

Rapport publisert 16.12.2011

Forundersøkelse ernæring

Ålesund kommune



Utviklingscenter
for hjemmetjenester
Møre og Romsdal



Senter for
omsorgsforskning
MIDT-NORGE

Innhold:	Side
Innledning	2
1 Hvorfor var dette arbeidet nødvendig?	2
2 Hensikten med forundersøkelsen	3
3 Metode	3
3.3 Innsamling av data	4
3.4 Antall enheter og inndeling	4
4 Resultat, hva kom frem?	4
4.1 Grad av kartlegging og dokumentasjon av ernæringsstatus	4
4.2 Grad av tilrettelegging og tilpassing av måltider knyttet til døgnrytme	5
4.3 Brukermedvirkning	7
4.4 Gode ideer til endringer og bedring av tjenesten knyttet til ernæring	8
4.4.1 Åpen omsorg	8
4.4.2 Sykehjem/ Bokollektiv	8
4.4.3 Bolig for psykisk utviklingshemmede	9
5 Diskusjon	10
6 Konklusjon	11

Vedlegg 1:

Plan over Ernæring økt kompetanse og kvalitetsutvikling i hjemmetjenester og sykehjem i Ålesund kommune.

Vedlegg 2:

Forundersøkelse, spørreskjema

Vedlegg 3:

Informasjonsbrev som fulgte utsending av spørreskjema.

Foto forside: Brit s. Krøvel. Bildet viser personalet ved åpen omsorg HT Nørve

Innledning

Denne rapporten inneholder resultater av en undersøkelse som ble gjennomført i Ålesund kommune høsten 2011. Undersøkelsen ble utført av Utviklingssenteret for hjemmetjenesten i Møre og Romsdal i samarbeid med Senter for Omsorgsforskning Midt-Norge. Undersøkelsen er en del av et opplæringsprogram for å øke kompetansen og fokus på problematikk rundt fare for underernæring av brukere/beboere innskrevet i pleie og omsorgstjenesten i kommunen.

1 Hvorfor var dette arbeidet nødvendig?

Det antas at mellom 20 og 50 prosent av pasientene i institusjon har en underernæringstilstand. Blant hjemmeboende syke eldre er forekomsten av underernæring anslått til å være rundt 10%. Helsedirektoratet har utarbeidet nasjonale anbefalinger for å identifisere, forebygge og behandle underernæring (Helsedirektoratet 2009)

I Nasjonale faglige retningslinje for forebygging og behandling av underernæring står det at «Alle beboere i sykehjem/institusjon og personer innskrevet i hjemmesykepleien skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak og deretter månedlig, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg» Videre at pasienter med ernæringsmessig risiko skal ha en individuell ernæringsplan med dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak:

Tiltak:

- Bruk av tilpasset energi/ernæringstett kost.
- Aktiv ernæringsbehandling(sonde TPE)
- Vurdere faglig/etiske/juridiske aspekter ved ernæringsbehandling

Implementering av kunnskap og nye rutiner er kompliserte og tidkrevende prosesser. Utviklingssenteret for hjemmetjenester i Møre og Romsdal i samarbeid med fagpersoner i rådmannens stab i Ålesund kommune, ønsket å bruke kjent kunnskap om endringsarbeid som redskap for å få en god og målrettet prosess. Å få kartlagt «her og nå situasjon» og å erkjenne behovet for forbedring er utgangspunktet for alt forbedringsarbeid i følge helsedirektoratet (.og bedre skal vi bli... , Helsedirektoratet 2010). Tydelig målsetting og fastsatte evalueringstidspunkter er andre viktige redskaper for implementeringsarbeidet. Det er ved siden av undersøkelse utarbeidet et ernæringsprogram som går over et år der karlegging og evaluering er viktige milepæler.



2 Hensikten med forundersøkelsen

Målet med kartleggingen var:

1. Få kunnskap om i hvilken grad de ulike virksomhetene følger opp brukere/beboere i ulike institusjoner/boliger og åpen omsorg i forhold til fare for underernæring.
2. Innhente data om ernæringsssituasjonen før gjennomføring av opplæringsprogrammet for å vurdere om ernæringsprogrammet har hatt den ønskede effekt.
3. Utvikle kvalitetsindikatorer som kan benyttes i driftsavtaler eller serviceerklæringer i virksomhetene. Eventuelt justere etablerte driftsavtaler og kvalitetskrav ved sykehjem.

3 Metode

3.1 Spørreskjema

UHT utarbeidet et enkelt spørreskjema i samarbeid med Senter for Omsorgsforskning.

Før skjemaet ble utarbeidet ble noen kvalitetsindikatorer valgt, slik at spørsmålene i skjemaet kunne avdekke status for disse. Kvalitetsindikatorene var :

- Antall utførte screeninger dokumentert i EPJ(Elektronisk pasientjourna)
- Antall funn i risikogruppe dokumentert i EPJ
- Antall utarbeidede individuelle ernæringsplaner dokumentert i EPJ.

En ønsket også til en viss grad å kartlegge matsituasjon/spisesituasjon ved de ulike virksomhetene.

Skjemaene hadde tre hovedpunkt:

- 1) Grad av kartlegging og dokumentasjon av ernæringsstatus av inneliggende brukere i Ålesund kommune.
- 2) Grad av tilrettelegging og tilpassing av måltider knyttet til døgnrytme
- 3) Brukermedvirkning og gode ideer til endring/bedring av tjenesten knyttet til ernæring.

3.2 Metodikk:

Skjemaene skulle merkes med navn på avdeling/bolig/ åpne omsorg og navn på utfyller. Vi benyttet statistikk for å finne antall brukere/beboere på gjeldende tidspunkt. Det andre spørsmålet på side 1 ble tolket på ulike måter av personene som fylte ut skjemaene. Dette gjør det vanskelig å finne ut i hvilken grad alle beboere har vært vurdert for ernærings risiko eller ei. Dette bør rettes opp ved neste undersøkelse.

3.3 Innsamling av data:

Spørreskjemaene ble sendt ut via mail til virksomhetsleder. En valgte å tilrå at teamleder skulle fylle ut skjemaene, mens virksomhetsleder skulle ha ansvar for å sende skjemaene inn innen fristen. De fleste valgte å sende svar elektronisk. Det oppsto en diskusjon om psykisk helse og rus skulle svare på undersøkelsen. Konklusjonen var at de faglige retningslinjene også gjelder for disse tjenesteområdene og at de dermed skal være med på ernæringsprogrammet i Ålesund kommune. Undersøkelsen innbefatter imidlertid ikke disse, da de ikke leverte skjemaene utfylt. Det manglet også svar fra et bokollektiv for eldre.

3.4 Antall enheter og inndeling.

Åpen omsorg: svar fra 8 enheter.

Sjukeheim/Omsorgssenter/bokollektiv : svar fra 19 enheter.

Bolig for psykisk utviklingshemmede: svar fra 10 enheter

4 Resultat, hva kom frem?

4.1 Grad av kartlegging og dokumentasjon av ernæringsstatus av inneliggende brukere i Ålesund kommune.

	Åpen omsorg	Institusjoner	Bolig for psykisk utviklingshemmede	Til sammen
<i>Hvor mange nåværende beboere/brukere er pr dags dato vurdert for ernæringsmessig risiko i din avdeling?</i>	95	110	11	308
<i>Hvor mange nåværende beboere/brukere har resultatet av vurdert ernæringsmessig risiko dokumentert i EPJ i din avdeling?</i>	71	76	5	152
<i>Hvor mange nåværende beboere/brukere har pr dags dato fått utarbeidet plan for målrettet ernæringsbehandling mht. underernæring</i>	38	27	5	70
<i>Hvor mange nåværende beboere/brukere har utarbeidet plan for målrettet ernæringsbehandling mht underernæring lagt inn i EPJ?</i>	12	7	3	22

Enhetene fikk spørsmål om de hadde tilgjengelig utstyr for å måle vekt og høyde. De fleste avdelinger svarer at de har vekt tilgjengelig, der det er behov for dette. Noen avdelinger mangler måleverktøy for høyde. Flere svarer at de planlegger å anskaffe riktig

utstyr i nærmeste fremtid. Noen hjemmetjenester gir bruker eller pårørende beskjed om å kjøpe vekt om en anser at dette er nødvendig for å vurdere ernæringsmessig risiko. Noen boliger svarer at vekt og høyde blir kontrollert på helsestasjon, sykehus eller hos lege. Enkelte hjemmetjenester har imidlertid anskaffet seg vekt som de kan benytte i screening. Noen sykehjem og boliger svarer at de ikke har vekt som kan benyttes av rullestolbrukere eller sengeliggende bruker/beboere. Det kan se ut som at sykehjem har bedre måleutstyr for vekt og høyde tilgjengelig enn boliger for psykisk utviklingshemmede og åpen omsorg.

Undersøkelsen ønsket å belyse hvor mange nåværende beboere/brukere som var vurdert for ernæringsmessig risiko i den enkelte enhet. Dette spørsmålet ser vi kan tolkes ulikt. Er å vurdere for ernæringsmessig risiko det samme som screening? Vi velger å tolke svarene fra de fleste avdelinger slik at de har gjort dette på grunnlag av skjønn og at det ikke er på grunnlag av screening som innbefatter vurdering av alle brukere/beboere. 308 personer er vurdert, om det var utført screening ville antallet vært langt høyere. Det var 1085 personer innskrevet i hjemmetjenestene i oktober 2011 og kommunen har 354 sykehjemsplasser. Det totale antall aktuelle brukere/beboere er altså 1439.

Undersøkelsen etterspurte hvor mange beboere/brukere som har resultatet av vurdert ernæringsmessig risiko dokumentert i EPJ(Elektronisk pasientjournal) i avdelingen. Resultatet tyder på brudd på dokumentasjonsplikten. En betydelig andel av vurderingene er ikke ført i EPJ.

Det var store variasjoner mellom de ulike enhetene angående hvor mange beboere/brukere som hadde fått utarbeidet plan for målrettet ernæringsbehandling. 18 avdelinger hadde ikke utarbeidet en eneste plan. To avdelinger i hjemmetjenesten sto for hele 26 av planene.

Et vesentlig antall planer var heller ikke lagt inn i EPJ. Også her ser det ut til at dokumentasjonsplikten ikke utføres.

4.2 Grad av tilrettelegging og tilpassing av måltider knyttet til døgnrytme

I åpen omsorg ble det forutsatt at svarene på andre del av undersøkelser ble gjort på bakgrunn av brukere som har behov for assistanse for å få servert måltider. Brukere som selv organiserer måltidene i eget hjem er altså utelatt.

	Åpen omsorg (N= 8)			Institusjone (N= 19)			Bolig for psykisk utviklingshemmede. (N=10)		
	Ja	Til en viss grad	Nei	Ja	Til en viss grad	Nei	Ja	Til en viss grad	Nei
<i>Får bruker/beboer bestemme selv når han/hun ønsker måltider servert?</i>	3	2	2	12	1	6	6	1	2 1 svarte ikke

Det kan se ut som at de fleste enheter har etablert en viss valgfrihet for når måltid skal serveres. Det var større valgfrihet i sykehjem/bokollektiv og boliger for psykisk utviklingshemmede enn i åpen omsorg.

	Åpen omsorg		Sykehjem/omsorgssenter/bokollektiv		Bolig for psykisk utviklingshemmede	
	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei
<i>Forekommer det at det er mer enn 11 timer mellom siste måltid i ett døgn til det første måltid i det neste døgn?</i>	7	1	17	2	1	8 1 svarte ikke
	Svar fra 7		Svar fra 17		Svar fra 1	
<i>Hvor mange timer kan det være mellom det siste måltidet ett døgn til det første i det neste døgnet?</i>	13 – 16 timer		12-15 timer		12-13 timer	

Enkelte enheter hadde problemer med at det ble for mange timer mellom måltidene.

Mange avdelinger klarer heller ikke å overholde retningslinjenes anbefalinger om fire hovedmåltider og minst ett mellommåltid. I driftsavtalene til alle kommunens sykehjem er det satt opp indikatorer for brukerkvalitet. Det står at: « Beboerne skal ha fullverdig heldøgnskost av god ernæringsmessig kvalitet i form av frokost, middag, ettermiddagskaffe og kveldsmat». Kaffemåltid skal etter retningslinjene ikke regnes med som hovedmåltid.

Det ser ut til å være et problem for mange avdelinger/virksomheter, å overholde 11 timesgrensen for å ha opphold i ernæringsinntak. De to sykehjemsavdelingene som svarte nei, hadde skrevet på merknad at de hadde innført mellommåltid på natt.

I åpen omsorg svarte en av virksomhetene at det kan gå opp til 16 timer mellom måltidene og flere svarte 15 timer. Også i sykehjem var det flere som svarte at det forekommer 15 timer opphold.

4.3 Brukermedvirkning

I åpen omsorg hadde 4 enheter svart Ja på spørsmålet om bruker/beboer får bestemme hva de vil spise selv. 3 enheter svarte både ja og at bruker/ beboer får velge mellom utvalgte retter. 1 enhet svarte at bruker /beboer kunne velge mellom utvalgte retter og dermed ikke hadde valgfrihet utover dette. Ingen svarte altså at det ikke var noen form for valgfrihet. Flere hadde skrevet merknad om at brukerne får velge fritt når det gjelder brødmat, men må velge mellom utvalgt retter ved middag på grunn av ordningen med Sentralkjøkkenet.

I sykehjem og bokollektiv svarte 7 enheter ja, 7 svarte både ja og valg mellom utvalgte retter. Også i denne gruppen bemerkes det at det er valgfrihet ved brødmaten, men at middagsmaten var mer begrenset valg på grunn av ordningen med sentralkjøkkenet. 3 svarer nei.

I bolig for psykisk utviklingshemmede svarte 3 enheter ja, 5 har svart valg mellom utvalgte retter, 1 svarer nei og 1 har ikke svart.

Det viser seg at temaet brukers opplevelse av måltidsituasjonen i liten grad blir etterspurt i spørreundersøkelser. Det blir i størst grad foretatt slike brukerundersøkelser i sykehjem. 10 enheter i sykehjem svarer ja på spørsmålet om de har slike brukerundersøkelser. Kun 1 hjemmetjeneste og 1 av enhetene i bolig for psykisk utviklingshemmede svarer at de har slike spørreundersøkelser.

Det kan se ut til at pårørende i de fleste enheter blir involvert i måltidsituasjoner når bruker/beboer selv ikke klarer å formidle sine behov. Det er i sykehjem at pårørende blir minst involvert, men halvparten svarer ja på spørsmålet.

I åpen omsorg er det ikke kultur for å spise sammen med bruker som virkemiddel for å skape et godt måltid. Noen sykehjem hadde kultur for dette og gjorde det ofte. De fleste svarte imidlertid at de ikke hadde kultur for dette, eller at det skjedde kun av og til. I bolig for psykisk utviklingshemmede var virkemiddelet mer vanlig.

4.4 Gode ideer til endring og bedring av tjenesten knyttet til ernæring.

Spørreundersøkelsen inneholdt også et åpent spørsmål der enhetene kunne komme med forslag til forbedringer i egen enhet.

4.4.1 Åpen omsorg:

Økt fokus på ernæringsmessig risiko, observere vekt og BMI, beregne væskebehov og energi inntak ble beskrevet som forslag til forbedring. Kontakt med lege og ernæringsfysiolog ble foreslått av noen. Kompetanseheving i forhold til kosthold ble påpekt som viktig både i forhold til personale og bruker/beboer. Denne informasjonen skulle inneholde kunnskap om næringsrike matvarer, næringsdrikker, puddinger og gode råd om hvordan en gjøre måltidene mer innbydende. Middag på døra mente flere var et godt tilbud fra sentralkjøkkenet og at dette bør tilpasses brukers behov. Noen presiserte at PPS var et viktig verktøy for å kvalitetssikre tiltak rettet mot ernæring.

Enkelte virksomheter mente det var avgjørende å legge vekt på tannhygiene og informere om tannhelsetilbud.

Noen virksomheter mente at det var viktig at man har anledning til å sitte sammen med bruker under måltidet, selv om bruker er i stand til å spise selv. Noen enheter opplever at brukere spiser bedre om de har selskap under måltidet.

En virksomhet beskrev det slik: *"Vi må starte med å utarbeide en målrettet plan. Til nå er det kun tatt vekt, og fulgt opp med vektkontroll hver uke samt startet opp med tillaging av måltider og næringsdrikker. Ingen har mellommåltider. Bruker og pårørendeundersøkelser er ett tiltak, der man kartlegger hva bruker liker. Man må tenke estetikk også i forhold til at maten skal se fristende ut. Kanskje det hadde vært en ide at man kunne bestille ekstra pakker fra sentralkjøkkenet med for eksempel havregrøt som kunne varmes som mellommåltid. Det hadde også vært fint om sentralkjøkkenet hadde ekstra næringsrike måltider for brukere med ernæringsproblematikk som man kunne bestille".*

Noen mente at bare det at de var oppmerksomme på problemet vedrørende ernæring og tok tak i det ville føre til forbedring. Tilberedning av enkle mellommåltid var nevnt av flere som viktig tiltak for å unngå underernæring.

Noen mente også at mer personell måtte til for å få økt kvalitet på området.

4.4.2 Sykehjem/Bokollektiv:

Enhetene mente god opplæring av personalet var avgjørende. Opplæringen bør gjentas slik at også nytilsatte får informasjonen. En avdelingen beskriver tiltak for å bedre situasjonen slik: *"Gode anvendelige systemer for å registrere og følge opp ernæring. Dette gjelder Visma, vi bruker ernæringsjournalen på årskontroll og MUST x1 pr måned i forbindelse med vektmåling på alle pasienter, men disse er ikke lagt inn i Visma. Vi har et egne skjema for kostregistrering og ernæringsplan i papirformat. Viktig å ha tilgjengelig lett brukbare skjema. Økonomi i institusjonen, næringsdrikker, frukt og andre berikende midler koster penger, må forankres hos økonomiansvarlig på institusjonen og at dette er noe vi kan kjøpe inn. Det er ikke mulig å få i pasienten 5 om dagen når vi ikke har tilgang på frukt".*

En sykehjemsavdeling ønsker mer tilstedeværelse av personalet ved måltidene. Avdelingen ønsket tid til å være sammen med beboerne under måltid, for å skape ro og tilrettelegge bedre for hvert for hver enkelt. Avdelingen ønsket også å innføre tilbud om fast kveldsmåltid, suppe eller brødmat. Flere mente at opplæring var et avgjørende virkemiddel og at *"folk må få vite om dette prosjektet"*. Det ble nevnt kurs, opplæring og motivasjon som viktige tiltak.

Noen enheter mente at beboerne burde få smøre sin egen mat og at de som var i risikogruppen for underernæring burde få energiberiket mat og for eksempel tilbud om egg hver dag og at avdelingen får kjøpe smoothie maskin for å lage næringsrike drikker. Flere mente at en bør tilstrebe færre timer mellom måltidene og flere mellommåltid og at en bør tilby mer frukt i avdelingene.

Avdelingene mente at selve spisesituasjonen kan gjøres bedre ved å ha faste tider hvor beboere samles rundt spisebordet, variert kost, la måltidene være en hyggelig stund, la beboerne få god tid rundt måltid, hjelp til tilrettelegging og ro rundt måltidene

En avdeling mente at buffe` virksomhet kan bedre situasjonen og at vaffelsteking på post kan være et godt tiltak.

En avdeling sier det slik: *«Vi ser at vi har mye å gjøre på dette området. En av sykepleierne har dette som ansvarsområde, og vi har så vidt startet på forarbeidet. For å få gjennomført nyttige tiltak, må vi endre hele kulturen i avdelingen. Alle må være med å jobbe mot felles mål. Det første vi vil gjøre er å kartlegge når de ulike pasientene får mat. Deretter må vi planlegge tiltak, presentere de for personalgruppen og gjennomføre tiltakene.»*

En annen beskriver situasjonen slik: *«Vi har kun en nattevakt på 20 pasienter, og det er derfor vanskelig å gi et måltid kl. 06.00. Noen gir pasientene et lite måltid før stell, for eksempel yoghurt eller næringsdrikk. Dette ønsker vi å gjøre mer av. Enkelte pasienter får frokost på sengen før stell. Noen kom med forslag om å endre vaktene i turnusen slik måltidene kan flyttes og at en kan få mer tjenlige avstander mellom måltidene.»*

Mange enheter hadde allerede startet planleggingen av hvordan de skulle bedre kvaliteten på tjenestene sine. Noen hadde vært i kontakt med andre enheter for å få gode råd og lære av dem. Noen avdelinger mener at tilbudet er godt også i dag og at «overernæring» er et større problem enn underernæring.

En avdeling har sluttet med lørdagskos på grunn av innsparinger og ønsker å starte opp igjen med dette. Noen nevner også at komfyrer på hver avdeling er viktigs for å kunne være impulsive og brukerretta.

4.4.3 Bolig for psykisk utviklingshemmede:

Alle boligene la vekt på sunt og variert kosthold, der en kombinerer god tid og skaper fin atmosfære under måltidene. Noen påpekte at ønsker fra bruker og brukerkunnskap var viktig for å lykkes.

5 Diskusjon:

Det bør tas initiativ til en diskusjon om det skal være krav til kvalitet til vektene som benyttes i screening. Viktige spørsmål bør stilles: Er det godt nok at brukere/beboere har egne vekter? Bør hver hjemmetjeneste ha en vekt som kan benyttes om brukerens vekt er av dårlig kvalitet eller bruker ikke har skaffet vekt? Hvilke metode skal en benytte for å screene sengeliggende brukere/beboere?

Ut i fra anbefalingene fra helsedirektoratet skal *«alle beboere i sykehjem/institusjon og personer innskrevet i hjemmesykepleien vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse /vedtak og deretter månedlig, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg»*. Antallet burde være betydelig høyere om en skulle følge retningslinjene. En del avdelinger sier de har gjort en del vurderinger. Kun noen få, og dette er avdelinger ved sykehjem, har innført screening av alle brukere/beboere. Anbefalingene gjelder altså personer som er innskrevet i hjemmetjenesten. Personer som kun har praktisk bistand, trygghetsalarm eller miljøarbeid kommer altså utenom denne plikten til å screene. En bevisstgjøring i forhold til behovet for screening er nødvendig i kommunen.

Ålesund kommune holder på med å implementere screeningsverktøy i EPJ og lage prosedyre for hvordan dette skal dokumenteres. Noe av grunnen til at så mange ikke har lagt inn dokumentasjonen i EPJ kan være at dette ikke har vært klart tidligere. Likevel er det fullt mulig å dokumentere uten at dette er på plass. En kan ikke unndra seg dokumentasjonsplikt på grunn av at en ikke har på plass maler i Visma profil. Det kan se ut som at det er behov for en gjennomgang av hvordan en foretar en god og tjenlig dokumentasjon i alle enheter.

Tallet på individuelle ernæringsplaner er lavt i Ålesund kommune. Noen enheter ser ut til å være flinkere enn andre, men tiltak for å bedre situasjonen må settes inn. Også her ser det ut til at dokumentasjonsplikten brytes ved at mange av ernæringsplanene ikke er lagt inn i EPJ. Tiltak må settes inn.

Det kan se ut som at de fleste enheter har etablert en viss valgfrihet for når måltid skal serveres. Det var større valgfrihet i sykehjem/bokollektiv og boliger for psykisk utviklingshemmede enn i åpen omsorg. Om en skal bekjempe fare for underernæringer det viktig at bruker/beboer får tilbud om måltid når de selv synes at det smaker med mat og at måltidsrytmen er tilpasset deres livsvaner. Åpen omsorg bør se på hvordan dette kan forbedres selv i en hektisk hverdag. Om en har spist middag klokka 19.00 hele livet, kan det gå ut over matlysten å skulle innta måltidet mellom klokka 13.00 og 14.30.

Enkelte enheter hadde problemer med at det ble for mange timer mellom måltidene.

Mange avdelinger klarer heller ikke å overholde retningslinjenes anbefalinger om fire hovedmåltider og minst ett mellommåltid. Driftsavtalene følger ikke anbefalingene i de nasjonale faglige retningslinjene. Dette kan være en av grunnene til at tjenestene ikke er gode nok. Likevel skal det den faglige vurdering opp i mot at så mange brukere/beboere er i ernæringsmessig risiko og at flere står i fare for å utvikle det, resultere i at det skulle ha vært servert hyppigere måltider i enhetene. Det at mange har et opphold på opp til 16 timer mellom måltidene om natten og at enda flere har 15 timer er ikke holdbart. Tiltak må settes inn. De to sykehjemsenheter som har svart at de klarer å holde 11 times

grensen hadde innført mellommåltid på natt. Dette blir også beskrevet som forslag til forbedring fra enhetene selv.

Slik situasjonen er i Ålesund kommune pr i dag, med relativt få utarbeidede planer, kan en mistenke at personer som har behov for hyppige måltider ikke får sine behov dekket i tilstrekkelig grad.

Indikatorer for brukerkvalitet i Ålesund kommunes sykehjem sier «det skal gis tilbud om alternative middagsmenyer og det skal tas hensyn til spesielle kostønsker og kostbehov». Mange enheter svarer at det er valgfrihet, spesielt angående brødmaten. Vedrørende middagen svarer hovedtyngden at de tilbyr valg mellom utvalgte retter. I Norge dag har vi en økende flerkulturell kultur. En kan spørre seg om vi tar tilstrekkelig hensyn til dette. Enkelte enheter svarer at det ikke er valgfrihet. De har dermed et dårligere tilbud enn det driftsavtalene og nasjonale retningslinjer beskriver.

Plandokumentet for ernæringsprogrammet beskriver ikke behov for organisatoriske endringer. Undersøkelsen har imidlertid avdekket at det er behov for endringer i driftsavtalene og å få ernæringsfokuset inn også i driftsavtaler i åpen omsorg, bolig for psykisk utviklingshemmede og bokollektiver. Det å innføre 4 hovedmåltider og ett mellommåltid kan utløse behov for organisatoriske endringer.

I driftsavtalen for sykehjem i Ålesund kommune står det at «Måloppnåelse etterprøves gjennom brukerundersøkelse». Ålesund Kommune må utarbeide gode spørreundersøkelser som kan gi muligheter for å måle kvalitet på matsituasjoner og bruker opplevelse av dette. Spesielt i bolig for psykisk utviklingshemmede og åpen omsorg mangler slike brukerundersøkelser, men også i svært mange sykehjem og bokollektiv.

Pårørende er en viktig informasjonskilde når bruker/beboer ikke klarer å formidle sine ønsker og behov. Det er ugunstig at denne ressursen ikke blir benyttet for alle aktuelle brukere/beboere. Det kan se ut til at pårørende blir involvert ved mange avdelinger, men her er det stort potensiale for forbedring.

Noen enheter er allerede godt i gang med å innføre tiltak for å forebygge og behandle underernæring. Flere har startet opp med planleggingen. Det ser ut til at det holder på å utvikle seg en kultur der fokus på ernæring blir styrket.

6 Konklusjon

Undersøkelsen viser at det er utfordringer knyttet til registrering av ernæringsmessig risiko, dokumentasjon av ernæringsssituasjon, måltidsintervall og brukernes medvirkning i arbeidet med ernæring. Det har også kommet fram svært mange gode ideer som allerede er satt i verk, og mange ideer til utprøving.

Ålesund kommune kommer til å gjennomføre en ny undersøkelse i løpet av Mai 2012. En vil da kunne bruke denne undersøkelsen for å se om ernæringsprogrammet og de iverksatte tiltakene har hatt ønsket effekt.

Litteraturliste:

Kvalitet i pleie- og omsorgstenestene, Veileder til forskrift om kvalitet i pleie-og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven.

Nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Oslo: Helsedirektoratet 2009. IS-1580

...og bedre skal det bli... Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial og helsetjenesten. Til deg som leder og utøver. Oslo: Sosial og helsedirektoratet; 2010(Veileder IS-1162) Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/kvalitetsforbedring/kvalitetsstrategi/2.10.2010>

PLAN OVER:

ERNÆRING ØKT KOMPETANSE OG KVALITETSUTVIKLING HJEMMETJENESTER OG SYKEHJEM I ÅLESUND KOMMUNE.

Bakgrunn for arbeidet :

Det antas at mellom 20 og 50 prosent av pasientene i institusjon har en underernæringsstilstand. Blant hjemmeboende syke eldre er forekomsten av underernæring anslått til å være rundt 10%. Helsedirektoratet har utarbeidet nasjonale anbefalinger for å identifisere, forebygge og behandle underernæring. (Helsedirektoratet 2009)

Nasjonale retningslinjer som setter føringer for arbeidet:

I Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring står det at "Alle beboere i sykehjem/institusjon og personer innskrevet i hjemmesykepleien skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak og deretter månedlig, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg " Videre at pasienter med ernæringsmessig risiko skal ha en individuell ernæringsplan med dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak:

Tiltakene :

- Bruk av tilpasset energi/ernæringstett kost
- Aktiv ernæringsbehandling (sonde/TPE)
- Faglig/etiske/juridiske aspekter ved ernæringsbehandling

Dokumentasjon av ernæringsstatus og behandling skal implementeres i EPJ og videreføres når pasienten overføres annet omsorgsledd, som ved bruk av:

MUST – skjema inn i elektronisk pasientjournal
Kartleggingsskjema
Kostregistreringsskjema

Videre omfatter Nasjonale retningslinjer også samhandling om ernæring mellom kommune og helseforetak, samt det å innfri juridisk krav til faglig forsvarlighet, krav om internkontroll , dokumentasjonskrav, føringer i kvalitetsforskriften og pasientrettighetsloven. (Helsedirektoratet 2009)

Bakgrunn i Ålesund kommune:

Reidunn Korsnes, Kathrin E. Kobbervik og Brit Krøvel utformet i april 2011 en søknad rettet til Helsedirektoratet om midler til å sette i gang et prosjekt for å styrke ernæringskompetansen innen pleie og omsorg i hele Ålesund kommune og bidra tilspredning i andre kommuner i Møre og Romsdal. Søknaden ble ikke innvilget.

Tiltaket iverksettes innen midler for daglig drift.

Målet for opplæringsprogrammet:

Riktig ernæringsbehandling for brukere av tjenestene ved å utarbeide opplæringsprogram for personell i sykehjem og hjemmetjenester.

1. Personalet skal ha kunnskap og ferdigheter for å kunne:
 - Kartlegge/ screene ernæringsstatus av alle brukere/beboere etter gjeldene retningslinjer. (Ernæringsjournal)
 - Dokumentere ernæringsproblematikk og tiltak i Visma Profil
 - Fokuserer på ernæringstilstand ved innskriving av brukere i tjenester og overføring mellom tjenestenivåer.
2. At personalet skal utarbeide individuell ernæringsplan, for personer som en finner i risikogruppe, på bakgrunn av faglige kompetanse og innsikt og brukermedvirkning blir tilstrekkelig ivaretatt. Legges inn i Visma profil og tiltak dokumenteres.
3. Kartlegging av spisesituasjoner for å bedre disse mht. tidspunkt, rom, sted etc.
4. Ved bruk av valgte kvalitetsindikatorer skal det gjøres en førundersøkelse, tiltaket evalueres etter ca 7 måneder og etter 12 måneder med bruk av indikatorer. Nødvendige justeringer gjøres underveis.

Kompetanseheving bland personale i :

- A)Implementering i Visma profil. Ansvar: Reidunn 1,5 t x 4
- B)Juridiske/forskriftsmessige føringer. Ansvar: Reidunn 1,5t x 4
- C)Bruk av kartleggingsverktøy og screening. Ansvar: Katrin og Kathrin1,5 x 4
- D)Iverksetting av tiltak på grunnlag av faglig kompetanse og innsikt. Ansvar: Katrin, Kathrin og Brit

En ønsker å benytte PPS som verktøy .

Materialbehov:

Innkjøp av vekter i alle hjemmetjenester.

Trykking av eksisterende brosjyrer. Som start får vi 100 brosjyrer fra sykehjem i Oslo som vi har fått tillatelse til å bruke.

Andre tiltak:

- Tilpasning i Visma Profil
- Endringer i eksisterende prosedyrer.
- Lage nye prosedyrer, bl.a bruk av infusjonsbehandling- når sette i gang.
- Etablere rutiner for måling av endret kvalitet på grunnlag av tiltak.
- Dokumentere dagens situasjon i forhold til kvalitetsindikatorer.
- Kompetanseheving som kurs og veiledning. Tema A og B til sammen 3t x 4. Reidunn
Tema C og D til sammen 3t x 4. Katrin og Kathrin.

Etablere opplæringstiltakene i kompetanseplan i Ålesund kommune .

Aktivitetsplan:

Aktiviteter	Tid	Ansvar
Utarbeide plan og avklaring enkelte økonomiske forhold	Juli- august	Team Helse og Omsorg. Team Folkehelse og Velferd

og arbeidsgruppe.		Kathrin Kobbervik og Brit Krøvel
Sende plan til høring i virksomheter og sentralkjøkkenet	August/September	Håvard Overå og Reidunn Korsnes. Virksomhetsledere
Innkjøp av vekter til virksomheter som ikke har tilgjengelig.	August	Virksomhetsleder i de ulike virksomheter
Ta stilling til valg av screeningsverktøy og tjenlig integrering i Visma Profil også undersøke om en kan ta ut rapporter	September	Team Helse og Omsorg IT avdeling/Vismagruppe Reidunn Korsnes
Nødvendige prosedyrer korrigert og godkjent	Oktober	Team Helse og Omsorg, Grete Lund. Tildelingskontoret.
Gjennomføre førundersøkelse om antall brukere som er screenet og det er laget ernæringsplan i forhold til. Kvalitetsindikatorer benyttes	September/Oktober	Team helse og Omsorg Utviklingssenteret for hj. Tj Senter for omsorgsforskning
Kartlegge spisesituasjoner, utarbeide kartleggingsskjema og registrering. Nødvendige tiltak igangsettes og utprøves	Oktober/November	Kontaktpersoner Sentralkjøkkenet Utviklingssenteret for hj. Tj Kathrin Kobbervik/Katrin Fiskaa. Med rådføring fra høgskolen i Ålesund og Senter for omsorgsforskning
Brosjyrer og materiale ferdige	September	Kathrin E. Kobbervik
Screening igangsatt og resultater legges inn i EPS	Oktober/November	Virksomhetsledere Kontaktpersoner.
Kompetansetiltak settes i gang . Tema A og B til sammen 3t x 4.	Oktober/November	Reidunn Korsnes Utviklingssenter for hjemmetjenester
Kompetansetiltak satt i gang Tema C og D.	Oktober/November	Kathrin E. Kobbervik/Katrin Fiskaa Utviklingssenter hj. tj
Individuelle ernæringsplaner utarbeides og dokumenteres i Visma	November 2011/Januar 2012	Virksomhetsledere evt. kontaktpersoner i virksomhetene.
Gjennomføre midtveis undersøkelse kunnskapsnivå personale i forhold til kompetansekrav og antall pasienter som er screenet og det er satt i gang oppfølgingstiltak i forhold til.	Mai 2012	Team helse og Omsorg Utviklingssenteret for hj. Tj Senter for omsorgsforskning (Høgskolen i Ålesund: Mulig studenter i praksis kan ta screeninger og kartlegger noen spisesituasjoner)

Kvalitetsindikatorer benyttes		
Legge resultater ut på nettsteder og informere andre kommuner om arbeidet på naturlige møteplasser	Mai 2012	Utviklingscenter for hjemmetjenester og Kathrin Kobbervik
Integrere undervisningsopplegg i fast årsplan/kompetanseplan i Ålesund kommune	Januar 2013	Team Helse og Omsorg i samarbeid med ansvarlig kompetanseplan i Ålesund kommune.

Forslag Kvalitetsindikatorer:

Antall utførte screeninger dokumentert i EPJ og resultat, slik dokumentere om det er endringer av ernæringsstatus i gruppa.

Antall funn i risikogruppe dokumentert i EPJ.

Antall utarbeidere individuelle ernæringsplaner dokumentert i EPJ.

Det vil også bli foretatt en kartlegging av spisesituasjonen/matsituasjonen i de ulike avdelinger i virksomheten. Her vil en benytte både kvantitativ og kvalitativ metode for å kartlegge førsituasjon og evaluere etter et halvt år.

Kontaktpersoner: Reidunn Korsnes, Kathrin E. Kobbervik og Brit S. Krøvel.

Vedlegg nr 2

FORUDERSØKELSE ERNÆRING

Husk å fylle ut begge sider.

Virksomhetsleder har ansvar for at tilbakemeldingen gis innen **10.10.2011**.

Avdelingsleder/Teamleder ved ulike avdelinger/boliger/soner i åpen omsorg samler inn data
fyller ut skjema og merker skjema med :

Sted/ Avdeling/Bolig.....

Navn på utfyller.....

Kartlegging av ernæringsstatus:

1) Har virksomheten tilgjengelig utstyr for å måle vekt og høyde? Svar, ja eller nei:.....
(Om ikke, må dette kjøpes inn av virksomheten straks) Eventuelt kommentarer

.....

2) Hvor mange nåværende beboere/brukere er pr dags dato vurdert for ernæringsmessig risiko
i din avdeling?

Antall:.....

3) Hvor mange nåværende beboere/brukere har resultatet av vurdert ernæringsmessig risiko
dokumentert i elektronisk pasient journal i din avdeling (EPJ)?

Antall:.....

4) Hvor mange nåværende beboere/brukere har pr dags dato har fått utarbeidet plan for
målrettet ernæringsbehandling mht. fare for underernæring?

Antall:.....

5) Hvor mange nåværende beboere/brukere har utarbeidet plan for målrettet
ernæringsbehandling mht. for underernæring lagt inn i EPJ?

Antall:.....

Kartlegging av noen faktorer vedrørende måltidssituasjonen:

I åpen omsorg forutsettes det at svarene gjøres på bakgrunn av brukere som har behov for assistanse for å få servert måltider.

1) Får bruker/beboer bestemme selv når han/hun ønsker måltider servert?
Svar ja eller nei.....

2) Følger avdelingen Sosial og helsedirektoratets retningslinjer om fire faste hovedmåltider og minst ett mellommåltid i avdelingen?
Svar ja eller nei:.....

Om svaret er nei skriv antall hovedmåltider:.....antall mellommåltider:.....

3) Hvilke tidsintervall er det mellom måltidene på dag og kveld? Sett kryss, evt skriv kommentarer.
3-4 timer _ 4-6 timer_

.....
.....
.....

4) Forekommer det at det er mer enn 11 timer mellom siste måltidet i ett døgn til det første i neste døgn?
Svar ja eller nei.....

5) Om svaret er ja, Hvor mange timer kan det være mellom det siste måltidet i ett døgn til det første i det neste døgnet.....

6) Får brukeren/beboeren bestemme selv hva de vil spise? Ja...
Valg mellom utvalg retter....
Nei...

7) Har avdelingen foretatt brukerundersøkelse/pårørendeundersøkelse som inneholder brukers opplevelse av måltidssituasjonen?

8) Blir pårørende involvert i brukers måltidssituasjoner når bruker/beboer selv ikke klarer å formidle dette i din avdeling? Kryss av Ja....
Av og til.....
Nei.....

9) Er det kultur for at personalet spiser sammen med bruker/beboer for å skape et godt måltid i din avdeling? Ja ofte.....
Av og til.....
Nei.....

Eventuelle kommentarer:.....

10) Hva mener du kan være nyttige tiltak i din avdeling for å sikre god ernæring hos brukerne/beboerne i din avdeling? Bruk eget ark om du har behov for mer plass.

.....

Vedlegg nr 3

Til alle Virksomheter i hjemmetjenester og sykehjem i Ålesund kommune.

Ålesund 28.09.2011

Ålesund kommune har satt i gang et program for å øke bevisstheten rundt ernæring og fare for underernæring. Vi viser også til tidligere utsendte mail, der dere fikk programmet til høring. I følge programmet er det nå tid for å sende ut en forundersøkelse som vi vil dere skal svare på

innen 10. oktober 2011.

Vi legger også med programmet som vedlegg, [vi har markert med blått hvor vi er i utføring av programmet.](#)

Vi vet (ut i fra resultat av høringen)at det er en del virksomheter, spesielt i sykehjem som allerede har utarbeidet rutiner for å sette fokus på dette, andre har ikke hatt fokus i samme grad.

Denne undersøkelsen er ikke noen eksamen, eller markering av hvem som er flinke eller ikke. Det som er viktig er å få en her og nå beskrivelse, slik at vi kan se om vi har oppnådd økt kvalitet om noen måneder.

Vi vet at det kan være komplisert for hjemmetjenesten å fylle ut forundersøkelsens andre side, da det er stor variasjon i forhold til antall måltider og tid mellom måltider for ulike brukere også innen samme sone/virksomhet er det variasjoner her. Det vi vil ha frem er om vi må sette inn tiltak for å øke hyppighet osv, så bruk litt sunn fornuft.

Om en virksomhet har både åpen omsorg og boliger, så fyll ut egne undersøkelser på boligene og egne på åpen omsorg. Bruk sunn fornuft også her i forhold til hvor mange steder dere leverer svarskjema fra. Husk imidlertid at navnet på bolig, hjemmetjeneste åren omsorg, avdeling i sykehjem, skal fylles ut øverst på side 1.

Vi ønsker at teamlederne/avdelingsledere fyller ut fo. gode ideer til endring./bedring av tjenesten knyttet til ernæring. rundersøkelsen, men virksomhetsleder har ansvar for at det blir levert innen fristen.

Vi har ingen tid å miste i forhold til å starte opp med dette arbeidet, så vi ber dere innstendig om å overholde fristen. Om dere har spørsmål, så send gjerne en mail eller ta en telefon. Denne måten å implementere endringsarbeid på er jo litt ny for oss alle, så her må vi prøve oss frem.

Vennlig hilsen

Reidunn Korsnes og Brit S. Krøvel

Ålesund kommune

Postboks 1521

6025 Ålesund

Telefon: 70 16 28 10 / 91 79 83 95

E-post: brit.krovel@alesund.kommune.no

[www. utviklingscenter.no](http://www.utviklingscenter.no)