



"MATEN E GOD DEN, DET E'KJE DA....."

Underernæring i sykehjem og hjemmetjeneste
- en praktisk veileder

Hilde Johansson og Ellen Mogård Larsen
Utviklingssenter for sykehjem i Nordland

Foto: Kristian Sivertsen
Design: Spiren Design og Foto AS

FORORD OG BAKGRUNN

Fokus på ernæring hos pasienter i sykehjem og hjemmetjeneste

Dette heftet er en praktisk veileder i ernæring for medarbeidere på sykehjem og i hjemmetjenesten i Nordland.

Helsedirektoratet utgav i 2009 Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, med klare anbefalinger for å identifisere, forebygge og behandle underernæring.¹ I dette heftet henviser vi til disse retningslinjene med sidetall. Ernæring er definert som et nasjonalt satsingsområde for pleie- og omsorgstjenestene. Dette arbeidet er også høyt prioritert av Utviklingssenter for sykehjem i Nordland – vi er pådriver for økt kunnskap og høyere kvalitet i sykehjemmene i fylket.

Statens helsetilsyns samlerapport fra 2010 konkluderer med at kun en tredjedel av helse- og sosialtjenestene i norske kommuner oppfyller aktuelle lovkrav til adekvat tilsyn.² Tilsynet fant meget store mangler i det daglige arbeidet med å forebygge og behandle underernæring hos eldre som mottok sosial- og helsetjenester. De aller fleste kommunene manglet en innarbeidet praksis for kartlegging og evaluering av ernæringsstatus til sine pasienter. Det som var definert som ønsket praksis, var ikke tilstrekkelig kjent.

Etter Helsetilsynets oppfatning er det en reell fare for at eldre med ernæringsproblemer ikke blir fanget opp av kommunens tjenesteapparat, og at de dermed heller ikke får nødvendig hjelp til å få dekket sitt grunnleggende behov for mat og drikke. I de tilfeller der brukere med ernæringsproblemer blir fanget opp, kan mangelfull kompetanse og dokumentasjon føre til at hjelpen som blir gitt til den enkelte, ikke er tilstrekkelig.³

¹ Krevende oppgaver med svak styring Rapport fra Helsetilsynet 2011/5

² Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, IS-1580 Helsedirektoratet 2009

³ Vurdering og oppfølging av ernæringsstatus ved Undervisningssykehjemmet Helgeland, Bodil L. Lillegaard, 2008

I 2008 fikk Eldrerådet i Alstahaug Frie midler fra Undervisningssykehjemmet Helgeland for å sette søkelys på ernæring på sykehjem. Prosjektleder var Bodil L. Lillegaard. Prosjektet resulterte i rapporten:

“Vurdering og oppfølging av ernæringsstatus ved Undervisningssykehjemmet Helgeland”.

Lillegaard intervjuet pasienter og pårørende, kjøkkenpersonale, sykepleiere, hjelpepleiere og ledere ved fire sykehjem på Helgeland. Undersøkelsen bygget på en kvalitativ metode med strukturerte intervjuer.

I rapporten blir det konkludert med bl. a dette:

Det fantes ikke rutiner for veiing av pasienter eller spesielle tiltak ved urovekkende ernæringsstatus. Tiden mellom kveldsmat og frokost kunne gi en nattefaste på opptil 14 timer. Ansvarsforhold vedrørende ernæringsarbeid var uavklart. Dokumentasjonen var mangelfull, og sykehjemmet hadde ikke kontakt med ernæringsfysiolog. Sykehjemslegen var i liten grad involvert i ernæringsarbeidet.

Rapporten ble første gang presentert på Utviklingssenterets Vårkonferanse 2008 og dannet et godt utgangspunkt for det videre arbeidet med ernæring på sykehjemmene. Foredraget fikk en utfordrende tittel:

“Maten e god den, det e’kje da.....”

Sitatet er fra et intervju med en av sykehjemspasientene, som tydelig forteller oss at det for pasienten ikke er nok at maten smaker godt. Ernæringsarbeid handler om mye mer enn mat og måltider. Det handler også om det levde livet – om sorgen og savnet over det som en gang var.

Vi håper dette heftet kan bli til inspirasjon og hjelp i ernæringsarbeidet til alle i sykehjem og i hjemmetjenesten.

Vi takker forsker Inger Therese Lillegaard, Avdeling for ernæringsvitenskap, Universitetet i Oslo, for god veiledning i utarbeidelse av heftet. Vi takker også alle som samtykket til fotografering.

Hilde Johansson
Fagutviklingssykepleier

Ellen Mogård Larsen
FoU-leder

OM EG VERT GAMAL

Om eg vert gamal
så vil eg ha mat kvar dag,
for eg er glad i mat.
Eg vil ha potet av den mjølne sorten,
kjøtt og fisk, mest fisk
for det er eg vant med.

Om eg vert gamal
så vil eg være rein når eg skal ete.
Eg vil ha fine fat,
dukar og blomer,
og i mørke dagar
vil eg ha levande lys.

Om eg vert gamal
og ikkje vinn det sjøl
må du ha god tid til meg.
Då må det være berre du og eg-
eg vil sitje godt-
du må og sitje godt.
Og la det være stilt når eg et.

Gje meg berre litt i gongen
så eg kan ta tid
og nyte den gode smaken.
Kan hende vil eg ha meir-
Ta med mykje saus.
Då vert det lettare å ete.
Innimellom må du by meg drikke-
små munnar med kaldt vatn
gjer meg så godt.
Du treng ikkje by meg dessert,
men frukt vaks eg opp med
så gje meg det
eg vaks opp med.

Om eg vert gamal
og har ein dårleg dag,
vær ven og by meg noko godt.
Ei god suppe- eller rødgule molter
fra holmane,
med fløyte på.
Fortel meg når du plukka ho,
så eg kan sjå det inni meg,
som eg gjorde
då eg var ei lita jente.

Gje meg noko så eg ikkje
føler meg så kraftlaus og arm.
Men ikkje spør så mykje
kva eg vil ha-
Eg orkar ikkje svare.

Om eg vert sjuk,
og ikkje i stand til å
seie deg noko,
må du hugse kva eg ville,
om eg vert gamal.

Kan du gjera stunda god for meg?

Av Ellen Mogård Larsen

INNHold

Forord og bakgrunn for prosjektet	4
Identifisering og kartlegging av underernærte pasienter	9
Eksempel fra hjemmetjenesten	10
Eksempel fra sykehjem	17
Ved livets slutt	22
Dokumentasjon	23
Hvordan kan vi bli bedre i ernæringsarbeidet?	25
Henvisninger	26
Avrivningsark til daglig bruk	



IDENTIFISERING OG KARTLEGGING AV UNDERERNÆRT PASIENT

"Alle pasienter som er innskrevet i sykehjem/ institusjon og hjemmesykepleie skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak og deretter månedlig, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg."⁴

Helsepersonellovens § 4 gir en tydelig definisjon av plikten til forsvarlighet. Loven innebærer at helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp, har et helhetlig ansvar for pasienten.

Studier viser at KMI-verdien for eldre personer bør være:

24-29 = normalvekt

under 22 = undervekt

For å identifisere, forebygge og behandle underernæring er det viktig å kartlegge:

- **Ernæringsstatus** for å vurdere om pasienten er i en ernæringsmessig risiko. Det innebærer en registrering av pasientens høyde, vekt/vektutvikling, kroppsmasseindeks (KMI) og ernæringsrelaterte data – og til slutt en evaluering av de registrerte data. Det finnes flere gode verktøy som kan brukes, blant annet en **Ernæringsjournal**
- **Energi- og væskebehov** – jf. retningslinjer fra Statens ernæringsråd. Det må gjøres korrigeringer for ulike aktivitetsnivåer og eventuell sykdomstilstand.
- **Energi- og væskeinntak** skjer ved hjelp av kostregistrering. Hva er det pasienten egentlig får i seg av mat og drikke i løpet av døgnet?
- **Individrettede tiltak** innebærer en plan som angir oppstart, opptrapping, oppfølging og avslutning av ernæringsbehandlingen. Tiltak som skal igangsettes bør vurderes i prioritert rekkefølge – jf. **Ernæringstrappen**

⁴ Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, IS-1580, Helsedirektoratet 2009, side 16, 17, 40-52, 57-59

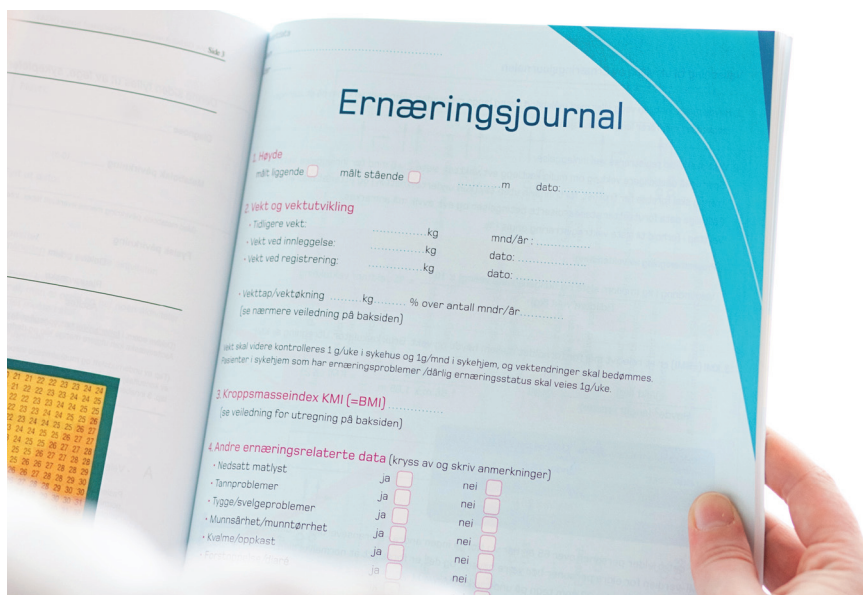
LÆRINGSEKSEMPEL FRA HJEMMETJENESTEN

Jens er enkemann, 81 år og bor alene i egen bolig. Kona døde for ett år siden, og hans tre barn bor langt unna hjemstedet. De er hjemme i ferier og ved høytider.

Pårørende kontaktet hjemmetjenesten for fem måneder siden fordi faren var blitt merkbart tynnere og allmenntilstanden var svekket. Jens fikk vedtak fra hjemmetjenesten om daglig tilsyn, ukentlig hjemmehjelp og tilbud om daglig middagsutlevering fra kommunens Sentralkjøkken.

Hjemmetjenesten observerer at Jens i varierende grad spiser middagen. De har ikke tid til å være sammen med ham mens han spiser. Hjemmehjelpen som hjelper Jens med å handle, er bekymret for at Jens spiser lite. Hun kaster ukentlig en god del av maten i kjøleskapet. Flere av dem som jobber i hjemmetjenesten, synes Jens virker nedfor. Når det gjelder dokumentasjonen i journalen, er den mangelfull om disse forholdene.

Disse eksemplene er satt sammen av ulike problemstillinger som vi har erfart i praksis. Pasientnavn er ikke reelle. Tiltak og resultater er også satt sammen av erfaringer fra flere pasienter.



Hvordan går vi fram?

Vi starter med en avklarende samtale med Jens. Underveis fyller vi ut ernæringsjournalen, som er et godt hjelpemiddel for å stille viktige spørsmål. På denne måten kartlegges årsakene til vektnedgang og svekket allmenntilstand. Det må settes av god tid, og det er viktig å fortelle Jens at vi gjør dette fordi både vi og barna hans er bekymret og ønsker å bidra til at han skal få en bedre hverdag. En god samtale vil avdekke om Jens føler seg ensom. Er han deprimert? Har han et sosialt nettverk? Ønsker han støttekontakt? Er han kjent med at han har mulighet for å søke plass i omsorgsbolig? Hva er Jens sine ønsker?

Befinner Jens seg i ernæringsmessig risiko?

Vi benytter oss av ernæringsjournalen for å vurdere om Jens er i ernæringsmessig risiko. Journalen er enkel å forstå og et godt verktøy til bruk for personalet i samtale med Jens.

Høyde, vekt og vektutvikling:

Jens er 180 cm høy og veier nå 71 kg. $KMI = \frac{\text{Vekt } 71 \text{ kg}}{\text{Høyde } 1,8 \text{ m} \times 1,8 \text{ m}} = 21,9$

Kroppsmasseindex (KMI)

En KMI på 21,9 viser at Jens er på grensen til undervekt. Ifølge ham selv hadde han en stabil vekt på 82 kg før kona døde. Det vil si at Jens har hatt et vekttap på 11 kg det siste året.

Andre ernæringsrelaterte data

Gjennom samtalen med Jens får vi avdekket at han har nedsatt matlyst på grunn av ensomhet og lite sosialt fellesskap. Tannprotesen har blitt romslig på grunn av vektnedgang og generelle aldersendringer. Tyggefunksjonen er derfor svekket.

Blodprøver og legeundersøkelse for å utelukke/bekreftede annen sykdom eller mangeltilstander

Vi oppfordrer Jens til å bestille time hos fastlegen sin. Legeundersøkelsen viser at Jens ikke har noen fysiske sykdommer. Blodprøvesvar bekrefter imidlertid at Jens har for lav hemoglobin, og fastlegen rekvirerer oppstart av behandling med jerntilskudd.

Legeundersøkelsen er ikke en del av ernæringsjournalen, men våre erfaringer tilsier at det er viktig å få legen involvert i pasientenes ernærings situasjon på et tidlig tidspunkt. Vi får også utelukket/bekreftet bakenforliggende sykdommer, slik at eventuell behandling kan startes raskest mulig.

Tannstatus

Jens får time hos tannlegen for å få tilpasset protesen. Etter tilpasning blir tyggefunktjonen merkbart bedre, og Jens kan spise normalt igjen.

TOMMELFINGERREGEL

Energibehov

- 30 kcal pr. kg kroppsvekt pr. dag for å holde vekten
- 40 kcal pr. kg kroppsvekt pr. dag for å gå opp i vekt

Væskebehov

- 30 ml pr. kg kroppsvekt pr. dag for væskebehov.

Væskemengde er all drikke og det som er av væske i maten.

Hvilket energi- og væskebehov har Jens?

Jens veier nå 71 kg. Vi bruker tommelfingerregelen:

Energibehov på $30 \text{ kcal} \times 71 \text{ kg} = \underline{2130 \text{ kcal pr. dag}}$

Væskebehov på $30 \text{ ml} \times 71 \text{ kg} = \underline{2130 \text{ ml væske pr. dag}}$

Behovet for energi er større når vi ønsker at Jens skal opp i vekt, så han må få i seg mer enn 2130 kcal pr. dag.

Vi går ikke inn på beregning av proteinbehov da dette ikke er en problemstilling hos Jens. Med et variert og balansert kosthold får de aller fleste pasienter i seg nok proteiner for å dekke dagsbehovet.

Hva spiser og drikker Jens?

Det finnes ulike skjemaer for å registrere dagens energi- og væskeinntak. Vi har valgt kostregistrering med mengdeangivelse på et vanlig ark, og vi bruker matvaretabellen i Mat på Data for kalori- og væskeberegning. Programmet Mat på Data lastes ned gratis fra www.matportalen.no; vår erfaring er at det er enklere å bruke og mer nøyaktig enn kostregistrerings skjemaene vi har sett. Det er viktig å huske at det kun er maten som blir spist og drikken som blir drukket som skal registreres.

Det kan være utfordrende å gjennomføre en slik registrering for pasienter som bor hjemme. Her kan pårørende spille en viktig rolle. Vår erfaring er at pårørende i stor grad ønsker å bidra med praktisk hjelp i de fleste situasjoner.

Datteren til Jens var hjemme på ferie og stilte seg svært positiv til å bruke tre dager av ferien til å hjelpe faren med registrering av energi- og væskeinntak. Vi i hjemmetjenesten beregnet kaloriinntaket ved hjelp av Mat på data.

Etter en uke gikk vi gjennom registreringen og beregningen sammen med Jens og datteren. Selv om datterens besøk medførte at Jens spiste bedre, viste det seg at Jens ikke fikk dekket sitt energi- og væskebehov.

Hva kan vi gjøre for at Jens skal øke i vekt?

Samtalene med Jens og datteren gav oss viktige opplysninger som dannet grunnlag for videre oppfølging og tiltak. Det at tannprotesen var blitt romslig, førte til svekket tyggefunksjon og sår munn.

Jens gav sterkt uttrykk for at han føler seg ensom, og det å spise alene fører til svekket appetitt. De gjenlevende i omgangskretsen til Jens bor ikke i umiddelbar nærhet, og det gjør at det sosiale fellesskapet er blitt svekket. Han føler seg også utrygg med å bo alene, med ansvar for vedlikehold, snømåking osv. Jens er blitt dårligere til beins og er engstelig for å falle, noe som igjen fører til redsel for å gå ut alene.



Individrettede tiltak:

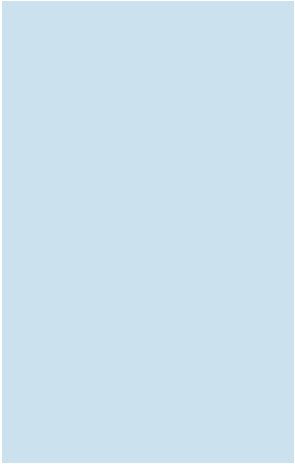
Vi bruker ernæringsstrappen som hjelpemiddel for å komme fram til nødvendige tiltak for Jens.

- Vi endrer de daglige tilsynsbesøkene til det tidspunktet Jens får middag, men bruker ikke lenger tid på tilsynene enn tidligere. På den måten får Jens besøk og noen å snakke med under middagen.
- Medisinering med jerntilskudd får opp hemoglobinnivået slik at Jens får mer overskudd og økt appetitt.
- Informasjon om jernrike matvarer som leverpostei, brokkoli og blodmat.
- Jens får fortsatt middag hver dag fra Sentralkjøkkenet.
- Jens bor fortsatt hjemme, men han har fått støttekontakt som tar ham med seg til ulike arrangementer på eldresenteret. Her arrangerer frivillige organisasjoner eldrekafé, trim for eldre og lignende.

- Jens er innforstått med at han må ha ekstra beriket kost i en periode, inntil han har gått opp til normalvekt igjen. Beriking av kost kan gjøres på ulike og enkle måter: beriket drikke, kaloririkt drikke eller kaloririk mat. Næringsdrikke fungerer bra både i institusjon og for dem som bor hjemme. Maten berikes med enkle grep. Pasientene som har spist lite over en lang periode og har dårlig matlyst, må ha ekstra næringsrik kost. **Tenk økt kaloriinntak og ikke økt volum!**
- Fete meieriprodukter som helmelk, smør, seterrømme og fløte er kaloririke og gir god smak på maten. Tilsetning av en beskjeden mengde olje som er uten smak, bidrar også til en betydelig økning av kaloriinntaket. Bruk av ekte majones gjør at kjøttpålegget smaker bedre, det øker kalorigmengden uten å øke volumet, og brødskiven blir lettere å tygge.
- I samarbeid med Sentralkjøkkenet, Jens og fastlegen hans utarbeider hjemmetjenesten en konkret plan over Jens' væske- og ernæringsbehov for å få til en vektoppgang. Jens får inngående informasjon om hvordan han selv kan berike brødmåltidene og sitt daglige drikke. Jens får næringsdrikke på resept hos fastlegen og bruker næringsdrikket som et mellommåltid.
- Personalet i hjemmetjenesten har ansvar for ukentlig veiing og dokumentasjon i journalen.
- Personalet får nødvendig opplæring i forebygging og behandling av underernærte pasienter.

Resultater

- Jens hadde en vektoppgang på 2 kg den første måneden, deretter en gjennomsnittlig månedlig vektoppgang på 1 kg. Etter et knapt år var han tilbake til sin normalvekt på 82 kg, og tiltakene med ekstra beriking kunne avsluttes. Vektregistrering ble opprettholdt, men redusert til veiing månedlig.
- Det sosiale livet til Jens forbedret seg betydelig etter at han fikk støttekontakt og kom seg ut på sosiale arrangementer. Økt fellesskap med andre eldre reduserte ensomhetsfølelsen og førte til økt appetitt.
- Tyggefunksjonen ble bedret etter tilpasning av tannprotese.
- Gjennom nødvendig opplæring ble personalet i hjemmetjenesten tryggere på hvordan de skulle identifisere og behandle underernæring.
- Personalet observerte at tiltakene virket, fordi veiing og dokumentasjon i journalen ble fulgt opp over tid.



LÆRINGSEKSEMPEL FRA SYKEHJEM

Toril er 79 år og sykehjemspasient. Hun har vært enke i 15 år og har fire barn, to av dem bor i nærheten. Hun har ofte besøk av barna sine.

Toril fikk vedtak om plass på sykehjemmet for åtte måneder siden. I løpet av de siste årene har hun hatt flere små drypp, noe som har svekket hennes fysiske og kognitive funksjoner. Hun har i 25 år hatt en dårlig regulert Type 2-diabetes, som nå reguleres med insulin. På venstre fot har Toril et kronisk leggsår, en komplikasjon av hennes diabetes. Hun spiser selv, men har dårlig appetitt.

Personalet på sykehjemmet observerer at Toril har varierende matinntak, men journalen hennes inneholder utilstrekkelig informasjon om hva og hvor mye hun egentlig spiser. Det virker som om klærne hennes er blitt mer romslige den siste tiden. Pårørende er bekymret for morens ernæringstilstand.

Disse eksemplene er satt sammen av ulike problemstillinger som vi har erfart i praksis. Pasientnavn er ikke reelle. Tiltak og resultater er også satt sammen av erfaringer fra flere pasienter.

Hvordan går vi fram?

Vi starter med en avklarende samtale med Toril og hennes pårørende. Ettersom Toril har kognitiv svikt, er det viktig at pårørende er til stede under samtalen for å komplettere med nødvendige opplysninger. Vi bruker ernæringsjournalen⁵ gjennom hele samtalen for å stille viktige spørsmål og kartlegge hvilke utfordringer vi står overfor. Hvordan opplever Toril og pårørende spisesituasjonen? Er hun komfortabel med å sitte sammen med de andre pasientene under måltidene? Trenger hun assistanse eller klarer hun å spise selv? Hvilke matvaner har hun hatt tidligere? Er hun deprimeret? Har hun smerter på grunn av leggsårene?

Befinner Toril seg i en ernæringsmessig risiko?

Vi benytter oss av ernæringsjournal for å vurdere om Toril er i en ernæringsmessig risiko. Journalen er enkel å forstå og nyttig i samtale med Toril og hennes pårørende.

⁵ Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, IS-1580, Helsedirektoratet 2009, s. 9

Høyde, vekt og vektutvikling:

Toril er 169 cm høy og veier nå 59 kg. $KMI = \frac{\text{Vekt } 59 \text{ kg}}{\text{Høyde } 1,69 \text{ m} \times 1,69 \text{ m}} = 20,6$

Kropps masseindex (KMI)

En KMI på 20,4 viser at Toril er undervektig. Ifølge henne selv og pårørende har hun hatt en nokså stabil vekt på 68 kg som voksen. Toril har dermed hatt et vekttap på 9 kg det siste året.

Andre ernæringsrelaterte data

Gjennom samtale med Toril og hennes pårørende avdekker vi at:

- Hun har nedsatt matlyst fordi hun mistrives sammen med de pasientene hun spiser med. Noen av de andre pasientene søler mye med maten og hoster over bordet, og dette opplever Toril som ekkelt og lite appetittvekkende.
- Hun blir sjelden spurt om hva hun egentlig ønsker å spise.
- Hun føler seg i dårlig form og har dårlig appetitt.
- Hun har av og til smerter fra leggsårene, noe som reduserer matlysten.
- Tyggefunksjonen er bra og tannprotesen er uproblematisk.

Blodprøver og legeundersøkelse

for å utelukke/bekreftede annen sykdom eller mangeltilstander.

På visitt med sykehjemslegen diskuterer vi Toril og hennes situasjon. Legen rekvirerer blod- og urinprøver for å avdekke ernæringsstatus, foretar en generell undersøkelse og tar en gjennomgang av medisinene hun går på. Det er ingen tegn på at Toril har andre fysiske sykdommer ut over diabetes. Blodprøvesvar bekrefter at Toril har litt for høyt langtidsblodsukker og at hun har litt utslag på sukker i urinen.

Det blir bestemt at vi skal ta døgnkurvemålinger på blodsukkeret for å se hvordan det varierer. Målingene viser at fastende blodsukker er noe forhøyet, så legen øker kveldsdosen med insulin. Toril får smertestillende medikamenter som hun kan ta ved behov.

Hvilket energi- og væskebehov har Toril?

Toril veier nå 59 kg. Vi regner nå ut energi- og væskebehov for at hun ikke skal gå ytterligere ned i vekt:

Energibehov på $30 \text{ kcal} \times 59 \text{ kg} = 1770 \text{ kcal pr. dag}$

Væskebehov på $30 \text{ ml} \times 59 \text{ kg} = 1770 \text{ ml væske pr. dag}$

Proteinbehov på $1 \text{ g} \times 59 \text{ kg} = 59 \text{ g protein pr. dag}$

Toril har kroniske leggsår. For å oppnå god sårtilheling er det spesielt viktig å dekke hennes økte proteinbehov. Ved sår og brudd er behovet for proteiner større.

For å oppnå ønsket vektoppgang må vi øke hennes energiinntak.

TOMMELFINGERREGEL

Energibehov

- 30 kcal pr. kg kroppsvekt pr. dag
- 40 kcal pr. kg kroppsvekt pr. dag for å gå opp i vekt

Væskebehov

- 30 ml pr. kg kroppsvekt pr. dag for væskebehov.

Væskemengde er all drikke og det som er av væske i maten.

Proteinbehov

- 1 g pr. kg kroppsvekt pr. dag

Hva spiser og drikker Toril?

Vi registrerer Torils mat- og væskeinntak på et vanlig ark. Deretter bruker vi data-programmet som hjelpemiddel for å beregne kalorier, væskeinntak og proteinmengder. (se s.13)

To medarbeidere får ansvar for kostregistrering over tre dager. De blir forklart at det kun er det som faktisk blir spist og drukket som skal registreres.

Etter en uke går vi gjennom kostregistreringen og beregningen sammen med Toril, hennes pårørende og sykehjemslegen. Til tross for at personalet har hatt større fokus på ernæring på registreringsdagene, viser det seg at Toril likevel ikke får dekket sitt energi-, protein- og væskebehov.

Hva kan vi gjøre for at Toril skal øke i vekt?

Samtalene med Toril og hennes pårørende gir oss viktige opplysninger som danner grunnlag for videre oppfølging og tiltak. Toril sier at hun synes det er ubehagelig å sitte i lag med så mange på stua under måltidene – hun opplever at hun ikke blir sett som enkeltmenneske, men kun som en del av pasientgruppen. Hun har smerter i perioder og føler seg slapp og tiltaksløs. Summen av dette fører til svekket appetitt.

Individrettede tiltak:

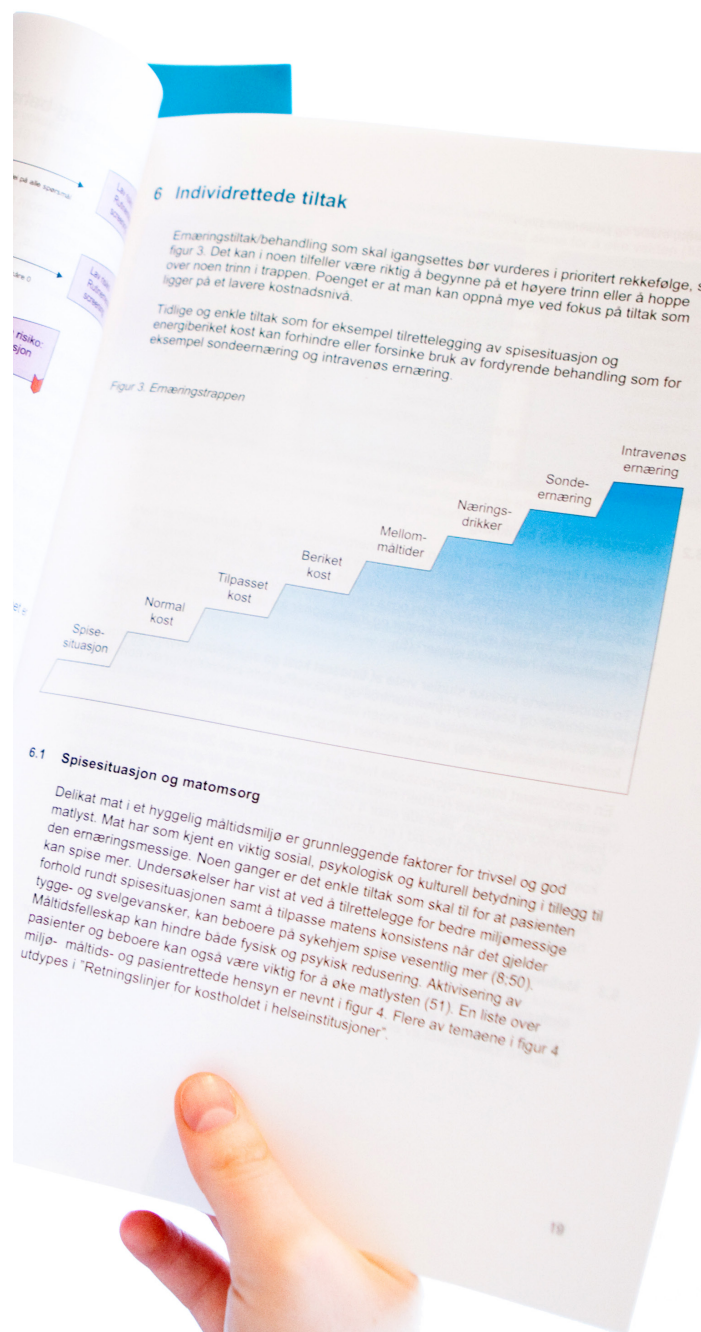
Vi bruker Ernæringstrappen⁶ som hjelpemiddel for å komme fram til nødvendige tiltak for Toril.

- Toril får tilbud om å spise måltidene på rommet. Når hun ønsker å spise på stua, får hun selv velge seg plass rundt bordet.
- Insulindosen om kvelden blir økt, slik at blodsukkeret kommer innenfor akseptable verdier. Dette fører også til at leggsårene begynner å gro.
- Toril og hennes pårørende forstår at hun må ha beriket kost i en periode, inntil hun igjen oppnår normalvekt. Som beskrevet tidligere, kan kosten berikes på ulike måter – **men det er avgjørende å huske at det er kaloriinntaket og ikke matvolumet som skal økes!** I samarbeid med Sentralkjøkkenet, Toril og sykehjemslegen utarbeider personalet en konkret plan over Torils væske- og ernæringsbehov for å oppnå ønsket vektoppgang. Toril får proteinberiket næringsdrikke som mellommåltid for å bedre sårtilhelingen.
- Personalet på sykehjemmet får ansvar for ukentlig veiing og dokumentasjon i journalen.
- Personalet på sykehjemmet måler blodsukker når det er nødvendig og gjennomfører jevnlig døgncurvemålinger.
- Personalet får nødvendig opplæring i forebygging og behandling av underernærte pasienter.

⁶ Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, IS-1580, Helsedirektoratet 2009, s. 19

Resultater

- Toril gikk opp 3 kg den første måneden, deretter en gjennomsnittlig månedlig vekttoppgang på 1 kg. Etter syv måneder var hun tilbake til sin normalvekt, og man kunne slutte med ekstra beriking av kosten. Vektregistrering ble opprettholdt, men redusert til månedlig veiing.
- Toril ble i større grad sett som enkeltmenneske etter at personalet ble gjort oppmerksom på hvordan hun følte seg under fellesmåltidene.
- Leggsårene ble betraktelig bedre på grunn av akseptable blodsukkerverdier og proteinberiket næringsdrikke.



VED LIVETS SLUTT

Innen aktiv ernæringsbehandling vil det oppstå etiske problemstillinger som det er viktig for helsepersonellet å drøfte åpent. Hvor går grensen for å starte aktiv ernæringsbehandling? Når skal man avslutte påbegynt behandling? De som til daglig pleier pasienten, har ofte velfunderte meninger om dette. Det er viktig at slike spørsmål blir drøftet, at man tilstreber enighet mellom de involverte parter, og at man forstår at faglige, etiske og juridiske vurderinger kan bli utfordret.

Pasientens samtykke står sentralt i alle behandlingsavgjørelser. I den siste livsfasen der dette kan være vanskelig eller umulig, er det viktig at de pårørende, pleiepersonalet og sykehjemslegen drøfter dette i fellesskap. Pårørende må alltid involveres i denne fasen.

De nasjonale faglige retningslinjene lister seks spørsmål som vil bidra til en etisk tilnærming i beslutningsprosessen:

1. Hva er de etiske problemene i dette konkrete tilfellet?
2. Hva er fakta?
3. Hvem er de berørte parter og hva er deres syn og interesser?
4. Hva er relevante verdier og prinsipper, erfaringer fra lignende situasjoner og juridiske føringer?
5. Hvilke behandlingsalternativer er det?
6. Drøft ovenstående. Formuler ett eller flere akseptable handlingsalternativer og en velbegrunnet konklusjon

I Norge skjer 40 % av alle dødsfall i sykehjem, som har lang tradisjon for å gi god omsorg ved livets slutt. I den aller siste livsfasen er det viktigst at pasienten får god lindrende behandling slik at livskvaliteten kan forbli så god som mulig.

For mange er mat og måltider uttrykk for omsorg og kjærlighet. Mat forbindes med liv. «Når man ikke lenger får i seg mat, dør man,» har vi ofte hørt pårørende si. Derfor oppleves ofte denne prosessen som vond og vanskelig. Pårørende trenger god informasjon og støtte i denne tiden, og må få være deltakere i beslutningsprosessen. Man må heller hjelpe pårørende til å tenke: «Den jeg er glad i er i ferd med å dø, derfor spiser de ikke.» I denne tiden trenger kroppen ro og hvile, og tilførsel av mat vil gjerne kunne gi ubehag for pasienten.

Intravenøs væsketilførsel kan i livets slutfase forårsake åndenød og kvalme/oppkast. Som hovedregel trenger de fleste pasienter ikke intravenøs væsketilførsel i livets slutfase.

Tørste og munntørrehet er plager man kan få i forbindelse med dehydrering i den siste livsfasen. Dette lindres best ved å gi væske gjennom munnen. Med god veiledning kan pårørende være delaktig i å gi små munnfuller med vann, eller bare fukte munnen til pasienten.

DOKUMENTASJON

Kommunene har ansvar for å sikre at ernæring er en del av behandlingstilbudet. Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp.⁷ Det er behov for å avklare roller og ansvar på egen arbeidsplass.

Ansvarlig sykepleier har ansvar for kartlegging, identifisering og tiltak innen ernæring og at dette dokumenteres i pasientjournalen. Pleiepersonellet har dokumentasjonsplikt i alle forhold som omfatter pasienter – også ernæringsarbeidet. Man skal bruke det dokumentasjonssystemet som allerede er etablert, slik at tiltakene for hver pasient kan kvalitetssikres. Dette kan være avgjørende også dersom pasienten skal innlegges på sykehus eller overføres til et annet tjenestenivå i kommunen.

God dokumentasjon ivaretar pasientens sikkerhet og sikrer kontinuitet og kvalitet i pleien. Pasientjournalen er også et juridisk dokument; det synliggjør det faglige ansvaret vi har overfor pasienter som er utsatt for ernæringsmessig risiko.

⁷ Helsepersonelloven § 4



HVORDAN KAN VI BLI BEDRE I ERNÆRINGSARBEIDET?

Utviklingscenterets undersøkelser viser at medarbeiderne innen pleie og omsorg ønsker flere tiltak for kompetanseheving innen ernæring. Behovet inkluderer kunnskap om pasienter i risikogruppe for underernæring, ernæringslære, individuelt tilrettelagt kosthold, ernæringens rolle i aldringsprosessen, om rammer rundt måltider, mat og kultur, og om pasientenes egne ønsker og behov. Også nevnt er spesielle dietter og ernæringsbehov ved ulike sykdommer.

Dette kan dere gjøre:

Fagdag

Etabler gjerne en **fagdag for ernæring**. La denne fagdagen belyse hvor viktig god ernæring er for eldre pasienter og tiltak som vil gi den enkelte best mulig ernæringsstatus. Sett av tid til erfaringsutveksling, del fortellinger fra egen praksis – husk at også erfaringene til pasienter og pårørende er verdifulle. Fagdagen kan arrangeres i egen kommune eller i samarbeid med flere kommuner. Det er avgjørende å sette fokus på gode rutiner og være ærlig om mangel på rutiner.

Faggruppe

Videre anbefaler vi at dere oppretter en faggruppe innen ernæring på arbeidsplassen. Aktuelle oppgaver for faggruppen kan være å avklare ansvarsforhold i ernæringsarbeidet med pasienter, etablere strukturert samarbeid mellom kjøkken og avdeling gjennom regelmessige samarbeidsmøter, å involvere sykehjemslegen eller fastlegen i ernæringsarbeidet og å avklare ansattes behov for kompetanse innen ernæring. Andre oppgaver for gruppen kan være å bedre situasjonen for pasienter ved å skape nødvendig ro rundt måltider i sykehjem, å sørge for at maten som serveres er tilstrekkelig næringsrik. Lang tid mellom kveldsmat og frokost gir uheldig nattefaste. Derfor er det viktig å ha fokus på måltidshyppighet og nattefaste.

Pasienter og pårørende vil være viktige samarbeidspartnere for faggruppen.

Internundervisning

Deltakere på kurs og fagdager bør ta ansvar for å videreformidle sin kunnskap og kompetanse til kollegaer på egen arbeidsplass. Vi anbefaler sterkt at det legges til rette for internundervisning. Vi har best erfaring med at dette skjer på fast ukedag og til fastsatte klokkeslett. Om man tar opp samme tema to ganger, kan personell som går i turnus få bedre mulighet til å delta.

Fagnettverk

Vi har gode erfaringer med fagnettverk for flere sykehjem/kommuner. Mange av våre sykehjem og hjemmetjenester er små arbeidsplasser – i fagnettverket får man et større fagmiljø. Kompetanseøkning er også mulig gjennom foredrag og lesing av forskningsartikler. Ved å dele erfaringer kan man få en fruktbar diskusjon rundt egen praksis og egne rutiner.

Lokale prosjekter på egen arbeidsplass

Å bedre ernæringsarbeidet for pasientene er et nasjonalt satsingsområde.

Det er flere muligheter å søke midler til fagutviklingsprosjekter innen ernæring i kommunene. Helsedirektoratet lyser ut midler til kompetansehevende tiltak for å bedre ernæringstilbudet til brukere av pleie- og omsorgstjenester. Utviklingssenter for sykehjem i Nordland lyser årlig ut frie midler til lokale fagutviklingsprosjekter til sykehjem og deres samarbeidspartnere.

HENVISNINGER

Krevende oppgaver med svak styring Rapport fra Helsetilsynet 2011/5

Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, IS-1580 Helsedirektoratet 2009

Vurdering og oppfølging av ernæringsstatus ved Undervisningssykehjemmet Helgeland, Bodil L.Lillegaard, 2008

Håndbok i lindrende behandling Lindring i Nord – Kompetansesentret for lindrende behandling, Kreftavdelingen Universitetssykehuset Nord-Norge HF. Rev. 2009