



FYLKESMANNEN  
I ROGALAND



Utviklingscenter  
for sykehjem og hjemmetjenester  
Helse Fonna

# Rapport fra læringsnettverk forebygging og behandling av underernæring i sykehjem og hjemmetjenester USHT Helse Fonna 2018 - 2019

Spredning av tiltakspakken fra det Nasjonale Pasientsikkerhetsprogrammet



I trygge hender  
pasientsikkerhetsprogrammet.no



## Innholdsfortegnelse

Forord .....	3
1.0 Innledning.....	4
2.0 Læringsnettverk - en metode for å spre forbedringsarbeid i helsetjenesten.....	4
2.1 Læringsnettverk i forbygging og behandling av underernæring i sykehjem og hjemmetjenester i Helse Fonna .....	5
2.2 Tidsplan for læringsnettverk i Helse Fonna 2018/2019 .....	5
2.3 Veiledning/oppfølging mellom samlinger.....	7
2.4 Presentasjonspris .....	7
3.0 Sluttrapport fra teamene .....	8
3.1 Bokn kommune, både sjukestove og heimeteneste .....	8
3.2 Karmøy kommune, Bygnestunet.....	10
3.3 Karmøy kommune Åkra bu- og behandlingsheim og Fredheim.....	12
3.4. Karmøy kommune, Kopervik bu- og behandlingsheim .....	13
3.5. Suldal kommune, Heimetenester.....	14
3.6. Sveio kommune, Sveio omsorgssenter.....	16
3.7. Haugesund kommune, Haraldsvang omsorgssenter avdeling 3, 2. Etg. ....	20
3.8. Haugesund kommune, Haraldsvang omsorgssenter, avd. 2, 3. og 4. Etg. ....	21
3.9. Haugesund kommune, Haraldsvang omsorgssenter, Vardafjell sykehjem.....	22
3.10. Haugesund kommune, hjemmebaserte tjenester .....	24
3.11. Haugesund kommune, Udland omsorgssenter .....	25
4. Oppsummeringen fra kommunene .....	29
5.0 Veien videre .....	30
6.0 Økonomi.....	30
7.0 Referanser.....	30

## Forord

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Helse Fonna kommunene (USHT) har siden 2012-2013 deltatt i og arrangert læringsnettverk i regi av Den Nasjonale Pasientsikkerhetskampanjen. USHT fikk etter endt nasjonalt læringsnettverk i oppdrag å spre tiltakspakkene fra det nasjonale læringsnettverket videre i eget fylke. Denne rapporten beskriver gjennomføringen av læringsnettverk for forebygging og behandling av underernæring i sykehjem og hjemmetjenester 2019. Dette læringsnettverket ble arrangert med deltakere fra kommunene Haugesund, Karmøy, Bokn, Suldal og Sveio, til sammen 15 innsatsteam.

Haugesund 30.08.2019

### **Astrid Håland**

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester  
i Helse Fonna – kommunene

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

Diktervegen 29

5538 Haugesund

Tlf: 52744618

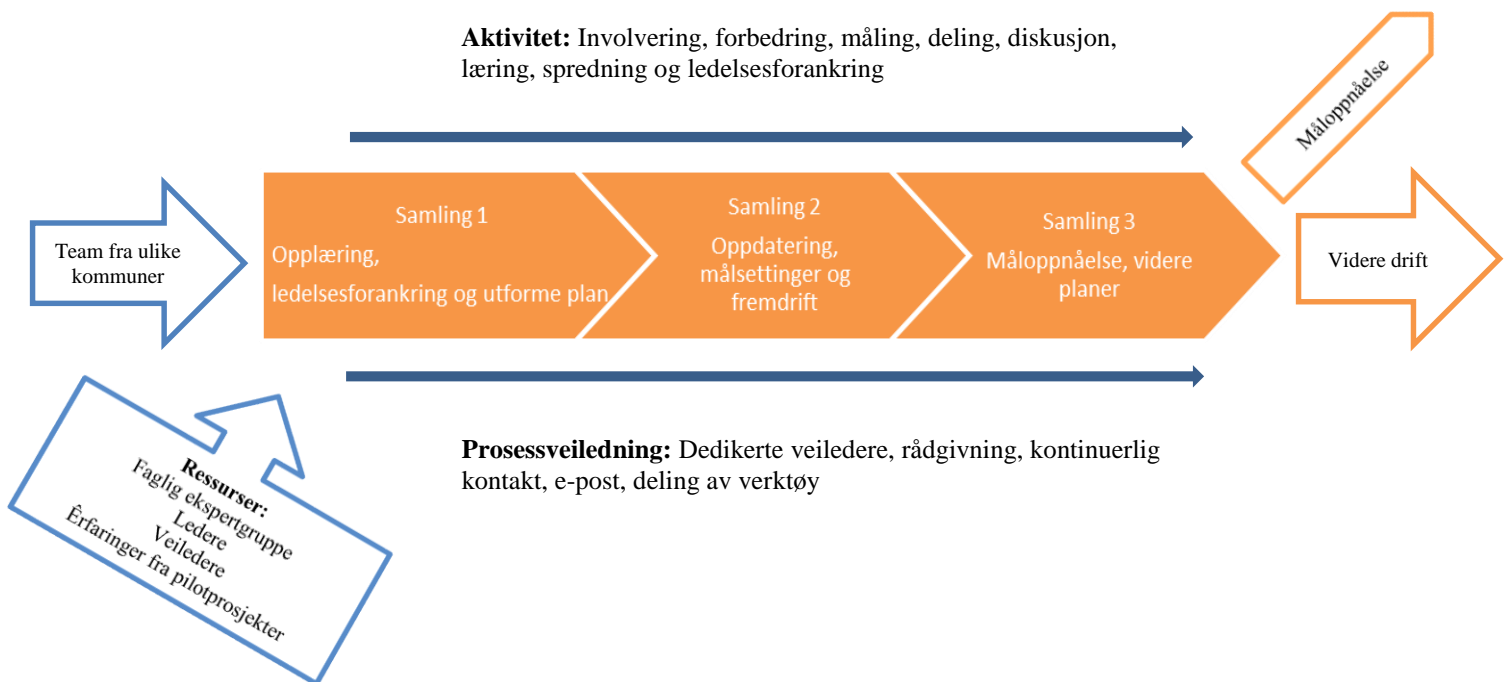


Utviklingssenter  
for sykehjem og hjemmetjenester  
Helse Fonna

## 1.0 Innledning

Helse- og omsorgsministeren lanserte i 2011 den Nasjonale pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender», og fra 2014 ble kampanjen et femårig nasjonalt program. «I trygge hender» gjennomføres i spesialist- og primærhelsetjenesten. Hovedmålene er å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten.

## 2.0 Læringsnettverk - en metode for å spre forbedringsarbeid i helsetjenesten



Læringsnettverk er en internasjonalt anerkjent metode for å lykkes med forbedringsprosjekter i medisinsk praksis (1). Konseptet er opprinnelig utviklet av Institute for Healthcare Improvement (IHI) i Boston, og har i USA og flere andre land, bl.a. Norge, vært anvendt på en rekke medisinske områder (1). Læringsnettverk baserer seg på enkle prinsipper. Det involverer elementer som vekker arbeidsinnsats, entusiasme og effektivitet for å løse et problem. Elementene er for eksempel direkte eierskap til problemet, påvirkningsmulighet, fellesskap, konkurranseånd, resultatmåling, ytre press, sekundering, veiledning og støtte. Læringsnettverket bygger disse faktorene inn i en strukturert, fastlagt ramme, hvor hver aktivitet kommer på rett plass og til rett tid. Dette innebærer fastlagte arbeidsformer,

tidsfrister, innsending av rapporter, og ikke minst deltakelse på de tre læringsnettverksamlingene. De ytre rammene er lagt for å fremme effektivitet og resultater, og må følges for at metoden skal fungere.

## 2.1 Læringsnettverk i forbygging og behandling av underernæring i sykehjem og hjemmetjenester i Helse Fonna

Det er andre gang USHT i Helse Fonna-kommunene arrangerer læringsnettverk med innsatsområde forebygging og behandling av underernæring. Denne gangen deltok både sykehjem og hjemmebaserte tjenester.

## 2.2 Tidsplan for læringsnettverk i Helse Fonna 2018/2019

### Tidslinje for læringsnettverket



Veiledning avtales med veileder i tidsrommet som vist over.  
Status- og sluttrapport/poster sendes veileder [hov@haugesund.kommune.no](mailto:hov@haugesund.kommune.no)

## **Ledersamling**

I forkant av første samling i læringsnettverket ble det arrangert en samling for alle ledere som hadde meldt inn innsatsteam til læringsnettverket. Dette var for å sikre forankring i ledelsen. Astrid Håland hadde en gjennomgang av hva deltakelse i læringsnettverk innebærer og en forelesning om forbedringsarbeid. Dosent ved Høgskulen på Vestlandet (HVL), Åge Gjøsæter hadde temaene teori om endringsledelse og forbedringsarbeid og lederen sin rolle i forbedringsarbeidet.

**Første samling i læringsnettverket** hadde fokus på:

- erfaringer fra det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet
- innføring i innsatsområdet og målinger/måleverktøy
- tiltakspakken forebygging og behandling av underernæring

Erfaringer fra den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen, innføring i innsatsområdet, tiltakspakkene og målinger/måleverktøy (Extranet) ble introdusert av Astrid Håland, USHT. Ernæringsfysiolog og leder ved FOUSAM, Marianne Hauge Wengersberg hadde om temaene - Hva er underernæring? Konsekvenser av underernæring. Målfrid Christoffersen, endringskonsulent ved Helse Fonna helseforetak hadde om forbedringsmetodikk, og det å være en endringsagent. Avdelingsleder ved hjemmetjenesten i Karmøy, Sigrid Marie Hanssen fortalte om erfaringene de har gjort seg i bruk av verktøy i praksis. Teamene jobbet deretter med framdriftsplan mot andre samling.

**Samling nummer to** inneholdt foredrag om god ernæringspraksis – ernæringsplaner og tiltak ved klinisk ernæringsfysiolog Charlotte Gjerdevik. Innsatsteamene arbeidet med ernæringsplan og tiltak med utgangspunkt i case, erfaringsutveksling på tvers av områder / sykehjem. Målfrid Christoffersen, Helse Fonna, hadde foredrag om bruk av risikotavler og forbedringstavler i avdelingen. Viktigheten av god dokumentasjon ble presentert av Sigrid Marie Hansen, avd.leder. hjemmetj. Skudenes. Avslutningsvis arbeidet innsatsteamene med ny framdriftsplan.

**Samling nummer tre** startet med representant fra Fylkesmannen i Rogaland, Bjørg Odland. Temaet var fokus på mat og måltid i kvalitetsreformen Leve hele livet. Innsatsteamene presenterte sitt arbeid ved poster eller presentasjon. Det kom fram hva de

hadde lykke med, og hva må de legge vekt på i arbeidet videre. Det var ytre ønske fra deltakerne om temaet konsistenstilpasset kost. Vi fikk ernæringsfysiolog Agnete Halleland ved Vital ernæring om å ha foredrag om dysfagi og konsistenstilpasset kost. Avslutningsvis hadde dosent ved HVL, Åge Gjøsæter om endringsarbeid i praksis – gjennom forbedrings- og læreprosesser.

### 2.3 Veiledning/oppfølging mellom samlinger

Teamene sto fritt til å kontakte veileder ved USHT mellom samlingene, både på telefon og e-post. I tillegg fikk teamene tilbakemelding på fremdriftsplaner, statusrapport og sluttrapport i telefonveiledningene.

### 2.4 Presentasjonspris

Læringsnettverket ble avsluttet med utdeling av presentasjonspris. En jury bestående av Bjørg Odland, Fylkesmannen i Rogaland, Åge Gjøsæter, dosent ved HVL og Agnete Halleland ved Vital ernæring. Vinnere av presentasjonprisen ble Sveio omsorgssenter.



Innsatsteamet ved Sveio omsorgssenter



Kaker til alle ved Sveio omsorgssenter

## 3.0 Sluttrapport fra teamene

Innsatsteamene leverte undervegs-rapporter, i sluttrapporten skulle de også rapportere på de fire tiltakene:

Målsetting - Hva har dere oppnådd i forhold til tiltakene:

- Gjør en risikovurdering
- Gjennomfør individuell kartlegging
- Gi tilstrekkelig ernæring
- Viderefør informasjon, evaluering

Under hvert av disse punktene kan dere si noe om:

- Status og ev. utfordringer
- Hva skal evt. testes i videre arbeid? (Småskalatesting)

## 3.1 Bokn kommune, både sjukestove og heimeteneste

### **Avdeling, antall pasienter/senger, antall ansatte:**

- Bokn sjukestove; har hatt plass til 11 pasienter. Etter rehabiliteringen har vi fått 3 nye plasser = 14 plasser totalt.

- Heimesjukepleie; omfatter brukere i omsorgsboliger og heimebuande= totalt 17 brukere.

Behovet varierer fra 1 x pr uke til flere ganger pr dag.

- Ansatte; ca 30 stk

**Teamleder:** Anne Grethe A. Osvåg

**Måleansvarlig:** Silve E. Vierdal

**Gruppedeltagere:** Maria Hauen, Eva Stien

**Veileder:** Astrid Håland

**Viktige å involvere:** kollegaer, kjøkkenpersonale, nærmeste leder, tilsynslege/fastlege

**Nærmeste leder:** Grethe E. Heimvik

### **Målsetting - Hva har dere oppnådd i forhold til tiltakene:**

Mål: risikovurdere alle pasienter på sjukestova og i hjemmesjukepleien (hjemmeboende). Ha på plass rutiner.

#### **1) Gjør en risikovurdering:**

Ernæringsteamet ble enig om starte i det små. Fokuset var sjukestova med 9 pasienter. To pasienter skulle risiko-vurderes først, deretter de 7 andre. Ved å utføre oppgavene selv fikk vi prøvd ut skjemaer og laget rutiner.

Status og ev. utfordringer:

Vi hadde et mål om å risiko-vurdere alle pasientene (9) på sjukestova før 23.12.18.

Dette klarte vi ikke før i første del av januar. Utfordringene var at en var i en utbygging/ombyggingsfase, det nærmet seg jul, en gikk inn i jule-turnus og bruk av vikarer. 2 av medlemmene i teamet tar etterutdanning i ernæring og er borte i perioder, og en hadde en periode med en del sykdom blant medlemmene.

Det ble tatt vekt/BMI/MNA del 1 av samtlige pasienter. Gikk videre med MNA del 2 på de som hadde MNA under 12 poeng.



I januar begynte arbeidet med å risiko-vurdere hjemmeboende pasienter. Det ble sendt ut informasjonsskriv og tilbud om deltagelse til alle som hadde vedtak om hjemmesykepleie.

Av 15 brukere svarte 10 ja til å delta. Av disse er to brukere i risikozonen for underernæring.

Opplegget til ute-brukerne måtte tilpasses på en annen måte enn til de på sjukestova. Det ble tatt vekt/BMI/MNA del 1 av samtlige pasienter. Gikk videre med MNA del 2 på de som hadde MNA under 12 poeng.

Det ble diskutert i gruppen hvor og hvordan en skulle dokumentere i profil. Endte opp med å opprette målinger på BMI/MNA. Hjemmeboende – tilbud om deltagelse og første risikovurdering blir dokumentert i journalnotat. Vi har laget standard tekst.

Pr i dag har to av de 17 brukerne i hjemmesykepleien fått korttidsopphold ved sjukestova, men alle er risikovurdert.

## 2) Gjennomfør individuell kartlegging:

Ble gjennomført på pasienter i risikozonen, BMI under 22 (pga. alle er eldre), og MNA under 12.

Pasientene på sjukestova ble kostregistrert i tre dager.

Hjemmeboende fikk hjemmebesøk av en i ernæringsteamet hvor en hadde samtale omkring ernæring, spisevaner, handling. De fikk også utlevert en brosjyre med oppskrifter og handleliste til det lille ekstra, og tips og råd til beriking.

## 3) Gi tilstrekkelig ernæring:

Det ble satt i gang tiltak til risikopasienter, beskrevet i pasientens tiltaksplanen for Ernæring.

Ernæringsteamet har laget en perm med diverse innhold som ligger i boksen, enkelte av disse brosjyrene skal også være tilgjengelig på kjøkkenet når det åpner; «Beriking av hverdagskost» - denne deles også ut hjemmeboende pasienter, oversiktsskjema kalorier i hverdagsmat.

Det ble bestilt nødvendig ingredienser på kjøkkenet. En periode hadde vi skjema i kjøkkenskap med oversikt over type kost/mat/beriking for den enkelte pasient.

Skal jobbe videre med matkort, har laget et par eksempler og satt i plastlommer i perm.

Kjøkkenet er involvert; det vil bli tatt bilder av standard middagsporsjoner.

## 4) Viderefør informasjon, evaluering:

Ernæringsteamet har valgt å ikke involvere kollegaer i selve utførelsen ennå, men de har fått informasjon om prosjektet på personalmøter.

På grunn av ombygging/nybygg har en et lite vakt/pauserom hvor en kun har plass til det aller nødvendigste.

Vi kjøpte inn utstyr og har fått alt på plass i en boks, tavler hadde vi tidligere, og de vil bli tatt i bruk igjen så snart en flytter tilbake på sjukestova.

Vektkontroll er innarbeidet, men ved bruk av tavler vil dette bli mer synlig (det hender det blir glemt..).

Tilsynslege/fastlege er informert om prosjektet, men vi har ikke mottatt kommentarer, så må ta dette opp igjen.

Bokn kommune er i gang med prosjekt måltidsendring, hvor en vil innføre flere måltider og endre tidspunkt for middagsservering. Det skal innføres faste tavlemøter, fast på onsdager da fagansvarlig/teamleder er i avdelingen.

Har utarbeidet matkort, inndelt i 6 måltider med beskrevet innhold. Har funnet ut at vi avventer å sette i gang med dette.

Bokn ble med i læringsnettverket for forebygging og behandling av underernæring pga. at underernæring er et av våre satsingsområder. Vi har en ressurspsykepleier innen ernæring, og to sykepleiere i etterutdanning innen ernæring, alt dette er en ressurs for kommunen.

Prosessen har tatt tid. Vi har måttet forholde oss til både sjukestova og hjemmeboende. Dette har medført at vi brukte lengre tid på å finne ut hvordan dette skulle løses, en kunne ikke bruke samme metode inne og ute, eks ved kostregistrering. Heldigvis har vi hatt god nytte av å være på nettverkssamlinger samt å kunne bruke materialer fra bl.a Karmøy kommune.

Ting tar fremdeles tid, MEN alle i gruppen er enig om at dette skal vi klare! Vi gir ikke opp, men gleder oss til å dra de andre med på lasset. Vi vil arrangere fagdager med opplæring til de andre i personalgruppen.

Leder er informert underveis.

Ser at vi har ikke har klart å registrere i ekstranett, dette vil bli gjort nå i ettertid.

Mvh

Anne Grethe Amdal Osvåg

## 3.2 Karmøy kommune, Bygnestunet

**Teamet:** Susanne Kristoffersen, Marthe Marie Bårdsen og Kristine Torbjørnsen

**Avdeling:** Bygnestunet omsorgsboliger. Vi har 16 beboere, fordelt på to avdelinger, alderspsykiatri og personer med demens.

25 ansatte og 11 vikarer

**Team leder:** Kristine Torbjørnsen

**Måleansvarlig:** Marthe Marie Bårdsen

**Gruppedeltagere:** Susanne Kristoffersen, Marthe Marie Bårdsen, Kristine Torbjørnsen

**Veileder:** Astrid Håland

**Viktig å involvere:** Beboerne våres, evt pårørende, ansatte og personalet på kjøkkenet.

**Nærmeste leder:** Jarle Halvorsen

## **Målsetting:**

### **Risikovurdering:**

Alle beboerne på Bygnestunet er risikovurdert. Vi har brukt MNA og BMI. Det er 2 som har risiko for underernæring, men de ønsker ikke å delta/ har ikke forståelse for hva det gjelder. De resterende har en BMI som er over 22.

Videre oppfølging er å veie beboerne x 1 pr mnd, og følge opp ved vekt endringer.

Utfordringen er at de som bor på tunet, har diagnoser som gjør at det er vanskelig å gjennomføre / endre tiltak angående ernæring. De har en del tvang i forhold til mat og måltider.

### **Individuell kartlegging:**

Vi har valgt å ha kostregistrering på 3 beboere som ikke har risiko for underernæring. De har imidlertid hatt noe vekt nedgang, og vi har observert en endring i deres matvaner. Gjennom kostregistreringen har vi fått en bedre oversikt. Vi ser også på miljøet rundt mat situasjonen til den enkelte beboer.

Utfordringen er at de bor i egne leiligheter. De oppbevarer egen mat, og noen handler selv. Det er også utfordringer rundt fellesmåltider, der det kan være vanskelig å skape ett godt måltids miljø.

### **Tilstrekkelig ernæring:**

Det er blitt laget nye matkort til hver beboer. Vi har skrevet individuelle forslag til beriking på de som trenger det.

Vi tenker alternativt, og prøver å lage det som beboerne ønsker å spise til frokost og kvelds. Lunsj og middag blir levert fra kjøkkenet. Kjøkkenet har utarbeidet en flott oversikt over næringsinnholdet i måltidene over en 10 ukers periode.

Utfordringen blir å oppdatere endringer/ evaluere matkort, at alle ansatte tar ansvar for de som de er primærkontakt for.

### **Videreføre informasjon:**

Vi skal ha rapport med tavlegjennomgang hver dag. Der blir det tatt opp hvem som skal veies, og det er fokus på utfordringer knyttet til måltider.

Utfordringen er å få det implementert hos alle ansatte. At de får informasjonen, at de bruker den informasjonen som blir delt og at tavlen blir brukt som ett positivt redskap.

### 3.3 Karmøy kommune Åkra bu- og behandlingsheim og Fredheim

Fredheim – FrH

Åkra Bu- og behandlingsheim - ÅBB

Avdeling, antall pasienter/senger, antall ansatte:

FrH: 16 pasienter og 22 ansatte

ÅBB: 31 pasienter og 40 ansatte

Teamledere:

ÅBB, Anne Britt Bentsen

Fredheim, Ludvig Knutsen

Måleansvarlig:

Fredheim, Therese Mannes, Ludvig Knutsen

ÅBB, Anne Britt Bentsen og Evy Thorsen

Gruppedeltagere:

Ruth Henny Hemnes, Elisabeth Ferkingstad og Gro Ånensen..

Veileder:

Astrid Håland..

Viktige å involvere:

Tilsynslege og øvrige ansatte på enhetene.

Nærmeste leder: Ludvig Knutsen og Anne Britt Bentsen

Virksomhetsleder: Solveig V.Liknes

Målsetting - Hva har dere oppnådd i forhold til tiltakene:

Vi har gjort en risikovurdering ut i fra om vi ikke hadde hatt tavlemøter og fokus på underernæring blant de ansatte på avdelingen. Mulig at vi da ikke hadde fanget opp de som raser ned i vekt og har/ hadde lav BMI. Fokus på forebyggende underernæringsarbeid etter tiltakspakken vet vi har bidratt til at pasientene har gått opp i vekt og fått økt energi. Dehydrering av pasienter har allikevel vært en utfordring pga de det gjelder er lite aktive med å drikke/svelge ned drikke.

Informasjon til pårørende om det forebyggende arbeidet som pågår blant de som individuelt trenger oppfølging på ernæring. Vektmåling og evaluering av kosttiltak 1x i uken på de som er i risikogruppen. Evaluering av kosttiltak minimum en gang i mnd hos alle. Dette gir økt trygghetsfølelse hos flere av de pårørende, som samtidig ser at vi gjør en god jobb med å forebygge underernæring.

De pasientene som er over kritisk grense på BMI er vurdert som ikke aktuelle for kosttiltak, da disse spiser og opprettholder ernæring selv. Det har imidlertid vært en tankevekker om

enkelte av disse kanskje burde hatt fokus på forebygging av fedme. Det er snakk om BMI er mellom 28-33.

Under hvert av disse punktene kan dere si noe om:

**Status og ev. utfordringer:**

Status er at mål er oppnådd. Det er nå snakk om å videre screene de som står igjen. Nye screeninger også på de som er screenet når vi ser endringer i allmenntilstand og nedgang i vekt.

Tilsynslege dekning er lav i %. Dette gjør at involveringen av tilsynslege blir vanskelig,

Selve måleprosessen har vært utfordrende pga ubesatte stillinger og høyt sykefravær på ÅBB og feilregistrering fht måling på Fredheim. ÅBB har dermed ikke fått lagt inn målinger noe særlig per 29.03.19. Fredheim har ført inn målinger etter rettledning fra veileder Håland.

Hva skal evt. testes i videre arbeid? (Småskalatesting).

Vi har ikke videre noe planer om småskalatesting ifht underernæringsarbeidet. Vi tenker at småskalatesting er helt nødvendig i nye pakker. Det er planer om oppstart på pakken: «tidlig oppdagelse av forverret tilstand» når vi er klare for det.

Med Vennlig Hilsen forbedringsteamet i underernæring på ÅBB og Fredheim.

### **3.4. Karmøy kommune, Kopervik bu- og behandlingsheim**

**Avdeling:**

Kopervik bu – og behandlingsheim somatisk avdeling, 21 pasienter/langtidssenger  
32 ansatte (23,68 årsverk) inklusiv nattevakt pluss vikarer (17 stk.), elever, studenter, lærlinger (2 stk).

**Teamleder:** Anne Gro S. Bjørndal

**Måleansvarlig:** Wenche Stonghaugen og Åse Kvinnesland

**Gruppedeltagere:** Åse Kvinnesland, Wenche Stonghaugen, Anne Gro S. Bjørndal

**Veileder:** Astrid Håland

**Viktige å involvere:** Pasienten og eventuelt pårørende, alle ansatte, elever, studenter, lærlinger og kjøkken.

**Nærmeste leder:**

Jarle Halvorsen Virksomhetsleder

**Målsetting**

Hva vi har oppnådd i forhold til tiltakene:

- Risikovurdering: Alle pasienter er i perioden november 2018 – februar 2019 risikovurdert og av disse hadde 9 KMI under 22. Gikk vekk i fra MNA testen og gått ut ifra KMI/BMI. Valgt å følge opp de med KMI under 22 med ukentlig vektmålinger og i samråd med lege ble det tatt årskontroll blodprøver av disse pasientene.

- Individuell kartlegging: Vi har valgt å se vekk fra pasienter med KMI under 22 og som er i livets slutfase, og også pasienter som har gitt uttrykk for at de ikke ønsker dette. Begynte å kartlegge måltidene til 2 av de med KMI under 22 men kom frem til at dette ble for omfattende.
  - Tilstrekkelig ernæring: Det er blitt laget matlister med ønskekost til alle pasientene, men hatt fokus på næringstettkost til de med KMI under 22. Lunsj og middag fra kjøkkenet er naturlig næringstett.
  - Viderefør informasjon: Dette går via rapport, vaktbok, tavle, tavlemøte torsdager, fagdel på personalmøter.
  - Evaluering: Det tilstrebes ukentlig vekt på de med KMI under 22. Pasientene med KMI over 22 veies en gang per måned. Følge opp og evaluere/oppdater matlister.
- Status i dag. To nye pasienter er ikke vurdert. Resten er vurdert og blir videre fulgt opp.
  - utfordringer; ukentlig veiing (en stolvekt på 2 avdelinger), at matlistene blir fulgt av personal. Nå ut til alle med informasjon.
  - Hva skal evt. testes i videre arbeid? (Småskalatesting) De pasientene som har ukentlig vektmåling evalueres månedlig i henhold til opp/ned i vekt og om det er nødvendig med nye tiltak i henhold til dette. Risikovurdering av nye pasienter. Føre tiltaksplaner.

### 3.5. Suldal kommune, Heimetenester

Antall brukere varierer, 127 stk registrert per i dag med ulike behov

Antall faste tilsette: 56 stk

Teamleder: Trude Årdal

Måleansvarlig: Trude Årdal

Gruppedeltagere: Kjellaug Vassbø, Solveig Svennes (kom inn etter 2 samling). Oddny Bakka trekker seg etter 2 samlinger. Anne Egeberg kommer inn og tek over plassen. Blir med på samling 3.

Veileder: Astrid Håland

Viktige å involvere: Leger, bestillarkontor, andre tilsette, pårørende og brukar.

Nærmeste leder: Trude Årdal, nivået over Monica Smedsrud

Målsetting - Hva har dere oppnådd i forhold til tiltakene:

- Behovet øker, legene har høyt fokus på ernæring. Flere får middag uten å bli vurdert. Dette tallet er oppi ca 30 stk med middag nå som noen er kartlagt, noen burde blitt kartlagt.
- Gjennomfør individuell kartlegging

Vi har hatt som mål å gjennomført 20 stk, men har utført 8. 2-3 har ikke ønske om kartlegging.

- Gi tilstrekkelig ernæring: 3 har ønsket ernæringsplan.
- Viderefør informasjon, evaluering vi jobber videre med verktøy vi bruker og skal jobbe mer med feilernæring. Få faglig påfyll med internundervisning av diabetes sjukepleier i desember.

Under hvert av disse punktene kan dere si noe om:

- Status og ev. utfordringer Utfordring er å få snu vanen til bruker og ville ta i mot en ernæringsplan. Vi har fått testet ut ulike verktøy vi har laga og gjort justeringer på disse, har også hørt med kompetanse fra personal på legekantor for påfyll av faglig stoff.
- Hva skal evt. testes i videre arbeid? (Småskalatesting) Vi må teste hvor mange som får oppfølging av ernæringsteam. De som får middag, får alle samtale av ernæringsteam? Hvordan jobbe videre med feilernæring.

Suldal har utarbeidet et skjema for risikovurdering:

Risikovurdering	Hendelse	Sannsynlighet			Konsekvens				
		Har skjedd fleire ganger 3							
			Har skjedd 2	Tenkelig 1	Død 3	Varig skade 2	Forbigående skade 1	Produkt	Prioritet
	Tilbod om middag, blir ikkje sett eller vurdert på  1 år		3			2		5	1
	Får tilbod om næringsdrikk, men blir ikkje vurdert		3			2		5	2
	Får tilbod om ernæringsplan, men takkar nei. Får mnd veging			2			1	3	3

### 3.6. Sveio kommune, Sveio omsorgssenter

Sveio Omsorgssenter ligg i Sveio kommune og har 3 avdelingar, med til saman 43 pasientar.

<u>Teamleiar</u>	Wenche Strømøy- sjukepleiar
<u>Måleansvarleg</u>	Wenche Strømøy og Linn Anette Talle – sjukepleiere
<u>Gruppedeltakere</u>	Helsefagarb. Henriette Bjelland og Anne Britt Nesheim - Vestbakken Helsefagarb. Anne Britt Sunde og sjukepleiar Irene Staknes – Utsikten Helsefagarb. Signe O. Fosse og sjukepleiar Linn Anette Talle – Sørbakken Kokk May Britt Søvik og Katrine Løype – Kjøkken
<u>Veileidar</u>	Astrid Håland
<u>Viktig å involvere</u>	Avdelingane med pasient/personell, kjøkken og leiar.
<u>Næraste leiar</u>	Camilla Selbak.

#### MÅLSETTING – KVA HAR ME OPPNÅDD MED TANKE PÅ TILTAKA

##### Risikovurdering :

- Alle pasientane er risikovurdert ved hjelp av vekt, høgde, BMI og MNA-score.

Vi har brukt vekt, BMI og MNA-score del 1 og 2 som viktige hjelpemiddel i risikovurderinga, og har oppnådd gode rutinar på dette. Tidligere vart det tatt vekt rutinemessig kvar 6. veke. Dette hadde glidd ut det siste året på ei avdeling, men dei har nå innført gode rutinar med vektkontroll. I dag står det veging på arbeidslista x 1 pr veke for pasientar som er underernært eller i risiko, og kvar 6. veke for dei andre.

Ei anna avdeling har endra tidspunkt for veging frå kvar 6. veke, til kvar 4. veke, den første veka i måneden. Primærkontakt krysser av på eit skjema når det er gjort. Dette er nyleg innført for å ansvarleggjera primærkontakten. Vi oppdaga at veging ikkje vart gjort i februar då begge i innsatsteamet hadde ferie samtidig. Dette var eit svakt punkt som vi måtte gjera noko med.

Ved ei avdeling er det mykje «inn og ut-pasientar». Her er det laga rutine på at det skal takast vekt og høgde innan 3 døgn etter ankomst, og risikovurdering, MNA, innan 5 døgn.

Her brukar vi litt skjønn. Vi vil ha samtykkje, ta ei individuell vurdering, men risikovurderer ikkje palliative pasientar.

Vi har informert mykje om veging, og ser at personalet flest er blitt flinkare og flinkare til dette.

MNA scores fast på alle pasientar x 2 i året. Pasientar som har gått ned i vekt dei siste 3 mnd. skal og scores, samt pasientar som har hatt dårleg matlyst, sjukdom eller endra tilstand den siste tida.

Mange pasientar kom ut med dårleg MNA score pga demenssjukdom og mobilitet, og kom i



risiko for underernæring ut frå diagnose, sjølv om ein med fagleg skjønn ser at dette ikkje er reell risiko når pasienten blir godt ivaretatt på sjukeheim.

Vi har lært å lese MNA testen slik at vi tar faglege vurderingar og ser kva pasientar som i realiteten bør ha oppfølging. Vi vurderer ut frå vekt, BMI og matinntak, og mange har kome ut av risikosona pga dette. Dette gjer at vi får meir tid og betre kvalitet i arbeidet med dei pasientane som treng oppfølging.

Vekt tatt kvar veke på pasientar vi føl opp, blir skriven på ei tavle på vaktrommet, og markeres grønt om pasienten ikkje har hatt vektta, og raudt dersom pasienten har gått ned i vekt.

Dette er positivt fordi det er synleg for alle tilsette, blir eit naturleg samtaleemne i rapporten og gir med det fokus på oppfølging av ernæringstilstanden til pasientane. Det blir og tydeleg om ein har gløymt å vege pasienten til fastsett tid.

Vi kan nå registrere MNA score og BMI i pasientjournalen i CosDoc. Dette er nytt hos oss, og det er meir oversiktleg når vi har tatt ei risikovurdering.

Vi har hatt lite tid til å jobbe med prosjektet. Det har blitt litt nå og litt då i ledige stunder, og det har medført oppstykk og lite planlagt arbeid. Det har tatt lang tid å få oversikt, men etter ca 4 mnd er dei skriftlege rutinane på plass, og blir stort sett fulgt opp.

Utstyret var heller ikkje på plass i starten, og det tok derfor tid før vi fekk gjennomført alle målingar. Det har vore ein del feilmålingar på stå-vekta som har skapt frustrasjon og forvirring, men nå er det laga rutiner på dette,

Det var mykje å setje seg inn i og mykje arbeid med risikovurdering. Vi har endra rutinane våre undervegs, og laga oversiktlege skjema for å lette arbeidet.

#### Gjennomfør individuell kartlegging.

- Vi har kartlagt om pasienten er normalvektig, i risiko for underernæring eller underernært
- Alle pasientar har pleieplan ift ernæring, dvs kostplan, hyppighet for veging, BMI og MNA

Vi registrerer kosten i 3 døgn til pasientar som er i risiko for underernæring eller er underernært.

På ei avdeling var det vanskeleg å få til kostregistrering i 3 døgn, og denne avdelinga registrerer nå kun kost i 1 døgn. Det er viktig å få ei individuell kartlegging av kvar pasient. Dei tilsette i avdelingane er flinke å følgje opp tiltak som blir iverksatt. Innsatsteamet har tolka registreringane og sett opp tiltaksplan i CosDoc basert på dette. På denne måten får vi øvd oss på utrekning av kalorier, protein og væskebehov.

Det er fortsatt ein jobb å gjera før det blir skikkeleg innarbeidd i avdelingane, og det er behov for både undervisning og oppfølging frå innsatsteamet.

#### Gi tilstrekkeleg ernæring.

- Kjøkken sender ut berika mat, merka med kaloriinnhald.
- Pasientane får mellommåltid som solskinnsdrikk, havresuppe, kraftsuppe, kakao m.m.,

- Beriking i form av meierismør i staden for Brelett, tilsetjing av fløyte i kakao/dessert/suppe
- Fleksibilitet ift måltidstider – er på tilbudssida når det gjeld mat-ønsker.
- Godt samarbeid med kjøkken om ønskekost, og har innført nattmat for dei som ønsker det.
- Betre oppfølging/motivering ift matinntak.
- Observerer kor mykje pasienten et, og er blitt flinkare å registrere matinntak i journalen
- Føl opp drikkelister ved behov.

Vi har eit flott kjøkkenpersonale her på Sveio Omsorgssenter som er gode samarbeidspartnere.

Dei er imøtekomande og villege når vi vil bestille noko ekstra. Dei lagar god og sunn mat frå bunn av, og individuelt tilpassa mat til dei som treng det, t.d. ferdig berika, glutenfri, diabeteskost osv. Det blir produsert både dessert og kaffimat dagleg, til alle. At kjøkkenpersonalet gjer så mykje godt arbeid, fører til at jobben i avd. går smidigare.

Vi er blitt flinkare å dokumentere kva pasienten et ilt vakta, noko som og gir auka fokus på tilstrekkeleg ernæring.

Vi har hengt opp informasjon på avdelingskjøkken med forslag til mellommåltider, med og utan beriking. Vi viser kor lite som skal til for å berike måltidet med enkle midler som meierismør, majones og ekstra pålegg.

Å berike mellommåltider og brødskjever blir ikkje alltid følgt like godt opp av personalet.

Kanskje lager vi til ei skjeve slik vi alltid har gjort, og synes at nok er nok.... Dei fleste av oss veit korleis vi skal få i oss mindre kalorier, og det kan vera vanskeleg å snu heilt om.

Sjølv om pasienten hadde detaljert måltidsplan, forstod ikkje alle korleis han skulle brukast.

Ei god innføring i beriking i brødmåltid/mellommåltid vart gjennomført på eit gruppemøte.

Informasjon og opplæring i måltidssituasjonen vil vera ein pågåande prosess. Det handler om å endre vanar, og det tar tid.

Det har tidvis vore litt motvilje mot hyppige målingar og beriking av mat til pasientane. Dette skuldast kanskje at det var litt kaotisk i starten. Veggen har blitt til medan vi går. Vi var nok ikkje like flinke med å involvere og informere anna personell. Dette skuldast delvis lite tid, men og at vi var litt uvisse på korleis vi skulle gjera det. Vi tenkte vel at det er betre at to feilar, enn at alle feilar.

Vi hadde fokus på to pasientar i starten, men pga nye underernærte pasientar, fekk vi fleire.

Det har vore vanskeleg å få pasientar opp i vekt, særleg dei undervektige. Grunnen til dette er ulik og kan skuldast mange tilleggsdiagnosar, sjukehusinnleggingar, operasjonar, tømning før rtg., forverring av demenssjukdom m.m. Det er stort sett gamle folk med lite reservekapasitet.

Ein av dei underernærte pasientane er i blant uvilleg til å ta imot hjelp mtp

beriking/mellommåltid. Dette har vist oss at det er viktig å ha fokus på forebyggjing, slik at pasientane har litt å gå på ved sjukdom.

Nokre pasientar er van med næringsdrikk. Problem med næringsdrikk i flaske/kartong som blir sett inn på rommet til pasienten, er at dei ofte blir ståande urørt og ser udelikate ut. Vi har nå kjøpt inn små glass med stett som næringsdrikken blir servert i. Pasienten drikk opp, og får påfyll v/behov.

## Vidarefør informasjon, evaluering.

- Ei avdeling har laga ein kjøkkenperm som ligg lett tilgjengeleg på begge avdelingskjøkken med signeringsliste for lest innhald. Det er gjort for å sikre at alle får informasjon.
- Permane inneheld lette oppskrifter, forslag til beriking, kaloritabellar i tillegg til kostplanar for dei som er underernærte eller i risikozonen.
- Alle pasientane har oppdaterte pleieplanar i CosDoc for å gjera det lettare og meir oversiktleg å rapportere.
- Vi brukar tavla på vaktrommet med oversikt over underernærte og risikopasientar. Her viser vi ei vektkurve over 8 veker. I tillegg viser rutesystemet på tavla dersom ein pasient ikkje blir vegd. Dette skaper meir bevissthet og oversikt for alt personell.
- Pga tavla, har vi nå meir fokus på vekt og vi snakkar meir om det ila arbeidsdagen

Informasjon er gitt til dei tilsette undervegs i prosjektet, først på eit gruppemøte tidleg i prosessen, men også nå når det skal ut til primærkontakter og andre som skal delta i dette arbeidet. Informasjon og opplæring blir og har blitt gitt direkte til kollegaer i avdelinga, særleg når vi står i situasjonar som veging, kartlegging, måltid/matlaging.

Vi såg likevel at ikkje alle tok informasjonen innover seg og at det ikkje vart følgt opp som ønskeleg. Det resulterte i at arbeidsmengda vart ganske stor for innsatsteamet. Vi fekk derfor bruke endel tid på gruppemøte til å informere og undervise dei tilsette i avdelinga. Det vart informert om beriking av maten, korleis porsjonerer vi, og kva som er viktig å tenkje på for å gjera måltidet appetittvekkjande. Vi viste bilder som eksemplar

Vi gjekk grundig gjennom kva som blir forventet av primærkontakten, og introduserte dei for eit nytt avkryssingssystem. Her skal primærkontakten krysse av på eit skjema når vekt, BMI, MNA og oppdatering/evaluering av ernæringsplan er gjennomført ila måneden – NB dato. For at prosessen skal vera enkel og tydeleg for alle å følgje, er det laga eit handlingskart som viser kva ein skal gjera og når det skal gjerast, og denne heng lett synleg på vaktrommet (sjå vedlegg).

På same gruppemøte gjekk vi gjennom MNA og alle fekk utdelt kvar sitt skjema. Vi hadde CosDoc på storskjerm og vi scora ein utvelgt pasient i fellesskap. Vi viste kor vi nå registrerer vekt, høgde, BMI og MNA etterat dei to siste er nye i systemet.

I tillegg til dette er det sett opp tidspunkt for avtale med ein frå innsatsteamet og ein primærkontakt for å evaluere ein MNA og lage tiltak. Frå . april skal primærkontakt ha ansvar for individuell kartlegging, gjera risikovurdering og setje i gong tiltak for pasienten. Ressurspersonane har eit overordna ansvar og ser til at det blir fulgt opp. Vi håper og trur at dette blir bra.

Tavlene var ikkje på plass då ernæringsarbeidet starta, og det tar unødvendig lang tid å få slike enkle verktøy. Vi har fortsatt ikkje fått ei slik tavle vi ønskjer, men har ei som vi bruker medan vi ventar på ei ny og betre tavle.

Evaluering av tiltak er kjempeviktig, og det må ha ein sentral plass på tavla slik at det blir gjort og at det ikkje er tvil om når det skal gjerast.

Det er litt usikkert om vikarar/assistentar har sett seg inn i prosedyrer og følgt opp desse. Uansett kor mykje vi synes vi informerer og lager sjekklister, kan vi ikkje føle oss sikre på at personalet har oppfatta den informasjonen som er gitt. Vi må fortsetje med informasjon og påminningar om å lese i permar og pasientjournal og følgje opp prosedyrene.

«Inn og Ut-pasientar» er ei utfordring. Mange er inne på sjukeheimen ei kort tid, og det kan bli vanskeleg med oppfølging når dei blir utskrivne til heimen. Her handlar det om eit godt samarbeid med heimesjukepleien og at det er god informasjonsflyt oss imellom.

### Kva skal evt. testast i vidare arbeid ? (Småskalaesting)

- Ønskje om vektkurve for pasientane i risiko/underernært kategori frå start til i dag.
- Fortsetje med rutine vi har utarbeidd. Vi har framleis ansvar og oversikt, men alle på avdelingen skal involverast og priærkontaktane skal m.a. ta ansvar for oppdatert kostplan.
- Samarbeid med lege om diagnose ift underernæring – særleg mtp sjukehusinnlegging – noko som har vore aktuelt for fleire av pasientane.
- Samarbeid med lege om å foreskrive multivitaminer.
- Ønskje om å ha fokus på trivsel og ro rundt bordet under måltidet, fint pynta og ryddig bord og eit personell som har tid og setje seg ned,
- Innkjøp av fargerike sugerøyr og pynt for dei underernærte ønskes.

### **3.7. Haugesund kommune, Haraldsvang omsorgssenter avdeling 3, 2. Etg.**

Forbedringsteam/Enhet/Dato: Haraldsvang Omsorgssenter, avdeling 3, 2.etg.

Avdeling, antall pasienter/senger, antall ansatte: Somatisk avdeling, 18 pasienter. Vi har 24 ansatte og ca 7 vikarer.

Teamleder: Elisabeth K. Finshus

Måleansvarlig:

Silvana da Silva, Ruth Løland og Elisabeth K. Finshus

Gruppedeltagere:

Christina Hansen, Berit Serdal, Silvana da Silva, Ruth Løland og Elisabeth K. Finshus

Veileder:

Astrid Håland

Viktige å involvere:

Ledelse, personalgruppe og pårørende

Nærmeste leder:

Andreas Tørring

Målsetting – Hva har dere oppnådd i forhold til tiltakene:

1. Gjør en risikovurdering

14 pasienter er risikovurdert månedlig siden januar 2019  
3 pasienter siden desember 2018.

Utfordringer: Noen pasienter var utfordrende å måle og veie med tanke på deres sykdomsbilde. Noe tidkrevende.

2. Gjennomfør individuell kartlegging:  
En av pasientene som var i risikozonen for eller underernært ifølge MNA skjema er kostkartlagt i 3 døgn.

Utfordringer: Tidkrevende med å veie mat i en ellers travel hverdag.

3. Gi tilstrekkelig ernæring:  
Avdelingen i sin helhet har i flere år hatt fokus på ernæring. Da med tanke på tilberedning, næringsinnhold og tidspunkt for måltider. Og ikke minst mengde mat per måltid.  
Utfordringen er at vi har flere overvektige pasienter. En del av personalet finner det vanskelig å begrense den kosten og mengden mat som disse pasientene ønsker seg.
4. Videreføre informasjon og evaluering  
Evaluere hver måned med vekt og MNA skjema på de aktuelle pasienter.  
Alle nye pasienter risiko vurderes fortløpende.  
Fortsatt stort fokus på ernæring. Vi har en gruppe på 3 personer som har ernæring som sitt fagområde, og som skal ha jevnlig undervisning av resten av personalet.

### **3.8. Haugesund kommune, Haraldsvang omsorgssenter, avd. 2, 3. og 4. Etg.**

Forbedringsteam: Haraldsvang Omsorgssenter, avdeling 2 – etasje 3 og 4.

Avdeling, antall pasienter/senger, antall ansatte: Demens avdeling, to etasjer med 18 pasienter i hver etasje. Ca 60 faste ansatte og ca 15-20 vikarer fordelt på begge etasjene.

Teamleder: Anne Mette Espelid Ulveraker.

Måleansvarlig: 3 etasje: Charlotte Gilbu & Linn Østebø Ustad. 4 etasje: Synnøve Knutsen & Anne Mette E. Ulveraker.

Gruppedeltagere: 3 etasje: Charlotte Gilbu, Linn Østebø, Kari Espelid og Redgelyn Meidell.

4 etasje: Synnøve Knutsen, Gitana Fresdorfiene, Zelan Salih og Anne Mette Ulveraker.

Veileder: Astrid Håland

Viktige å involvere: Ledelse, personalgruppen og pårørende.

Nærmeste leder: Unni Renden

Målsetting - Hva har dere oppnådd i forhold til tiltakene:

1. Gjør en risikovurdering

Alle pasientene i 3 og 4 etasje er risikovurdert månedlig siden desember 2018.

Utfordringer: Måling av høyde og vekt hos pasienter med demens kan oppleves som utfordrende og tidkrevende.

2. Gjennomfør individuell kartlegging

Alle pasienter som var i risikozonen for eller underernært ifølge MNA skjema er kostkartlagt i 3 døgn, uavhengig om BMI viste normal vekt eller overvekt.

Noen pasienter er kostkartlagt til tross for at de har nektet personalet å ta vekt og høyde for å registrere MNA. Dette er begrunnet med at en har sett et betydelig vekttap de siste mnd, og at en vil ha fokus på rett kost til disse pasientene videre.

Utfordringer: Tidkrevende. Matinntak er ofte varierende hver dag.

### 3. Gi tilstrekkelig ernæring/Ernæringsplan

Hatt mye større fokus på ernæring. Ernæringsplan er skrevet på 6 pasienter foreløpig.

Utfordringer: Tar tid å regne ut etter kostkartlegging og å skrive individuelle ernæringsplaner da det ikke er lagt opp faste tidspunkter for arbeidet, dette må gjøres når en har ledig tid.

### 4. Videreføre informasjon & evaluere

Evaluerer hver måned med MNA skjema og vekt.

Pårørende er informert.

Stort fokus på ernæring videre de neste månedene.

Alle nye pasienter risikovurderes fortløpende, og setter opp til kostkartlegging innen en uke.

Middag flyttes til kl 15.30 i ukedager fra 01.04.19.

Evaluering av tidspunkt for middag etter 4 mnd.

Ernæringsplan på alle pasienter som har behov skal skrives fortløpende.

## 3.9. Haugesund kommune, Haraldsvang omsorgssenter, Vardafjell sykehjem

Forbedringsteam: Vardafjell sykehjem, Enhet: Avdeling 1  
Demensavdeling Antall

pasienter/senger: 34

Antall ansatte: cirka 60

Teamleder: Liv Eiken

Måleansvarlig: Martha Haugsnes og Maria Teresa Hansen

Gruppedeltagere: Silje Austrheim, Sandra Gullhaug, Magnhild Pedersen, Åshild Hetland  
Svendesen, Elna Kjerandsen

Veileder: Astrid Håland

Viktige å involvere: Kjøkken, legen og pårørende

Nærmeste leder: Hanne Christensen avd. sykepleier

Målsetting - Hva har dere oppnådd i forhold til tiltakene:

#### Gjør en risikovurdering:

Alle pasientene er blitt risikovurdert, (MNA del 1)

#### Gjennomfør individuell kartlegging

Det er utført 3 dagers kostregistrering på pasientene som scorer 0-7 poeng på MNA.

#### Gi tilstrekkelig ernæring:

På avd. A så pågår det tiltak med tanke på beriking av maten som både kjøkkenet og personalet i avdelingen tilbereder.

En av pasienten har fått utarbeidet en kostplan i samarbeid med legen.

På de andre gruppene pågår arbeidet med å vurdere hvilke pasienter som trenger å få iverksatt tiltak og vi holder fortsatt på å regne ut dagsbehov.

Tiltak og beriking av måltidene er i gang, men vi skal jobbe med opp med å følge ernæringstrappen.

#### Viderefør informasjon, evaluering:

Vi har prøvd å registrere på Extranet andel pasienter som er risikovurdert. Vi jobber med saken med å få fortsette med å registrere.

Evaluere 3 dagers kartleggings skjema, deretter skal en vurdere hvilke pasienter som er ikke oppnår sitt daglige energibehov.

Etter å ha evaluert dette skal en planlegge videre hvordan en kan berike måltidene til pasientene i samarbeid med personalet og kjøkkenet.

Under hvert av disse punktene kan dere si noe om:

Status: Personalet på de ulike gruppene er i startfasen på å sette seg inn i hva dette innebærer og hvorfor en skal utføre MNA og evt. kostregistrering, hva som er målet med å implementere dette som en del av pasientsikkerheten/trygge hender på sykehjemmet.

Personalet som er i innsats gruppen gir daglige påminnelser om at dette er viktig, dette en del av våre arbeidsoppgaver og at alle har ansvar for dette.

Arbeider fortsatt i planlegging med hvordan vi kan implementere i avdeling. Planlegger å informere ekstra vakter /helge arbeidere om forebygging og behandling av underernæring. Etter samling 2 ble vi introdusert for ernæringstrappen og pr nå jobbes det mot måltidsmiljø, mattilbud og beriking og mellommåltider.

Planlegging av å informere tilsynslegene om dette og hvordan vi kan samarbeide videre i sammen.

Per i dag har hver avdeling tavle på vaktrommet. VI skal planlegge hvordan vi kan bruke denne aktivt spesielt med tanke på ernæring. Bli mer kjent med Extranett og kan være mer aktiv med registrering. Sette av tid til dette. Etter å ha prøvd ulike metoder av å måle høyde så fant vi ut at ULNA metoden er det beste bruke til demente pasientene.

#### Utfordringer

Det er en del å sette seg inn i, noe er kjent men noe er også nytt for oss. En kan se at holdninger hos personell kan være et hinder for å klare å se viktigheten av implementering. Endre holdningene fra negativ til positive. Tidkrevende arbeid, særlig i startfasen fram til det er implementert. En har oppdaget at Kosthåndboka er et fint verktøy /hjelpemiddel, men det er mye å sette seg inn i og lite tid å lese i denne.

Hvordan bruker personalet kunnskapen som ble formidlet.

Få personalet til å være mer kreative når de tilbereder maten.

#### Hva skal evt. testes i videre arbeid? (Småskålatesting)

Vi jobber for at ernæringskartlegging skal bli en del av innkomstkarleggingen av pasienten. Jobber med å lage mal for munnstatus.

Videre jobbe som endringsagenter som kan føre til forbedringsarbeid.

Vi jobber med å undersøke i pasientjournalen Gericca for å finne ut punkter som passer til ernæringskartlegging.

Vi jobber med å lage ernæringsplan til de pasientene som har behov for det.

### 3.10. Haugesund kommune, hjemmebaserte tjenester

Avdeling, antall pasienter/senger, antall ansatte: Ca 250 brukere, 80 ansatte

Teamleder: Marthe Tindeland

Måleansvarlig: Marthe Tindeland

Gruppedeltagere:

- Helge Gustavsen
- Judith Dahl
- Astrid Furdal
- Julie Skogland
- Marthe Hanstvedt
- Lene Hanstvedt
- Oddny Gjøvåg
- Anne Grethe Kristiansen
- Jabeessaa Mosisa

Veileder: Astrid Håland

Viktige å involvere: Nærmeste leder: Magnhild Tjøssvold

Målsetting - Hva har dere oppnådd i forhold til tiltakene:

- Gjør en risikovurdering
- Gjennomfør individuell kartlegging: Vi har kartlagt ved hjelp av MNA skjema og Mat kortet, videre er det blitt tatt en vurdering av hjelpe behovet og de tiltakene brukerne allerede har. Så blir det laget en ernæringsplan for å hjelpe og veilede alle de ansatte, ang hvilke ønsker og behov brukeren har ifht ernæring. Her blir det også ført opp hva bruker liker og hvem som handler for bruker.
- Gi tilstrekkelig ernæring: De ansatte har opplevd at dette er veldig krevende pga måte vi jobber på i hj.tj. Det er lite kontinuitet i fht hvilke pleiere som går til de ulike brukerne. Det er vanskelig å følge med på hvilken mat, hvor mye mat og væske bruker får i seg i løpet av dagen. Listene er laget slik at brukerne står av og til på andre lister etter pause for å få plass til rengjøringer. Dette tar bort mye av kontinuiteten i pleien. Dette er formidlet videre til ledelsen.
- Viderefør informasjon, evaluering: Videre må vi komme enda bedre i gang med arbeidet. Vi trenger mer avsatt tid for å komme godt inn i arbeidet. For at vi skal viderefordre dette til de ansatte, så må vi bli tryggere i arbeidet først. Vi tenker også



økt fokus på tavlemøter. Tavlen er allerede på plass og vi har så vidt kommet i gang med møtene, 1 gang i uken. Økt fokus på ernæring må også være høyt på prioriteringslisten.

- Status og ev. utfordringer: Per i dag 1.4.19 er det 12 kartlagte brukere. Ni av disse er oppe på bruker tavlen som i risiko for underernæring. Fem av disse har en stabil vekt, mens resterende har stabil nedgang på vekt. Her vil vi øke opp fokus.

Utfordringene vi ser i hj.tj er at det er lite kontinuitet og lite tid. Det er nå blitt satt av 3 timer, hver fredag til en ansatt for å jobbe mer ernæring. Det er ett flott tiltak, men det vi ser kan være utfordrende her er at de ikke får gjort seg ferdig på disse timene, og ting «henger litt i luften» og blir ikke fulgt opp skikkelig.

- Hva skal evt. testes i videre arbeid? (Småskålatesting)

### 3.11. Haugesund kommune, Udland omsorgssenter

#### Udland omsorgssenter avd.1

Teamet består av Eli Hammerø, Barbro Kennedy og Randi Gudmundson

Risikovurdering:

**Avdeling, antall pasienter/senger, antall ansatte**

**Teamleder:**

**Måleansvarlig:**

**Gruppedeltagere:**

**Veileder:**

**Viktige å involvere:**

**Nærmeste leder:**

**Målsetting - Hva har dere oppnådd i forhold til tiltakene:**

- **Gjør en risikovurdering**

Vi har totalt 13 beboere. Vi har risikovurdert 11 av beboerne.

1 er utelatt pga at hun er i terminalfasen og 1 er nylig tilflyttet til avdelingen.

3 av beboerne er i fare for underernæring.

- **Gjennomfør individuell kartlegging**

Individuell kartlegging:

For de 3 har vi kartlagt hva de trenger av karbohydrater og protein pr døgn.

Samtidig hva de inntar i løpet av døgnet.

Vi har lagt vekt på å få kartlagt hva den enkelte beboer liker av diverse matvarer.

Beboere blir veiet en gang i mnd, første torsdagen i mnd. De 3 som er i faresonen veier vi 2 ganger i mnd.

- **Gi tilstrekkelig ernæring**

Ved å kartlegge hvor mye de 3 beboernes inntak av næring opp mot hva de faktisk trenger viste det seg at inntaket var for lavt.

For 2 av beboerne har vi økt næringstettheten og næringsmengden.

For den siste av de tre har vi økt næringstettheten men av andre årsaker er inntaket av næring variabelt fra dag til dag.

- **Viderefør informasjon, evaluering**

På Gerica har vi dokumentert hvilke av beboerne som er i fare for å bli underernært og lagt inn en ernæringsplan.

I tillegg har vi matkort med opplysninger om hva den enkelte liker av de forskjellige matvarer og drikke. Utvalget er variert slik at de ikke serverer det samme hver gang. Prøver og å gi forskjellig drikke og mat for å kartlegge om vi kan tilføye matkortene noe.

Personalet er informert om læringsnettverket når vi har hatt personalmøte og morgenrapport.

Vi synes at vi er godt i gang med å få større vektlegging på ernæring for beboerne etter læringsnettverket.

Videre ser vi for oss å få rutine på kartlegging av nye beboere til primærsykepleiere og primærhelsefagarbeidere.

Når vi har fått tavle på plass blir den en del av morgenrapporten. Hvor ofte blir avdekket etter hvert som vi tar den i bruk.

Hilsen

Eli Hammerø, Barbro Kennedy og Randi Gudmundson

## **Udland omsorgssenter avd 2-demens.**

**Avdeling:** Aldersdement avdeling med 28 pasienter, cirka 60 ansatte.

**Teamleder:** Alfonsina Butoyi.

**Måleansvarlig:** Siv Løkling og Marichelle Hovland.

**Gruppedeltagere:** Alfonsina Butoyi (sykepleier), Marichelle Hovland (helsefagarbeider), Siv Løkling (sykepleier), Venke Hidle Kvale (hjelpepleier) & Cecilie L. Vaglid (fagansvarlig sykepleier).

**Veileder:** Astrid Håland.

**Nærmeste leder:** Torill Johnsen.

### **Målsetting: hva har vi oppnådd i forhold til følgende tiltak:**

1. **Gjør en risikovurdering:** Vi delte oss inn i grupper innad i teamet, og fordelte de ulike pasientgruppene mellom oss. Alle de 28 pasienter ble kartlagt ved bruk av MNA (1 og 2). På bakgrunn av MNA-resultat diskuterte vi hvilke pasienter som reelt sett var i faresonen for underernæring selv om skjema indikerte det, da det er en erfaring at pasienter med normal eller forhøyet BMI kan være i faresonen for underernæring grunnet sin kognitive svikt uten at det er nevneverdig fare for underernæring da de spiser adekvat og variert. I slike tilfeller drøfter vi funn med tilsynslege. Vi tok også en gjennomgang om det var pasienter som kunne utelates pga. forventet forkorta levetid- her valgte vi bort en pasient. Hos pasienter som var i faresonen for underernæring, ble ulike tiltak satt i gang, som for eksempel kostregistrering over tre døgn, utregning av kaloribehov, utelukke somatiske årsaker til lav BMI osv.

Status: Pasienter som ikke er i faresone for underernæring veies en gang pr. måned, pasienter som er i faresonen eller som er definert underernært veies en gang pr. uke. Utrekner BMI ved hver veiing, ser på behov for tiltak dersom vekten går ned mer enn 2kg/mnd., eller om vekten ikke holder seg relativt stabil over tid. MNA-skjema inngår i pasientens standardkontroll som utføres ved innkomst og ved årskontrollen.

Utfordringer: Pasientgruppa har ofte svak forutsetting for å forstå kartlegging, og motsette seg for eksempel å bli veid eller målt. Sjukdomsutvikling og høy alder vil ofte vise seg i vekttap, muskelsvinn etc., og må ha god dialog med pasient, pårørende, tilsynslege og ansatte om tiltak og gjennomføring av disse.

2. **Gjennomfør individuell kartlegging:** Pasienter i faresonen for eller som var pr. definisjon underernært fikk egne måltidsplaner i Geric, hvor dagsbehov for kalorier ble utregnet, samt forklaring om tillitsskapende tiltak som kan bidra til at pasienten spiser bedre, for eksempel samspising eller mindre/ lite stimuli i måltidssituasjonen for pasienten med kognitiv svikt. Også behov for tilrettelegging og hjelpemidler ble tatt i betraktning når vi gjennomgikk pasientens individuelle behov. Kartlegging av pasientens matvaner, og hva pasienten foretrekker og spise for å sikre at pasienten tilbys mat som han liker.

Status: Arbeider kontinuerlig med individuell oppfølging av enkeltpasienter som er i faresonen eller er underernært. Matplan i Geric, samt lister på alle avdelingene med pasientens matvaner og preferanser.

Utfordringer: Er underernæring en del av pasientens sykdomsutvikling, somatiske eller kognitive tilstand? På en demensavdeling- hvor går grensene mellom helsehjelp med eller uten grad av tvang? Opplyse om berikelse av mat kan for eksempel føre til at pasienten nekter å spise da den ikke forstår hensikten, har utfordringer i forhold til vekttoppgang eller at pasienten blir mistenksom når noen har gjort noe med maten hans.

- Når skal man avslutte tiltak når man ikke definitivt kan kalle pasienten terminal? Demens gjør det utfordrende å vite om vekttap og redusert appetitt er pasientens sykdomsutvikling seg eller om han er døende.
- Sikre at tiltak gjennomføres og at alle ansatte forstår hensikten bak disse tiltakene.

3. **Gi tilstrekkelig ernæring:** Den enkelte pasients i faresone eller som er underernært ble kartlagt, man utregnet optimalt dagsinntak av kalorier.

Status: Sørge for at mellommåltider og senkvelds ble innført ved avdelingene, samt tiltak for å redusere nattfaste. Typiske tiltak er berikelse av mat og drikke i form av ekte smør på skivene, energirikt pålegg, mer frukt og grønt til måltidene, drikke helmelk, samspising og mellommåltider (frukt, smoothie, yoghurt etc.) og tilbud om senkvelds til pasienter som er våkne. Også nattevaktene tilbyr mat til pasienter som er våkne ved vaktstart eller som våkner om natta/tidlig morgen.

Utfordringer: Som nevnt før: demenspasientens sykdomsbilde gir utfordringer med å oppå tilstrekkelig ernæring gjennom blant annet redusert sultfølelse, økt hvilebehov, glemmer ut at en ikke har spist og sier derfor nei takk til måltid/mellommåltid osv.

4. **Videreføre informasjon og evaluering:** Gruppen må jobbe mer med å få informasjon og kunnskap ut til alle som arbeider ved avdelingen. Har hatt en internundervisning i tillegg til informasjon på personalmøter og på morgenrapport. Det er planlagt en internundervisning til dette året, i tillegg til at temaet forebygging og behandling av underernæring vil inngå i enhetens årshjul for undervisning.
- Ta i bruk tavlene skikkelig og få fellesrutine for tavlemøter.
  - Få kunnskap nok ut til personalgruppen slik at det ikke team-medlemmene ikke står alene ed ansvar for kartlegging, tiltak og evaluering.
  - Rutine på senkvelds, med blant annet «fristelsestralle» hvor pasientene tilbys yoghurt, nøtter, et glass biola, frukt etc. før aftenvaktene er ferdig.

## Udland omsorgssenter, avd. 3

### Sluttrapport

32 pasienter, ca 50 ansatte

Teamleder: Marthe Hovsbakken

Måleansvarlig: Marthe Hovsbakken

Gruppedeltagere: Marthe Hovsbakken, Marie Steinsnes, Ella K. Bie, Jenifer Lozano, Monica E. B. Myklebust

Viktige å involvere: Kjøkken/kokk

Målsetting - Hva har dere oppnådd i forhold til tiltakene:

- Gjør en risikovurdering
  - Lang nattfaste
  - Pasienter med dårlig matlyst, kan man lure i dem ekstra kalorier? Er dette etisk riktig? Lei av livet, nedsatt matinntak en del av prosessen?
- Gjennomfør individuell kartlegging
  - Alle pasienter er kartlagt med MNA del 1. De i risiko på del 1 og ikke terminale/dårlige kartlagt med del 2.
  - MNA ikke ideelt for sykehjemspasienter. Demens gjør at man havner i risiko, selv om feks pasienten er overvektig og har økende vekt
  - Bør det utvikles eget kartleggings skjema for sykehjemspasienter?
- Gi tilstrekkelig ernæring
  - Økt fokus på mellommåltider, for eksempel frukt eller smoothie tilgjengelig for pasienter som står opp tidlig eller legger seg sent
- Viderefør informasjon, evaluering
  - Har god kontroll på stabile pasienter når en veier dem hver mnd
  - Vanskelig å finne riktig kartleggings skjema
  - For mye fokus på ernæring i stedet for velvære og gode matopplevelser de siste årene/mnd av livet?

#### 4. Oppsummeringen fra kommunene

- Læringsnettverk er en god arbeidsmetode.
- Forbedringsarbeid og bevisstgjøring av fagkompetanse er med å heve kvaliteten på det arbeidet som utføres.
- Det er kontinuerlig behov for kompetanseutvikling bl.a på dokumentasjonsarbeid, utarbeiding av prosedyrer og rutiner.
- Det er avgjørende at endringsarbeidet er forankret i ledelsen og personalgruppen for å kunne lykkes med arbeidet.
- Informasjon til personalet, ledelse og legene er viktig, både i forkant og underveis i prosessen.
- Innføring av nye rutiner er tidkrevende, og krever oppfølging over tid for å få varige strukturer. Det må derfor settes av tid og ressurser til arbeidet.
- Tilstrekkelig faglig kompetanse på jobb er en betingelse for å kunne få til forbedringsarbeidet.
- Tiltakspakken må tilpasses lokalt til den enkelte kommune og avdeling.

- Personalet har hatt nytte av verktøyene i tiltakspakkene.
- Personalet opplever det givende å se resultater etter gjennomførte tiltak. Utfordringer med tilgang i extranet har krevd unødvendig bruk av ressurser og vært noe demotiverende.
- Arbeidet har ført til økt oppmerksomhet på ernæring, konsekvenser av underernæring. Det har også ført til en mer strukturert tilbakemelding..
- Nyttig å møte personell fra andre helseinstitusjoner og soner i hjemmetjenester og utveksle erfaringer og gi/få tips og råd.

## **5.0 Veien videre**

Teamene har gitt gode tilbakemeldinger på det å delta i læringsnettverket, og at verktøyene de har fått presentert er nyttig i hverdagen.

## **6.0 Økonomi**

USHT tilbyr kommunene gratis deltakelse i læringsnettverket inkludert gratis materiell, lunsj, kaffe/te og frukt under samlingene med støtte fra Fylkesmannen i Rogaland

## **7.0 Referanser**

1. I trygge hender 24-7, Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram :

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