

Kartlegging av behov for ernæringsarbeid



SANDNES KOMMUNE

Baktash Shahrestani

Klinisk ernæringsfysiolog og prosjektleder

Dette er et prosjekt for kartlegging av behovet for ernæringsarbeid ved Sandnes kommune. Enhet for hjemmetjenester og rehabilitering.

Prosjektets varighet er fra september 2019 til september 2020.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
1.0 Innledning	4
1.1 Bakgrunn og mål	4
1.2 Underernæring og eldre hjemmeboende	5
1.3 Systematisk ernæringsarbeid	5
1.4 Nasjonale føringer	6
1.5 Nasjonal statistikk	7
2.0 Metode	7
2.2 Kartlegging i EHR	8
2.2.1 Kartlegging av ernæringsarbeid SHS og Åse A	8
3.0 Resultat fra baseline og kartlegging	9
3.2 IPLOS registrering	10
3.3 Åse A og SHS rehabilitering kartlegging av kompetanse blant ansatte	11
3.4 Resultat av pilot-implementering og deltakelse på Læringsnettverket	12
3.5 Prosjekt rehabilitering i hjemmet (RIH) 2019-2020	13
3.6 Eldrerådet	14
4.0 Diskusjon og oppsummering av kartlegging	14
4.2 Ernæringskompetanse	15
4.3 Organisatoriske vurderinger	17
4.5 Brukermedvirkning	18
4.6 Rehabilitering i hjemmet	19
4.7 Innspill fra ledere	19
4.7.1 Tildelingskontor	19
4.7.2 Samhandling med spesialisthelsetjenesten	20
4.7.3 Samarbeid med fastlegene	20
4.7.4 Samarbeid med Sandnes matservice	20
4.7.5 Samarbeid med kjøkkenassistent SHS og ernæringskontakt	21
5. Konklusjon	21
6.0 Handlingsplan for ernæringsarbeidet i EHR	21
7. Litteraturliste	23
8. Vedlegger	24
Vedlegg 1: Spørreskjema til ansatte i hjemmetjenesten	24
Vedlegg 2: Kartleggingsverktøy for systematisk ernæringsarbeid	25
Vedlegg 3: Prosedyre for systematisk ernæringsarbeid i EHR	26
Vedlegg 4: Tavle nye brukere i avdelingen som er risikovurdert med MNA kortversjon	27
Vedlegg 5: Ernæringsstavle for oppfølging av vektutvikling	27
Vedlegg 6: Mini Nutritional Assessment - kortversjon	28
Vedlegg 7: Ernæringsplan og måltidsplan	29
Vedlegg 8: Prosedyre for opplæring i bruk av medisinsk teknisk utstyr	30

Sammendrag

Mål: Målet med denne rapporten er å kartlegge behovet for ernæringsarbeid i Enhet for hjemmetjenester og rehabilitering i Sandnes kommune, med særlig fokus på forebygging og behandling av underernæring.

Utfordringsbilde: Underernæring er et betydelig problem blant eldre brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester. Hos eldre som mottar hjemmetjenester, varierer forekomsten av underernæring fra 16 - 40 %. Så mange som 20-59 % er i risiko for å utvikle underernæring. Ifølge tall fra SSB ble 20 % av mottakere av hjemmetjenester nasjonalt vurdert for ernæringsmessig risiko i løpet av de siste tolv månedene i 2018. Av de som ble funnet å ha risiko for underernæring, hadde omtrent 50 % av de hjemmeboende fått utarbeidet en individuell ernæringsplan.

Metode: Det har blitt gjort et ikke-systematisk litteratursøk og innhenting av erfaring fra andre kommuner med lignende kartleggingsarbeid. Det har blitt tatt baseline ved to avdelinger ved bruk av prosessindikator; 1. Hvor mange av de siste 10 registrerte brukere er risikovurdert for underernæring med Mini Nutritional Assessment (MNA) 2. Hvor mange av de siste 10 registrerte brukere som er i risiko for underernæring eller som er underernærte, har fått utarbeidet en «ernæringsplan»? Kompetanse om ernæringsarbeid blant ansatte har også blitt kartlagt.

Resultat: I baseline ble omtrent 10-20 % av brukere risikovurdert for underernæring. Av brukere som er i risiko har omtrent 0-50 % fått utarbeidet en ernæringsplan. Samtidig ble det avdekket at omtrent 30-50 % av brukere har en registrert vekt i EPJ Profil. Omtrent 10-20 % har en registrert høyde og KMI. Pilotering av kompetansehevende tiltak, organisatoriske tiltak og implementering av tiltakspakke for forebygging og behandling av underernæring har gitt en økning i andel brukere risikovurdert og utarbeidelse av ernæringsplaner. Barrierer har blitt identifisert og tiltak er tilpasset basert på dette.

Konklusjon: EHR har på lik linje med helse- og omsorgstjenesten i andre kommuner i Norge et behov for mer systematisk ernæringsarbeid. Alle brukere må risikovurderes og alle i ernæringsmessig risiko trenger en ernæringsplan. Det er behov for økt kompetanse blant ansatte. Piloter har gitt målbare forbedringer. Dette kartleggingsprosjektet danner grunnlaget for fremtidig ernæringsarbeid i EHR. Det er behov for å utvikle en fullstendig handlingsplan og ernæringsstrategi for EHR basert på dette arbeidet.

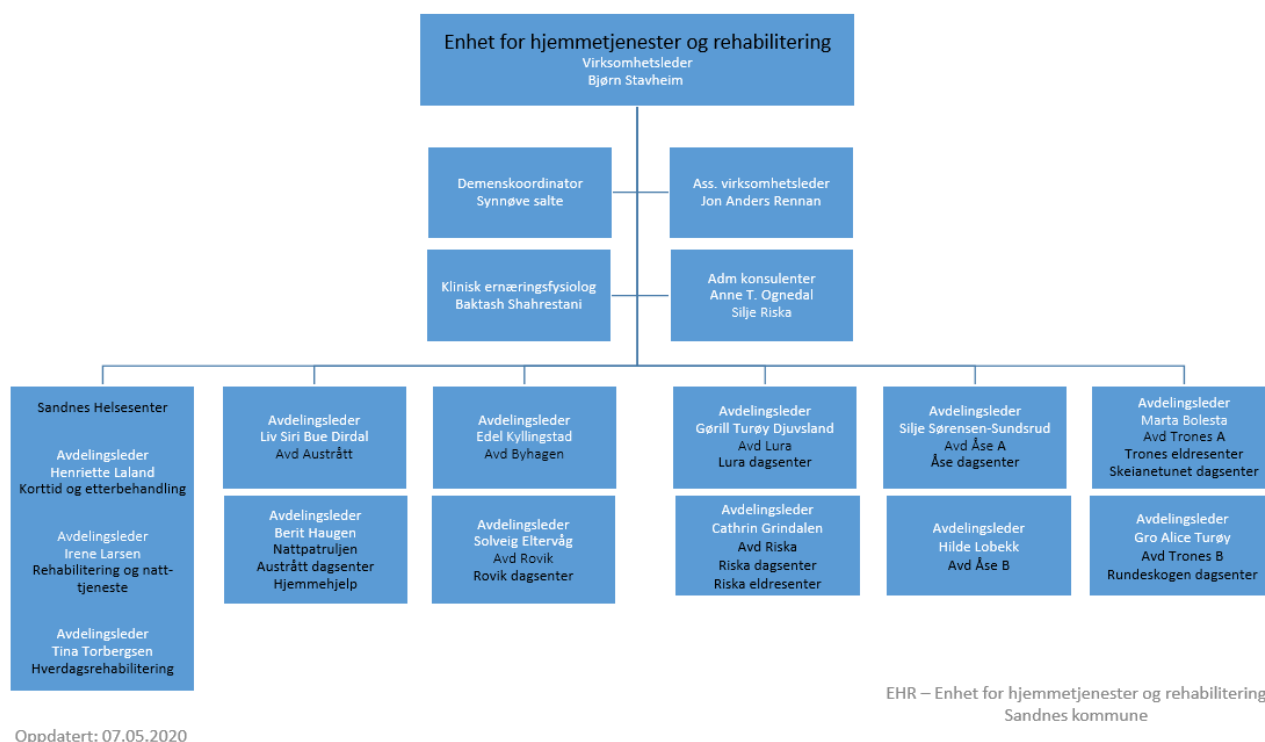
1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn og mål

Dette prosjektet har blitt opprettet for å kartlegge og avdekke behovet for ernæringsarbeid i Enhet for hjemmetjenester og rehabilitering (EHR). EHR består av 10 avdelinger i hjemmetjenesten, seks dagsenter, tre eldresentre og fire avdelinger på Sandnes helsesenter (SHS). SHS har 40 sengeplasser fordelt på tre avdelinger. Det er omtrent 1200 brukere fordelt på hele EHR. Virksomheten har ca. 282 årsverk (Figur 1). Hovedfokus i dette prosjektet er å forebygge og behandling underernæring i forbindelse med eldre hjemmeboende og brukere i rehabilitering gjennom systematisk ernæringsarbeid.

I september 2019 ansatte EHR en klinisk ernæringsfysiolog (KEF) i 50 % prosjektstilling som prosjektleder. Mandatet for dette prosjektet var kartlegging av behovet for:

- veiledning om kosthold og ernæring til brukere av EHR sine tjenester
- individuelle ernæringsplaner for hjemmeboende og brukere i rehabilitering
- samarbeid med brukere, pårørende og helsepersonell i virksomheten
- utvikle prosedyrer på systemnivå rettet mot ernæringsarbeid
- deltakelse i andre prosjekter i Sandnes kommune
- samarbeide med spesialisthelsetjenesten og fastlegene
- samarbeide med tildelingskontoret, demensteamet og Sandnes matservice

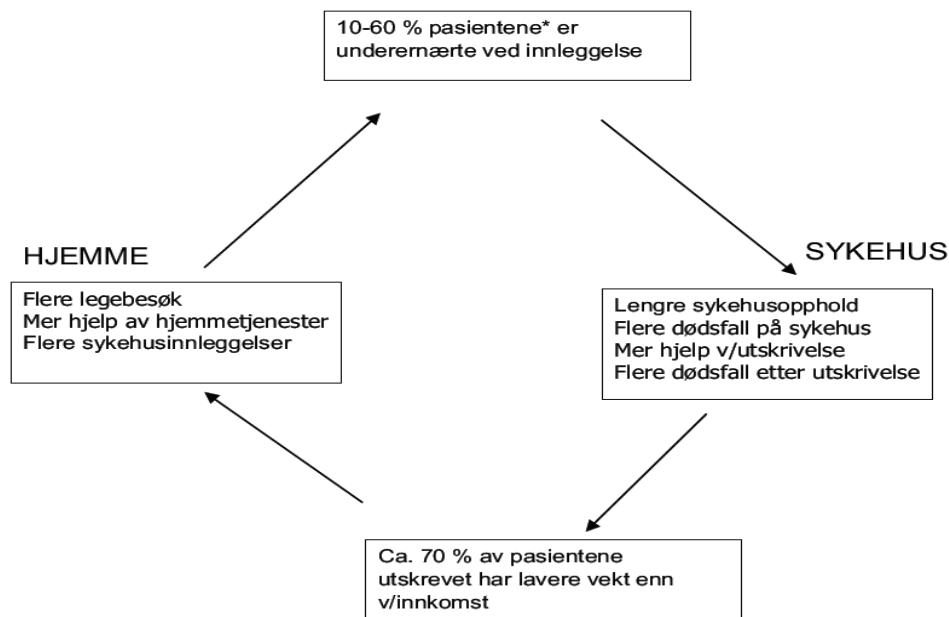


Figur 1 Organisasjonskart EHR. Det er omtrent 600 ansatte og 1200 tjenestemottakere i EHR.

I løpet av prosjektperioden ble det gjennomført ulike kartleggingstiltak i samarbeid med kommunalt ansatte. Dette danner grunnlaget for det fremtidige ernæringsarbeidet i EHR. Prosjektet har kartlagt behovet for ulike tiltak og samtidig pilotert ulike tiltak. Det overordnede målet er å gi bedre ernæringsrelaterte tjenester til brukere av EHR, med fokus på å forebygge og behandle underernæring.

1.2 Underernæring og eldre hjemmeboende

Underernæring defineres som en ernærings situasjon hvor «mangel på energi, protein og/eller andre næringsstoffer forårsaker en målbar ugunstig effekt på kroppssammensetning og funksjon, samt klinisk resultat» (Helsedirektoratet, 2016). Underernæring er et betydelig problem blant eldre brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester. Hos eldre som mottar hjemmetjenester, varierer forekomsten av underernæring fra 16 - 40 %. Så mange som 20–59 % er i risiko for å utvikle underernæring (Devik og Olsen, 2018). Kognitiv svekkelse kan utgjøre en risiko, mens de tydeligste sammenhengene ses ved fysiske svekkelser og kronisk sykdom. Underernæring fører til økt dødelighet, økt sykkelighet og funksjonssvekkelse, sårutvikling, forlengende sykehusopphold og redusert livskvalitet (Guttormsen et al., 2013). For eldre brukere av hjemmetjenester som har kronisk sykdom forekommer underernæring både før og etter innleggelse på sykehus (Figur 2).



*avhengig av graden av underernæring og metoder for å identifisere underernæring

Figur 2 Elias underernæringskarusell (Guttormsen et al., 2013).

1.3 Systematisk ernæringsarbeid

På bakgrunn av nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring har det blitt utarbeidet flytskjema for det generelle systematiske

ernæringsarbeidet. Videre har i det i form av «Pasientsikkerhetsprogrammet - I trygge hender 24/7», blitt utviklet et driverdiagram for det systematiske ernæringsarbeidet i hjemmetjenesten (Figur 3). Det blitt utviklet en tiltakspakke med formål om å forebygge og behandle underernæring. Dette innebærer å gjøre en risikovurdering, gjennomføre individuell kartlegging, gi tilstrekkelig ernæring og videreføre informasjon (Helsedirektoratet, 2018). Brukere av hjemmetjenester skal vurderes for ernæringsmessig risiko og deretter månedlig eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg. Risikovurderingen bør gjøres med et validert risikovurderingsverktøy. Videre skal alle i risiko ha individrettede tiltak med ernæringsplaner, med en plan om tidspunkt for evaluering av ernæringsplanen (Helsedirektoratet, 2018).



*eller etter annet faglig begrunnet individuelt opplegg.

Figur 3 Driverdiagram systematisk ernæringsarbeid (Helsedirektoratet, 2018).

1.4 Nasjonale føringer

Ernæring har blitt identifisert som et nødvendig nasjonalt satsningsområde. Det er et dokumentert behov for å styrke spisskompetansen i ernæring i primærhelsetjenesten. Dette gjelder særlig underernæring blant eldre. Denne kompetansebyggingen har blitt fremhevet i Samhandlingsreformen hvor ernæring var en del av kommunenes forbedringsområde (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Gjennom den nye

kvalitetsreformen for eldre, «Leve hele livet», har mat og ernæring blitt fremhevet. «Leve hele livet» er en oppfølging av Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (Helse og omsorgsdepartementet, 2019). I oppsummeringen av hovedutfordringene ble det påpekt at systematisk ernæringsarbeid er nødvendig for å møte disse utfordringene og redusere underernæring. Eldre som mottar helse- og omsorgstjenester av hjemmesykepleie må kartlegges for underernæring tidlig, innen andre hjemmebesøk. Helse- og omsorgstjenesten må vurdere risiko for underernæring og om det skal utarbeides en individuell ernæringsplan. Dette innebærer at helse- og omsorgstjenesten setter av nok tid og riktig kompetanse til å kartlegge, vurdere og dokumentere ernæringsstatus, evaluere mat- og ernæringstilbud og igangsette målrettede tiltak til den enkelte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Kunnskapsoppsummering fra dette feltet viser til at effekten av kompetansehevende tiltak gjennom systematisk ernæringsarbeid i form av prosjekter er ofte kortvarig. Kunnskapen gjenspeiles ikke alltid i praksis i ettertid. Kompetansehevingen må derfor være en kontinuerlig prosess (Devik og Olsen, 2018).

1.5 Nasjonal statistikk

Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS) og Kommunalt pasient og brukerregister (KPR) er brukt til å innhente nasjonal data. Blant mottakere av omsorgstjenester i kommunene er det større sjanse for at underernæring ikke avdekkes blant brukere av helsetjenester i hjemmet enn blant dem som er på langtidsopphold på institusjon. Dette er basert på tall fra Statistikk sentralbyrå (SSB) (SSB, 2019). Kvalitetsindikatorene «Oppfølging av ernæring hos hjemmeboende» måler hvorvidt ernæringsmessig risiko er vurdert de siste tolv måneder for personer på 67 år og eldre som mottar helsetjenester i hjemmet. Indikatorene måler også hvor stor andel av disse som er i risiko for underernæring, og hvorvidt en ernæringsplan er utarbeidet. Ifølge tall fra SSB ble 20 % av mottakere av hjemmetjenester nasjonalt vurdert for ernæringsmessig risiko i løpet av de siste tolv månedene i 2018. Av de som ble funnet å ha risiko for underernæring, hadde omtrent 50 % av de hjemmeboende fått utarbeidet en individuell ernæringsplan. Hjemmeboende blir både sjeldnere risikovurdert for underernæring, og får sjeldnere en ernæringsplan (SSB, 2019).

Dette utfordringsbildet danner grunnlag for kartlegging av det systematiske ernæringsarbeidet i EHR, rettet mot hjemmeboende og brukere i rehabilitering.

2.0 Metode

2.1 Kunnskapsoppsummering

Det har blitt gjort et ikke-systematisk litteratursøk og innhenting av erfaring fra andre kommuner med lignende kartleggingsarbeid. Litteratursøkene har blitt gjort gjennom helsebiblioteket, fagprosedyrer.no og hjemmesiden til Utviklingscenter for sykehjem og

hjemmetjenester (USHT) for innhenting av pågående eller tidligere gjennomførte prosjekter. Det er blitt innhentet siste versjoner av nasjonalfaglige retningslinjer, tiltakspakker, og stortingsmeldinger. Kommunikasjon og forespørsel til KEF i andre kommuner er også gjennomgått. Dette danner grunnlaget for den generelle kartleggingen om ernæringsarbeid rettet mot hjemmeboende og brukere i rehabilitering.

2.2 Kartlegging i EHR

Kunnskapsoppsummeringen dannet grunnlaget for videre kartlegging i EHR. Både fagpersonell og brukere ble kartlagt. Et skjema ble brukt til å kartlegge det systematisk ernæringsarbeidet (Vedlegg 1). En spørreundersøkelse ble brukt til å kartlegge kompetanse blant ansatte (Vedlegg 2). Prosjektleder identifiserte en god plattform for kartlegging, pilotprosjektering og forbedringsarbeid i to avdelinger i EHR; avdeling Åse A og SHS rehabilitering. Åse A var også deltakere i læringsnettverket fra pasientsikkerhetsprogrammet om «forebygging og behandling av underernæring», arrangert av USHT Rogaland. For å inkludere brukermedvirkning har prosjektleder også gjennomført intervjuer av Eldrerådet i Sandnes kommune. Kartlegging av andre avdelinger ble også inkludert ved forespørsel, men ikke systematisk. Pilotering har i hovedsak funnet sted på Åse A, men noen organisatoriske tiltak og kompetansetiltak ble iverksatt i hele EHR. Kartlegging og forbedringsarbeid har også funnet sted i EPJ Profil. Prosjektleder har også deltatt prosjektet «Rehabilitering i hjemmet» (RIH) i samarbeid med sykepleier, ergoterapeut og fysioterapeut. Dette dannet grunnlaget for vurdering av behovet for tverrfaglig samarbeid i vurdering og rehabilitering av tjenestemottakere. Samtidig har kartlegging av behovet for andre tiltak rettet mot ernæringsarbeid fortløpende blitt vurdert. Dette har blitt gjort gjennom at prosjektleder har invitert ledere i EHR til å gi innspill på tiltak som skal danne grunnlaget for en handlingsplan.

2.2.1 Kartlegging av ernæringsarbeid SHS og Åse A

Kartleggingen har foregått gjennom systematisk måling av ernæringsarbeid i et forbedringsprosjekt i regi av USHT. Det har blitt tatt baseline og kartlegging av nå-situasjon gjennom 10 tilfeldige brukere i Åse A og 10 brukere på SHS rehabilitering ved prosjektstart. Denne målingen har blitt gjort med jevne mellomrom i disse to avdelinger. Prosessindikator 1 og 2 i tiltakspakken fra Læringsnettverket USHT har blitt modifisert og tilpasset EHR; 1. Hvor mange av de siste 10 registrerte brukere er risikovurdert for underernæring med Mini Nutritional Assessment (MNA) 2. Hvor mange av de siste 10 registrerte brukere som er i risiko for underernæring eller som er underernærte, har fått utarbeidet er «ernæringsplan»?

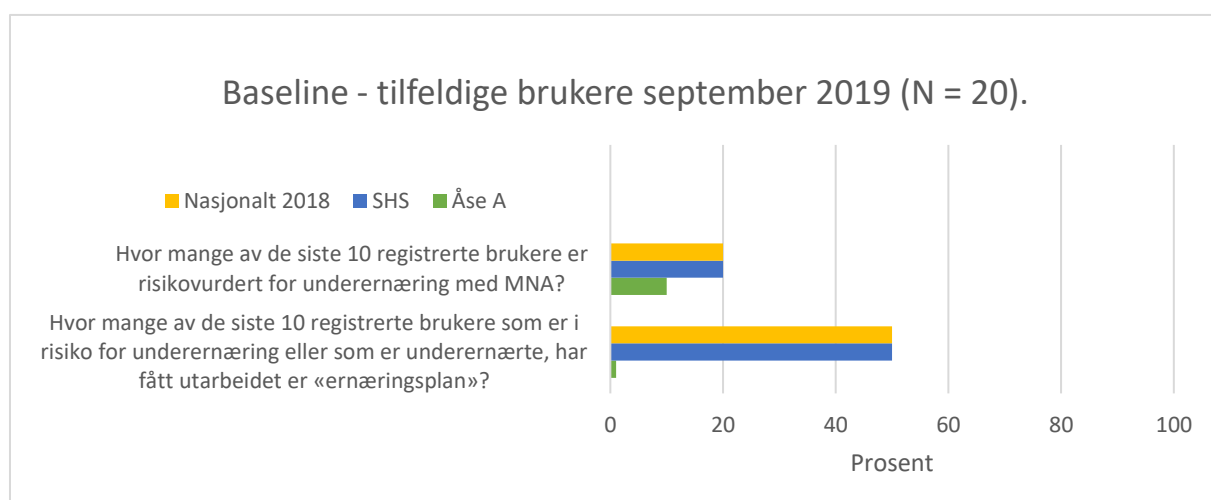
MNA er utvalgt som risikovurderingsverktøy i prosjektet på grunn av anbefalinger i nasjonale faglige retningslinjer, samt at kommunen før prosjektets oppstart hadde MNA

skjema i EPJ Profil. Utover dette har det blitt kartlagt i EPJ Profil om det er tatt vekt, høyde, kroppsmasseindeks (KMI) og hva som har blitt registret i IPLOS på spørsmål om «ernæringsstatus kartlagt?», «ernæringsmessig risiko /underernæring?» og «ernæringsplan utarbeidet?». De ansatte har også besvart en spørreundersøkelse for å kartlegge ernæringskompetanse og behov for ytterligere ernæringskompetanse. Denne kartleggingen avdekker også eventuelle behov for endringer i EPJ Profil.

Vurdering av barrierer relatert til risikovurdering og utarbeidelse for ernæringsplaner har blitt gjort fortløpende i prosjektet. Det er flere elementer som er kartlagt i denne prosessen som skal gi en helhetlig forståelse for barrierer som hindrer god ernæringspraksis. Det er blant annet samtaler med ansatte og informasjon i EPJ Profil. Disse blir ikke presentert i sin helhet i denne rapporten, men danner likevel grunnlag for anbefalte tiltak og veien videre.

3.0 Resultat fra baseline og kartlegging

3.1 Baseline risikovurdering og utarbeidelse av ernæringsplaner



Figur 4 Baseline målt på Åse A og SHS rehabilitering

Baseline målt september 2019 på Åse A og SHS rehabilitering samsvarer med de nasjonale kartleggingene. Omtrent 10-20 % av brukere ble risikovurdert for underernæring ved bruk av MNA. Av brukere som er i risiko har omtrent 0-50 % fått utarbeidet en ernæringsplan. Det store avviket i andel brukere i risiko som har fått en ernæringsplan skyldes et lavt antall brukere som er målt. Antallet på disse målingene er tatt på bakgrunn av gjennomførbarhet og samsvar med omfanget av forbedringsprosjektet. Samtidig er det avdekket at omtrent 30-50 % av brukere har en registrert vekt i EPJ Profil. Omtrent 10-20 % har en registrert høyde og KMI.

Årsak til manglende vekt, høyde og KMI.	• Ønsket ikke å bli veid • Hadde ikke vekt hjemme • Brukeren er ny • Brukeren har blitt henvist til KEF • Brukeren ble veid hos fastlegen • Brukeren har behov for vekt med "tilt".
Iverksatte tiltak uten konkret ernæringsplan.	• Næringsdrikker • Mat fra Mossige er bestilt • Kostveiledning gitt • Kontaktet sykepleier på Boots Apotek for prøvesmaking av næringsprodukter. • Henvist til KEF på SUS • Melding sendt til fastlege
Observasjoner om hva som påvirker matinntaket.	• Kastet mye mat som ikke ble spist • Bruker uttrykker problemer med maten • Ønsket ikke hjelp til frokost • Bruker har lite tilfredstillende kosthold • Nektet middag • Rusmisbruker, drikker kun kaffe på jobb, bør henvises KEF

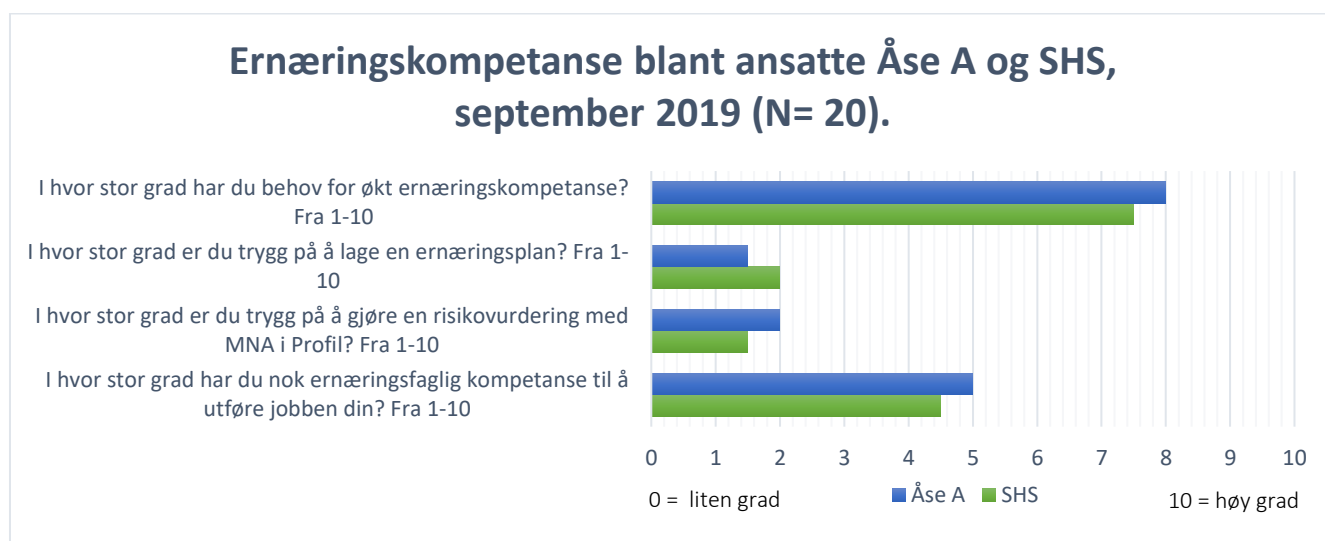
Figur 5 Barrierer til det systematiske ernæringsarbeidet Åse A og SHS rehabilitering, 2019.

Ved gjennomgang av pasientjournal i EPJ Profil har prosjektleder avdekket barrierer og utfordringer med det systematiske ernæringsarbeidet. Dette blir ikke presentert som direkte sitat, men som en avkortet versjon for å gi innsikt i utfordringer og barrierer i figur 5.

3.2 IPLOS registrering

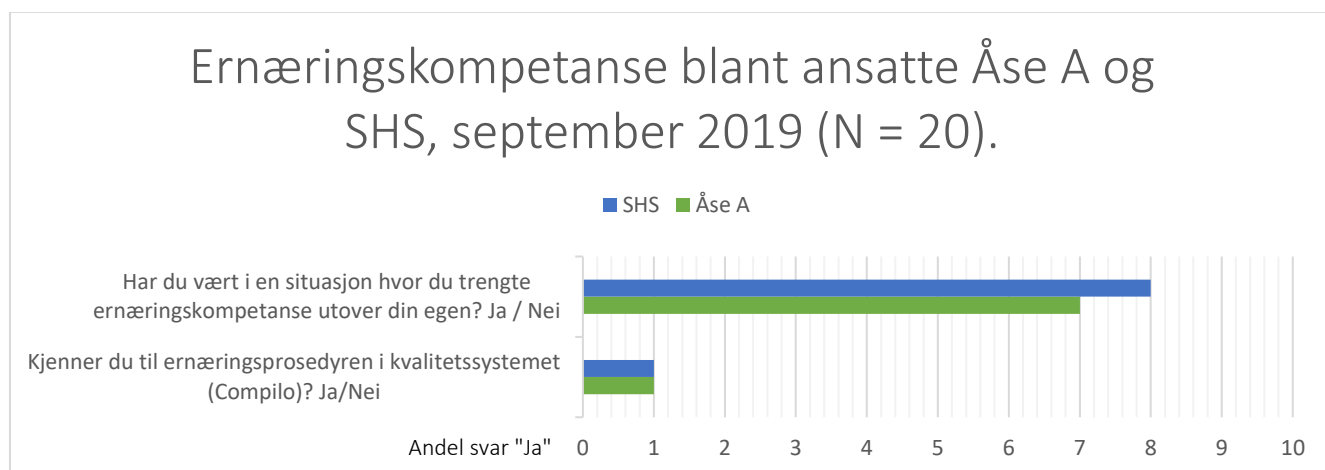
IPLOS registrering av ernæringsarbeidet har blitt gjort i 20-40 % av tilfellene når baseline ble målt september 2019. Det ble samtidig avdekket avvik mellom det som har blitt registrert i IPLOS og hva som faktisk har blitt gjort. Når risikovurdering ikke er blitt gjort har det likevel blitt registrert at brukeren ikke er i risiko. Når en ernæringsplan er opprettet har det blitt registrert «nei» på om dette er gjort. Det er ved flere anledninger registrert «ikke relevant» på IPLOS spørsmål om ernæringsarbeidet. Selv om risikovurdering er gjennomført er det blitt registrert «nei» på spørsmål om risikovurdering. Det er oftere ikke registrert IPLOS i det hele tatt. I løpet av våren 2020 har det i IPLOS-bildet blitt fjernet alternativet «ikke relevant», noe som ikke var tilfellet da denne kartleggingen ble gjort.

3.3 Åse A og SHS rehabilitering kartlegging av kompetanse blant ansatte



Figur 6 Kartlegging av ernæringskompetanse, 2019.

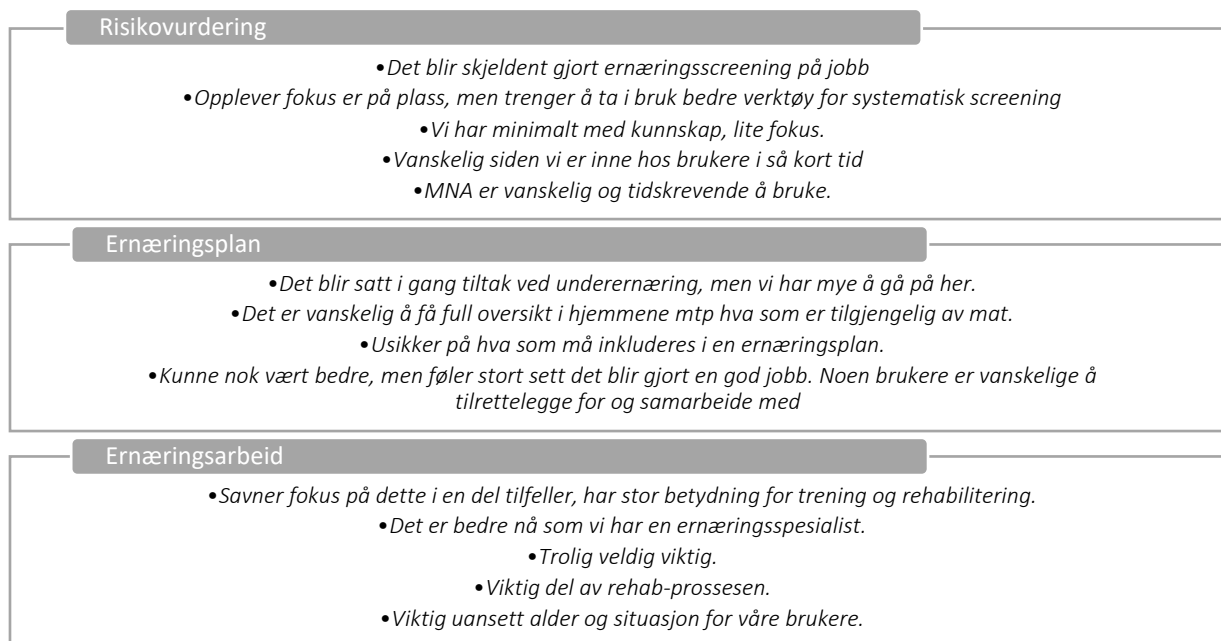
Denne kartleggingen avdekker manglende kompetanse for å gjennomføre en risikovurdering med MNA og utarbeidelse av ernæringsplaner. I gjennomsnitt er de fleste utrygge på disse to elementene i det systematiske ernæringsarbeidet. Derimot er de ansatte trygge på sin generelle ernæringsfaglige kompetanse utover systematisk ernæringsarbeid. Samtidig gis det uttrykk for at det er behov for mer ernæringsfaglig kompetanse til å utføre jobben som helsefagarbeider og sykepleier i avdelingen.



Figur 7 Kartlegging av ernæringskompetanse, 2019.

Det er et behov for ernæringskompetanse utover den kompetansen som er tilgjengelig, hvor mellom 70-80 % har vært i en situasjon hvor de har trengt hjelp med ernæringsarbeidet. Kun 10 % kjenner til prosedyren for ernæring. På dette tidspunktet hadde ikke EHR sin egen prosedyre, og det var kun tilgjengelig en prosedyre som ble brukt for sykehjemmene i Sandnes kommune. I situasjonene hvor det har vært behov for

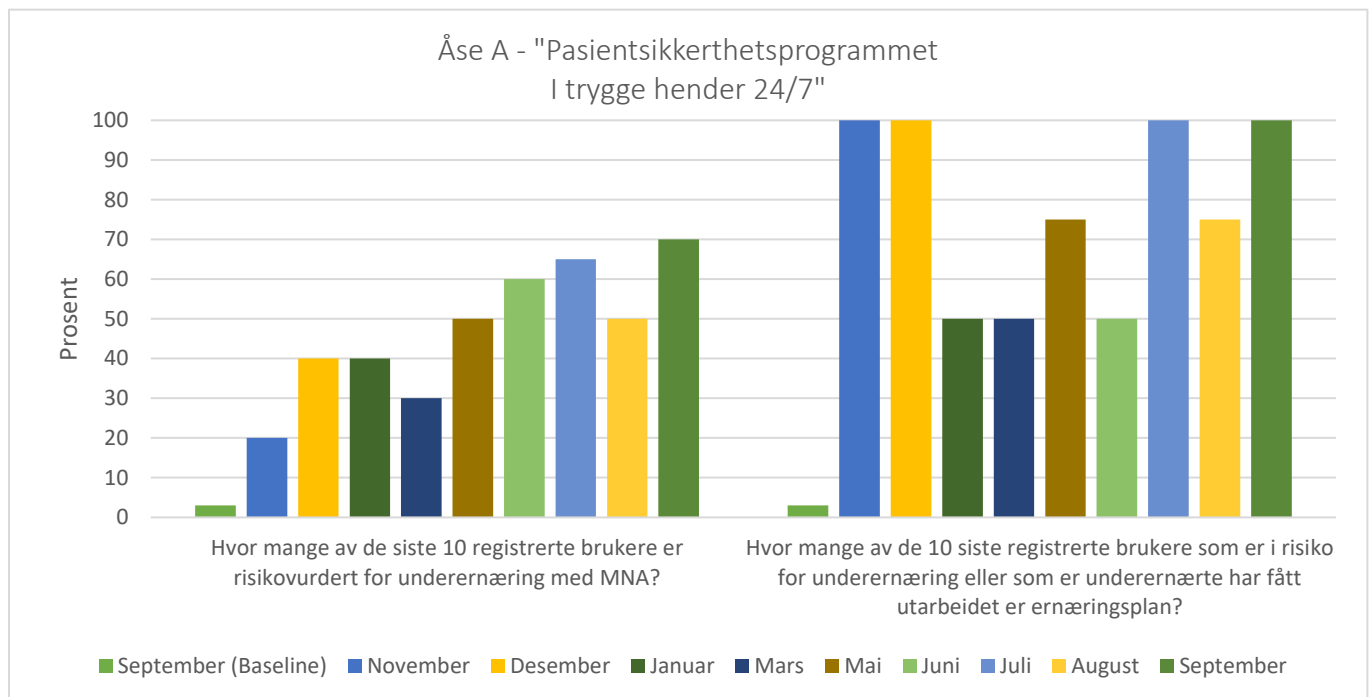
endringskompetanse har det blitt presentert til prosjektleder at de ansatte har kontaktet Stavanger Universitetssykehus for veiledning, spurt om hjelp fra avdelingsleder eller fått assistanse av ernæringskontakt. Kartleggingen avdekker også behov for ytterligere kompetanse i bruk av medisinsk teknisk utstyr knyttet til ernæring, det vil si enteral og parenteral ernæring. I figur 8 er det avkortede sitater om holdninger rettet mot ernæringsarbeidet i EHR.



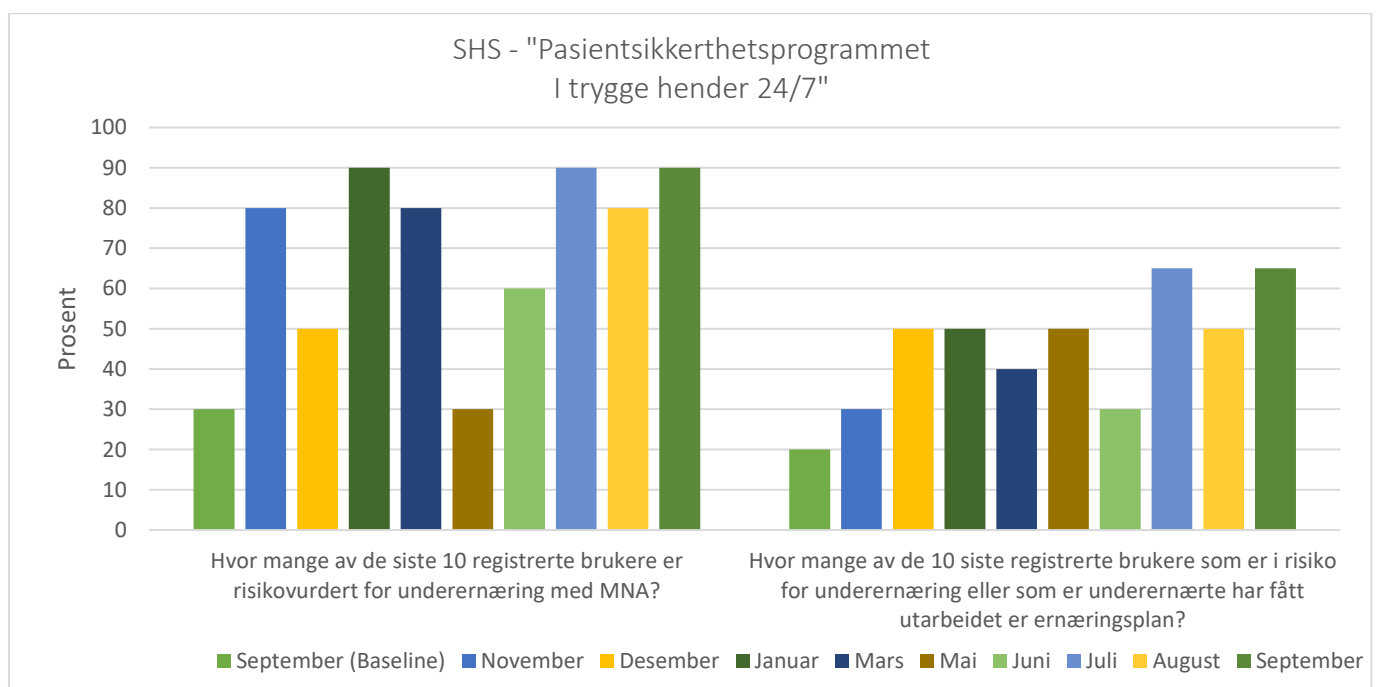
Figur 8 Kartlegging av holdninger til ernæringsarbeid Åse A og SHS, 2019.

3.4 Resultat av pilot-implementering og deltakelse på Læringsnettverket

Avdelingen Åse A meldte på et team bestående av KEF (prosjektleder), en avdelingsleder, en sykepleier og en helsefagarbeider i læringsnettverket for forebygging og behandling av underernæring i regi av USHT Rogaland. Læringsnettverket bestod av flere avdelinger fra hjemmetjenester i Rogaland. Læringsnettverket inkluderte planlagte kontaktpunkter for foredrag og undervisning, veiledning og implementering av tiltakspakken fra pasientsikkerhetsprogrammet og systematiske målinger. Prosjektleder har parallelt pilotert de samme tiltakene på SHS rehabilitering i samarbeid med ernæringskontakt. Dette innebærer kompetansehevende tiltak med undervisning og innkjøp av Kosthåndboken, samarbeid om brukere som har ernæringsutfordringer, utvikling av og opplæring i bruk av MNA kortversjon og skjema for ernæringsplan i EPJ. Dette har også gitt resultater i form av en egen ernæringsgruppe på Microsoft Teams, en ernæringstavle på avdelingen for oversikt over de med ernæringsmessig risiko, en tavle for oversikt over vektutvikling og en prosedyre for kartlegging av ernæringsmessig risiko i Compilo (Vedlegg 3,4 og 5).



Figur 9 Åse A resultat fra forbedringsprosjekt i regi av USHT Rogaland, 2019 – 2020.



Figur 10 SHS Resultat av forbedringsprosjekt i regi av USHT Rogaland.

3.5 Prosjekt rehabilitering i hjemmet (RIH) 2019-2020

I RIH prosjektet ble det funnet behov for bistand av KEF for å tilføre ernæringskompetanse i tverrfaglig vurdering og rehabilitering i hjemmet. Majoriteten av

brukere som skal rehabiliteres i hjemmet er eldre som har ernæringsutfordring. For å kartlegge behov for rehabilitering har det vært hensiktsmessig å inkludere KEF i dette arbeidet. Her har KEF gjennomført MNA, samt gitt undervisning til sykepleier i prosjektet om hvordan å gjennomføre MNA. Ved lav MNA score mellom 0-11 (ernæringsmessig risiko) har KEF bidratt med ernæringsbehandling som et ledd i rehabiliteringen. Det har blitt vurdert at god ernæringsstatus er sentralt for å få best utbytte av annen form for rehabilitering, med fokus på prestasjons og evne til å yte i samarbeid med fysioterapeut og ergoterapeut. RIH inkluderte 10-15 brukere i prosjektet sitt.

3.6 Eldrerådet

Eldrerådet i Sandnes kommune ble intervjuet av prosjektleder for å avdekke hva som er behovet for pårørende, hva de er opptatt av og innspill som en del av brukermedvirkning. Tannhelse og munnhygiene ble fremmet som et ønskelig fokusområde. Det blir også uttrykt bekymring for nye mat-trender som kan påvirke kostholdet til de eldre, som for eksempel vegansk kosthold. Det som ble fremhevet som ønskelig for pårørende å kunne få mulighet til kontakt med KEF for samtaler. Dette kunne vært aktuelt i form av telefontid hvor KEF kan kontaktes, eller at det deles ut visittkort og brosjyrer om KEF. Som pårørende ønsker de å være inkludert i ernæringsbehandlingen. Eldrerådet ytret også ønske om koordinering mellom KEF, fastlege, sykehjem og hjemmetjeneste.

4.0 Diskusjon og oppsummering av kartlegging

4.1 Systematisk ernæringsarbeid og risikovurdering av underernæring

Funn fra kartleggingen i EHR samsvarer med funn fra nasjonale kartlegginger og kunnskapsoppsummering. Omtrent 10-20 % av brukere i EHR som en helhet er risikovurdert for underernæring, basert på tall fra Åse A og SHS rehabilitering (Figur 7). Omtrent halvparten av disse får utarbeidet en ernæringsplan som beskrevet i tiltakspakken fra pasientsikkerhetsprogrammet. I hovedsak er årsaken til dette manglende kompetanse om gjeldende metode og verktøy for å gjennomføre en risikovurdering (Figur 6). Det er identifisert barrierer i forhold til at MNA fullversjon er tidskrevende å bruke, og at det er vanskelig å innhente informasjonen som risikovurderingsskjemaet etterspør. Det er også aspekter med tidspress og prioriteringer som må gjøres i avdelingene, som gjør at fokus på risikovurdering blir nedprioritert. De ansatte har mange ulike arbeidsoppgaver og ansvarsområder som skal ivaretas, derfor blir mangel på tid en gjeldende faktor. De ansatte står i dilemmaet mellom selvbestemmelsen til den hjemmeboende, anbefalinger om systematisk ernæringskartlegging og tidspress. Kartlegging blant hjemmeboende kan by på særskilte utfordringer – både praktiske og moralske. Kartleggingen bør derfor ses i et

helhetsperspektiv, og formålet må være å avdekke problemer som krever ytterligere kartlegging og oppfølging. MNA fullversjon bør erstattes med MNA kortversjon, hvor del 2 av MNA som er tidskrevende ikke lenger skal være en del av risikovurderingen (Vedlegg 6).

Det er derimot stort fokus på vekt og vektutvikling på SHS, hvor majoriteten av brukere blir veid jevnlig. Dette er ikke tilfellet i Åse A, noe som kan ha å gjøre med det praktiske rundt å veie en bruker i hjemmet. På SHS er brukeren tilstede i avdelingen, og det er muligheter for å veie ofte. På Åse A derimot hvor brukere er hjemme, er det en større barriere. Bruker kan mangle personvekt i hjemmet, avdelingen kan mangle en personvekt og brukeren kan takke nei til å bli veid oftere. Det er en utfordring ved at hjemmeboende ikke ser hensikten med hyppige målinger av vekt. Vekt er en god indikator på ernæringsstatus, men i denne kartleggingen ble det funnet at høyde svært sjelden ble registrert. Det gir ingen indikasjon på hvor mye lengde den oppgitte vekten er fordelt på, derfor blir det viktig fremover å fokusere på KMI. Dette er også sannsynligvis resultat av manglende kompetanse om risikovurdering, da KMI gir mer informasjon om brukerens ernæringsstatus enn kun vekt. Gjeldende verktøy for å vurdere ernæringsstatus bør helst være en risikovurdering med validert verktøy som MNA kortversjon, ikke kun vekt eller KMI. Høyde kan være estimert og skal ikke nødvendigvis være målt, i disse tilfellene kan det være tilstrekkelig å etterspør høyde fra brukeren for å eliminere barrierer i beregning av KMI. En estimert høyde kan være tilstrekkelig, men MNA kortversjon gir mulighet til å erstatte spørsmål om KMI ved å måle leggomkrets.

Det er også en grad av misforståelser rundt hvem som har ansvar for å vurdere ernæringsstatus. Noen kommentarer i kartleggingen fremhever dette; 1) brukeren ble ikke veid i EHR på grunn av at fastlegen følger dette opp; 2) brukeren blir fulgt opp i spesialisthelsetjenesten og det er derfor ikke lenger EHR sitt ansvar (Figur 5). MNA vurdering skal i hovedsak gjelde alle brukere av EHR, selv om de får tilleggsbehandling av andre aktører i primær og spesialisthelsetjenesten. For å øke andel brukere som blir risikovurdert for underernæring er det behov for god ledelsesforankring og kompetanseheving blant de ansatte.

4.2 Ernæringskompetanse

Kartleggingen av ernæringskompetanse blant ansatte på SHS og Åse A avdekker et behov for kompetansehevende tiltak og tilrettelegging for god ernæringspraksis. Det har vært behov for en ernæringsprosedyre, noe som ble etablert før prosjektets slutt (Vedlegg 3). Det er behov for å fremheve ernæringsprosedyren i kommunens kvalitetssystem (Compilo) og gjeldende rutine for kartlegging av ernæringsstatus. De færreste er veldig trygge på å gjennomføre MNA og lage en ernæringsplan. Selv om

omtrent halvparten synes de har tilstrekkelig ernæringskompetanse til å utføre jobben sin på en god måte, uttrykket de fleste at de har behov for mer kunnskap.

Internundervisninger vil være et av de mest sentrale tiltakene for økt ernæringskompetanse. Som en del av kompetansehevingen vil også avdelingens samarbeid med KEF stå sentralt. De ansatte fremstår motivert til å lære mer om ernæring og synes dette er viktig i det daglige arbeidet (Figur 8).

De fleste har vært i en situasjon hvor de har hatt behov for ernæringskompetanse utover sin egen, og da har de kontaktet spesialisthelsetjenesten for veiledning. Dette gir en utfordring da spesialisthelsetjenesten ikke har innsikt i utfordringene som gjelder i kommunen. Det er avdekket behov for kompetanseheving i bruk av medisinsk teknisk utstyr knyttet til ernæring. Det gjelder både det tekniske, men også det medisinske. Dette behovet kan bli dekket gjennom bedre rutiner og prosedyrer for opplæring og bruk, men også i form av en forbedring av samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. KEF i kommunen kan drive internundervisninger i generell bruk av enteral og parenteral ernæring, som et ledd i kompetansehevingen når det gjelder medisinsk bruk. Dette kan gjelde energi, protein, væske, maksimum infusjonshastighet, komplikasjoner ved dårlig toleranse, pasientens vinkel ved administrering, typer sondemat og lignende. Dette vil derimot ikke erstatte den pasientspesifikke og tekniske opplæringen spesialisthelsetjenesten skal gi ved utlån av medisinsk teknisk utstyr knyttet til ernæring. De mangler også lokal kunnskap som vil føre til mangelfull veiledningen i praksis. Ernæringsplaner for hjemmeboende har et annet perspektiv enn ved innleggelse på institusjon, og det er derfor behov for en fagperson med kompetanse i ernæringsarbeid i primærhelsetjenesten (Figur 6).

Det er også noen tilfeller hvor en ernæringskontakt på avdelingen har vært nyttig å rådføre seg med. Rollebeskrivelse for ernæringskontakter har vært fraværende, og det blir derfor stor variasjon og tilfeldigheter som blir avgjørende for kompetansen i avdelingen. Dette avdekker behov for fremheving av ernæringskontakter i et ernæringsnettverk. I første omgang bør det være to ernæringskontakter i alle avdelinger, disse skal utgjøre ernæringsnettverket. Ernæringsnettverket bør ha jevnlig møter og samlinger. Dette blir et forum for kompetanseheving, hvor ernæringskontakter blir mellomleddet mellom KEF og avdelingen de tilhører. Disse trenger ekstra trening i å utføre MNA, utarbeide enkle ernæringsplan, følge opp kostlister, bistå avdelingen med kompetanse og få opplæring i når og hvordan kontakte KEF for tilsynsforespørsel. Samtidig kan ernæringskontaktene bidra med å formulere utfordringer, problemstillinger, ønsker og behov fra avdelingen til KEF i EHR.

Ernæringsnettverket vil også bli en god arena hvor de ansatte kan dele erfaringer og utveksle løsninger på felles utfordringer, og bidra til en bedre delingskultur i

ernæringsarbeidet. For å holde en jevn kontakt i ernæringsnettverket mellom samlinger bør det opprettes en egen gruppe i Microsoft Teams for ernæringskontaktene i EHR. Dette kan bli avgjørende for godt samarbeid i ernæringsnettverket med hensyn til den geografiske utfordringen avdelingene i hjemmetjenesten har.

4.3 Organisatoriske vurderinger

Funn fra den nasjonale kartleggingen og kartleggingen av EHR viser behov for forbedring i systematisering av rutiner, sjekklister, prosedyrer og retningslinjer. Det er behov for å kvalitetssikre dokumentasjon av ernæringsarbeidet. Rutineendringer kan bidra til at man oppdager vektnedgang og risiko for underernæring tidlig, og kan iverksette tiltak for å forebygge underernæring. Dokumentasjonen er ofte mangelfull, ulik skrevet og plassert på feil plass i EPJ Profil. Vekt kan være oppført under målinger, i forskjellige skjema eller under plan/rapport. En ernæringsplan kan være utarbeidet, men det blir dokumentert på forskjellige måter og forskjellige plasser. Noen ganger er tiltak iverksatt uten at det dokumenteres. Det fører til at man mister noe av det kollektive arbeidet med ernæring, da noen ansatte ikke vil finne denne informasjonen lett tilgjengelig eller der hvor en forventer det skal være. EHR har derfor behov for enkle prosedyrer for systematisk ernæring, medisinsk utstyr knyttet til ernæring, MNA vurdering i sjekklister, enkle skjematisk verktøy i Profil, fokus på risikovurdering i årshjulet for virksomhetens samt årshjulet for avdelingene. Skjematisk verktøy for utarbeidelse av ernæringsplaner ble etablert av prosjektleder før prosjektets slutt (Vedlegg 7).

Det er behov for økt fokus på IPLOS registrering gjeldende spørsmål om ernæring, for at EHR og Sandnes kommune skal kunne synliggjøre ernæringsarbeidet som blir gjort og for å trekke ut korrekt statistikk på dette. Utover dette er det behov for jevne målinger av prosessindikator 1 og 2 som form for internkontroll.

4.4 Funn fra forbedringsarbeidet i regi av Læringsnettverket

Etter at Åse A gikk fra å bruke MNA fullversjon til kortversjon ble det sett en økning i antall risikovurderinger i sonen. Det ble oftere utarbeidet en ernæringsplan ettersom at ernæringskontakt og sykepleier på avdelingen fikk et enkelt skjema for utarbeidelse av ernæringsplan å forholde seg til. Gruppen i Åse A fikk god hjelp i å lage og bruke en ernæringstavle. Den ene tavla gir en oversikt over nye registrerte brukere som trenger en risikovurdering (Vedlegg 3). Den andre ernæringstavlen gir oversikt over hvem som er i ernæringsmessig risiko og registrering av vekt og utvikling av vekt (Vedlegg 4). Dette var et verktøy som flere andre deltagende grupper i Læringsnettverket fant nyttig. En slik ernæringstavle bør etableres på alle avdelinger i EHR. I teamet som deltok i Læringsnettverket var også avdelingsleder. Dette ga en ledelsesforankring som gjorde at ernæringsarbeidet ble prioritert, og de ansatte ble delegert tid som skulle gå til for

eksempel oppdatering av ernæringsstevle. Denne type ledelsesforankring er nødvendig for å få løftet ernæring opp som prioritert tema. Ved å inkludere dette ernæringsarbeidet i virksomhetens og avdelings årshjul vil ernæring få den nødvendige ledelsesforankringen det er behov for.

Tilstedeværelse av KEF har vært bidragsgivende til å gi større fokus på ernæring. Tverrfaglige møter har gitt økt fokus på risikovurdering og utarbeidelse av ernæringsplaner. Det bryter ned barrierer og gjør det enklere å spør om veiledning av prosjektleder. KEF bør delta på disse møtene med jevne mellomrom også etter prosjektslutt.

Det må nevnes at COVID-19 pandemien har påvirket prosessindikatorene fra mars-mai, da det systematiske ernæringsarbeidet måtte nedprioriteres. Prosjektleders stillingsprosent ble økt fra 50 % til 100 % fra 01.05.2020, og tilstedeværelsen ble derfor økt. Dette vil kunne påvirke resultater i figur 9 og 10. Dette gir en forklaring på brå økning og reduksjon i andel av brukere risikovurdert, og andelen i ernæringsmessig risiko som har fått utarbeidet en ernæringsplan. Slike variasjoner kan også forklares med et lavt antall brukere undersøkt i målemetoden. I tillegg må disse målingene bli sett i lys av feilkilder i målemetoden. For hver måling av prosessindikatorene ble de siste 10 registrerte brukerne i avdelingen evaluert for systematisk ernæringsarbeid. Tolkningen av resultater må ta hensyn til at brukere kan være registrert inn i systemet før tjenestene faktisk blir gitt. Det kan være at tjenesten som har blitt gitt innebærer hjemmebesøk for eksempel hver tredje uke, og da vil MNA vurderingen fremstilles som ikke gjennomført på det tidspunktet målingen blir utført.

4.5 Brukervedvirkning

Eldrerådet i Sandnes kommune fikk mulighet til å både stille spørsmål men også komme med tilbakemeldinger om hva de ønsker av tjenester. Inntrykket er at de friske eldre som Eldrerådet består av, har noen helt andre bekymringer og tanker rundt ernæringsarbeidet i EHR. De er bekymret for nye mattrender, vegetariansk mat og for stort bruk av medisiner. De ønsker at tannhelse blir et fokusområdet i ernæringsarbeidet. De ønsker også mer tid sammen med brukerne til å spise et måltid sammen, som for eksempel prosjektet i Stavanger kommune med «spisevenn». Utover dette har de uttrykt ønske om telefontid for pårørende, hvor de kan ringe klinisk ernæringsfysiolog for råd og veiledning. Samtidig løftet de tanken om besøkstid hos KEF, utover hjemmebesøk og tilsyn av brukere. De ønsker også at tilbudet om ernæring kommer med i en årlig stand og presentasjon av EHR. Eldrerådet har også et ønske om økt samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Det vil si bedre flyt mellom sykehuset, hjemmetjenesten og fastlegene.

Pårørende til de brukere som er i ernæringsmessig risiko må involveres i utarbeidelse av Ernæringsplaner. Både brukeren selv og pårørende bør få informasjon om MNA vurderingen dersom det viser at brukeren er i ernæringsmessig risiko. Denne involveringen av både bruker og pårørende kan være avgjørende for å forebygge utvikling av underernæring tidlig. Både brukeren og pårørende er ressurser som kan være en del av en ernæringsbehandling i form av at måltidets sosiale aspekter. Økt bevisstgjøring om dette emnet i seg selv kan virke forebyggende for noen brukere. Det kan også være gunstig for å avkrefte eventuelle misforståelser om at vektnedgang er noe som er ønskelig slik det er i samfunnet ellers med hensyn til overvekts-problematikk.

4.6 Rehabilitering i hjemmet

For å tilby rehabilitering i hjemmet er det et behov for at alle brukere blir risikovurdert for underernæring med MNA. Sykepleier i teamet fikk opplæring i dette og kartla alle brukere. Sykepleier i teamet kunne ofte bistå og drive god ernæringspraksis for prosjektets brukere i ernæringsmessig risiko (8-11p), men hvor MNA avdekket underernæring (0-7p) har KEF blitt koblet inn. Dette virket betryggende på både teamet og brukeren det selv gjelder. Dette er ofte eldre brukere som skal gjennom mye trening i samråd med ergoterapeut og fysioterapeut. Dette blir ikke mulig dersom brukeren er underernært eller er i fare for å bli underernært. En omfattende og detaljert ernæringsplan vil ofte være nødvendig for å få størst mulig utbytte av rehabilitering i hjemmet, og i noen situasjoner for å unngå å gjøre vondt verre. Denne rehabilitering gir behov for adekvat tilførsel av energi, og i etterkant adekvat tilførsel av næringsstoffer for restitusjon. Tverrfaglig samarbeid med KEF vil være nødvendig i rehabilitering av brukere også fremover, både på institusjon og i hjemmet.

4.7 Innspill fra ledere

Prosjektleder har som et ledd i kartleggingen også inkludert innspill fra ledere i EHR. Dette har foregått gjennom uformelle samtaler på avdelingen og formelle ledermøter. Disse innspillene blir tatt i bruk i denne rapporten og blir diskutert av prosjektleder som bi-funn av kartleggingen. I dette avsnittet blir disse innspillene presenter.

4.7.1 Tildelingskontor

Det er avdekket et behov for økt samarbeid med tildelingskontoret og kompetanseheving blant sykepleiere her. Det ble arrangert et møte mellom prosjektleder og tildelingskontoret, hvor det ble identifisert som nyttig at sykepleiere her kan få større innsyn i MNA risikovurdering av underernæring og hvilke tjenester KEF kan tilføre. Dette kan bidra til at ernæringsarbeidet kan starte tidlig allerede ved vedtak av tjenester.

4.7.2 Samhandling med spesialisthelsetjenesten

Det er avdekket et behov for samarbeid mellom pasienter som bli skrevet ut til hjemmet eller til SHS for rehabilitering av pasienter. Pasienter som har hatt særlige ernæringsrelaterte utfordringer som inneliggende bør bli henvist til KEF i kommunen for rask oppfølging. Barrierer i forbindelse med dette er ulike systemer for EPJ. Derfor blir det viktig at KEF i EHR bli synlig og lett tilgjengelig for KEF i Stavanger Universitetssykehus, hvor det skal være rom for telefonisk kontakt og samtaler i for eksempel ukentlige fagmøter. KEF i EHR bør også informere KEF-er i Stavanger Universitetssykehus angående ernæringsarbeidet som foregår her for å gi en bedre forståelse mellom de to forskjellige tjenestene og bidra til bedre samhandling. Pasienter som blir skrevet ut fra spesialisthelsetjenesten med enteral eller parenteral ernæring bør bli knyttet opp til KEF tidlig. Dette kan skje gjennom at spesialisthelsetjenesten tar kontakt med KEF direkte, gjennom kontakt fra tildelingskontoret i kommunen eller fra avdelingen i EHR.

4.7.3 Samarbeid med fastlegene

Som et ledd i etablering av en ny tjeneste i EHR med oppfølging av KEF bør kommunenes fastleger bli informert om denne tjenesten. Fastlegene trenger kompetanse om hvem og når pasienter skal bli henvist, og hvilke tjenester KEF kan tilby. Dette kan for eksempel ta sted under samlinger for fastleger, intranett for fastleger og nyhetsartikler for fastlegene. Slike informasjonsmøter bør ta plass jevnlig. Det kan også utarbeides en skriftlig brosjyre for KEF i kommunen som kan bli markedsført blant fastlegene.

4.7.4 Samarbeid med Sandnes matservice.

Det er naturlig at EHR oppretter et samarbeid med Sandnes matservice som et ledd av ernæringsarbeidet. Det har blitt identifisert et behov for å kunne tilby egenproduserte energirike drikker som et alternativ til industrielle næringsdrikker på SHS. Det bør kartlegges om et slikt tiltak kan gi økonomiske innsparinger til fordel for kommunen fremfor å kjøpe produktene fra industrien. Om disse drikkene i tillegg øker inntaket av energi og/eller protein vil det også kunne gi helsemessig gevinst i form av å forebygge og behandle underernæring. KEF kan fungere som et bindeledd mellom Sandnes Matservice og EHR. Det er behov for kompetanseheving blant ansatte i EHR vedrørende menyveileder, bruk av dietter tilpasset allergi og intoleranser, tilpasninger av måltider for å etterkomme behov som for eksempel diabetes, bestillingssystemet AIVO, utvalget av mat som kan bestilles og hvordan dette bestilles når det gjelder kombinasjoner og kommentarer. Særlig fokus bør det være i opplæringen av kjøkkenassistent og ansatte som er ansvarlig for slike bestillinger.

4.7.5 Samarbeid med kjøkkenassistent SHS og ernæringskontakt ved dagsenter

I tillegg til ernæringskontakter fra avdelingene har det blitt avdekket et behov for samarbeid mellom KEF og kjøkkenassistent på SHS og ernæringskontakter på dagsenter. Dette vil tilføre ernæringsarbeidet i EHR en mer praktisk tilnærming utover det systematiske ernæringsarbeidet. Veien er kort mellom brukerens kosthold, kjøkkenassistent og ernæringskontakt på dagsenter, derfor vil det være naturlig å få på plass samarbeid på dette området. I første omgang er det behov av kartlegging om kompetanse og hva som er behovet for å få til et godt samarbeid om ernæringsarbeidet.

5. Konklusjon

EHR har på lik linje med helse- og omsorgstjenesten i andre kommuner i Norge et behov for mer systematisk ernæringsarbeid. Flere eldre hjemmeboende og brukere på SHS må risikovurderes for underernæring tidligere. Det må utvikles en ernæringsplan for alle som er i risiko eller som er underernærte. Det er behov for økt kompetanse og forbedringsarbeid i ernæring. Piloter og deltakelse i Læringsnettverket i regi av USHT har gitt målbare forbedringer. Per i dag er ernæringsarbeidet fragmentert, det er behov for å samle løse tråder og sette dette i system. Dette kartleggingsprosjektet danner grunnlaget for fremtidig og videre ernæringsarbeid i EHR. Kontinuerlig forbedringsarbeid med fokus på prosessindikator 1 og 2 for måling av forbedring bør videreføres. Kartleggingen har identifisert flere forskjellige områder som er egnet for forbedringsarbeid og som kan løfte ernæringsarbeidet. Disse områdene er blitt beskrevet i en punktvis handlingsplan med konkrete tiltak som anbefales å iverksette. Det er behov for å utvikle en fullstendig handlingsplan og ernæringsstrategi for EHR basert på dette arbeidet.

6.0 Handlingsplan for ernæringsarbeidet i EHR

- 1.** Utarbeide en kort og enkel prosedyre for forebygging av behandling av underernæring. Prosedyren må gjøres kjent i virksomheten og publiseres i Compilo. Prosedyren skal beskrive arbeidet med risikovurdering av underernæring og utvikling av ernæringsplaner. Prosedyren bør revideres jevnlig.
- 2.** Utvikle enkle verktøy i EPJ Profil for risikovurdering og utarbeidelse av ernæringsplaner. Gå over fra MNA fullversjon til MNA kortversjon. Etablere et skjematisk verktøy for utvikling av ernæringsplaner.
- 3.** Kompetanseheving blant ansatte gjennom internundervisninger om underernæring, nasjonale faglige retningslinjer, metode for risikovurdering, utarbeidelse av ernæringsplan, målrettet ernæringsarbeid, dokumentasjon av ernæringsarbeid, og praktisk tilnærming som næringsdrikker og hvordan berike mat og måltider. Kompetanse

om medisinsk bruk av enteral og parenteral ernæring inngår også i dette. Dette gjelder for alle ansatte. Tildelingskontoret skal også være en del av denne kompetansehevingen, med særlig fokus på MNA risikovurdering for underernæring.

4. Utarbeide enkel prosedyre for bruk av medisinsk teknisk utstyr knyttet til ernæring (vedlegg 8). Denne prosedyren beskriver hvordan pasientspesifikk opplæring skal foregå, både for teknisk og medisinsk bruk av pumpesett til bruk i enteral og parenteral ernæring. Som et ledd i forbedring av samhandling bør prosedyren bli tilpasset spesialisthelsetjenestens egne prosedyrer og opplæringsrutiner for utlån av medisinsk teknisk utstyr knyttet til ernæring. KEF bør bli tidlig knyttet opp til pasienter med behov for enteral og parenteral i kommunen.

5. Etablere et ernæringsnettverk og oppnevne to ernæringskontakter for alle avdelinger og en for alle dagssenter. Ernæringsnettverket skal ha jevnlig møtepunkter og en egen gruppe i Microsoft Teams. Fokus på delingskultur og effektivisere kommunikasjonen mellom KEF og ernæringskontakter. Spesialisering av ansatte i ernæringsarbeider rettet mot forebygging av underernæring. Spesielt fokus på utvikling av ernæringsplan for brukere som er i risiko for å utvikle underernæring (MNA score 8-11 p).

6. Etablere ernæringstavle med oversikt over nye registrerte brukere som trenger MNA vurdering i alle virksomhetens avdelinger. Etablere ernæringstavle med oversikt over vektutvikling for brukere som er i ernæringsmessig risiko i alle virksomhetens avdelinger.

7. Inkludere ernæringsarbeid med fokus på risikovurdering av underernæring etableres i virksomhetens og avdelings årshjul. Årlig fokus på MNA risikovurdering og IPLOS registrering av ernæringsrelaterte spørsmål.

8. Utvikle et system for henvisning til EHR sin KEF. Etablere en tjeneste slik at brukere av EHR kan bli henvist til KEF for tilsynsforespørsel av avdeling. Dette gjelder brukere som er underernærte (MNA score 0-7 p). Spesialisthelsetjenesten og fastlegene i kommunen skal også kunne henvise brukere av EHR sine tjenester til KEF etter avtale med tilhørende avdeling.

9. Utforme et prosjekt i samråd Sandnes matservice for å kartlegge mulighetene til å produsere egne næringsdrikker som kommunen kan benytte seg av.

10. Kommunisere KEF-tjenesten til fastlegene for å opprette dialog. Kontakt med fagmiljøet i ernæring og med spesialisthelsetjenesten.

11. Utarbeide en detaljert handlingsplan og etablere ernæringsstrategi for EHR.

7. Litteraturliste

1. Devik A.S. og Olsen M.R. (2018). Underernæring og pasientsikkerhet blant eldre i kommunene. En oppsummering av kunnskap. Senter for omsorgsforskning. ISBN (digital utgave): 978-82-8340-089-2.
2. Guttormsen, A. B., Hensrud, A., Irtun, Ø., Mowé, M., Sørbye, L. W., Thoresen, L. ... Smedshaug, G. B. (2013). Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Oslo: Helsedirektoratet.
3. Helsedirektoratet. (2018). Tiltakspakke for forebygging og behandling av underernæring (hjemmetjeneste). Helsedirektoratet rapport IS-2598. Hentet fra https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/ernaering/_attachment/inline/d0be1367-1eee-40ec-a65d-e3a214129b24:58b59e2908d43a34df74e673fce069dfdc4a21ad/tiltakspakke-for-forebygging-og-behandling-av-underernaering-i-hjemmetjenesten.pdf
4. Helsedirektoratet. (2016). Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten. Fagbokforlag.
5. Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.* (Meld. St. 47. (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
6. Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre. (Meld. St. 15. (2017-2018)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
7. Helse – og omsorgsdepartementet. (2018). Folkehelsemeldinga – Gode liv i et trygt samfunn. (Meld. St. 19 (2018-2019)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/84138eb559e94660bb84158f2e62a77d/nn-no/pdfs/stm201820190019000dddpdfs.pdf>
8. Statistisk sentralbyrå. (2019, 2.september). Brukere av hjemmetjenester får dårligere ernæringsoppfølging enn beboere på sykehjem. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/brukere-av-hjemmetjenester-far-darligere-ernaeringsoppfolging-enn-beboere-pa-sykehjem>

8. Vedlegger

Vedlegg 1: Spørreskjema til ansatte i hjemmetjenesten

Spørreskjema til ansatte hjemmetjenesten
- Kartlegging av ernæringskompetanse og ernæringspraksis i forbindelse med pilotprosjekt og læringsnettverk

Din stilling: Sykepleier ☐ Hjelpepleier ☐ Helsefagarbeider ☐ Assistent ☐ Annet ☐

Sone: _____

1. Har du ernæringsfaglig kompetanse utover din grunnutdanning? Ja ☐ Nei ☐
Hvis ja, spesifiser kurs/utdanning: _____

2. I hvor stor grad føler du at du har nok ernæringsfaglig kompetanse til å utføre jobben din? (kryss av)

Ingen grad ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 I svært stor grad

3. Har du opplevd situasjoner der du trengte ernæringskompetanse utover din egen? Ja ☐ Nei ☐
Hvis ja, fikk du hjelp til å løse utfordringen på en tilfredsstillende måte? Ja ☐ Nei ☐
Hvor henvendte du deg for å få hjelp? _____

4. I hvor stor grad kjenner du deg trygg på å gjøre en risikovurdering av en bruker gjennom å bruke kartleggingsverktøyet MNA? (kryss av)

Ingen grad ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 I svært stor grad

5. I hvor stor grad kjenner du deg trygg på å lage en ernæringsplan av tilstrekkelig faglig kvalitet dersom underernæring avdekkes? (kryss av)

Ingen grad ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 I svært stor grad

1. Har du en ernæringskontakt på din arbeidsplass? Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke ☐
Hvis ja, opplever du at du kan henvende deg til denne personen når du trenger det? Ja ☐ Nei ☐
Har du benyttet/hatt bruk for ernæringskontakten på din arbeidsplass? Ja ☐ Nei ☐
Spesifiser i hvilke sammenhenger: _____

2. Kjenner du til innholdet i ernæringsprosedyren i Compilo? Ja ☐ Nei ☐
Hvis ja, i hvor stor grad opplever du at denne etterfølges i din arbeidshverdag? (kryss av)

Ingen grad ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 I svært stor grad

3. I hvor stor grad har du behov for økt ernæringskompetanse? (kryss av)

Ingen grad ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 I svært stor grad

4. I hvor stor grad har du ønske om økt ernæringskompetanse? (kryss av)

Ingen grad ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 I svært stor grad

5. Hva er dine tanker om ernæringscreening?

6. Hva er dine tanker om ernæringspraksisen på din arbeidsplass?

Ernæringskartlegging av hjemmetjenestens brukere i Sandnes Kommune

Sandnes kommune SHS, etasje 1.

Pasient nummer:

Alder:

Kjønn:

Høyde:

Vekt:

Hva er svart på spørsmål: «ernæringsstatus kartlagt» i IPLOS?	Ja ☐ Nei ☐ Tomt felt ☐
Hva er svart på «ernæringsmessig risiko/underernæring» i IPLOS?	Ja ☐ Nei ☐ Tomt felt ☐
Hva er svart på «ernæringsplan utarbeidet» i IPLOS?	Ja ☐ Nei ☐ Tomt felt ☐
Er det dokumentert vekt på brukeren i løpet av siste måned?	Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke ☐
Er bruker ernæringsscreenet med MNA?	Ja ☐ Nei ☐
Er ernæringsscreeningen dokumentert i Profil?	Ja ☐ Nei ☐
Når ble sist screening gjennomført?	
Eventuell MNA-score fra screening:	
Har bruker en dokumentert ernæringsplan i Profil?	Ja ☐ Nei ☐
Er ernæringsplanen evaluert opp mot målsetning?	Ja ☐ Nei ☐
Har bruker hatt stabil vekt over BMI 22 kg/m ² siste måned?	Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke ☐
Har brukeren lengre enn 11 timer nattfaste?	Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke ☐
Antall timer nattfaste:	Vet ikke ☐

Eventuell kommentar:

Vedlegg 3: Prosedyre for systematisk ernæringsarbeid i EHR

1. Hensikt:

Sikre at alle brukere i EHR blir risikovurdert for underernæring. Sikre at brukere som er i risiko for underernæring eller underernærte, tilbys individuell ernæringsplan.

2. Omfang:

Gjelder alle brukere av EHR. I tilfeller der brukere motsetter seg hjelp og prosedyrens innhold ikke kan gjennomføres er det viktig at dette dokumenteres i journal.

3. Definisjoner:

MNA del 1: Mini ~~Nutritional Assessment~~, verktøy for å kartlegge ernæringsmessig risiko.
KMI: Kroppsmasseindeks, vekt (kg) / høyde² (m²).

4. Ansvar:

Alle ansatte har ansvar for oppfølging av ernæringsarbeidet i EHR:

- Primærkontakt og ansatte skal gjennomføre risikovurdering og kartlegging av ernæringsstatus hos alle brukere, opprette ernæringsplan og iverksette tiltak ved behov. Henvise til klinisk ernæringsfysiolog ved behov.
- Avdelingsleder har ansvar for å sikre nødvendig ernæringskompetanse, ernæringsverktøy og ernæringskontakter i avdelingen.
- Klinisk ernæringsfysiolog skal iverksette og bistå i det systematisk ernæringsarbeidet, gjennomføre kompetansehevede tiltak, drive ernæringsnettverket i EHR og følge opp henviste brukere.
- Virksomhetsleder skal sørge for at prosedyren er kjent og fulgt i enheten.

5. Beskrivelse:

1. Vurdere ernæringsstatus ved risikovurdering for underernæring. Alle nye brukere skal ha vekt, høyde og KMI. Journalføres under målinger i Profil. Risikovurdering ved å utføre MNA del 1 innen to uker, opprettes og lagres under skjema i Profil. Alle andre brukere skal ha gjennomført MNA del 1 hver 52 uke, ved normal ernæringsstatus (12-14 poeng) skal brukeren veies hver 12 uke.
2. Brukere i risiko (8-11 poeng) eller underernært (0-7 poeng) skal ha en ernæringsplan innen en uke. Ernæringsplan opprettes og lagres under skjema i Profil. Ernæringsplan inneholder kartlegging av årsak til underernæring, plan om hyppighet på veiing, mål, tiltak og plan for evaluering av tiltak. Vurdering av ernæringsstatus og tiltak journalføres under rapport/plan i egen fane under ernæring.
3. Registrere i IPLOS JA/NEI om spørsmålene ernæringsstatus kartlagt, ernæringsmessig risiko og ernæringsplan utarbeidet.
4. Videreføre informasjon til fastlege, brukeren og eventuelt pårørende dersom risiko for underernæring / underernært. Henvise eller sende tilsynsforespørsel til klinisk ernæringsfysiolog ved kompliserte ernæringskasuser eller alvorlig underernæring.

6. Avvik:

Eventuelle avvik fra denne prosedyren dokumenteres i ~~Compilo~~.

7. Kilder/Referanser:

Trykk her for:

[MNA del 1](#)

[Ernæringsplan](#)

[Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring.](#)

[Pasientsikkerhetsprogrammet tiltakspakke for forebygging og behandling av underernæring.](#)

[Kosthåndboken](#)

[Helsepersonelloven \(LOV-1999-07-02-64\)](#)

[Pasient- og brukerrettighetsloven \(LOV-1999-07-02-63\)](#)

[Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene §3 \(FOR-2003-06-27-792\)](#)

Vedlegg 4: Tavle nye brukere i avdelingen som er risikovurdert med MNA kortversjon

M.O. CNU/ASL	Pleie, 2m 	Kortlegg MNA 
S.M.F.		
P.G.		
E.E.G.		
A.G.		
073 S.G.		
44 H.S.		

Vedlegg 5: Ernæringsstave for oppfølging av vektutvikling

Vekt  		Ernæringsstave											
	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
M.E	35kg												
HRN	49,6	%											
B.O	56												
I.S	75	75,5											
DJMS	65												
AOT	70												
B.O	72,8												
BR	69												
MV	62,7												
SM	60												
RII	61												
BMT	72												

Mini Nutritional Assessment

MNA®

**Nestlé
Nutrition Institute**

Etternavn:		Fornavn:	
Kjønn:	Alder:	Vekt, kg:	Høyde, cm:
Dato:			

Besvar undersøkelsen ved å fylle inn de riktige poengsifrene. Bruk tallene fra hvert enkelt spørsmål og legg sammen poengene for endelig screeningsresultat.

Screening	
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 = sengeleggende / 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 lidelser 0 = alvorlig demens eller depresjon 1 = mild demens 2 = ingen psykologiske lidelser	☐
F1 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	☐

OM DU IKKE KAN BEREKNE BMI, ERSTATTES SPM. F1 MED SPM. F2. SVAR IKKE PÅ SPM.
F2 DERSOM SPM. F1 ALLEREDE ER BESVART.

F2 Leggens omkrets i cm (Calf Circumference, CC) 0 = CC mindre enn 31 cm 3 = CC 31 cm eller mer	☐
Screeningresultat (maks. 14 poeng)	☐ ☐
12-14 poeng: ☐ Normal ernæringsstatus 8-11 poeng: ☐ Risiko for underernæring 0-7 poeng: ☐ Underernært	Lagre Skriv ut Reset

Ref. Velas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006; 10:456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Gulgoz Y, Velas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Geront 2001;56A: M366-377.
 Gulgoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
 Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status. J Nutr Health Aging 2009; 13:782-788.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
 © Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M
 Se mer info på: www.mna-elderly.com

Vedlegg 7: Ernæringsplan og måltidsplan

Ernæringsplan

Navn: _____ Løpenummer: _____

Ernæringsstatus	Vekt: kg Høyde: m	BMI: kg/m ² MNA skår: poeng
Faktorer som påvirker matinntaket	Sykdom, symptomer Medikamenter, bivirkninger Tann- og munnstatus (sår, protese, tørrhet) Psykososialt; familie, ensom, sorg, søvn Endret livssituasjon Fysisk funksjon, balanse, gangfunksjon Kvalme, smerter Obstipasjon, diaré	Faktorer som påvirker pasientens matinntak:
Mål med ernærings tiltak	Stabilisere vekt/ holde vekt/ øke vekt/ spise selv	
Ernæringsbehov:	Døgnbehov 30 x kg kroppsvekt = (Evt. 35 eller 40 kcal) 1,0 g x kg kroppsvekt = (Evt. 1,2 g protein) 30 ml x kg kroppsvekt = (Minimum 1.500 ml)	Kcal: _____ / dag Protein: _____ gram / dag Væske: _____ ml / dag
Tiltak vekt	Veies ukentlig/hver 14. dag/månedlig (evt. fast ukedag e.l.l.)	
Tiltak Mat og drikke: (Utdyp tiltak i måltidsplan på neste side)	Veilede/hjelpe ved innkjøp Berike mat og drikke Mellommåltider Antall måltider, kortere nattfaste	Tiltak tilpasset pasienten:
Tiltak Måltid og annet: (Utdyp tiltak i måltidsplan på neste side)	Medspising (helsepersonell/pårørende) Tilpasse sittetilling Tilpasse borddekking Assistanse til å innta maten	Tiltak tilpasset pasienten:
Medisinske ernærings tiltak: (Utdyp tiltak i måltidsplan på neste side)	Næringsdrikker Energi pulver Protein pulver Blå resept?	Behov for medisinske tiltak:
Tilskudd av vitamin/mineral/tran:	Tran, vitaminer	Behov for tilskudd:
Ernæringsplanen evalueres av:	Navn:	Dato:
Ernæringsplan utarbeidet av:	Navn:	Dato:

Måltidsplan

Antall måltider: _____ /døgn Nattfaste: _____ timer

Måltid	Alternativ 1	Alternativ 2	Individuelt tiltak i måltidet
Tidlig frokost Kl. _____			Beskriv hvordan mat/drikke skal berikes
Frokost Kl. _____			
Mellommåltid Kl. _____			
Middag Kl. _____			
Ettermiddag Kl. _____			
Kvelds Kl. _____			
Sen kvelds Kl. _____			

Brukeren tåler ikke:

Brukeren liker ikke:

Vedlegg 8: Prosedyre for opplæring i bruk av medisinsk teknisk utstyr

Formål

Beskrive EHR sine rutiner for opplæring i bruk av medisinsk tekniske utstyr på utlån fra Helse Stavanger HF.

Omfang/Virkeområde

Denne prosedyren omhandler den tekniske opplæringen i forbindelse med bruk av MU i EHR. Opplæringen skal dokumenteres med en intern kopi av opplæringsskjema utgitt av Helse Stavanger HF.

Denne opplæringen skal gjentas for hver enkelt bruker, med gjeldende opplæringsskjema.

Definisjoner

MU: Medisinsk teknisk utstyr

EHR: Enhet for hjemmetjenester og rehabilitering

Opplæringsskjema: Skjema som er utarbeidet av Helse Stavanger HF for aktuelle MU.

Ansvar

- Avdelingsleder har ansvar for å lagre og oppbevare signert opplæringsskjema brukt til opplæring fra Helse Stavanger HF, og opplæringsskjema brukt til opplæring internt i avdelingen.
- Opplæringsansvarlig i avdelingen konsulterer KEF (klinisk ernæringsfysiolog) før bruk av alle former for ernæringspumper.
- Avdelingen som skal låne MU til hjemmebruk er ansvarlig for å få opplæring og re-opplæring i teknisk og medisinsk bruk av MU fra Helse Stavanger HF.
- Virksomhetsleder i EHR har ansvar for at rutiner for opplæring i MU til hjemmebruk er kjent og fulgt i enheten.

Aktivitet/beskrivelse

1. Avdelingen oppnevner en opplæringsansvarlig. Opplæringsansvarlig oppsøker opplæring fra utlåner. Opplæringen gjennomføres med identisk utstyr som utleveres til bruker.
2. Opplæringsskjema skal signeres. Det skal sikres en kopi av denne. Dette gjøres hver gang avdelingen skal låne MU fra Helse Stavanger HF.
3. En ikke signert kopi av opplæringsskjemaet må medbringes tilbake til avdelingen. Intern opplæring i avdelingen skal skje med identisk opplæringsskjema fra Helse Stavanger HF.
4. Opplæringen i egen avdeling dokumenteres med identisk opplæringsskjema. Denne signeres og lagres i en mappe/Profil. Disse samles på et sted, tilgjengelig ved tilsyn.
5. For re-opplæring eller ved mistanke om feil på utstyret, kontaktes utlåner. Opplæringsskjemaet er gyldig i et år, vedlikehold av opplæring skjer gjennom utlåner.
6. Det forutsettes at avdeling som skal låne MU innhenter nødvendig informasjon knyttet til medisinsk bruk ved opplæring fra utlåner ved behov.

Avvik

Denne prosedyren skal ikke fravikes.

Eventuelle avvik skal det begrunnes og dokumenteres i Compilo.