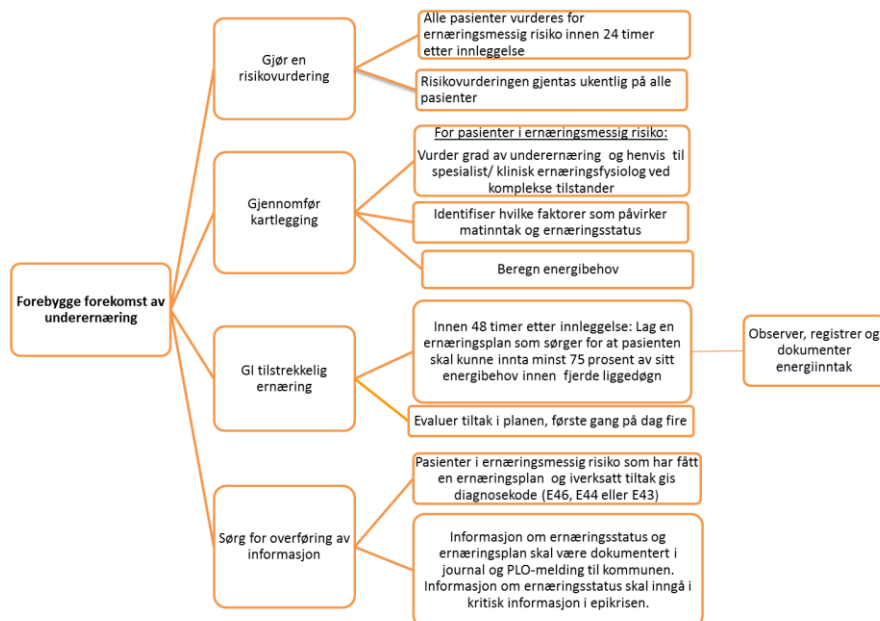
iverksettes før underernæring oppstår. Forebygging av underernæring gir helsemessige gevinster for den enkelte og økonomiske gevinster for samfunnet. Formålet med denne tiltakspakken er å tidlig fange opp pasienter som er i risiko for underernæring slik at man kan forebygge at de blir underernært. Helsepersonell kan gjøre en forskjell med enkle tiltak, og i denne tiltakspakken presenteres tiltak for å forebygge og behandle underernæring.

Tiltakene som piloteres

En tverrfaglig ekspertgruppe, nedsatt av pasientsikkerhetsprogrammet, definerte tiltak som kan bidra til å forebygge og behandle underernæring. For å se om, og hvordan, tiltakene er gjennomførbare i praksis, har det vært gjennomført pilotprosjekt ved Stavanger Universitetssykehus, Slåtthaug sykehjem, Stavanger kommune og hjemmetjenesten i Time kommune i perioden oktober 2016 – desember 2016.

Tiltakene som har blitt testet ut er:

1. Risikovurdering
2. Individuell kartlegging
3. Gi tilstrekkelig ernæring/ernæringsplan
4. Sikre overføring av informasjon



4. Pilotprosjektet

- Hvor er pilotprosjektet gjennomført?
Slåtthaug sykehjem, avd.2
- Kort om sykehuset/enheten, størrelse, pasientpopulasjon, antall pasienter, liggetid.
Slåtthaug sykehjem ligger i Stavanger kommune, Madla bydel. Sykehjemmet har 54 langtidsplasser fordelt på 2 avdelinger. Sykehjemmet har eget kjøkken og et dagsenter med ca.25-30 brukere. Det er ca.100 ansatte i virksomheten.
- Andre tjenester som er relevant å nevne.
Sykehjemmet har en spesialist i indremedisin og geriatri ansatt i 50 % stilling. Sykehjemmet har også en aktivitør i 100 % stilling.
- Var det kontekstuelle forhold som var relevante/ viktige for gjennomføring av pilotprosjektet, for eksempel prosjektorganisering el.?
Sykehjemmet har tidligere deltatt i læringsnettverk innen fall og legemiddelgjennomgang.
Prosjektleder fullførte forbedringsagentutdanning i regi av Helsedirektoratet.

5. Organisering og gjennomføring av pilotprosjektet

- Hvordan pilotprosjektet var organisert. **Hvilke oppgaver/roller ble fordelt.**
Pilotprosjektet ble gjennomført i en avdeling med 27 pasienter.
Prosjektgruppen bestod av sykehjemslege, sykepleier og helsefagarbeider, avdelingsleder, virksomhetsleder, kjøkkensjef og prosjektleder.
Måleansvarlige var prosjektleder og prosjektmedarbeider i avd.
- **Lederforankringen**
For Slåtthaug sykehjem har det vært viktig at ledere er involvert i prosjektet. Ledergruppen har vært pådriver i forhold til de oppgaver som skulle utføres i prosjektperioden. De har også lagt til rette for god gjennomføring.
Ledergruppen har og sørget for at tiltakene er blitt implementert blant annet i sykehjemmets kvalitetssystem.
Det er også startet arbeid med å utvikle egen ernæringsstrategi og innledet samarbeid med Måltidets Hus for å videreutvikle konsistentstilpasset mat (næringsrik og appetittvekkende)

Ledergruppen sørger for at resultat av målinger blir synliggjort på sykehjemmet.

- Tidsramme og ressurser.
Prosjektperioden har vart 5-6 mnd, og det er ikke tilført ekstra ressurser i perioden.
- Gjennomføring. Hva gjorde vi?
Vi startet opp mandag 3 oktober med å teste ut tiltakene på to av pasientene, de påfølgende ukene økte vi opp til 3-5 pasienter i uken.
Vi hadde ukentlige tavlemøter mandager og onsdager, dette ble raskt økt til daglige møter på ca. 15 min.
I prosjektperioden har vi hatt 4 møter med prosjektgruppen.
- Hvordan gjennomførte vi hvert enkelt tiltak?
Tiltak 1: Risikovurdering
Vi valgte ut MNA som det kartleggingsverktøyet som passet best til våre pasienter. Dette blir gjort månedlig på alle, og evaluert på alle. Dokumentert i journal.
Vi henger også opp magneter med ulike farge på risikotavlen på vaktrommet for bedre oversikt.

Tiltak 2: Individuell kartlegging

Vurder grad av underernæring: Vi har vurdert i 3 grupper: normal, i risiko og underernært.

Identifiser årsak til redusert matinntak: Pga. våre pasienter har mange og komplekse diagnoser har det vært relativt greit å finne årsak. Eks: alvorlig demens, tannstatus, høy alder og annet.

Beregn pasientens energibehov: Dette har også fungert greit, vi har ikke fokusert på proteinbehov. Vi har heller ikke hatt stort fokus på væskebehov.

Pasientens energibehov ble dokumentert i ernæringsplanen til pasienten, samt på matkortet.

Tiltak 3: Individuell ernæringsplan:

Alle våre pasienter fikk opprettet egen ernæringsplan om de var i risiko eller ikke. Vi laget også egen mal for hva vi ønsket denne skulle inneholde.

Kostregistrering var alle ansatte involvert i, og kvaliteten på registreringen ble bedre utover i prosjektet. De ble skrevet mer utfyllende etter hvert.

Vi valgte også å registrere annenhver dag på kostregistreringsskjema etter tilbakemelding fra pasientene at de følte seg mette. Noen har også varierende dagsform og har sovedager innimellom.

Tiltak 4: Overføring av informasjon

Sykehjemslegen får beskjed fra sykepleier ang.at pasient er underernært, og tilsynslegen setter diagnosekoden ICPC2- kode T05. I noen tilfeller har legen også bare satt diagnosekode T, og skrevet mer utfyllende selv.
Eks.underernæring.

6. Måling og resultater

- Beskrivelse av hvordan man har målt, dvs. indikatorer, inklusjons- og eksklusjonskriterier, metode for datainnsamling, målefrekvens, definering av konkrete mål for hver indikator osv.

Vi har laget et hjelpeskjema for å registrere målingene. Prosjektleder samt en prosjektdeltaker har gjort målinger i Extranet. Opplysninger på risikotavlene har vært til god hjelp når vi henter ut data.

Vi har målt følgende resultatindikatorer:

Andel pasienter som er undervektige. Målefrekvens hver 14 dag. Denne syns vi burde vært månedlig måling, da vi veier alle pasienter i starten av mnd.

Andel pasienter som har gått ned mer enn 5% siste 3 mnd. Målefrekvens hver 14 dag.

Vi har målt følgende prosessindikatorer:

Andel pasienter som er risikovurdert. Målefrekvens hver 14 dag

Andel pasienter som har fått opprettet individuell ernæringsplan og som er oppdatert.

Målefrekvens hver 14 dag.

- **Presenter hovedfunnene**

Det er vanskelig å si noe om resultater etter bare 3 mnd, men med et utgangspunkt på 55,5% pasienter som var i risiko/underernært, kan vi i dag si at vi har risikovurdert samtlige pasienter, og alle har fått individuell

ernæringsplan. Registrering av vekt viser at svært få av pasientene har hatt vekttap etter prosjektstart, majoriteten er stabile eller har hatt vektøkning. Vi har kun hatt en pasient som har gått ned mer enn 5 % siste 3 mnd. Vi har hatt stabil måling ift.hvor mange pasienter som er undervektige. Vi har ca.100 % måling på antall kartlegginger hver måned. Vi har ca.100% ift.hvor mange som har fått opprettet plan og hvor denne er evaluert.

- Hvordan har dere brukt resultatene i prosjektgruppen, pilotseksjonen, ledelse? Har brukt foreløpige resultater i avdelingen og gjennomgått på tavlemøter. Vi har nettopp startet opp med å presentere resultatene på resultattavle i sykehjemmets inngangsparti. Videre vil vi bruke resultatene ved hjelp av forbedringstavle i hver avdeling.

7. Erfaringer

- Beskrivelse av erfaringer underveis i piloten. Kvalitativ beskrivelse, gjerne belyst med pasienthistorier, sitater fra pasienter, ansatte eller andre interessenter. Det omfatter både kloke grep og fallgruver. Vi hadde mange forberedelser i forkant av prosjektet, blant annet e-læringskurs i ernæring, to fagdager samt kick off og internundervisninger. Ansatte følte allikevel de ikke hadde fått nok informasjon da prosjektet startet opp. Noen ansatte skjønnte heller ikke behovet for å delta i et slikt prosjekt da de følte de hadde stort fokus på ernæring fra før. «Er ikke det vi gjør godt nok?», «Vi må jo ikke fore pasientene opp heller!» «Hun har alltid vært tynn og slank» «Dette blir kjekt!» Pårørende og pasienter fikk informasjon om prosjektet på et informasjonsmøte til pårørende, og det ble tatt opp på beboerråd. Mange pårørende synes det hørt spennende ut. Underveis i prosjektet har vi og fått tilbakemelding fra pårørende og pasienter at de er redd for vektøkning.

For å finne ut hvilken avd.som skulle ha pilotprosjektet, tok vi MNA kartlegging på alle pasientene på sykehjemmet, og fant ut at vi hadde 30 av 54 pasienter som var i risiko eller var underernærte. Det utgjorde 55,5 % av pasientene. Det

var totalt 20 av 27 pasienter i den ene etg. og det ble naturlig at piloten ble kjørt i denne avdelingen.

Før prosjektstart testet vi ut tre ulike kartleggings skjema- MNA, MUST og NRS 2002, og så at for våre pasienter var MNA det som passet best. Utfordringen med MNA skjema er at vi har ikke fått det elektronisk, og det blir mye papirer etter hvert. Resultatet blir dokumenter i journal.

Vi startet rolig med få pasienter og økte opp etter hvert. Ansatte var veldig motiverte og gledet seg til å starte. Vi brukte risikotavle på vaktrommet til å holde oversikt over hvem som var kartlagt og hvem som hadde fått igangsatt behandlingsplan. Primærkontakt og sekundærkontakt fikk ansvar for kostregistreringen, pga.noen ansatte i avd.ikke var nok engasjerte i prosjektet til å begynne med. Dette gjorde at alle ansatte måtte involvere seg, samt at avd.leder, virksomhetsleder og prosjektleder var tett på og etterspurte resultater. Tavlemøter i avdelingen var svært nyttige, da vi tok opp aktuelle pasienter som var i prosjektet den uken.

Vi benyttet omtrent det samme kostregistrerings skjema som på SUS, og det ble gjort litt korrigeringer på det underveis. Kjøkkensjefen la også inn mange av menyene i kostplanleggeren.no for at de ansatte lettere kunne beregne kcal.

Det ble utarbeidet matkort i egen perm, med noen av tiltakene som ble satt i gang. Dette var til hjelp spesielt i helgene, med helgevikarer. Vi hadde ikke kostregistrering i helgene, kun fra mandag til fredag, dette med tanke på at det var fast personal som skulle gjøre dette.

Vi så at det var lurt å kostregistrere 2 hver dag, da pasientene følte på dag 3 at de hadde maten i halsen, og derfor ikke rakk opp til sitt behov. Det var også litt forvirrende i starten hvor vi skulle se på 75 % av behovet, da de ansatte ble opphengt i dette målet og ikke at de skulle nå sitt 100% mål.

Vi opplevde at det var lett å identifisere forskjellige årsaker til redusert matinntak, pga. vår pasientgruppe med mange ulike diagnoser. Vi utarbeidet en mal på behandlingsplan, men punkter som burde være med. Dette var til stor hjelp for andre sykepleiere/helsefagarbeidere som skulle lage behandlingsplan.

En stor utfordring er å følge opp videre i prosjektet, og at alle ansatte gjør de tiltakene som er satt i planen.

Pasienthistorie:

Dame 90 år kom inn fra hjemmet.

Veide da 38.4 kg- underernært

Plaget av kvalme

Fikk igangsatt individuell ernæringsplan og startet opp med bl.a afipran før måltid med god effekt. Fikk også Calogen og Fresubin næringsdrikk x 3 pr.dag. Hun ble også satt sammen med andre hun kunne prate med, og trivselen økte. Vi ser at tiltakene på henne virker og hun er nå oppe i ca 45 kg. Og det er motiverende for ansatte å se at tiltakene har effekt.

Pasienthistorie:

Pasient i Oktober veide 65.2 kg. Hun ble innlagt på sykehus med sepsis, pneumoni med pleuravæske på begge lungene mest høyre side. Vekten i November var 62.4 kg, desember 66 kg og januar 67,4 kg. Ved hjelp av individuell kartlegging og ernæringsplan har vekten tatt seg opp igjen. Hun får bla. Calogen x 2 og E+ morgen og kveld/natt.

Diagnosekoden T 05 er litt diffus, da denne betyr ernæringsproblem voksen. Sykehjemslegen skriver derfor i noen tilfeller diagnosekode T, og legger til beskrivelse til denne. Eks.underernært.

- Beskrivelse av tilbakemeldinger/ erfaringer fra relevante interessenter, som prosjektgruppen, ansatte, pasienter, pårørende eller ledelse.
Mer bevisst på brukermedvirkning etter tilbakemelding fra pasient/pårørende.
- Hva har dere lært?
Sykehjemmet har hatt økt kompetanse i alle ledd. Flere av de ansatte har tatt videreutdanning i ernæring.
Vi har innført systematiske tiltak, og samarbeidet med kjøkkenet er blitt bedre. Et resultat av prosjektet er at kjøkkenpersonalet kommer opp i avd. og anretter middagen. Da blir det lettere å få tilbakemelding direkte fra pasientene.
Risikopasienter/underernærte blir nå identifisert og tiltak blir iverksatt
Vi får videreført informasjon om underernæring ved hjelp av at diagnosekode nå blir satt.

Vi har erfart at hele personalgruppen må ansvarliggjøres og at ingen må melde seg ut.

Det har også vært bra for sykehjemmets omdømmebygging å være pilot.

8. Oppsummering og anbefalinger

Vurderinger og anbefalinger (av tiltak og indikatorer) basert på erfaringene:

- Hva bør vi ta vare på?
Alle tiltakene bør videreføres.
- Hva bør forkastes?
- Hva bør justeres?
Måling ift. undervektige bør endres, da vi ser denne ikke fungerer etter intensjonen.
Kartlegging på langtidssavdeling bør gjøres innen 1 uke etter innkomst, ikke 24 timer.

9. Referanser (hvis det er benyttet referanser)

Etter følgende format: (Forfatter(e), tittel, utgiver, utgivelsessted, årstall, evt. direktelenke)

Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring
Kosthåndboken

E-læringskurs: <http://www.utviklingscenter.no/e-laeringskurs-i-ernaering.4917705-185203.html>

10. Vedlegg

Oversikt over vedlegg, dvs. verktøy/ maler som er brukt og som kan være nyttig, for eksempel sjekklister, registreringskjemaer, prosedyrer/ rutinebeskrivelser, screeningsverktøy mv.

Matkort

MNA

Kostregistrering

Mal behandlingsplan

Matkort

Pasient/rom:

Energibehov kcal/døgn	
Væskebehov ml/døgn	
Kosthensyn	

Frokost	Lunsj	Middag	Kaffemat	Kvelds	Senkvelds/nattmat
Drikke	Drikke	Drikke	Drikke	Drikke	Drikke
Beriking	Beriking	Beriking	Beriking	Beriking	Beriking

Matkort

Pasient/rom:

Energibehov kcal/døgn	
Væskebehov ml/døgn	
Kosthensyn	

Frokost	Lunsj	Middag	Kaffemat	Kvelds	Senkvelds/nattmat
Drikke	Drikke	Drikke	Drikke	Drikke	Drikke
Beriking	Beriking	Beriking	Beriking	Beriking	Beriking

Etternavn: _____

Fornavn: _____

Kjønn: _____

Alder: _____

Vekt, kg: _____

Høyde, cm: _____

Dato: _____

Besvar undersøkelsen (screeningen) ved å fylle inn de riktige poengsifrene. Bruk tallene fra hvert enkelt spørsmål og summer. Hvis oppnådd sum er 11 eller mindre, fortsett med del II for å få en samlet vurdering av ernæringsstilstanden.

Screening, del I

A Har matinntaket gått ned i løpet av de 3 siste månedene pga nedsatt appetitt, fordøyelsesproblemer, vanskeligheter med å tygge eller svelge?

- 0 = betydelig redusert matinntak
1 = noe redusert matinntak
2 = ingen endring i matinntaket

B Vekttap i løpet av de 3 siste månedene

- 0 = vekttap over 3 kg
1 = vet ikke
2 = vekttap mellom 1 og 3 kg
3 = ikke vekttap

C Mobilitet

- 0 = seneliggende / sitter i stol
1 = i stand til å gå ut av seng / stol, men går ikke ute
2 = går ute

D Har opplevd psykologisk stress eller akutt sykdom i løpet av de 3 siste månedene?

- 0 = ja 2 = nei

E Neuropsykologiske problemer

- 0 = alvorlig demens eller depresjon
1 = mild demens
2 = ingen psykologiske lidelser

F Body Mass Index (BMI) = vekt (kg) / [høyde(m) x høyde(m)]

- 0 = BMI mindre enn 19
1 = BMI 19 til mindre enn 21
2 = BMI 21 til mindre enn 23
3 = BMI 23 eller større

Screeningresultat, del I (sumtotal maks. 14 poeng)

- 12 - 14 poeng: Normal ernæringsstatus
8 - 11 poeng: Risiko for underernæring
0 - 7 poeng: Underernært

For en mer dyptgående vurdering, fortsett med spørsmål G-R

Screening, del II

G Bor i egen bolig (ikke på alders/sykehjem eller sykehus)

- 1 = ja 0 = nei

H Bruker mer enn tre typer reseptbelagte medisiner pr dag

- 0 = ja 1 = nei

I Trykksår eller hudsår

- 0 = ja 1 = nei

J Hvor mange fullstendige måltider spiser pasienten pr dag?

- 0 = 1 måltid
1 = 2 måltider
2 = 3 måltider

K Utvalgte markører for proteininntak

- Minst en porsjon melkeprodukter (melk, ost, yoghurt) pr dag ja nei
 - To eller flere porsjoner belgfrukter eller egg pr uke ja nei
 - Kjøtt, fisk eller kylling/ kalkun hver dag ja nei
- 0.0 = hvis 0 eller 1 ja
0.5 = hvis 2 ja
1.0 = hvis 3 ja

L Spiser to eller flere porsjoner frukt eller grønnsaker pr dag?

- 0 = nei 1 = ja

M Hvor mye væske (vann, juice, kaffe, te, melk...) inntas pr dag?

- 0.0 = mindre enn 3 kopper
0.5 = 3 til 5 kopper
1.0 = mer enn 5 kopper

N Matinntak

- 0 = ikke i stand til å spise uten hjelp
1 = spiser selv med noe vanskeligheter
2 = spiser selv uten vanskeligheter

O Eget syn på ernæringsmessig status

- 0 = ser på seg selv som underernært
1 = er usikker på ernæringsmessig tilstand
2 = ser ikke på seg selv som underernært

P Hvordan vurderer pasienten sin egen helsetilstand sammenlignet med mennesker på samme alder?

- 0.0 = ikke like bra
0.5 = vet ikke
1.0 = like bra
2.0 = bedre

Q Overarmens omkrets (OO) i cm

- 0.0 = OO mindre enn 21 cm
0.5 = OO 21 til 22 cm
1.0 = OO mer enn 22 cm

R Leggomkrets (LO) i cm

- 0 = LO mindre en 31 cm
1 = LO 31cm eller større

Screening, del II (maks. 16 poeng)

Screening, del I

Samlet vurdering, del I + del II (maks. 30 poeng)

MNA resultat

- 24 til 30 poeng Normal ernæringsstatus
17 til 23.5 poeng Risiko for underernæring
Mindre enn 17 poeng Underernært

Kostliste Energibehov: _____ kcal/døgn Væskebehov: _____ ml/døgn Vekt: _____ kg (____/____) Kosthensyn: _____

Noter alt som spises og drikkes. Viktig at man inkluderer type næringsdrikker, tilskudd og pulver. Husk å summer kcal etter hvert måltid.

Dato:	Frokost	Kcal	Middag/Dessert	Kcal	Ettermiddag	Kcal	Kveldsmat	Kcal	Annet	Kcal	Total kcal
	SUM kcal		SUM kcal		SUM kcal		SUM kcal		SUM kcal		

Dato:	Frokost	Kcal	Middag/Dessert	Kcal	Ettermiddag	Kcal	Kveldsmat	Kcal	Annet	Kcal	Total kcal
	SUM kcal		SUM kcal		SUM kcal		SUM kcal		SUM kcal		

Dato:	Frokost	Kcal	Middag/Dessert	Kcal	Ettermiddag	Kcal	Kveldsmat	Kcal	Annet	Kcal	Total kcal
	SUM kcal		SUM kcal		SUM kcal		SUM kcal		SUM kcal		

Dato:	Frokost	Kcal	Middag/Dessert	Kcal	Ettermiddag	Kcal	Kveldsmat	Kcal	Annet	Kcal	Total kcal
	SUM kcal		SUM kcal		SUM kcal		SUM kcal		SUM kcal		

Forslag til ernæringsjournal mal:

Det opprettes et problemområde på ernæring.

Underernært, risiko for underernæring eller overvekt (alt etter MNA screening)

PRB: Eks: Risiko for underernæring

MÅL: Eks: Dekke sitt energibehov eller ingen vektnedgang

- BMI og vekt
- Antall kalorier/kg/døgn som velges. (Oppegående, sengeliggende, vektøkning)

Der dokumenteres om der trekkes 10% fra eller til i forbindelse med alder og vekt tilstand.

Eks:

Pas.har en BMI på 19.3, ev vekt på 55.9 kg

Skal ha 35 kcal/kg/døgn=1956.5 kcal

Grunnet alder -10%, men grunnet undervekt +10%= 1956,5 kcal/døgn

Tiltak: Nødvendige tiltak opprettes.

Eks. på tiltak:

- Månedlig MNA screening
- Vekt x 1 pr mnd.
- Spisesituasjon
- Brukermedvirkning
- Kostregistrering 3 dager
- Behov for mellommåltider?
- Behov for beriking?
- Matkort

Evaluering:

Planen skal evalueres **månedlig**.

Tiltak MNA skal evalueres månedlig. Resultatet av MNA skrives under evaluering av dette tiltaket.

Eks:

Pas.er gått ned 0.5 poeng i MNA fra sist, og ligger nå på 17.5 poeng.

Pas.har blitt mer immobil siden sist MNA, men ellers ingen endringer. Har stadig perioder hvor hun sover det meste av døgnet, og er like plaget med hallusinasjoner.

Ingen endring i tiltak

Ny MNA kartlegging om en måned.

Evaluer også kostregistrering når dette er utført i 3 dager. Denne evalueringen skal inneholde:

- 3 dagers registrerte Kcal inntak.
- Oppnår de 100%, hvis ikke, hva skyldes dette?
- Evt. hvor mye Kcal skyldes beriking.