



ÅLESUND KOMMUNE



Senter for
omsorgsforskning
MIDT-NORGE



Utviklingscenter
for hjemmetjenester
Møre og Romsdal

Rapport publisert september 2013

Statusrapport

Ernæring 2013

Ålesund kommune



Innhold

1. Innledning.....	3
2 Hensikten med statuskartleggingen.....	4
3 Metode	4
3.1 Valg av indikatorer.....	4
3.2 Innsamling av data.....	5
3.3 Antall enheter og inndeling.....	5
3.4 Svakheter i undersøkelsen	5
4 Resultat.....	5
4.1 Antall screenet.....	7
4.1.1Hjemmetjenester	7
4.1.2 Sykehjem, omsorgssenter, bokollektiv.....	7
4.1.3Boliger utviklingshemmede.....	7
4.2 Endringer i utarbeidede planer i Visma profil for målrettet ernæringsbehandling mht underernæring.	8
4.2.1 Hjemmetjenesten.....	8
4.2.2 Sykehjem, omsorgssenter, bokollektiv.....	8
4.2.3 Bolig funksjonshemmede	8
4.3 Antall måltider i døgnet og frekvens	8
4.3.1 Hjemmetjenesten.....	8
4.3.2 Sykehjem, omsorgssenter, bokollektiv.....	8
4.3.3 Bolig for utviklingshemmede.....	8
4.4Forekommer det mer enn 11 timer mellom siste måltid i ett døgn til første i neste døgn?	9
4.4.1Hjemmetjenester	9
4.4.2 Sykehjem, omsorgssenter, bokollektiv.....	9
4.4.3 Bolig for utviklingshemmede.....	9
4.5 Igangsatte tiltak i virksomheten siden forundersøkelsen i desember 2011	9
4.5.1 Hjemmetjenesten.....	9
4.5.2 Sykehjem, omsorgssenter, bokollektiv.....	10
4.5.3 Bolig for utviklingshemmede.....	10
4.6 Ideer og ønsker fra virksomhetene	10
4.6.1 Hjemmetjenesten.....	10
4.6.2 Sykehjem, omsorgssenter, bokollektiv.....	11
4.6.3 Bolig utviklingshemmede	11

5. Diskusjon	11
5.1 Hva kan ha påvirket utviklingen utenom ernæringsprogrammet?	11
5.2 Effekt av ernæringsprogrammet	12
5.2.1 Antall screeninger og ernæringsplaner	12
5.2.2 Dokumentasjon i EPJ	12
5.2.3 Årsaker til manglende måloppnåelse	13
5.2.4 Antall og avstand mellom måltider	13
5.2.5 Behov for kompetanseoppbygging og rådgiving	14
5.2.7 Lederforankring og Ressurspersoner i virksomhetene	14
5.2.8 Samhandling	14
5.2.9 Forebygging	15
6 Konklusjon og videre arbeid	15

Vedlegg 1:

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

Vedlegg 2:

Forundersøkelse, spørreskjema.

Foto forside: Katrin Fiskaa.

1. Innledning

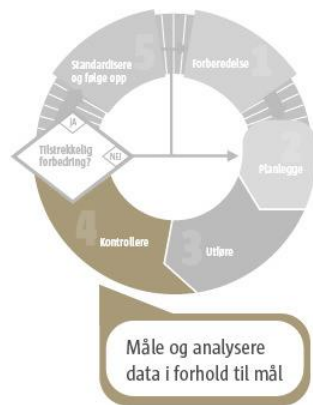
Det antas at mellom 20 til 50 prosent av pasientene i langtidsinstitusjoner har en underernæringstilstand. Blant hjemmeboende syke eldre er forekomsten av underernæring anslått til å være rundt 10%. Helsedirektoratet har utarbeidet ”Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring” (NFR), (Helsedirektoratet 2009).

Retningslinjene gir anbefalinger for å kunne identifisere, forebygge og behandle underernæring. I disse retningslinjene går det fram 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». Pasienter med ernæringsmessig risiko skal ha en individuell ernæringsplan med dokumentasjon om ernærings -status, -behov, -inntak og -tiltak.

Denne rapporten beskriver utvikling og status i deler av ernæringsprogrammet i Ålesund kommune. Programmet innebærer en ernæringsvurdering av beboere/brukere. I tråd med de nasjonale retningslinjene (Helsedirektoratet 2009) ønsker Ålesund kommune at målingene systematiseres og at det utarbeides tiltak ut i fra individuelle behov som innbefatter målinger av vekt, KMI/BMI og vurdering av vektutvikling og/eller matinntak som del av en screening. Kommunen har valgt «ernæringsjournal» og «matkortet» som verktøy.

Rapporten er basert på en kartlegging som ble foretatt i perioden november 2012 til februar 2013. Kartleggingen ble utført av Utviklingssenteret for hjemmetjenesten (UHT) i Møre og Romsdal i samarbeid med Senter for Omsorgsforskning (SOF) Midt-Norge. Kartleggingen er en del av et implementering og opplæringsprogram for å øke ernæringskompetansen hos personalet, sikre tilfredsstillende ernæring, og å hindre underernæring hos brukere/beboere i sykehjem, bokollektiv, hjemmetjenester og bolig for funksjonshemmede.

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. Kvalitetsforbedringssirkelen ble derfor brukt (Helsedirektoratet 2010), se figur 1. I kvalitetsarbeid inngår forberedelse, planlegging, utførelse og kontroll. I rapporten «Forundersøkelse ernæring» publisert 16.12.2011, ble «her og nå situasjon» kartlagt. Dette kunne forhåpentligvis skape en erkjennelse hos ledere og personalet om et behovet for endring og er nå viktig bakgrunnskunnskap for å vurdere om ønsket endring har skjedd. Ålesund kommune skal gjøre opp status der en vurderer om ernæringsprogrammet har hatt tilstrekkelig forbedringseffekt.



Figur 1.

Dersom forbedring av tjenestekvaliteten ikke er tilfredsstillende, må man gå tilbake til forbedringsledelse - og planfase.

Om tjenesteprosessen fungerer tilfredsstillende, er det viktig å sikre at den følges opp og at prosedyrer blir oppdaterte (Helsedirektoratet 2010).

2 Hensikten med statuskartleggingen

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, ved hjelp av indikatorer og oppfølgingsspørsmål.
2. Vurdere effekt av opplæringsprogrammet.

3 Metode

3.1 Valg av indikatorer

Med utgangspunkt i NFR ble det ved etablering av programmet, og før «her og nå» situasjonen ble kartlagt i 2011, valgt noen kvalitetsindikatorer. På bakgrunn av dette ble det utviklet et spørreskjema i samarbeid med SOF. I kartleggingen ble samme indikatorer benyttet, slik at spørsmålene i skjemaet kunne avdekke status for disse.

Kvalitetsindikatorene var:

- Antall utførte screeninger med resultat dokumentert i EPJ (Elektronisk pasientjournal)
- Antall utarbeidede individuelle ernæringsplaner dokumentert i EPJ.

I tillegg omhandlet spørsmålene:

- Om virksomheten følger NFR om fire faste måltider og minst ett mellommåltid i avdelingen, og at det ikke skal gå mer enn 11 timer mellom siste måltid på kvelden og første måltid neste dag.

- Om det er satt i gang spesielle tiltak vedrørende ernæring i virksomheten/avdelingen i løpet av det siste året.
- Det ble også spurt om antall beboere/brukere i den enheten som ble kartlagt, slik at en kunne få ut et forholdstall.

3.2 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 tilbake innen fristen. Alle valgte å sende svarene elektronisk. Noen virksomheter valgte å svare avdelingsvis, mens andre svarte felles for hele virksomheten.

De faglige retningslinjene gjelder også for virksomhet psykisk helse og rus. Kartleggingen innbefatter ikke denne virksomheten da de valgte å ikke delta hverken ved første eller denne siste kartleggingen. Bokollektiv for eldre og bokollektiv for demente var ikke med i forrige undersøkelse, men deltok denne gangen.

3.3 Antall enheter og inndeling

Åpen omsorg: svar fra 9 enheter med til sammen 690 brukere.

Sjueheim/omsorgssenter/bokollektiv: svar fra 17 enheter med til sammen 394 beboere.

Bolig for psykisk utviklingshemmede: svar fra 5 enheter med til sammen 61 beboere.

3.4 Svakheter i undersøkelsen

Spørreskjemaene hadde et spørsmål om hvor mange beboere det var i avdelingene (bolig/bokollektiv og sykehjem) og brukere innskrevet i hjemmetjenesten for å få et forholdstall. Ved forrige undersøkelse ble ikke et slik tall etterspurt og en valgte å gå ut i fra statistikk er på et gitt tidspunkt. Når en sammenligner antall brukere/beboere på de to undersøkelsene ser en at en har fått en nedgang i antall brukere til tross for at vi denne gangen har fått med bokollektiv. Dette stemmer ikke med bilde av utviklingen i kommunen. På grunn av omorganisering og at bokollektivene ikke deltok ved forrige undersøkelse er det ikke mulig å gjøre en direkte sammenligning.

4 Resultat

Antall screenet er laver enn ved siste undersøkelse. Ved forrige undersøkelse hadde en mistanke om at begrepet «vurdert for ernæringsmessig risiko» og screening hadde ulik mening blant de som besvarte undersøkelsen. Ut i fra svarene og kommentarene fra denne undersøkelsen ser det ut til at det har utviklet seg en felles forståelse av at screening krever systematiske målinger av vekt, BMI og vurdering av vektutvikling og/eller matinntak. Det ser ut til å være en økning i antall registrerte brukere/beboere som er i ernæringsmessig risiko. I 2011 var det 152, mens denne undersøkelsen viser 260. Den største økningen er blant beboere i sykehjem.

Når det gjelder utarbeiding av ernæringsplaner er det en økning i antallet som er utarbeidet og lagt inn i Visma profil. Ved forrige kartlegging var dette tallet 22 mot 104 ved statusgjennomgangen pr februar 2013. Sykehjemmene står for den største forbedringen, men det har også vært en økning av ernæringsplaner i hjemmetjenestene. I bolig for funksjonshemmede ser det ikke ut til at rutiner for ernæringsmessige screeningundersøkelser blir tilstrekkelig dokumentert. For mer detaljert informasjon se tabell 1.

Flere avdelinger i hjemmetjenestene følger ikke retningslinjene når det gjelder antall måltider, og om det forekommer mer enn 11 timer måltidspause i et døgn. Sykehjemmene har hatt en markant forbedring. Bolig for funksjonshemmede scoret bra på denne undersøkelsen til sammenligning med antall måltider pr døgn kartlagt i 2011, men 4 av 5 svarer at det forekommer at det går mer enn 11 timer mellom måltidene. Resultatene som kommer fram tyder på at det har vært gjennomført flere tiltak som kan være med på å forbedre den ernæringsmessige statusen til brukere/beboere. Se tabell 2. Kartleggingen viser også at det finnes mye kreativitet, fagkompetanse og gode holdninger ute i virksomhetene, men at det fortsatt mangler noe på innarbeiding av gode rutiner i forhold til dokumentasjon. Noen kommentarer fra kartleggingen viser at det å sette av tid til å utføre dokumentasjonen forskriftsmessig er en utfordring.

Tabell 1: Antall personer screenet og dokumentert i virksomhetene

Spørsmål	Åpen omsorg		Sykehjem /bokollektiv		Bolig for utv.hemmede		Til sammen	
	Screenet	Antall beboere/ brukere	Screenet	Antall beboere/ brukere	Screenet	Antall beboere/ brukere	Screen et	Antall beboere/ brukere
<i>Spørsmål nr 2. Antall screenet og ernæringsrisiko dokumentert i Visma profil. Svar i forhold til antall personer.</i>	76 (11%)	690	184 47%	394	0 0%	61	260 23%	1145
	Planer		Planer		Planer		Planer	
<i>Spørsmål nr 3. Utarbeidet plan og denne dokumentert i Vism profil. Svar i forhold til antall personer.</i>	30 4,3%	690	74 19%	394	0 0%	61	104 9%	1145

Tabell 2: Antall måltider og tid mellom måltidene

	Åpen omsorg		Sykehjem/ bokollektiv		Bolig for utviklingshemmede		Til sammen	
	Svart ja	Antall enheter	Svart ja	Antall enheter	Svart ja	Antall enheter	Svart ja.	Antall enheter
<i>Spørsmål nr 4. Følger enheten retningslinjer om 4 hovedmåltider og ett mellommåltid? Svar i forhold til antall enheter.</i>	2	9	9	17	4	5	15	31
<i>Spørsmål nr 5 Forekommer det mer enn 11 timer mellom måltid? Svar i forhold til enheter</i>	8	9	15	17	4	5	27	31

4.1 Antall screenet

4.1.1Hjemmetjenester

Virksomhetene svarer at 76 brukere i hjemmetjenester av totalt 690 er screenet og har dokumentert resultatet av vurdert ernæringsmessig risiko i Visma profil. Virksomhetene forklarer manglende screening blant annet med for lite kapasitet. Flere virksomheter sier imidlertid at dette er noe de vil prioritere i nær fremtid og at en har startet opplæring. Virksomhetene påpeker også at de likevel har avdekket behov for spesielle tiltak hos enkelte brukere og at de har tiltak integrert i pleieoppdrag, selv om det ikke er gjennomført og dokumentert slik som de er pålagt. Det pågår et arbeid med å bedre rutinene vedrørende dokumentasjonen på Visma profil. Når dette er på plass, mener virksomhetene at dokumentasjon rundt ernæring også vil bli bedre.

4.1.2 Sykehjem, omsorgssenter, bokollektiv

Kommunen har 7 sykehjem med ulikt antall avdelinger. I undersøkelsen deltar 17 avdelinger med 394 beboere. 184 av 394 beboere har blitt screenet. Dette er et betydelig økt antall fra forrige undersøkelse. Noen av avdelingene uttaler at de har jevnlig screening av alle beboere. De oppgir ikke hyppighet. Det er imidlertid stor variasjon mellom sykehjemmene og avdelingene.

4.1.3Boliger utviklingshemmede

Ingen brukere er blitt ernæringsmessig screenet i boligene. Dette er en nedgang fra siste måling. Ved en avdeling svarer de at det ikke er foretatt screening, men at personene blir vurdert og evaluerte jevnlig ved års og halvt-årskontroller hos lege. Resultatet blir da ikke registrert i Visma profil, men hos legen, så lenge resultatet av screeningen er innen det akseptable. Noen enheter sier at ernæringsstatus blir vurdert for alle, men det blir ikke dokumentert. Det jobbes kontinuerlig for å få avsatt tid til å få lagt denne dokumentasjonen inn i Visma profil i følge enhetene.

4.2 Endringer i utarbeidede planer i Visma profil for målrettet ernæringsbehandling mht underernæring.

4.2.1 Hjemmetjenesten

Ved forrige kartlegging var kun 12 ernæringsplaner lagt inn i Visma profil. Nå svarer virksomhetene at 30 planer er laget og lagt inn i fagsystemet. Det er i tillegg satt i gang flere tiltak, men disse er ikke dokumentert forskriftsmessig i Visma profil. Hos flere brukere er tiltakene skrevet inn i et pleieoppdrag hos bruker, uten at det er satt inn i et system der problem mål, tiltak og evaluering gir grunnlag for dokumentasjon. Når det gjelder screening ser det ut til at de som ansees som i risiko, skjønnsmessig blir prioritert i en periode inntil målet om å screene alle er oppnådd.

4.2.2 Sykehjem, omsorgssenter, bokollektiv

Antall ernæringsplaner som er dokumentert i Visma profil har økt betraktelig om en sammenligner med forrige kartlegging, fra 7 planer til 74. Enkelte enheter svarer at tiltak er satt på matkortet (dette er ikke det samme som det matkortet kommunen benytter som verktøy i fagsystemet) til beboer og ikke er dokumentert i Visma profil. Det er derfor fortsatt et forbedringspotensial for å få den faglige vurderingen dokumentert på en forsvarlig måte.

4.2.3 Bolig funksjonshemmede

I 2011 var det utarbeidet 3 planer mot null i dag. Fra en enhet blir det kommentert at det jobbes for å få tid til å legge inn skriftlige prosedyrer som er utarbeidet i forhold til hver enkelt beboer i Visma profil. Ellers er det ikke gitt noen nærmere forklaring.

4.3 Antall måltider i døgnet og frekvens

4.3.1 Hjemmetjenesten

Kun 2 enheter av til sammen 9 svarer at de helt følger retningslinjene. Tre hovedmåltid er det vanligste tilbudet i tillegg til mellommåltid. De som svarer nei sier at de serverer 3 hovedmåltider og kan ha ett eller flere mellommåltid. Noen av enhetene påpeker at de tilpasser behov for mellommåltid etter behov.

4.3.2 Sykehjem, omsorgssenter, bokollektiv

9 av 17 enheter i sykehjem svarte at de følger retningslinjene om 4 hovedmåltid og minst ett mellommåltid. Noen av enhetene som svarer at de serverer 3 hovedmåltider, sier imidlertid at de har innført et måltid de kaller seinkvelds eller tidligfrokost for de som legger seg tidlig og står opp tidlig. De definerer ikke dette som et hovedmåltid. Flere svarer også at personer som er i ernæringsmessig risiko får servert flere måltider enn det som er standard i avdelingen.

4.3.3 Bolig for utviklingshemmede

4 av 5 avdelinger sier at de følger retningslinjene om 4 hovedmåltid og minst ett mellommåltid. Kommentarene viser også at det er stort fokus på individuelle tilrettelegginger i boligene. Den ene enheten som svarte at de ikke har praksis i samsvar med nasjonale faglige

retningslinjer om 4 hovedmåltid og minst ett mellommåltid, svarer imidlertid at de legger opp til 4 hovedmåltid som bestemmes av bruker selv.

4.4 Forekommer det mer enn 11 timer mellom siste måltid i ett døgn til første i neste døgn?

4.4.1 Hjemmetjenester

8 av 9 enheter svarer bekreftende på dette spørsmålet. Dette tilsvarer resultatene av undersøkelsen som ble foretatt i desember 2011. Det er ulike forklaringer på hvorfor så mange ikke følger retningslinjene. Noen enheter kommenterer at de setter frem mat på nattbordet men at dette ikke regnes som et måltid i besvarelsen. Andre beskriver døgnrytmen til brukerne som årsak til at dette forekommer.

4.4.2 Sykehjem, omsorgssenter, bokollektiv

15 av 17 enheter i sykehjem svarer at det kan forekomme mer enn 11 timer. Dette tilsvarer resultatet av undersøkelsen som ble gjort i desember 2011. Enkelte enheter svarer at brukerens døgnrytme er årsak til denne lange «nattfasten». Flere beboere legger seg tidlig og at det derfor ikke er naturlig å tilby sen kveldsmat. Noen sier også at beboere får tilbud om sen kveldsmat, men takker nei. Andre oppgir avvik fra rutiner som årsak. Enkelte avdelinger beskriver noen av beboerne som «å ha kommet så lagt i alder eller sykdomsutvikling at de ikke får i seg eller ønsker så mye mat». Flere enheter jobber med å endre rutiner og enkelte også turnus, for at det skal gå færre timer mellom måltidene. Enhetene ser også ut til å være bevisste på at om beboerne våkner på natt, så skal de tilbys mat.

4.4.3 Bolig for utviklingshemmede

4 av 5 enheter svarer at det kan forekomme at det går mer enn 11 timer mellom kveldsmat og frokost. Kveldsmaten serveres mellom kl 19.00 og kl 21.00 ved flere enheter og frokost mellom kl 07.30 og 08.30. På forrige undersøkelse svarte flertallet at det ikke går mer enn 11 timer mellom.

4.5 Igangsatte tiltak i virksomheten siden forundersøkelsen i desember 2011

4.5.1 Hjemmetjenesten

Alle så nær som en enhet svarer at det er satt i gang tiltak og at det har vært økt fokus på dette området i løpet av det siste året. Flere svarer at det har blitt fokus på kartlegging av ernæringsstatus og underernæring. Det har blitt kjøpt inn vekter og det er satt inn bedre kontrolltiltak for å avdekke hvor mye mat de som er i ernæringsmessig risiko spiser. Det har blitt økt fokus på næringstetthet i mat og behov for næringsdrikker og behov for ønskekost. Det har vært ernæringskurs i tillegg til det som ernæringsprogrammet har innbefattet med fokus på de nasjonale retningslinjene. Flere enheter uttaler at temaet har fått økt fokus i personalgruppen og på rapporter. «*Alle brukere blir veid ved innskriving i tjenesten og blir regelmessig veid*», kommenteres det fra en avdeling. En enhet svarer at tiltak som veing og kartlegging av ernæringsstatus er satt i gang, men at ikke alle tiltak er dokumenterte slik som

lovverket krever. Mangel på tid nevnes som grunn til dette. «*Personalet vet hva som skal til*», blir det uttalt.

4.5.2 Sykehjem, omsorgssenter, bokollektiv

16 av 17 enheter beskriver ulike tiltak som er satt i gang. Det ene sykehjemmet som ikke mener at de har startet på noe nytt siste året, var allerede svært godt i gang og hadde en forbilledlig praksis før ernæringsprogrammet startet. Eksempel på tiltak har vært å oppnevne ressurspersoner med spesielt ansvar for ernæring i avdelingene, tilby ønskekost, næringsdrikk og mellommåltider. Kartlegging av ernæringsstatus, bruk av PPS prosedyrer og kartleggingsskjema beskrives også. Noen har gjort forsøk med varm lunsj og/eller sen kvelds og tidlig frokost til de som ønsker dette. Enkelte har startet praksis der beboerne smører maten selv og hos enkelte lages det «hjemmelagede» næringsdrikker. Noen har startet opp med å bruke helmelksprodukter og tilsette ekstra smør/fløte i sauser for å få opp energiinnholdet for de beboerne som har behov for det. En avdeling har prøvd ut en ordning med suppe til alle som senkvelds, men det viste seg at det var svært varierende om beboerne ønsket dette eller ei. En har derfor gått over til en ordning der beboerne selv bestemmer hva de vil ha. Temaet om ernæring tas hos flere opp på møter og i rapporter og fokuset har økt i løpet av det siste året.

4.5.3 Bolig for utviklingshemmede.

Svarene hos denne gruppen er preget av at boligene har hatt tradisjon for å ha fokus på ernæring. Det er usikkert om det har blitt satt i gang spesielle tiltak siste året. Ut i fra svar på de andre spørsmålene i undersøkelsen, vil en imidlertid se at enkelte enheter har fått et økt fokus på å dokumentere tiltakene i fagsystemet. Flere enheter beskriver samarbeid både med lege og ernæringsfysiolog som naturlig i planlegging av ernæring til beboerne. Det kan se ut som at fokuset på overvekt er likeså viktig som undervekt i boligene. Tiltak som letter inntak av måltid ved redusert svelgfunksjon eller annen problematikk har også et naturlig fokus.

4.6 Ideer og ønsker fra virksomhetene

4.6.1 Hjemmetjenesten

Flere enheter svarer at en ønsker å knytte tiltak opp mot individuelle behov for personer i risikogruppen. Utvidet tid for måltidsserveringen er et uttrykt behov hos de fleste. En ønsker også å forskyve måltidene slik at de blir mer hensiktsmessige, spesielt for de som spiser sein frokost. Forskyvning av middagsservering fra dag- til kveldsvakt blir av noen foreslått som egnet tiltak. Fortsatt etterspørring og fokus i fra oss som arbeider med ernæringsprogrammet blir også trukket frem som viktig. En avdeling svarer at når ernæringsjournalene er utfylt, så blir det lettere å følge med brukerne med hensyn til ernæring. Det er også ønskelig med flere ernæringskurs med fokus på tiltak som de ansatte kan iverksette. Selv om spørsmålet satte begrensninger i forhold til å foreslå tiltak som var ressurskrevende, svarte noen enheter at det er behov for økte ressurser for å gjennomføre kartleggingen og dokumentere på fagsystemet slik lovverket krever. En ønsker mer tid hos brukerne for å motivere og stimulere til

matinntak for den enkelte. En enhet svarte også at det ville være nyttig å kunne knytte seg opp mot en fagperson innen ernæring som kan bistå med individuelle planer på brukerne.

4.6.2 Sykehjem, omsorgssenter, bokollektiv

Også ved sykehjemmene blir det foreslått å forskyve måltidene slik at en får plass til et lunsjmåltid og gjerne en varmrett mellom frokost og middag. Middagen vil da bli servert på kveldsvakten. En slik ordning vil kreve økt bemanning på kveld i følge enhetene. En avdeling mener at måltidsservering må inn i rutinene til nattevaktene slik at de gir måltid til alle som ønsker dette, ikke bare til de med spesielle behov. Enkelte avdelinger trekker frem økt krav til dokumentasjon som et problem for å få tilstrekkelig tid til å følge opp beboerne. Flere mener at en må få økt tid til planarbeid og oppfølging. Noen enheter påpeker også behov og ønske om å kunne samarbeide med kokk på postene. Dette anses som et bidrag til å holde fokuset på ernæring oppe i sykehjemmene. En enhet ønsker å kjøpe varm lunsj fra sentralkjøkkenet om dette hadde vært mulig. En annen enhet ønsker seg husmor som kan lage mat og bakverk i avdelingene slik at aktiviteten kunne gi økt matlyst. Økt belastning som følge av samhandlingsreformen blir av en avdeling sett på som problematisk. En har store problemer, i følge denne avdelingen, med å «komme rundt» med de 4 måltidene en skal rekke i løpet av et døgn på grunn av stor belastning i avdelingene. Den avdelingen som allerede i 2010 var i gang med gode rutiner innen ernæring svarer at de ser på engasjert personalet som det viktigste virkemiddelet for å få økt fokus på området. De mener at det i utgangspunktet er enkle/rimelige midler som skal til. Mye av ansvaret ligger imidlertid hos nærmeste leder mener de. De har også hatt nytte av å ha etablert en egen ernæringsgruppe i avdelingen. En egen ernæringsansvarlig blir foreslått av en annen avdeling. Et av de problemene de peker på er at porsjonene til de som har behov for moset mat er for store. De er ikke næringstette nok og det er ingen løsning å tilføre næringspulver da eldre personer ikke evner å ta til seg slik næring. Avdelingen har løst problemet med å tilsette olje og lignende, men hadde ønsket at sentralkjøkkenet kunne ha funnet en annen løsning på problemet.

4.6.3 Bolig utviklingshemmede

Oppfølging og helhetlig tenking av ansvarlig fagperson i bolig og mellom forskjellige samarbeidende personer ble fremhevet som viktig fra to av enhetene. Kursing og veiledning av personalet eller evt. E-læringskurs ble foreslått fra en enhet i tillegg til tid og ressurser til å utvikle og gjennomføre planer.

5. Diskusjon

5.1 Hva kan ha påvirket utviklingen utenom ernæringsprogrammet?

I januar 2012 ble det iverksatt en omorganisering innen hjemmetjenestene. Antallet virksomheter ble redusert fra 8 til 5. Dette resulterte i endrede grenser og flere avdelinger fikk nye ledere og nye medarbeidere. I en overgangsfase kan fokuset på innføring av gode screeningsrutiner og fokus på fare for underernæring, ha blitt midlertidig svekket.

Driftsavtalene mellom bestiller (politisk/administrativt) og virksomhetene er blitt endret og har satt krav til virksomhetene om å følge veileders råd om 4 hovedmåltid og minst ett mellommåltid. Endringen vil fremme utviklingen til å skape praksis i samsvar med NFR faglige retningslinjer. Dette kom imidlertid som et resultat av tiltak iverksatt gjennom ernæringsprogrammet og før-kartleggingen. Fokus fra andre instanser slik som tilsyn/internkontroll i 2012, ernæring og dokumentasjon har vært tema for internkontroll i kommunen i 2012.

Samlet sett viser svarene at det har vært en forbedring på flere områder.

5.2 Effekt av ernæringsprogrammet

5.2.1 Antall screeninger og ernæringsplaner.

Det har vært en god økning i antall screeninger og ikke minst utarbeidede ernæringsplaner for de som har behov for spesiell oppfølging spesielt i sykehjemmene men også i hjemmetjenestene. Det har blitt satt i gang tiltak både rettet mot bruker/beboer og på organisasjonsnivå i enhetene. Det har også vært prøvd ut ulike måter å kunne øke antall måltider og minske «nattfasten» i sykehjem. Flere virksomheter har fokus på å berike måltidene for å få opp energimengden til de som har behov for dette. Det er også satt fokus på å øke kvaliteten på måltidssituasjonen. En del sier at de ikke er tilfredse med virksomhetens måloppnåelse på området, men at de har fokus som gjør at de er godt i gang med å innføre gode rutiner og flere ser ut til å være godt i gang med en slik innføring.

5.2.2 Dokumentasjon i EPJ

Dokumentasjon i EPJ har hatt en god progresjon selv om flere mener de fortsatt har en vei å gå før dette er på plass. Et unntak er bolig for psykisk utviklingshemmede. Det kan se ut som om det er en nedgang i registrerte screeninger og ernæringsplaner innlagt i EPJ fra siste måling/undersøkelse, men trolig er dette resultatet preget av at enhetene til forskjell fra ved forrige måling nå vet at screening krever systematiske målinger av vekt, BMI og vurdering av vektutvikling og/eller matinntak og at det skal registreres på en spesiell måte i journalen. Til forskjell fra hjemmetjenester, bofellesskap og sykehjem, har ikke bolig for utviklingshemmede driftsavtaler der den de nasjonale faglige retningslinjene er nevnt spesifikt. Det ser imidlertid ut til at boligene likevel har hatt fokus på ernæring. En enhet som svarer at de ikke har hverken screenet eller har oppfølgingsplan registrert på fagsystemet, beskriver det slik « *Måltid vurderes kontinuerlig. Beboerne vurderes i forhold til vekt og variert kosthold, som oftest av pårørende og i noen forhold av ernæringsfysiolog. Flere har diagnoser hvor måltid og matinntak har betydning. Ofte er måltid et tiltak med hensyn til ADL- trening og noe som planlegges gjennom samarbeid mellom berørte instanser.*»

Noen enheter i bolig for funksjonshemmede svarer at de har gjort vurderinger, men at resultatene ikke er blitt «*skriftliggjort*».

Hjemmetjenestene svarer at det i tillegg til de som er screenet og der tiltak er dokumentert på forskriftsmessig måte også er identifisert behov hos brukere der tiltak er satt i gang, men at dokumentasjonen ikke er gjort slik som kommunen har stilt krav om. De påpeker imidlertid at

det arbeides med å få dokumentasjonen på plass så snart som mulig. Det kan se ut som at alle kategorier av virksomheter som har deltatt i undersøkelsen erkjenner behovet for å nå målet om å ha praksis som er i samsvar med anbefalingene i de nasjonale faglige retningslinjene, men at enkelte har behov for tid for å få dette på plass.

5.2.3 Årsaker til manglende måloppnåelse

Flere virksomheter innen alle typer enheter svarer at det foreligger utfordringer knyttet til knapphet på tid/ressurser. Også mangel på kompetanse er i noen grad trukket frem som faktor for manglende måloppnåelse. Spesielt i bolig for funksjonshemmede ser dette ut til å kunne være en spesiell utfordring.

5.2.4 Antall og avstand mellom måltider

Når det gjelder antall måltider og samsvar med NFR om 4 hovedmåltider og minst 1 mellommåltider har det vært en svært bra utvikling i sykehjemmene. Sykehjemmene har fått dette inn i driftsavtalene og dette kan ha hatt en positiv innvirkning. I bolig for utviklingshemmede har de hatt tradisjoner for å ha en måltidsfrekvens som er i samsvar med de faglige retningslinjene både tidligere og nå. Hjemmetjenesten ligger dårligst an. Driftsavtalene for hjemmetjenestene har ikke krav om å følge de faglige retningslinjenes anbefalinger om antall måltider i døgnet. Dette kan være en av årsakene til at så få virksomheter tilstreber en slik måltidsfrekvens. En virksomhet mener at det bør tilstrebes mer fleksibilitet ved for eksempel å servere middag senere på dagen for å få en mer tjenlig frekvens for enkelte. I sykehjem har noen virksomheter ønske om å til by varm lunsj, men påpeker at dette vil kreve flere ressurser også bemanningsmessig. Slike signaler kommer ikke fra hjemmetjenesten. I hjemmetjenesten er det begrenset hvor mange som ikke kan klare å ta seg mat på egenhånd, i alle fall om måltidet blir godt tilrettelagt. Dette kan en også tenke seg kan være en årsak til at det organisatorisk ikke er like stort fokus på å nå målsetting som er i samsvar med de faglige retningslinjene. Ut i fra retningslinjene ser det også ut til at faren for å bli underernært er mindre i hjemmetjenesten enn i institusjon (Helsedirektoratet 2010). Spørsmålet er om en likevel kan godta at dette fokuset er mindre i hjemmetjeneste enn i boliger og institusjoner.

En stor andel av virksomhetene (27 av 31) oppgir at det kan forekomme mer enn 11 timer mellom kveldsmat og frokost. Dette er med unntak av bolig for utviklingshemmede i samsvar med resultatene også fra forrige undersøkelse. Det er vanskelig å forklare hvorfor boligene for utviklingshemmede har hatt en markant økning i antallet som ikke følger de faglige retningslinjene. Forklaringene på hvorfor virksomhetene ikke følger retningslinjene går i hovedsak på at brukere/beboerens døgnrytme og uttrykte behov for mat gjør at det ikke er naturlig med så sen kveldsmat, evt så tidlig frokost. Likevel er de noen virksomheter i sykehjem som svarer at de holder på å se på hvordan de kan endre rutiner slik at det går færre timer mellom måltidene fra kveld til morgen.

5.2.5 Behov for kompetanseoppbygging og rådgiving

Virksomhetene etterspør samarbeid med fagpersoner for individuelle råd og også for å få råd om konkrete tiltak som kan iverksettes i de ulike avdelingene. Retningslinjene påpeker at det i dag er mangelfull tilgang på spesialkompetanse innen klinisk ernæring i spesialisthelsetjenesten, og at i primærhelsetjenesten er slik kompetanse nærmest fraværende (Helsedirektoratet 2010). Kommunen har i dagen situasjon heller ikke ressurser til å ansette ernæringsfysiolog som kan bistå den enkelte virksomhet i et slikt arbeid. Virksomhetene har gjennomgått et vesentlig kursprogram og har fått anbefalte brosjyrer og annet materiale for å kunne få økt kompetanse og gode tiltak rettet inn mot problematikk rundt underernæring.

Kommunen har pålagt virksomhetene å benytte prosedyrene for screening av ernæringsmessig risiko beskrevet i Praktisk pedagogisk sykepleieprosedyrer (PPS) i arbeidet. Dette vil være en kvalitetssikring i seg selv. Noen få etterlyser flere kurs for å få økt kompetanse, men erfaring viser at kurs har begrenset virkning på kvalitetsutvikling og at det å sitte sammen med medarbeidere og diskutere og reflektere vil ha en større nytte. Det kan derfor være aktuelt å sette økt fokus på en slik aktivitet i virksomhetene.

5.2.7 Lederforankring og Ressurspersoner i virksomhetene

Den avdelingen virksomheten som synes å ha vært først ute med å jobbe målrettet mot å oppnå praksis i samsvar med de faglige retningslinjene, påpekte lederforankring som avgjørende. Dette og tydelig ansvarsfordeling beskrives som essensielt også i de faglige retningslinjene (Helsedirektoratet 2010). Det er en lederoppgave at det settes av tid og lages rom for å ha fokus på dette arbeidet.

I flere virksomheter er det etablert ressurspersoner som har et spesielt fokus på ernæring. Om alle virksomheter hadde slike ressurspersoner kunne de ha hatt som oppgave å holde fokuset oppe i virksomheten, videreformidle ny kunnskap og gjennomføre kurs for nyansatte. Kommunen kunne da ha hatt et oppfølgingsansvar for disse ernæringskontaktene i form av et nettverk som kunne ledes av fagperson i stab.

5.2.8 Samhandling

Helseforetak og høgskoler

NFR påpeker at det er viktig at det opprettes god samhandling og kommunikasjon mellom de ulike nivåene i helsetjenesten. Våren 2012 arrangerte UHT og Helseforetak Møre og Romsdal avdeling Ålesund en dagskonferanse der fokus var underernæring hos eldre, og der det var spesielt fokus på innføring av systematisk screening både i helseforetak og i de 10 kommunene som hører til denne avdelingen. Målet var å få til en dialog på tvers av nivåene slik at en kan oppnå bedre ivaretagelse av pasienter ved overgang fra kommune til helseforetak og fra helseforetak til kommune. Det har vært planer om å arrangere en oppfølgingskonferanse. Felles fokus og felles dialog vil nok være avgjørende.

De nasjonale faglige retningslinjene påpeker at det er nødvendig å øke undervisningsdelen i ernæring, og spesielt klinisk ernæring i grunn, videre og etterutdanningen av leger og annet helsepersonell (Helsedirektoratet 2010). Det vil være naturlig at Ålesund kommune i samarbeid med UHT og SOF, gir signaler til høgskolen i Ålesund (sykepleieutdanningen) og

videregående skoler i kommunen om at det er ønskelig at helsepersonell får økt undervisning og fokus på ernæring via studier og opplæringsprogram.

Frivillige

NFR anbefaler at de ulike instanser innenfor en kommune samarbeider tett rundt brukerne/beboerne (Helsedirektoratet 2010). Hjemmetjenestene beskriver at de har for lite tid til å kunne sitte sammen med bruker for å skape fellesskap rundt måltid og motivere for næringsinntak. Kanskje kan det være et potensiale i økt samarbeid med frivillige organisasjoner, bedret samarbeid med kommunens eldresentre, eller for eksempel oppmuntre til at flere eldre i samme boligområde kan spise måltider sammen, med assistanse fra hjemmetjenesten eller frivillige.

Samarbeid med privat næringsliv slik som restauranter og cateringfirma kan også være en ide til forbedring. Kommunens sentralkjøkken er imidlertid en svært god ressurs i kommunen, der en kan ha mulighet til å utvikle og prøve ut ulike produkter, men igjen er dette et spørsmål om ressurser for å gjennomføre slike tiltak. Kommunen vil også ha nytte av å rette søkelyset mot kommuner som har hatt vellykkede prosjekter eller utviklingsprogram på området. Utviklingssenter for sykehjem (USH) i fylket, Rokilde i Kristiansund har utviklet et kursprogram som det kan være aktuelt å se om kommunen kan ha nytte av.

5.2.9 Forebygging

Kommunen har i 2012 og 2013 etablert livsstilsgruppene «Lyst på livet» som blant annet retter fokuset mot ernæring og forebygging av ernæringsproblematikk hos eldre. Det er viktig at kommunen ved siden av å behandle underernæring også forebygger en slik problematikk. Tiltak som «Lyst på livet» må derfor prioriteres også i fremtiden.

6 Konklusjon og videre arbeid

Samlet sett har virksomhetene i Ålesund kommune hatt en svært bra utvikling når det gjelder å arbeide mot systematisk screening og individuelt oppfølging av personer i risiko for underernæring. Ved å fortsatt standardisere og følge opp kan det se ut som at virksomhetene kan nå målene beskrevet i ”Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring”. Det mest positive i funnene fra denne undersøkelsen er at alle virksomheter er kjent med de faglige retningslinjene og arbeider mot å strekke seg etter rådene er godt i gang. Det kan se ut til at bolig for funksjonshemmede ligger lengst etter i å få dokumentasjonen på plass og her må det settes inn ressurser i form av veiledning.

Driftsavtaler for sykehjem og hjemmetjenester har krav om at NFR skal følges. I sykehjem er det spesifisert at virksomhetene skal servere fire hovedmåltider og minst ett mellommåltid i løpet av døgnet. I hjemmetjenesten er ikke dette konkretisert. Det bør vurderes om også hjemmetjenestene bør ha en slik spesifisering. Fortsatt fokus på ernæring og dokumentasjon bør tilstrebes.

Bolig for utviklingshemmede bør prioriteres, der interkontroll følges av veiledning fra stabsavdeling. Ålesund kommune betjener et større antall personer med utviklingshemming og

andre med bistandsbehov i et livslangt perspektiv, i deres omsorgsboliger, bofelleskap og egne boliger. Her får beboerne et del- eller heldøgns tilbud herunder bistand til å lage egne måltider. I mange tilfeller er det kommunens omsorgspersonell som sørger for måltidene fordi beboerne ikke er i stand til dette på egenhånd. Barne- og avlastningsboliger skal i følge regelverket drives som institusjon. Ålesund har to slike enheter. Kommunen har valgt å drive også avlastningsboligtiltak for voksne som institusjon. I følge NFR, har fastlegen i primærhelsetjenesten et ansvar for å vurdere hjemmeboende pasienter som tilhører en risikogruppe. Personer med utviklingshemning kan være en slik gruppe. Undersøkelsen viser nødvendigheten av god dialog mellom fastlegen og omsorgspersonell med hensyn til ernæring slik at anbefalinger om både kosthold og fysisk aktivitet kan følges opp i bolig og i fritid. Videre synes det at det må til en økt bevisstgjøring i tjenestene med hensyn til kompetanse i ernæringsspørsmål. Ikke minst gjelder dette i forhold til å utnytte de muligheter som ligger i NFR. Et viktig element i ernæringsarbeidet overfor personer med utviklingshemning, er det faktum at miljøpersonellet gjennom sin måltidsmedvirkning, er sentrale rollefigurer på ernæringsområdet. Det er den enkelte beboer som i størst mulig grad skal hjelpes til å mestre å lage egen mat, foreta og prioritere riktige innkjøp, spise riktig antall måltider, mv. For de virksomhetene som betjener personer med utviklingshemning i del- eller heldøgns boligtilbud, bør ernæring, krav til kompetanse og benyttelse av retningslinjene, heretter innarbeides i virksomhetenes driftsavtaler. Ernæring må dessuten inngå i virksomhetenes internkontroll- og kvalitetssystem.

Ledere fra alle virksomheter bør etterspørre kurs fra rådmannens stab om en ser at det er behov. Rutinene i fagsystemet må hele tiden vurderes og justeres slik at de blir minst mulig ressurskrevende i forhold til nytte. Unødig dobbeltføring bør unngås. Virksomhetene bør anmodes om å utnevne ressurspersoner som kan følges opp av stabsenheten i kommunen. Felles fagdager der helseforetak og kommune og kanskje også videregående skoler og høyskole er representert bør arrangeres.

UHT og SOF har samarbeidet med Ålesund kommune om ernæringsprogrammet. Etter statusrapporten var planen at virksomhetene selv skulle ta ansvar for sin progresjon i dette arbeidet og at dette sammen med internkontroll, forhandlinger gjennom driftsavtaler og generell kompetansehevingstiltak skulle gå inn i de daglige oppfølgingsrutinene i virksomhetene. Hjemmetjenestene har imidlertid ytret ønske om at det gjøres en ny undersøkelse i 2014. UHT og SOF vil vurdere om en har kapasitet til dette.

Litteraturliste:

Helsedirektoratet (2004) Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. IS-1201

Helsedirektoratet (2009) Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. IS-1580

Helsedirektoratet (2010) ...og bedre skal det bli... Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial og helsetjenesten. Til deg som leder og utøver. IS-1162

Vedlegg nr .1 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 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)

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. Kobbevik 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 ernæringsstilstand 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 og arbeidsgruppe.	Juli- august	Team Helse og Omsorg. Team Folkehelse og Velferd Kathrin Kobbevik 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 Kobbevik/Katrin Fiskaa. Med rådføring fra høgskolen i Ålesund og Senter for omsorgsforskning
Brosjyrer og materiale ferdige	September	Kathrin E. Kobbevik
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. Kobbevik/Katrin Fiskaa Utviklingssenter hj. tj
Individuelle ernæringsplaner utarbeides og dokumenteres i Visma	November 2011/Januar 2012	Virksomhetsledere evt. kontaktpersoner i virksomhetene.
Gjennomføre statusrapport undersøkelse kunnskapsnivå personale i forhold til	November2012/februar 2013	Team helse og Omsorg Utviklingssenteret for hj. Tj Senter for omsorgsforskning

kompetansekrav og antall pasienter som er screenet og det er satt i gang oppfølgingstiltak i forhold til. Kvalitetsindikatorer benyttes		(Høgskolen i Ålesund: Mulig studenter i praksis kan ta screeninger og kartlegger noen spisesituasjoner)
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 2014	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 2.

[Ernæringsundersøkelse vinter 2012/2013 Ålesund kommune.](#)

- 1) Hvor mange brukere har innvilget hjemmesykepleie i denne avdeling pr i dag?
- 2) Hvor mange brukere som har innvilget hjemmesykepleie er screenet og har resultatet av vurdert ernæringsmessig risiko dokumentert i Visma profil i denne avdeling i dag?
- 3) Hvor mange brukere som har innvilget hjemmesykepleie har utarbeidet plan for målrettet ernæringsbehandling mht underernæring og er denne lagt inn i Visma profil?
- 4) Følger enheten Sosial og helsedirektoratets retningslinjer om fire faste hovedmåltider og minst ett mellommåltid i avdelingen?
- 5) Forekommer det at det er mer enn 11 timer mellom det siste måltidet i ett døgn til det første i neste døgn i din avdeling?
- 6) Er det satt i gang spesielle tiltak vedrørende ernæring i din avdeling i løpet av det siste året?
hvilke?
- 7) Hva mener dere må til for å få til fortsatt fokus på forbedringer innen ernæringsfeltet i Ålesund kommune innen rimelige økonomiske rammer?