

# Forebygging og behandling av underernæring

Pilotrapport for hjemmetjenesten Time kommune

2017



Tittel	Tiltakspakke for ernæring – forebygging og behandling av underernæring i hjemmetjenesten
Forfattere	Gry Kirsti H. Sirevåg, fagutvikler, Marte Øksnevad, sykepleier Karin Heigre Haugland, hjelpepleier Sissel Liland, legesekretær Dagny Marie Aa. Johannessen, virksomhetsleder  Hjemmetjenesten, Time kommune
Dato for rapporten	23.01.2017



## Innhold

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

## 1. Kort oppsummering

Kort oppsummering av hovedpoengene i rapporten.

- Økt fokus på ernæring i personalgruppen
- Økt kunnskap om risikovurdering og systematisk ernæringsarbeid
- Økt fokus på dokumentasjon
- Fått grafiske vektkurver

## 2. Bakgrunn for pasientsikkerhetsprogrammet

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

Programmet har tre overordnede målsettinger:

Redusere pasientskader

Bygge varige strukturer for pasientsikkerhet

Forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten

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

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

Mer om pasientsikkerhetsprogrammet finnes på nettsiden:

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

## 3. Innsatsområdet Forebygging og behandling av underernæring

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

risiko. En standardisert risikovurdering muliggjør at tiltak kan iverksettes før underernæring oppstår. Forebygging av underernæring gir helsemessige gevinster for den enkelte og økonomiske gevinster for samfunnet

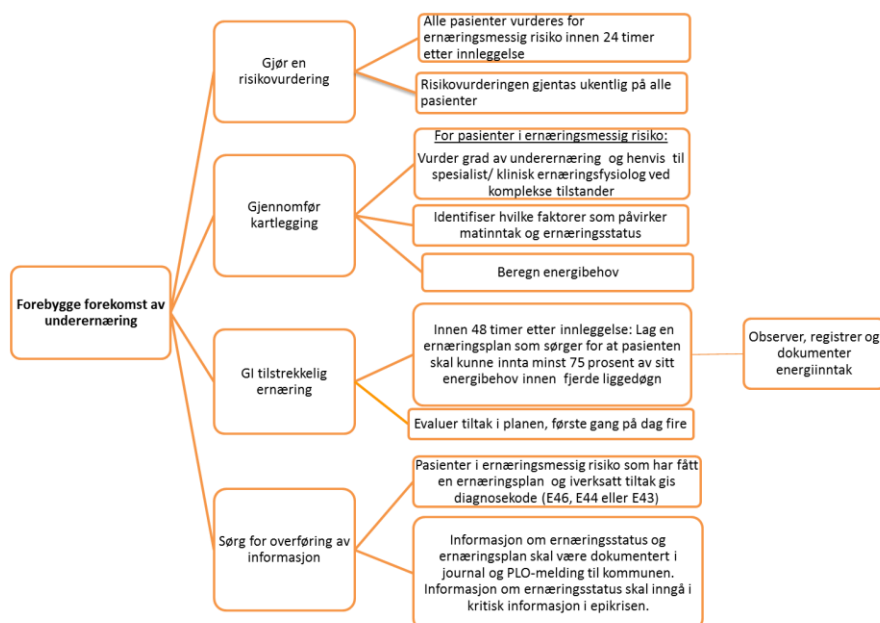
Formålet med denne tiltakspakken er å tidlig fange opp pasienter som er i risiko for underernæring slik at man kan forebygge at de blir underernært. Helsepersonell kan gjøre en forskjell med enkle tiltak, og i denne tiltakspakken presenteres tiltak for å forebygge og behandle underernæring.

### Tiltakene som piloterer

En tverrfaglig ekspertgruppe, nedsatt av pasientsikkerhetsprogrammet, definerte tiltak som kan bidra til å forebygge og behandle underernæring. For å se om og hvordan, tiltakene er gjennomførbare i praksis, har det vært gjennomført pilotprosjekt ved Stavanger Universitetssykehus, Slåtthaug sykehjem, Stavanger kommune og hjemmetjenesten i Time kommune i perioden oktober 2016 – desember 2017.

Tiltakene som har blitt testet ut er:

- Risikovurdering
- Individuell kartlegging
- Gi tilstrekkelig ernæring/ernæringsplan
- Sikre overføring av informasjon



#### 4. Pilotprosjektet

Pilotprosjektet har vært gjennomført i hjemmetjenesten i Time kommune, som har omtrent 18500 innbyggere. Rundt 200 av disse har tjenesten hjemmesykepleie (eksklusiv hjemmetjenester fra rus/psykiatri og miljøtjenesten)

Pasientgruppen som var med i pilotprosjektet består av pasienter som mottar hjemmesykepleie fra kommunen (pasienter som mottar kun hjemmehjelp, trygghetsalarm eller får hjelp fra rus/psykiatritjenesten er ikke medregnet). Hjemmetjenesten er delt inn i tre virksomheter, og en var med i piloten, virksomhet Vest. Per 01.01.17 bestod denne gruppen av 63 pasienter. Noen får besøk fra hjemmetjenesten flere ganger daglig, mens andre får besøk en gang per måned. Det er 11,3 årsverk i virksomheten. 21 personer i grunnturnus, 4 personer har helgestilling, samt ringevikarer som kommer i tillegg. De fleste av pasientene har tjenesten hjemmesykepleie over lengre tid, mens noen kan ha for en kortere periode. Det er fem pasienter i denne virksomheten som har middagsombringning. To pasienter abonnerer på E+ produkter gjennom hjemmesykepleien. Fem pasienter som har eller har hatt tjenesten hverdagsrehabilitering.

#### 5. Organisering og gjennomføring av pilotprosjektet

Prosjektgruppen bestod av 5 personer:

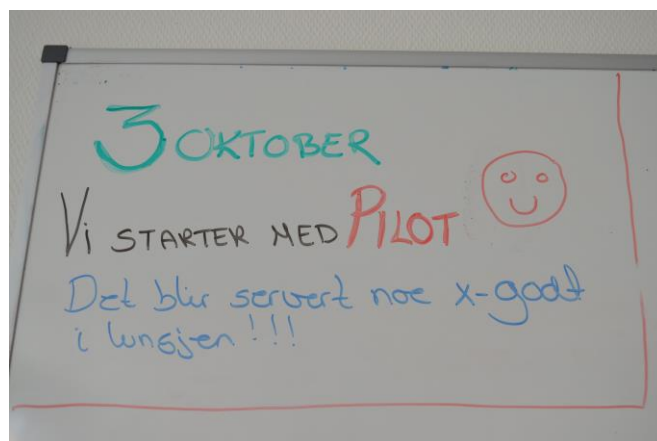
- Dagny M. Aa. Johannessen, virksomhetsleder sone vest
- Marte Øksnevad, sykepleier i 100 % st. (måleansvarlig)
- Karin Heigre Haugland, hjelpepleier i 80 % st.
- Sissel Liland, legesekretær i 60% st. ( jobber i hj.tj.)
- Gry Kirsti H. Sirevåg, fagutvikler 100 % st. (prosjektleder)

Pilotprosjektet er forankret i ledelsen. Vi fikk henvendelsen om å bli nasjonal pilot via kommunalsjefen i omsorg. Virksomhetsleder er også med i prosjektgruppen.

Vi fikk forespørsel etter sommeren 2016 om å være pilot. Skulle nok ønsket oss litt lengre tid i forkant før piloten startet for å være bedre forberedt. I ettertid ser vi at det nok var litt i korteste laget fra det ble bestemt at vi skulle være med i piloten til oppstart. Med det tenker vi først og fremst på å nå ut med arbeidet med inkludere alle ansatte i arbeidet.

Før pilotprosjektet startet hadde vi kick-off på Sola Strand hotell 27. september i lag med Slåtthaug sykehjem og Stavanger universitetssykehus, som er pilotene for sykehjem og sykehus.

3. oktober 2016 gikk startskuddet for prosjektperioden.



Det ble sendt ut e-post til alle ansatte i virksomheten med informasjon om prosjektet. Piloten har vært tema på fagmøter, med undervisning i blant annet dokumentasjon, risikovurdering etc. I tillegg er det hengt opp flytskjema på sonekontoret til virksomheten.

Prosjektgruppen har hatt jevnlig møter. Vi har og har hatt møte med kontaktperson fra USHT og samarbeidsmøte med Slåtthaug sykehjem.

Prosjektledere i de tre pilotene har hatt et svært godt samarbeid. Vi har hatt to samarbeidsmøter i prosjektperioden. Vi tre har og vært og presentert foreløpige erfaringer i ulike fora. Blant annet på konferanse for klinisk ernæringsfysiologer og utviklingskonferansen i Rogaland for hjemmesykepleie og sykehjem. Vi skal og til Helse Fonna og dele våre erfaringer.

Vi har i prosjektperioden hatt tre timers kurs for alle ernæringsansvarlige med klinisk ernæringsfysiolog. Prosjektgruppen har hatt lett tilgjengelig perm i personalbase hvor alle ansatte kan lese om prosjektet. Permen har bevisst vært lett synlig slik at alle skal se den og ha et eierforhold til den. Piloten er ofte tema under rapportene.

## Hvordan gjennomførte vi hvert enkelt tiltak?

### Tiltak 1 – Risikovurdering.

Hjemmetjenesten i Time kommune har risikovurdert ernæringstilstand hos pasientene siden retningslinjene kom i 2009. Vi bruker MUST som verktøy. Vi har oversikt når de enkelte pasientene skal risikovurderes via arbeidslistene. Hjemmesykepleien har egne vekter som vi tar med til de pasientene som skal risikovurderes. Når en pasient er risikovurdert, fører vi vekt, BMI, score (jmf MUST skjema) og prosentvis ned/oppgang for de tre siste månedene i pasientjournalen.

Nytt under piloten er at vi har fått grafverktøy i pasientjournal som viser vekt. Det blir da mye mer oversiktlig for personalet å se vekt ned/-oppgang. Nå skal alle pasientene få tilbud om risikovurdering på første eller andre besøk fra hjemmesykepleien. Det har kommet åtte nye pasienter siden piloten startet. Vi har klart å tilby risikovurdering til alle på første eller andre besøk. Det ønsker vi å fortsette med. Det er en god måte å sikre seg at alle pasientene blir risikovurdert tidlig når de får hjemmesykepleie.

### Tiltak 2 – Individuell kartlegging.

**2.1.** Av de pasientene som kommer i risiko for underernæring når de risikovurderes, har vi fulgt MUST skjemaet. Alle som kommer i risikozonen for underernæring, starter opp med kostregistrering over tre dager.

**2.2.** Vi snakker med pasient (kostintervju) for å høre hva vedkommende liker, vaner, etc., og er obs på kvalme, diagnoser, tannstatus og sosialt.

**2.3.** Vi har tatt utgangspunkt i kosthåndbokens tommelfingerregel: 30 kcal/kg/døgn og 30 ml/kg/døgn

### Tiltak 3 – Individuell ernæringsplan

**3.3.** Har tatt utgangspunkt i alle som er i risikozonen eller som er undervektige.

Har Profil som dokumentasjonssystem og alle som får/har tiltak skal registreres i den elektroniske pasientjournalen. Det skal også dokumenteres mål, ressurser og evaluering, foruten rapportering.



#### Tiltak 4 – Overføring av informasjon

**Ingen** av pasientene som vi ser er underernærte vil være med i risikovurderingen. Men noen av pasientene har diagnosen fra før.

Vi har som mål at hver gang en pasient innlegges på sykehus/sykehjem, eventuelt annen institusjon, skal ernæringsstatus og vekt sendes med som informasjon. (Det skal være like selvfølgelig som at vi alltid sender medisinaliste med.)

### 6. Måling og resultater

Det med målinger syntes vi i prosjektgruppen tidvis har vært noe av det som har skapt utfordringer. Målingene har blitt endret underveis. Det blir tidvis krevende å finne tallene.

ROGAL Time kommune Time hjemmetjeneste sone vest - ERNÆRING HJEMMETJENESTE PILOT

Tidsperiode	Verdi	Antall brukere som er risikovurdert	Antall brukere som skulle vært risikovurdert i perioden	Annotation Type	Annotation
P1 - okt - 2016	42,19	27	64	Endring	Flere av brukere er ikke risikovurdert pga de ikke ønsker, men dette er ikke dokumentert i EPJ. Men ser og at flere som skulle vært risikovurdert ikke er det.
P2 - nov - 2016	69,77	30	43	Endring	Totalt 62 brukere denne mnd, men 3 av dem innlagt på institusjon og 16 som ikke ønsker å bli risikovurdert, eller har tjeneste av rus/psyk. 13 brukere har ikke blitt målt. Målingene gjelder hele nov.mnd.
P1 - des - 2016	74,07	20	27	Endring	Har i Desember måned tatt utgangspunkt i antall brukere som skulle vært skreenet, som har takket ja til å bli screenet når de fikk tenesten hjspl. Det er pr.d.d. 27 stk. 20 av disse ble screenet.

#### 14.02.c Ernæring: hjemmetjeneste. Uplanlagt vektnedgang hos brukere >5% på 3 måneder

Her er det 0 brukere i løpet av de 3 månedene piloten har vart.

#### 14.04.c Ernæring: hjemmetjeneste. Brukere som har en evaluert næringsplan

Her har det vært mye usikkerhet. Men har konkludert med at fem pasienter som skulle hatt ernæringsplan ikke har det.

#### 14.05.a Ernæring: Undervektige pasienter/beboere

Denne målingen ble lagt til i desember, isteden for måling 14.02. Av de som er risikovurdert siden oktober 2016, er det fem pasienter som er undervektig/i risikozonen.

Ernæringsplan er et godt virkemiddel, men her er det svært viktig med godt samarbeid med pasient. Det nytter ikke med en god plan, dersom en ikke har matvarer i hjemmet, eller bruker ikke er enig. Det er pasienten som må handle inn varene, enten selv, i samarbeid med pårørende/hjemmehjelp. Noen steder har vi bok hvor vi skriver beskjeder, forslag til hva som bør handles inn etc. Der hvor det er godt samarbeid kommer dette pasienten til gode.

Dagsenter er og en tjeneste en bør tenke på til de som er undervektige. Et godt samarbeid med dagsenteret kommer pasienten til gode. Personalet på dagsenteret må ha gode kunnskaper om hvilken type mat pasienten liker og bør ha, hvordan en kan berike maten og måltidshyppighet. Det er derfor viktig at personalet på dagsenteret inkluderes i ernæringsarbeidet til hjemmesykepleien. Dersom en pasient går fullt på dagsenteret, fem dager i uken, så har en her en god mulighet for å fylle opp ernæringsstatusen til pasienten.

## 7. Erfaringer

**Tidligere erfaring med ernæringsarbeid:** Kommunen er med i prosjektet «maten er ikke gitt før den er spist» i samarbeid med Måltidets hus sammen med flere andre samarbeidspartnere. Vi har også oppnevnt en ernæringsansvarlig i hver avdeling i omsorg hvor det er utarbeidet egen funksjonsbeskrivelse for. Flere (14stk) fra kommunen har vært på studietur til Älmhult i Sverige for å se hvordan de driver arbeidet med ernæring i deres kommune. Time kommune var og den første kommunen i landet som gjennom hjemmetjenesten har abonnementsordning med E+ produkter for hjemmeboende.

#### Risikovurdering:

Som tidligere nevnt er vi kjent med å risikovurdere pasientene i hjemmetjenesten. Nytt nå var at vi skulle risikovurdere alle på første eller andre besøk. Det fungerer fint. Flere synes det er veldig privat med vekt og av den grunn takker nei. Flere henviser også til legen og sier de går til årlig helsesjekk og blir veiet der. Noen av de som åpenbart skulle vært risikovurdert takker nei, de vil ikke, sier at de vil ha fred i hjemmet. Når du jobber i hjemmetjenesten er du gjest i den andres hjem og det er noen grenser en ikke skal tråkke over. Dersom noen med problemer med ernæring (og kanskje får hjelp annet sted) så vil det slå uheldig ut at vi i

hjemmetjenesten SKAL måle vekten. Det er for noen et sensitivt tall. Det er og noen som kommer i risikozonen som sier de hele livet har hatt lav BMI og at legen vet om det. De har god matlyst, spiser mye riktig kost, men legger ikke på seg.

Men det som også kan slå ut hvorfor mange takker nei er hvordan sykepleieren stiller spørsmålet. Det er viktig å ta opp til refleksjon i personalgruppen og tenker aktivt gjennom. Stiller en ledende spørsmål? Forklarer en hvorfor en vil måle vekten? Dette har selvsagt vært oppe tidligere i personalgruppen, men med utskiftinger så er nok dette tema som en må ta opp med jevne mellomrom. Vi har etikk-lunsj regelmessig og har god erfaring med det. Det kunne derfor også være naturlig å ha regelmessige refleksjonsrunder om hvordan vi kommuniserer med pasienten om vektveing.

### **Individuell kartlegging**

For oss i hjemmetjenesten kan dette være en utfordring. Dersom det er kognitiv svikt hos pasient så kan vi ikke alltid stole på at kostregistreringen over tre dager er korrekt. Akkurat dette fordrer godt samarbeid med pårørende. Vi må skrive god informasjon til alle besøkende i hjemmet, god dialog med dagsenter og andre samarbeidspartnere.

De pasientene som i pilotperioden er i risikozonen/underernært hadde fått i seg det de skulle av kcal/væske i løpet av de tre døgnene når vi kostregistrerte. Personalet i omsorg har fått opplæring og undervisning i blant annet beriking av mat, lage smoothie, ernæringstett mat, og måltidshyppighet. Slik kan personalet dele av sine kunnskaper til pasienten. Vi sender elektronisk melding, ofte i samråd med pasienten, til lege dersom vi er bekymret for ernæringsstatusen.

### **Dokumentasjon**

Det området vi har fått mest endringer og overraskelser på er dokumentasjon i pasientjournal. Her oppdaget vi at det var mye å jobbe med.

Det var ikke dokumentert godt nok på de som hadde takket nei til risikovurdering, og dokumentasjonen var på flere pasienter uklare, ulik skrevet og plassert på feil sted i pleieplanen i noen av tilfellene. Vi hadde møte med IKT rådgiver og fikk gjort endel endringer i dokumentasjonssystemet. Vi fikk og på plass grafisk vektkurve. Det ble i prosjektgruppen bestemt hvor en skulle dokumentere hva, og det hele ble mer oversiktlig. Vi oppdaget også at mye av arbeidet som ble gjort ute hos pasientene ikke ble dokumentert. Flere av tiltakene stod dokumentert som gjøremål på arbeidslistene, men var ikke dokumentert i pasientjournal.

-Time kommune har brukt MUST som risikoverktøy siden starten i 2010, dermed trodde vi at alle i personalgruppen var trygge på bruken av det. Dette viste seg å ikke stemme, langt fra alle var trygge. Piloten har ført til økt fokus og flere har blitt trygge på MUST skjema.

-Vi 3 prosjektledere var i Oslo den 19 januar og la frem erfaringer fra piloten til NSKE(Norsk selskap for klinisk ernæring) sin årskonferanse. Vi fikk gode tilbakemeldinger og flere som syntes det var interessant. Vi skal og dele erfaringene våre fra piloten på Utviklingskonferansen som USHT arrangerer sammen med fylkeskommunen den 23 februar. I tillegg skal vi til SUS på to ulike seminarer, den 2 februar og 26 april. Vi 3 prosjektledere har hatt et veldig godt samarbeid og hatt møter sammen, det har vært lærerikt. Ikke minst med tanke på deling av erfaringer.

-En annen erfaring er hvor viktig det er å ha fokuset oppe for å nå ut til hele personalgruppen. Vi ser at en kan ikke informere nok ut til ansatte. Her må en ta i bruk alle virkemidler en kan, som for eksempel: e-post, plansjer, fagmøter, ernæringslunsjer, samarbeid med andre virksomheter, ressurspersoner og forankring i ledelsen. Dette er nok noe av det som er nøkkelen til om en lykkes med ernæringsarbeidet – å få personalgruppen engasjert.

## 8. Oppsummering og anbefalinger

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

- Samarbeid med andre er viktig å ha fokus på, overføring av informasjon. Dette må det være mye fokus på. Alltid ta med ernæringsstatus når innleggelse på institusjon, sykehus. Dersom en oppdager underernæring må fastlege informeres.
- Risikovurdering på 1 el 2 besøk har fungert fint.
- Evaluert ernæringsplan må være en del av tiltakspakken. Her er det viktig med god opplæring av personalet i hva en ernæringsplan er.
- Å evaluere 4 dagen etter MUST risikovurdering er for tidlig.
- Vi i hjemmetjenesten er godt fornøyd med MUST som risikoverktøy

## 9. Referanser (hvis det er benyttet referanser)

## 10. Vedlegg

- flytskjema

- kostskjema
- must
- drikkeliste
- infobrev
- funksjonsbeskrivelse ernæringsansvarlige