



Undervisningsnyhetene
Rapport nr. 1/05

Nok mat, rett mat og trivelige måltider for eldre sykehjemspasienter: et kvalitets- sikingsprosjekt

Gerd Sylvi Sellevold og Vigdis Brit Skulberg



© Nasjonalt formidlingscenter i geriatri (NFG) 2005

Grafisk produksjon: Liv Opstvedt

Trykk: Allkopi, Bergen

ISBN 82-91951-27-6

ISSN 1502-9247

Kopiering uten tillatelse er forbudt

Tidligere publikasjoner:

Serien "Nasjonalt geriatriprogram"

Rapport nr. 1/98 - Geriatri på god vei

Rapport nr. 1/99 - Undervisningssykehjem

Rapport nr. 2/99 - Kvalitet i sykehjem

Rapport nr. 3/99 - Eldre - sykdom, behandling og egen mestring

Rapport nr. 4/99 - Variert kompetanse - Del 1. Sosionomer i arbeid blant eldre

Rapport nr. 1/00 - "Vi har ingen tradisjon for geriatri"

Rapport nr. 2/00 - Videreutdanning i aldring og eldreomsorg for sykepleiere

Rapport nr. 3/00 - Dokumentasjonsrutiner i geriatriiske enheter

Rapport nr. 4/00 - Variert kompetanse - Del 2. Ergoterapeuter og fysioterapeuter i arbeid blant eldre

Rapport nr. 1/01 - Å ha kontakt med hode, hender og hjerte. Selvdrevne og tverrfaglige studiegrupper

Skriftserie nr. 1/00 - Herfra til 2030 - et scenario ved årtusenskiftet

Skriftserie nr. 2/00 - Geriatri og samhandling i helsetjenesten

Serien "Geriatri i Norge":

Rapport nr. 1/02 - Variert kompetanse - Del 3. Logopeder og ernæringsfysiologer i arbeid blant eldre

Rapport nr. 2/02 - Tverrfaglig videreutdanning i aldring og eldreomsorg

Rapport nr. 1/04 - Kunnskap – Kvalitet – Trivsel. Sykehjemmet som læringsarena for hjelpepleiere og omsorgsarbeidere

Rapport nr. 2-04 - Geriatri: et fagfelt i utvikling. Foredrag fra seminar ved prof. Harald Nygaards avgang

Serien "Undervisningssykehjem":

Rapport nr. 1/02 - Kompetanseutvikling i eldreomsorgen

Rapport nr. 2/02 - Program for å rekruttere og beholde nye sykepleiere

Rapport nr. 1/03 - Munn- og tannstell på sykehjem

Rapport nr. 2/03 - Å huske og å minnes - to sider av samme sak

Rapport nr. 3/03 - Rehabilitering og ettervern - fokus på ansvar og læring

Rapport nr. 1/04 - Veiledende sykepleieplaner. Et verktøy for å kvalitetssikre dokumentasjon i sykehjem

Rapport nr. 2/04 - Samarbeid og kommunikasjon med pårørende: pårørendeprojekt ved et undervisningssykehjem

Annen litteratur:

Spiseforstyrrelser blant eldre. Informasjonshefte



Rapportene kan bestilles hos:

Nasjonalt formidlingscenter i geriatri

Besøksadr.: Ulriksdal 8, 5009 Bergen

Postadr.: Postboks 6165 Postterminal, 5892 Bergen

Tlf.: 55 97 91 97/91 98/91 99/92 00. Fax: 55 97 92 01

E-post: nfg@uib.no

Innhold

Presentasjon av forfattere	5
Innledning	6
DEL 1. Mat og måltider i sykehjem – oppfinnsomhet og om- tenksomhet i praksis	7
<i>Av Vigdis Brit Skulberg</i>	
Kapittel 1. Kvalitet i ernæringsarbeidet	8
Kvalitetsforskriften	8
Mat gjennom livet	9
Mat og etiske dilemma	9
Moralens pekefinger	9
Kunnskap	10
Ansvar	10
Kapittel 2. Gode måltider	11
Hygiene i matarbeidet	11
Kapittel 3. Anbefalinger for kostholdet	13
Måltider	13
Meny i sykehjem	15
Nok mat og drikke?	17
Hva er følgene av for lite mat?	18
«Hjertekortet» – et hjelpemiddel for å oppdage faresignaler på et tidlig tidspunkt ...	18
Utsatte eldre	21
Avslutning	22
Del II Et kvalitetssikringsprosjekt	25
<i>Av Gerd Sylvi Sellevold</i>	
Kapittel 1. Innledning	26
Rapportens struktur	26
Bakgrunn for valg av tema	27

Kapittel 2. utfordringer knyttet til å dekke ernæringsbehovet hos eldre sykehjemspasienter	29
Underernæring - en aktuell problemstilling hos mange sykehjemspasienter	29
Konsekvenser av underernæring hos sykehjemspasienter	30
Å forebygge er viktigere og enklere enn å behandle	31
Kapittel 3. Forberedende aktiviteter	32
Beskrivelse av undervisningssykehjemmet i Oslo	33
Pasientenes ernæringstilstand før prosjektstart	34
Etablering av prosjektgruppe	34
Kartlegging	36
Behov for å øke kompetansen hos personale	38
Endringsmotivasjon	39
Kapittel 4. Utvikling og vurdering av kvalitetsmål og kriterier	40
Utvikling av kvalitetsmål og kriterier	41
Kartlegging for å finne de utsatte pasientene	42
Vurdering av kvalitetsmål og -kriterier med drøfting av resultater	45
Kapittel 5. Endring av rutiner for kosthold og ernæring i tråd med de avdekkede behovene	53
Anbefalinger når det gjelder gode rutiner for kosthold	53
Endringsarbeid i ernæringsgruppa	55
Prosedyren "Rutiner for kosthold og ernæring" etablert som en del av sykehjemmets kvalitetssystem	57
Kapittel 6. Tilbakeblikket	58
Evaluering av resultater	58
Hindringer og rammefaktorer	59
Faktorer som bidro til resultater	60
Litteraturreferanser	62
Vedlegg	67

Presentasjon av forfattere

Vigdis Brit Skulberg. Klinisk ernæringsfysiolog med utdannelse fra Universitetet i Oslo. Faglig leder i Helse- og velferdsetaten i Oslo kommune. Hennes bidrag til rapporten er basert på erfaringer fra arbeidet i Oslo kommune med råd og veiledning til ansatte i pleie- og omsorgstjenestene om ernæring til eldre.

Gerd Sylvi Sellevold. Sykepleier med hovedfag i sykepleievitenskap. Videreutdanning i Aldring og eldreomsorg fra Lovisenberg diakonale høgscole 1995. Praktiserfaring fra eldreomsorgen siden 1987, som sykepleier og opplæringssykepleier. Fra 1999 til 2001 ansatt som fagutviklingskonsulent ved Undervisningssykehjemsprosjektet. Fram til 01.03.05 faglærer ved Videreutdanningen i Aldring og eldreomsorg ved Lovisenberg diakonale høgscole. Er nå ansatt som høgscolelektor ved Lovisenberg diakonale høgscole, avdeling for grunnutdanning.

*Takk til
Marit Kirkevold og Margrete Hestetun
for hjelp til utforming og utøvelse.*

Innledning

Arbeid med mat og måltider er en ansvarsfull oppgave for ansatte i pleie- og omsorgstjenestene. Mattilbudet skal bidra til å tilfredsstille grunnleggende behov for energi og næring. Måltidene skal fremme trivsel og helse. For å mestre hverdagen best mulig trenger de eldre nok mat og drikke. De er alle enkeltindivider som skal i møtekommene. Noen er helt avhengig av andre for å dekke behovet for mat og drikke.

Kunnskap om ernæring er en forutsetning for å gjøre en god jobb. Like viktig er den ansattes praktiske ferdigheter når måltider skal tilrettelegges, og personalets væremåte overfor den som skal spise. Det er ikke enkelt å få personer med liten appetitt til å hygge seg med maten og spise mer. For å lykkes på dette området i sykehjem, vil det kreves arbeid på flere nivå. Kompetansen til alle ansatte som har berøring med mattilbudet vil innvirke. Det vil si de av personalet som arbeider med alt fra innkjøp, tilberedning, servering, assistering ved matinntak og oppfølging. Likeledes vil organiseringen og rutinen ved sykehjemmet ha en sterk påvirkning til hvor vidt man lykkes med å tilby beboerne nok mat, riktig mat og hyggelige måltider.

Del 1 gir en innføring i hva ansatte bør ha kjennskap til for at beboerne i sykehjem skal oppleve å ha et godt mattilbud. Kapitlet er skrevet med utgangspunkt i erfaringer fra ernæringsarbeid i Oslo kommune. Her har Helse- og velferdsetaten to stillinger for klinisk ernæringsfysiolog med spisskompetanse for å veilede ansatte i pleie- og omsorgstjenestene. Ansatte både i sykehjem og andre tjenestesteder i kommunen kan henvende seg dit ved behov for råd og veiledning.

Del 2 presenterer et fagutviklingsprosjekt som ble gjennomført ved undervisnings-sykehjemsprosjektet i Oslo. Hensikten med dette prosjektet var å kvalitetssikre dekkning av ernæringsbehovet til pasienter i sykehjem. For å oppnå dette ble det blant annet etablert en ernæringsgruppe bestående av ansatte fra ulike avdelinger og med spesiell kompetanse på hvordan gamle syke personer skal få dekket sitt behov for mat og drikke.

Selv om rapporten er skrevet spesielt for ansatte på sykehjem, vil forhåpentligvis mye kunne overføres til andre tjenestesteder der en møter eldre skrøpelige personer. Eksempelvis vil arbeid med mat til brukere av hjemmetjenestene være annerledes fordi brukerne bor i sine private hjem. I hjemmene inntas måltidene ofte i eget selskap, matinnkjøp foretas i den enkelte husholdningen og brukeren er selv kjøkkensjefen. Likevel vil mye av det som omtales i denne rapporten, spesielt Del 1, kunne overføres også til denne gruppen eldre.

Oslo, mars 2005

Margrete Hestetun

Prosjektleder for undervisningssykehjemsprosjektet i Oslo

Del I
Mat og måltider i sykehjem -
oppfinnsomhet og omtenksomhet i
praksis

Av Vigdis Brit Skulberg

Kapittel 1. Kvalitet i ernæringsarbeidet

«Man kan ikke leve godt, elske godt eller sove godt om man ikke har spist godt.» Virginia Woolf

Kvalitetsforskriften

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel (1). Dette gjelder også i arbeidet med mat og måltider.

For å følge opp forskriften skal kommunen etablere et system av prosedyrer. Det skal utarbeides skriftlige prosedyrer som søker å sikre at brukerne får tilfredsstillende grunnleggende behov blant annet ved:

- tilstrekkelig mat og drikke
- variert og helsefremmende kosthold
- rimelig valgfrihet i forhold til mat
- tilpasset hjelp ved måltider
- nok tid og ro til å spise

En forutsetning for å nyte maten er å kunne bite i og tygge det som serveres. I kvalitetsforskriften regnes nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene blant grunnleggende behov.

Veileder til kvalitetsforskriften gir mer utfyllende informasjon (2). Her omtales blant annet bruk av kvalitetsindikatorer i forhold til måltider. Arenaer for refleksjon og ettertanke der måltidet og ernæringsoppfølging kan være aktuelle tema, foreslås i veilederen.

Mat gjennom livet

Hvert menneske har sin mathistorie og sine preferanser i matveien formet blant annet av hvor man har sine røtter, religion og levestandard. Ved 85-års alder er kanskje 100 000 måltider fortært. En 90 åring kan ha mer enn 30 000 middager bak seg. Et gammelt menneske har følgelig lang erfaring med mat og drikke, og kjenner best selv hvilken mat som smaker.

Noen eldre ønsker helst tradisjonsrik mat, mens andre igjen er interessert i å prøve ny mat. Unge pleiere tilhører en annen matgenerasjon enn beboerne som de skal

tilrettelegge for. Noen religioner har matregler som kan være ukjente for pleiere som ikke selv tilhører trossamfunnet.

Felles for alle beboere er at de har hver sin mathistorie med seg og ulike ønsker for måltidene. Det tar tid å bli kjent, også på matområdet. Oppgaven med å fange opp hva som er god og trygg mat bør begynne fra første stund beboeren kommer til sykehjemmet. Pårørende som har kjent beboeren i mange år kan her være til hjelp.

Ønsker ikke å være til bry

En beboer sa til studenten som besøkte sykehjemmet:

«Jeg har alltid spist litt kveldsmat i halv ni-tiden. Men det siste måltidet her er jo klokka seks. Du må ikke si dette til pleierne, jeg har det jo så bra her.»

Vi erfarer at mange eldre er forsiktige med å komme med ønsker og synspunkter. Samtidig er det beboere som har vansker med å gjøre seg forstått. Det er spesielt å være avhengig av andre for å mestre hverdagen og få mat på bordet. Dette kan føre til at beboerne blir lite kravstore når det gjelder mat og måltider. Personalet har en stor utfordring for å bli kjent med den enkelte beboerens matønsker. Både dialog og observasjon må til. Samtale om ønsker for måltidene krever gjerne tid og fortrolighet. Pårørende som kjenner godt til tidligere matvaner, kan være til støtte.

Mat og etiske dilemma

Ansatte møter etiske dilemmaer også i ernæringsarbeidet. Spesielt vanskelig er det å oppleve at en person ikke lenger ønsker å spise. Hvordan skal man forholde seg? Hva ligger til grunn for å avvise maten? Er årsaken sykdom, nedstemthet, mangler ved pleien eller opplevelse av å være mett av dage? Det er viktig at ansatte snakker sammen om slike bekymringer, og unngår å bære på etiske utfordringer alene. En helhetsvurdering der alle berørte parter trekkes inn, er nødvendig.

Moralens pekefinger

Noen eldre har i alle år spist loff med sirup. Er det rett å nekte servering av dette? Skal eldre påtvinges nye matvaner? Det er viktig å bevare matlysten gjennom å tilby mat som faller i smak hos den som skal spise. *Først når maten blir spist, gir den næring.* Ofte erfares det at kostholdet varieres av seg selv over tid, forutsatt at beboerne tilbys valgmuligheter og ikke blir sett på som uforanderlige i matveien.

Respekt for det enkeltes menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel må alltid ligge til grunn for ernæringsarbeidet.

Kunnskap

For å gjøre en god jobb, trenger personalet tilstrekkelig kunnskap om ernæring. Opplæring av nyansatte og ekstravakter om sykehjemmets måltider, mattilbud og oppfølgingsrutiner er vesentlig. Til hjelp for opplæringsansvarlige er heftet «Når matkulturer møtes...» laget i samarbeid med ansatte i pleie- og omsorgstjenestene i Oslo kommune. Teksten i heftet er lagt ut på www.hev.oslo.kommune.no

Alle nyansatte bør gjøres oppmerksom på at de er viktige for beboernes måltider og matinntak. Det anbefales at nyansatte i tilknytning til muntlig veiledning i matarbeidet får skriftlig informasjon om matens betydning på sykehjemmet.

Folderen «Mat styrker og gleder» er eksempel på slik informasjon (se www.hev.oslo.kommune.no).

Ansvar

Hvem har ansvaret for de ulike leddene som til sammen skal sikre beboerne nok mat, rett mat og trivelige måltider? Hvem har ansvaret for å vurdere om beboerne inntar nok mat og drikke? Er ansvarsfordelingen uklar, kan dette igjen ramme beboernes mattilbud og ernæringsoppfølging.

Kommunikasjonen med kjøkkenet som leverer middag, bør være slik at pleiere på en enkel måte kan gi tilbakemelding om mat som beboerne har vansker med å spise. Faste rutiner for å veie beboerne tilsier ansvarsfordeling for å gjennomføre og vurdere resultatene for den enkelte beboeren. Primærkontaktens ansvar for beboerens ernæring må avklares, også med tanke på dialog med pårørende.

Sykehjemmet bør gjennomgå ansvarsforhold og samarbeidsrutiner knyttet til ernæringsspørsmål. En egnet samarbeidsform kan være ordning med kostombud og ernæringsgruppe (3). Forslag til hvordan slike ordninger kan fungere er oppsummert i et eget notat, «Kvalitetssikring av ernæringsarbeidet: Kostombud og ernæringsgruppe» (se www.hev.oslo.kommune.no)

Kapittel 2. Gode måltider

Måltidene skal gi både næring og hygge. En arbeidsgruppe med ansatte fra flere sykehjem i Oslo kommune har diskutert hva som gir gode måltider. De kom fram til at følgende er spesielt viktig:

Figur 1. Gode måltider

<i>Forberedelser</i>	<i>Mat og drikke</i>	<i>Ved bordet</i>	<i>Oppfølging</i>
<ul style="list-style-type: none">- Positiv holdning hos ansatte- Informasjon om maten- Spørre om det er spesielle ønsker for måltidet- Dekking av bord lukt og lyder kan skjerpe matlysten- Omtanke for tradisjon, kultur religion- Håndhygiene	<ul style="list-style-type: none">- Mat som likes og tåles- God smak- Delikat mat- Variasjon- Rett temperatur- Tilpasset- Konsistens- Små porsjoner og påfyll	<ul style="list-style-type: none">- Tid og ro- Fellesskap- God stemning- Nødvendig hjelp- Markere måltidets avslutning	<ul style="list-style-type: none">- Spørre om hvordan maten smakte- Spørre om hvordan måltidet oppleves- Spørre om det er noe som skal huskes til neste måltid

Forberedelser og tilrettelegging er følgelig nødvendig for å lage gode måltider. For å finne ut om måltidet er en god opplevelse for den enkelte beboeren, må ansatte spørre den eldre selv og observere underveis i måltidet. Ved systematisk å observere gjennomføringen av måltidene kan positive og negative forhold avdekkes. Dermed får sykehjemmet et bedre grunnlag for å tilrettelegge for gode måltider. I tillegg bør ansatte og beboere i blant snakke sammen om hva som er gode måltider.

Hygiene i matarbeidet

En beboer sa til den faste pleieren sin:
«Jeg tenker på at noen pleiere ikke er så nøye med håndvasken. Ekkelt at de kanskje ikke vasker hendene før de tar i maten som jeg skal spise.»

Pårørende fikk høre følgende fra en beboer:
«Tenk at i dag var middagen faktisk varm! Det er lenge siden sist.»

For at maten skal være trygg å spise ved servering, må personalet være nøye med at mat og drikke ikke blir forurenset. Mikrober som kan finnes i maten må heller ikke kunne formere seg. Kunnskap om forebygging av matbåren smitte er viktig for kjøkkenpersonell, men også i høy grad for sykepleiere og andre ansatte som har oppgaver ved avdelingenes postkjøkkener (4).

Forskrift om næringsmiddelhygiene (5) og forskrift om internkontroll for å oppfylle næringsmiddelovgivningen (6) er sentrale dokumenter å kjenne til.

Ved matlaging og servering er følgende viktig:

Håndvask:

- Vask alltid hendene før du lager mat og mellom håndteringen av ulike matvarer.
- Vask alltid hendene etter toalettbesøk.
- De eldre trenger å vaske hendene før de spiser.

Rent arbeidstøy og redskaper:

- Ha rene klær ved arbeid på kjøkkenet og servering av mat.
- Bruk rene redskaper. Vask kniver og skjærebrett ofte.
- Hold kjøkkenbenken ren.

Rett temperatur:

- Varm mat skal holdes varm (over + 60 °C) helt frem til servering.
- Matvarer som trenger å stå kaldt må oppbevares i kjøleskap og ikke stå lenge fremme i romtemperatur. Husk at hver gang kjøleskapsdøra åpnes, stiger temperaturen i kjøleskapet. Pass på at temperaturen i kjøleskapet er under + 4 °C.

Kapittel 3. Anbefalinger for kostholdet

I boka Statens ernæringsråds retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner er det i et eget kapittel samlet anbefalinger for kostholdet i alders- og sykehjem (3).

Det anbefales blant annet at:

- Beboeren i størst mulig grad gis mulighet til å få mat etter behov, også utenom faste måltider/mellommåltider.
- Tilbud gis om fire faste måltider og minst ett mellommåltid.
- Institusjonen jevnlig vurderer sitt mattilbud og serveringsutstyr, for å kunne oppfylle nye gruppers behov og ønsker.
- Institusjonen gjør en vurdering av mulighetene for å la beboerne få større innflytelse på menyen og den praktiske tilretteleggingen av mat og måltider.

Ved utforming av menyen bør det tas hensyn til forhold som er vanlige blant eldre beboere, som for eksempel liten matlyst, svekket allmenntilstand, dårlig tannhelse og forstoppelse. Maten bør være mest mulig variert. Lokale mattradisjoner bør tas vare på. Når lukte- og smakssansen er nedsatt, kan maten trenge krydder for å gi mer smak.

Energibehovet varierer

For de fleste eldre reduseres energibehovet med alderen, men behovet for næringsstoffer er uendret eller økt (7). Dette stiller store krav til kostens sammensetning for å tilrettelegge for best mulig tilførsel av næringsstoffer fra mat og drikke.

Sykehjemsbeboere har ulikt energiforbruk, og trenger dermed ulike mengder mat (3). Små og lite aktive kvinnelige beboere forbruker kanskje 5,0 MJ (1200 kcal) om dagen. Kraftige menn som er mer aktive kan forbruke 9,0 MJ (2150 kcal) om dagen. Ved planlegging av innkjøp, tillaging og servering bør en regne med at den serverte dagsporsjonen i gjennomsnitt skal gi 1800 kcal (7,5 MJ) per person.

«Når matinntaket blir for lite...» er et eget kapittel i Statens ernæringsråds retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner (3). Hvert måltid skal være energi- og næringstett. Matvarer med mye fett kan med fordel brukes. Betydningen av individuelle løsninger understrekes.

Måltider

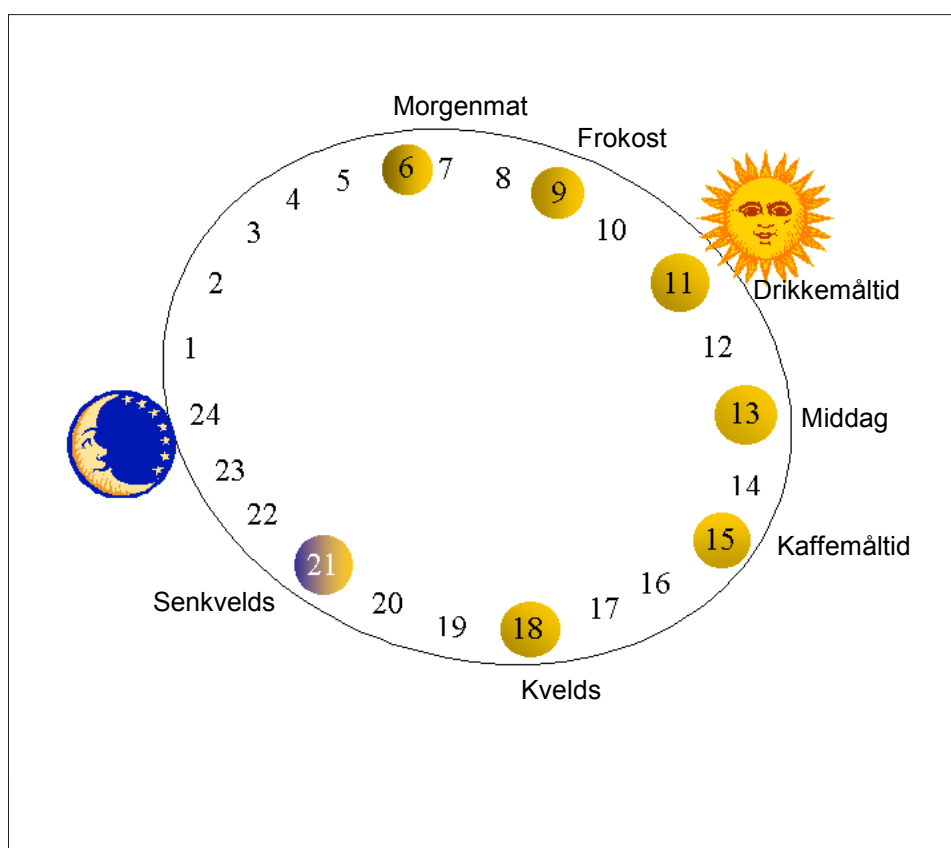
En hjelpepleier fortalte om en beboer:

«Han var alltid urolig og masete i morgenstellet. Så foreslo en nyansatt at vi skulle tilby ham litt å spise før vi begynte stellet. Vi ble snart overrasket, han roet seg og morgenstellet gikk lettere. Tenk, han var rett og slett sulten på morgenkvisten!»

Maten bør fordeles på fire faste måltider og minst ett mellommål (3). Mulighet til mat bør gis etter behov, også utenom faste tider. De fleste eldre orker kun små porsjoner til hvert måltid. Da trenger de tilbud om mange måltider for å spise og drikke nok. Ved liten matlyst er det spesielt viktig med små, hyppige måltider.

Beboere som er urolige om natten kan være sultne. På samme måte kan beboere som våkner tidlig om morgenen være sultne. Tiden mellom siste måltid og første måltid neste dag bør ikke være mer enn 12 timer (8, kap 11.).

Figur 2. Illustrasjon av hvordan måltidene kan fordeles gjennom døgnet. (www.hev.oslo.kommune.no)



Meny i sykehjem

I Statens ernæringsråds retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner beskrives porsjonsstørrelser, måltider og matvarevalg til hjelp for planlegging av kostholdet i sykehjem (3).

Eksempel på dagsmeny i sykehjem (ca. 7,5 MJ (1800 kcal):

Frokost: 3 halve brødkiver med smør/margarin og pålegg.
1 glass melk, 1 glass juice,
Kaffe/te.

Mellommåltid: 1 halv brødkive med smør/margarin og pålegg. 1 frukt. Drikke.
Varmrett (80 – 120 gram kjøtt eller fisk), 1 dl saus, 75 gram grønnsaker, 100 gram poteter og flatbrød.
Dessert eller suppe. Vann.

Kaffe: Formkake, bolle eller annen kaffemat. Kaffe/te.

Kveldsmat: 3 halve brødkiver med smør/margarin og pålegg. 1 glass melk.

Senkvelds: 2 halve brødkiver med smør/margarin og pålegg. 1 glass melk.

Mer fett

Syke og pleietrengende eldre kan ha nedsatt allmenntilstand, liten matlyst og tyggevansker. De kan derfor ha problemer med å spise nok mat i forhold til energibehovet. En fettrik kost anbefales for å redusere volumet på maten som serveres (3). Dette betyr for eksempel at fete meieriprodukter som helmelk, fløte og fet ost kan velges framfor magre alternativ. Videre kan det legges et godt lag med smør eller margarin på hele brødkiva. Smør, margarin, matolje, fløte, egg og rømme kan med fordel tilsettes matretter. Tilsett en av disse matvarene til

2 dl posesuppe:

- 1 ss smør, margarin eller olje
- 1 ss seterrømme
- 2 ss kremfølte og suppen inneholder straks mer enn dobbelt så mye energi

Les mer om slike mattips i idéheftet «Det lille ekstra», teksten er lagt ut på:
www.hev.oslo.kommune.no.

I glass og kopp

Det er vanlig at tørstfølelsen reduseres hos eldre, men de trenger like mye væske som yngre personer. Forstoppelse kan motvirkes ved å drikke mer.



For å vurdere behovet for væske, beregn 30 ml væske per kg kroppsvekt (3). Mat har et naturlig innhold av vann, ca 500 ml fra alle dagens måltider. Så sant ikke legen har forordnet noe annet, kan 1,5 liter væske i løpet av dagen være et mål for å få i seg nok drikke.

For å fremme tilførsel av væske:

- Ha drikke lett tilgjengelig.
- Server drikke ofte.
- La drikke være fast følge ved aktiviteter.

Appelsinjuice bør serveres daglig for å sikre tilførsel av vitamin C. Surmelk og yoghurt kan hjelpe ved forstoppelse. Vær oppmerksom på at beboere med diabetes kun bør drikke ett glass juice eller ett glass melk til måltidet på grunn av innhold av melke- eller fruktssukker. Kunstig søtet saft bør tilbys beboere med diabetes og overvekt. Avmagrede beboere har behov for energien i vanlig saft. Te og kaffe virker vanddrivende, men så lenge beboeren minst drikker 1,5 l væske per dag er det liten fare for at beboeren blir dehydrert (uttørret) (9). Når medisiner skal tas, kan dette gjerne kombineres med å drikke litt ekstra. Dette vil øke væsketilførselen og samtidig være positivt for å unngå skader som medikamenter kan gi dersom de blir liggende for lenge i spiserøret.

Tilskudd av vitaminer og mineraler

Eldre har økt behov for vitamin D, og anbefalt inntak fra kostholdet er 10 µg vitamin D per dag for personer som er eldre enn 60 år (7). Fet fisk som ørret, laks, sild og makrell er gode kilder for vitamin D. I tillegg bør eldre personer som er lite ute i dagslys ta et tilskudd på 10 µg vitamin D per dag (7). En skje (5 ml) tran tilsvarer 10 µg vitamin D. Trankapsler, tranperler og andre vitamintilskudd med vitamin D kan også benyttes. Eldre som spiser lite eller ensidig, anbefales å ta et multivitamin-mineraltilskudd (<http://www.sef.no>).

Næringsdrikker og næringspulver

Næringsdrikker og næringspulver inneholder vitaminer og mineraler, men i varierende mengder. For å vurdere om produktet kan være en viktig kilde for vitaminer og mineraler, les varedeklarasjonen og beregn hvor mye som må drikkes for at det skal ha betydning. Slike produkter brukes først og fremst som energi- eller protein-supplement til annen mat når beboere spiser for lite. Innholdet av energi, karbohydrat, fett og protein i produktet står også oppført på varedeklarasjonen.

For at det skal ha effekt, bør inntaket være mer enn noen små slurker av ferdige næringsdrikker og pulverbaserte drikker i løpet av dagen. Lag en drikkeplan i samråd med beboer og lege. Sørg samtidig for at beboeren får mange små måltider i løpet av dagen. Husk at tilsetning av fløte, matolje, smør, margarin, rømme, tørrmelk eller egg i matlagingen eller før servering også bidrar til å energi- eller proteinforsterke maten.

Kostbehandling ved sykdom

Ved noen sykdommer er den medisinske behandlingen å følge et spesielt kosthold. Spesiellkost eller diett er fellesnavn på en rekke ulike kostformer som legen kan foreskrive som behandling.

Konsekvensene av å avvike fra spesialkosten kan for noen være alvorlig, mens andre kan skille mellom hverdag og fest uten at dette får alvorlige følger. Noen eldre kan oppleve kostendringen som en eventuell diett medfører, så negativt at dette ikke oppveies av den positive effekten som spesialkosten kan ha på deres fysiske helse-tilstand. Legen kan derfor i samråd med beboer, pårørende og pleiere komme fram til at spesialkost ikke skal brukes.

Det er den som skal spise maten som selv må avgjøre om matvalget eventuelt skal avvike fra kostbehandlingen. Maten som tilberedes og tilbys skal imidlertid alltid være i tråd med kravene til spesialkosten som er foreskrevet så sant ikke annet er avtalt med legen. Kjøkkenet som leverer mat må gjøre seg kjent med kravene til spesialkostene som bestilles. Lesing av matvaredeklarasjoner kan være nødvendig for å vurdere om ferdigmat kan inngå i spesialkosten.

Når spesialkost skal følges, finn svar på disse spørsmålene:

- Hvilke matvarer kan serveres?
- Hvilke matvarer bør begrenses?
- Hvilke matvarer må utelates helt?
- Hva skjer dersom annen mat enn det som inngår i spesialkosten spises?
- Hvor lenge skal spesialkosten følges?
- Kjenner de som skal lage maten til spesialkosten?
- Har den eldre selv, eller pårørende behov for mer kostveiledning?

Finn svar på disse spørsmålene etter en stund:

- Utelates matvarer som det ikke er nødvendig å unngå?
- Spises det nok mat?
- Er maten smaksrik og variert?
- Hvordan påvirker spesialkosten trivsel og velvære i hverdagen?
- Har den eldre selv, pårørende eller personalet behov for mer kostveiledning?

Nok mat og drikke?

Underernæring oppstår når en person over lengre tid får i seg for lite energi i forhold til grunnleggende behov. Kroppen avmagres. Dette får alvorlige følger for helse og livskvalitet. Årsakene til underernæring kan variere og er ofte sammensatt av en rekke faktorer, inkludert sykdom, funksjonsnedsettelse og mangler ved mattilbudet. For å kunne motvirke ytterligere ubalanse er det viktig å avdekke årsakene til at næringsinntaket blir for lite i forhold til behovene.

Underernæring har ingen presis definisjon. I Sverige beskriver Socialstyrelsen underernæring som en tilstand av ubalanse mellom inntak og omsetning av næringsstoffer med økt risiko for sykdom (10). Siden begrepet underernæring defineres ulikt, brukes ulike markører for underernæring. Vurdering av personens vekt og vektutvikling er imidlertid sentralt.

Når det spises lite mat, blir det ofte også drukket for lite. Uttørring forekommer derfor gjerne samtidig med underernæring. I tillegg til sparsom og mørk urin er «stående hudfold» et kjennetegn for uttørring.

Ved å observere inntaket av mat og drikke kan ansatte få et bedre grunnlag for å vurdere i hvilken grad mengdene avviker fra tidligere inntak. Samtidig kan sammenligninger gjøres med porsjonene som foreslås i dagsmenyen i Statens ernæringsråds retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner (3).

For beboere som spiser lite bør det lages en plan som beskriver mål for ernæringsbehandlingen og hvordan mattilbudet skal følges opp i praksis.

Hva er følgene av for lite mat?

Sykepleiere ved sykehjemmet fortalte:

«Da beboeren flyttet inn på sykehjemmet, var hun så tynn og skranten. Glemsk og helt utenfor. Så fikk hun faste måltider og nok drikke hos oss. Etter en stund var det en helt annen dame som satt i dagligstua, slett ikke forvirret.»

Trøtthet, forvirring og uro kan skyldes for lite mat og drikke. Hverdagen mestres ikke like godt dersom kroppen ikke får tilført nok energi og næring. Følgen er at avhengigheten av andre øker, og livskvaliteten svekkes.

Noen konsekvenser av underernæring:

- slapphet, apati og nedstemthet
- vansker med dagliglivets gjøremål
- svekket immunforsvar
- svekkede muskler og skjellet
- liggesår og redusert sårtilheling
- redusert lunge- og hjertefunksjon
- økt dødelighet

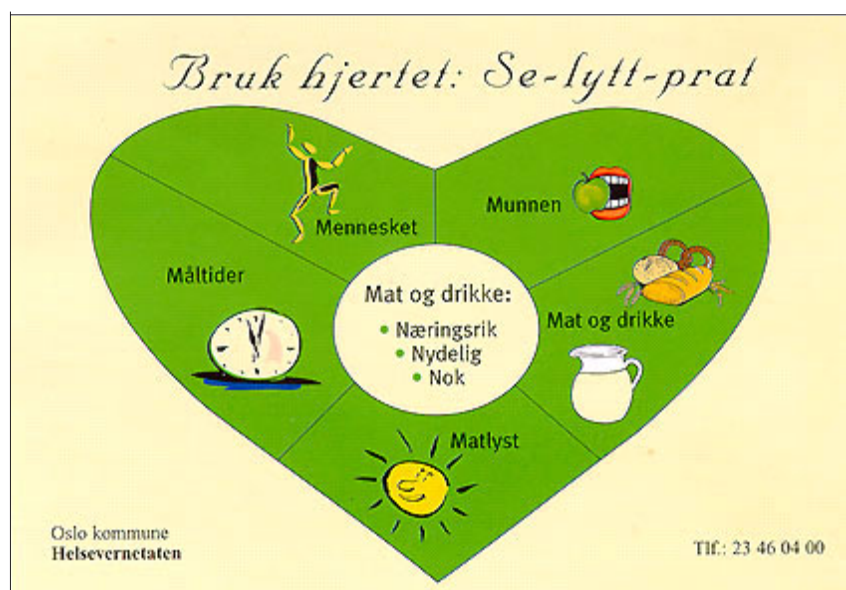
«Hjertekortet» – et hjelpemiddel for å oppdage faresignaler på et tidlig tidspunkt

Eldre som spiser eller drikker for lite, bør fanges opp tidlig. Det er alltid lettere å forebygge enn å behandle feil- og underernæring. Ved å se, lytte og prate kan ansatte bli oppmerksomme på tidlige faresignaler. «Hjertekortet» kan brukes som en påmin-

nelse til alle ansatte om å se etter tegn på at eldre spiser og drikker for lite. Oppdages endringer hos den eldre bør dette tas opp med lederen og primærkontakt.

«Hjertekortet» er inndelt i fem områder med tilhørende eksempler på tegn ansatte bør legge merke til.

Figur 3. Hjertekortet (<http://www.sef.no>)



<i>Observer</i>	<i>Eksempel på faresignal</i>
Mennesket - utseende og væremåte	Trøtt, slapp, blek, blitt tynnere, nedstemt, forvirret, orker mindre, tiltaksløs.
Munnen - vanskelig å spise og drikke	Sår munn, tørr munn, mangler egne tenner, dårlig fungerende tannprotese, klarer ikke å tygge, svelgevansker.
Mat og drikke - spiser og drikker lite	Klarer ikke å spise selv, urørt mat eller drikke, matrester på tallerkenen, gammel mat i kjøleskapet.
Matlyst - dårlig matlyst	Likegyldig til mat, mangler forslag til innkjøp eller matlaging, pirker i maten, uvel.
Måltider - lang tid mellom måltidene	Sjelden middag, få eller ingen mellommåltider, lang tid fra kveldsmat til frokost

Vektoppfølgning

Ansatte ved et sykehjem fortalte:

«Vi mente at få av beboerne våre var undervektige. Så begynte vi med vekt-kontroll. Da viste det seg at flere veide mye mindre enn vi hadde trodd. Bebo-erne virker tunge når vi steller dem, men de veier ikke så mye allikevel. Dét er en tankevekker.»

Vektoppfølgning er den enkleste måten å vurdere om nok mat spises, det vil si om matinntaket dekker energiforbruket. Vektkontroll på sykehjem anbefales derfor hver måned (3).

Et uønsket vekttap på fem prosent i løpet av to måneder tyder på at lite mat spises (3). Dette betyr for eksempel et vekttap på 3 kilo for en person som to måneder tidligere veide 60 kilo. Rutinene rundt mattilbudet og måltidene bør da gjennomgås. Tett oppfølging er viktig.

Kroppsmasseindeks

En av de mest brukte indikatorene på underernæring er kroppsmasseindeks (KMI). Begrepet «body mass indeks» (BMI) er den internasjonale betegnelsen.

Følgende formel brukes for å få et mål på antall kilo per kvadratmeter kroppsmasse:

Vekt (kg)

Høyde (m) x høyde (m)

Eksempel: 65 kg/1,70 m x 1,70m = 22,5

Klassifisering av KMI hos voksne i henhold til Verdens helseorganisasjon (11):

KMI mindre enn	18,5	= Undervekt
	18,5 til 24,9	= Normalvekt
	25,0 til 29,9	= Overvekt
	30 eller mer	= Fedme

Eldre mennesker har lavere kroppslengde sammenlignet med yngre år. Dette kan få betydning for hvordan KMI skal vurderes. Undersøkelser tyder på at KMI omkring 25 er forbundet med forlenget levetid for personer som er eldre enn 70 år (12). For eldre personer diskuteres det om intervallet for en normal KMI bør være 24-29 (13). I Danmark foreslås KMI 24 å være grenseverdi når personer i alderen 65+ skal fanges opp i forhold til risiko for underernæring (9). Dette betyr i så fall at mange beboere i sykehjem trenger økt oppmerksomhet i forhold til matrutinene og måltidene. Det er viktig å huske at en person som har hatt et større vekttap fortsatt kan ha en KMI-verdi innenfor normalområdet. KMI-verdien bør derfor vurderes i sammenheng med eventuelt vekttap.

Noen personer har vært magre hele livet, eller holdt den samme lave vekta i mange år. Ved vurdering av en lav KMI-verdi bør også dette tas i betraktning.

Utsatte eldre

Brukere av pleie- og omsorgstjenestene er mer utsatt for underernæring enn spreke eldre. De fleste eldre spiser og drikker bra så lenge de er friske. Når fysisk eller psykisk helse svikter, får dette ofte også negative følger for kostholdet. Nedsatt syn, skjelving, lammelse, stive ledd og depresjon er eksempel på tilstander som kan føre til et dårligere kosthold.

Kjennetegn ved personer som er utsatt for underernæring (3):

- dårlig allmenntilstand
- langvarig eller alvorlig sykdom
- må ha hjelp med å spise
- må ha mat med annen konsistens på grunn av tygge- og svelgevansker
- sykdom som fører til dårlig næringsopptak

Tygge- og svelgevansker

Personer med tygge- og svelgevansker er spesielt utsatt for underernæring (3). Beboere som har problemer med å tygge og svelge maten skal derfor følges spesielt opp. Hva som ligger til grunn for tygge- og svelgevansker må utredes nøye. Det kan for eksempel være behov for time hos tannpleier på grunn av dårlig fungerende tannprotese.

Etter slag kan feilsvelging bli en utfordring som krever nært samarbeid med slagteam på sykehus inkludert logoped for å tilrettelegge for egnet mat. Lettsvelget kost, også kalt geleringskost, kan være til hjelp i slike tilfeller (3). Eventuelt behov for sonderernæring på grunn av svelgevansker skal tas opp med behandlende lege. For å tilrettelegge praktisk gjennomføring kan det være nyttig å samarbeide med slagteam og klinisk ernæringsfysiolog ved sykehus.

Ansatte i pleie- og omsorgstjenestene i Oslo kommune har erfart at følgende kan være til hjelp når eldre har tygge- eller svelgevansker:

- smørbare pålegg
- del opp kjøttpålegg i småbiter
- fjern skorpen på brød
- legg pynten ved siden av brødkiva
- varier brødmat med ulike grøter
- mørt kjøtt til middag
- fjern skinn på kylling, fisk og pølser
- ekstra mye saus til middag
- del opp frukt
- mos frukt og bær
- stuinger eller mos av potet og grønnsaker
- godt kokte poteter og grønnsaker som kan moses med gaffel

Mat med annen konsistens kan være vanskelig å få tilstrekkelig næringsrik. Nært samarbeid mellom matansvarlig og pleier er nødvendig.

Kosthold ved demens

Eldre med demens blir gradvis avhengige av andre for å dekke næringsbehovet. Vekttap er vanlig ved demens, og kan vise seg før diagnosen er stilt.

For eldre med demens er det spesielt viktig å tilrettelegge for at kostholdet gir nok mat og drikke i samsvar med retningslinjene for kostholdet i alders- og sykehjem.

Mat vekker sanser og minner. Måltidene markerer tiden og gir dagen rytme. Slikt er vesentlig for å skape trivsel for personer med demens. Måltidene har mange muligheter som målrettet aktivitet (14).

Tap av funksjoner gjør at mestring av måltidene kan bli vanskelig. Dette kan igjen føre til at for lite mat og drikke inntas. Det anbefales derfor å observere hvordan måltidet mestres for eventuelt å kunne tilrettelegge bedre. Ved å dele erfaringer kan ansatte komme fram til løsninger. Pårørende kan også være til hjelp.

Brosjyren «Det gode måltid» om ernæringsarbeid ved aldersdemens ble laget for å gi nyansatte et grunnlag for videre arbeid og gi felles forståelse kolleger i mellom. Samtidig var tanken at brosjyren skulle bidra til refleksjon og diskusjon av egen praksis. Brosjyren kan lastes ned fra www.hev.oslo.kommune.no eller www.geria.no.

Avslutning

Mange beboere er i stor grad avhengig av andre for å dekke behovet for mat og drikke. Vurdert etter Barthels ADL-indeks er beboerne i sykehjem en svært skrøpelig gruppe. En rekke helsemessige årsaker fører til økt hjelpebehov. Aldersdemens, hjerneslag og Parkinson er eksempler på noen av de viktigste sykdommer som forårsaker helseproblemene (15). Dette er tilstander med konsekvenser for hvordan beboerne er i stand til å spise og drikke, samt påvirker trivsel ved måltidene.

Ansatte i pleie- og omsorgstjenestene bør dele erfaringer fra egen praksis med å tilrettelegge for måltider. Sammen har personalet en rekke eksempler på hva som kan bidra til at eldre mennesker opplever gode måltider også når de er skrøpelige og avhengige av andre. Det er derfor viktig å få kjennskap til hverandres erfaringer fra matarbeidet og ta disse erfaringene systematisk i bruk. Samtaler med beboere og pårørende om hva som gir gode måltider kan også fremme kvaliteten på ernæringsarbeidet.

Vi understreker betydningen av at sykehjemmet gjennomgår ansvarsforhold og samarbeidsrutiner knyttet til ernæringssspørsmål. Både forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (1) og tilhørende veileder (2), samt Statens ernæringsråds retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner (3), er sentrale dokumenter i dette kvalitetssikringsarbeidet.

Nettside

På nettsiden til Helse- og velferdsetaten har vi samlet informasjon som kan være til nytte i ernæringsarbeidet, www.hev.oslo.kommune.no, se under tjenester A-Å og klikk på ernæring til eldre. Her har vi blant annet begynt på en idébank med eksempler fra arbeidet med mat og måltider i sykehjem.

Del II

Et kvalitetssikringsprosjekt

Av Gerd Sylvi Sellevold

Kapittel 1. Innledning

I følge Lov om helsetjenesten i kommunene (16) og Pasientrettighetsloven (17) har alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen rett til nødvendig helse-tjeneste. Helsetjenestens formål er blant annet å «fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke og forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte» (16). En av den kommunale helsetjenestens oppgaver er pleie- og omsorgstjenester herunder sykehjem for heldøgns pleie og omsorg. I følge «Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie» skal forholdene tilrettelegges for å utnytte fasiliteter og personell på en rasjonell og effektiv måte, samtidig som oppholdet for den enkelte pasient gjøres privat og hjemlig. Forholdene bør også legges til rette for størst mulig frihet for pasientene. De bør ha en viss frihet til å velge sin egen døgnrytme og bør i størst mulig grad få fortsette sin tidligere livsførsel (16).

Ny forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene skal tydeliggjøre hvilke krav som bør stilles til innhold i tjenestene. Forskriften skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelseloven får ivaretatt sine grunnleggende behov. Kommunen skal tilstrebe at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid ved å etablere et system av prosedyrer. Skriftlige nedfelte prosedyrer skal også søke å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredstilt fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat. Videre skal brukerne sikres tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise (1).

I følge Veileder til forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven (2) vektlegges det at kvalitet på tjenestene også er knyttet til brukernes opplevelse av livskvalitet og viktige verdier i den enkeltes liv. Tjenestene må utformes slik at mottakerne opplever at de blir respektert og verdsatt. Brukerne av pleie- og omsorgstjenester medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker skal også ha medbestemmelse i forbindelse med den daglige utformingen av tjenestene. Når det gjelder kostholds- og ernæringsarbeid i sykehjem, er det derfor viktig at det også tas hensyn til pasientenes individuelle psykososiale og eksistensielle behov, eksempelvis når det gjelder valgmuligheter i forhold til når, hvor og hva de vil spise, hva slags hjelp de har behov for og hvem de vil spise sammen med.

Rapportens struktur

Ernæringstilstand og ernæringsbehov hos eldre sykehjemspasienter presenteres i kapittel 2. Presentasjonene tar utgangspunkt i forskningslitteratur og egne erfaringer.

I kapittel 3 presenteres en beskrivelse av undervisningssykehjemmet, etablering av prosjektgruppen og arbeidet med å beskrive kvalitetsmål og kriterier samt resultater fra kartleggingen av pasientenes ernæringstilstand og sykehjemmets rutiner, systemer og ressurser.

Resultatene fra arbeidet med å kartlegge pasientenes ernæringstilstand presenteres i kapittel 4. Her framlegges også resultatene fra undersøkelsen av hvordan avdelingenes praksis når det gjelder vurdering av pasientenes ernæringstilstand og ivaretagelse av deres behov for mat og drikke samsvarer med de beskrevne kvalitetsmål og kriterier.

I kapittel 5 beskrives arbeidet med å endre sykehjemmets rutiner for kosthold og ernæring i tråd med de avdekkede behovene. Kapittel 6 er et oppsummerende tilbakeblikk når det gjelder evaluering av resultater, hindringer og rammefaktorer og faktorer som bidro til resultater.

Bakgrunn for valg av tema

I følge Oslo kommune (18) hadde 59% av sykehjemspasientene behov for hjelp til å spise og drikke. Sletvold, O. m.fl. (19) finner i sine undersøkelser at 60.5% av brukerne oppgir å ha behov for hjelp fra andre til å spise, mens personalet vurderer at 75.8% av brukerne har behov for slik hjelp. På spørsmål om de får nok hjelp i spisesituasjonen svarer 31.8% av brukerne nei, mens svarprosenten hos personalet er 8,3%. Sammenlignet med hjelpetrequende eldre som bor hjemme, er pasientene i sykehjem sikret mat og hjelp til å spise og drikke gjennom det å bo på sykehjem hvor det er tilgang på mat og hjelp. På den annen side viser undersøkelser at sykehjemspasienter ikke alltid opplever å få nok hjelp, tid og ro til å spise (20,21,22,23). I tillegg viser undersøkelser at underernæring er et problem hos pasienter i sykehjem (8,20,21,22,23,24,25,26).

I forbindelse med oppstarten av undervisningssykehjemsprosjektet Oslo, ble det høsten 1998 gjennomført en kartlegging av ansattes kompetanse og kompetansebehov. Ernæring var et av områdene hvor de ansatte uttrykte behov for økt kompetanse (27). I tråd med en av målsettingene til Undervisningssykehjemsprosjektet ble hver avdeling utfordret til å velge et satsningsområde for fagutvikling. Serviceenheten, bestående av kjøkken, aktivitetsavdeling og husøkonom, valgte «Kosthold og ernæring» som satsningsområde. I dette lå et ønske om å bedre kvaliteten på maten til pasientene, holde kostnadene innenfor budsjett og skape et nærmere og bedre samarbeid mellom kjøkkenet og de andre avdelingene.

Undervisningssykehjemsprosjektet i Oslo utarbeidet sin Handlingsplan høsten 1999. Et av hovedmålene var å «Bidra til å utvikle kvalitetssystemer som sikrer at tjenestene til de gamle møter fastsatte krav». Dette hovedmålet ble konkretisert gjennom tre delmål der det ene var:

«Å utvikle gode rutiner for kosthold og ernæring ved institusjonen for å sikre at pasientene får ivaretatt sitt ernæringsbehov og at måltidene blir hyggelige, sosiale samlingsstunder ved sengeavdelingene».

Følgende tiltak ble beskrevet for å oppnå dette delmålet:

1. Gjennomgå eksisterende rutiner og systemer for vurdering av ernæringsbehov, fastsetting av menyer, tidspunkter og organisering av måltidene m.m.
2. Formulere en plan for endring av rutinene i tråd med de avdekkede behovene.
3. Finne fram til mest mulig effektive samarbeidskanaler mellom kjøkken og sengeavdelingene.

Med tanke på kvalitet og påvirkningsmuligheter for pasientene, ble det å beholde et kjøkken som produserte varm mat vurdert som en stor verdi for institusjonen. Derfor var det viktig at man i prosjektet tok hensyn til budsjettmessige rammer.

Kapittel 2. utfordringer knyttet til å dekke ernæringsbehovet hos eldre sykehjemspasienter

Egne erfaringer og andre kilder tilsier at eldre pasienter i sykehjem har lidd mange tap; de har måttet flytte fra sine hjem, har mistet ektefelle, kanskje flere familiemedlemmer og venner, de har mistet helsen sin, funksjonsnivå og minner. Dette plasserer måltidene i sykehjemmet som en viktig kilde til innhold og mening i de gamles liv. De kan se fram til og trøste seg med god mat og sosiale hyggestunder når dagen ellers kan være strevsom, ensom og monoton (30).

Tilførsel av mat og drikke er et av menneskets basale behov, men måltidets betydning for mennesket er mer enn å få tilstrekkelig næring. Mat har også en psykososial betydning, og derfor kan måltidene være små høydepunkter i løpet av dagen. Mat kan være kultur i form av minner, tradisjon og vaner. Dette gjelder uansett alder og livssituasjon, men spesielt i sykehjem er måltidene dagliglivets organisator, og mat kan bli et symbol på fellesskap, trøst og mestring. Matlyst kan være livslystens viktigste indikator (8,30).

Underernæring - en aktuell problemstilling hos mange sykehjemspasienter

Nok mat og et variert kosthold er viktig for å forebygge sykdom og fremme helse gjennom hele livet. Også i eldre år skal mat og måltider gi grunnlag for helse og trivsel i hverdagen (8). I mildlertid rapporteres det fra fagfelt og media at mange eldre har en dårlig ernæringsstatus. Dansk og svensk forskningslitteratur beskriver underernæring hos sykehjemspasienter som et aktuelt fenomen (8,12,20,21,23,24,25,26). Underernæring hos eldre er ofte knyttet til sykdom, funksjonssvikt og mistrivsel. Eldre i sykehjem hevdes å være en spesielt utsatt gruppe (23,24,31,32). Både Fossan (32) og Sidenval et al. (23) nevner miljømessige årsaker til underernæring hos eldre i sykehjem. Faktorer i omgivelsene gjør at de eldre mister matlysten. Sykdom og funksjonssvikt gjør spising både slitsomt og vanskelig, og de eldre kan oppleve å ikke få tilstrekkelig hjelp til tilrettelegging og spising. De kan også oppleve at det serveres mat som de ikke liker (Se Del 1).

Underernæring oppstår når næringsinntaket er mindre enn behovet, ved at behovet øker eller inntaket reduseres (31,33). Lipschitz (31) beskriver to typer av underernæring. Ved for lite energi-inntak ses «marasmus» som er en reduksjon av fettvev og etter hvert også muskelvev. Serum albumin er ofte normal, og vitale organer fungerer stort sett normalt. Den andre typen underernæring PEM (protein-energi-under-

ernæring) er nevnt av Lipschitz (31). Denne tilstanden definerer han som «en metabolsk respons på patologisk stress som medfører en signifikant økning i protein- og energi-behovet som er nødvendig for å opprettholde likevekt» (31, s. 274). Vanlige stressfaktorer hos eldre er akutte infeksjoner, trykksår, akutt hjerte- og lungesvikt og skader som for eksempel hjerneslag og lårhalsbrudd. Mowè (33) benevner denne typen underernæring som «Sykdomsassosiert underernæring». Han beskriver dette som en tilstand som involverer en inflammatorisk reaksjon med produksjon av cytokiner. Disse virker inn på pasientenes appetitt, kroppssammensetning og evnen til å metabolisere næringsstoffer. Naldahl (21) hevder at demenssykdom også utløser en slik hormonelt betinget stress-respons. Samtidig pådrar demente seg ofte større eller mindre traumer og sykdommer. I tillegg vegrer den demente seg ofte mot å spise samtidig med en manglende oppmerksomhet på egne behov og ferdigheter til å ivareta behovet for mat og drikke. Hos eldre vil underernæring i høyere grad enn hos yngre medføre tap av muskelmasse, og det er også vanskeligere å korrigere underernæring hos eldre (33).

Konsekvenser av underernæring hos sykehjemspasienter

Forskningsresultater viser en sterk sammenheng mellom underernæring og helsesvikt (3, 24,31,34). Konsekvenser av under- og feilernæring kan være svekkelse og avhengighet, infeksjoner, liggesår, mental forvirring, økt sykkelighet, økt dødelighet, lengre liggetid i sykehus og fall og bruddskader. Lipschitz (31) hevder at tilstanden som han benevner som PEM vil resultere i helsesvikt allerede etter to til tre dager hvis den ikke behandles. Helsesvikten består av vekttap, nedsatt immunforsvar, nedsatt mage/tarmfunksjon og nedsatt leverfunksjon. Konsekvensen blir økt sykkelighet og dødelighet hos de eldre, samt større forbruk av helsetjenester (jmf Del I).

Som det går fram av litteraturen som det henvises til, er eldre sykehjemspasienter utsatt for underernæring fordi de enten spiser for lite og/eller har lidelser som krever et spesielt kosthold for å unngå at kroppen tærer på egne reserver. Underernæring får store negative konsekvenser for pasientene når det gjelder helse og helseopplevelse.

Når sykehjemmene ikke sikrer at pasientene får tilfredstilt sine behov for mat og drikke slik at underernæring unngås, mislykkes man i å ivareta helsetjenestens formål med å «fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke og forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte». Man mislykkes også i å ivareta Helsepersonell – lovens § 4 om krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfullhjelp (17).

Samtidig får underernæring store negative ressursmessige konsekvenser for sykehjemmet da pleie og behandling av liggesår, infeksjoner, fallskader og andre komplikasjoner er en økonomisk belastning både for sykehjemmet og samfunnet for øvrig.

Å forebygge er viktigere og enklere enn å behandle

For å forebygge underernæring hos sykehjemspasienter er det viktig å vurdere pasientenes ernæringstilstand med vektkontroll hver måned for tidlig å kunne registrere eventuelle vekttap (3,8,22,33). Videre viser undersøkelser at ernæringstilskudd hos eldre pasienter med vekttap ofte kan ha god effekt (33). For å sikre kontinuitet og kvalitet i tiltakene til eldre som spiser for lite, er det viktig at deres spesielle behov når det gjelder mat og drikke samt aktuelle tiltak dokumenteres i sykepleieplanen (22,25). Behovet for å forbedre kvaliteten på dokumentasjonen av sykepleien ble diskutert over lengre tid i undervisningssykehjems-prosjektet i Oslo. Dette resulterte i et fagutviklingsprosjekt for å utvikle og prøve ut veiledende sykepleieplaner i regi av undervisningssykehjemmet i Oslo. Det ble prioritert å utvikle veiledende sykepleieplaner tilpasset grunnleggende behov hos sykehjemspasienter. Når det gjelder sykehjemspasienters behov for mat og drikke ble det utviklet en veiledende sykepleieplan knyttet til pasientens nedsatte evne til å spise og drikke selv og en annen knyttet til for lavt inntak eller absorpsjon av mat eller næringsstoffer (34).

Når det gjelder fastsetting av menyer og bestilling av brødtyper, melkeprodukter og pålegg etc, er det viktig at pasientenes ønsker kartlegges regelmessig (3,8,22).

I følge Elvbakken (8) er et viktig tiltak når det gjelder å forebygge underernæring hos eldre å sikre at nattfasten ikke blir for lang. Måltidsfordelingen bør være slik at det er maksimalt 12 timer mellom siste måltid på kvelden og første måltid neste dag. Videre bør det gis tilbud om fire faste måltider – frokost, lunsj, middag og kvelds – og *minst ett* mellommåltid (3). I følge Naldahl (21) og Sellevold (22) er det viktig at avdelingen vektlegger å utnytte alle døgnets muligheter til å tilby utsatte pasienter mat og drikke slik at tilbudet tilpasses den enkeltes pasients behov (jmf Del 1).

Mat er forbundet med fellesskap og tilhørighet, og måltidene plasserer mennesker fysisk sammen med bordet (21,30). For å gjøre måltidene til hyggelige, sosiale samlingsstunder for pasientene i sykehjemmet, er det viktig for mange pasienter hvem de sitter sammen med (22) og at måltidene er preget av god tid og en rolig og behagelig atmosfære (22,25).

Nyere anslag indikerer at 78% av pasientene i sykehjem har en demenslidelse (36). Demente har ofte nedsatt oppmerksomhetsevne. Dette gir seg ofte uttrykk i redusert evne til å skille mellom forskjellige former for stimulering, og lyder vil avlede den demente fra nødvendige gjøremål (37). Slik vil uro og lyder under måltidene hindre den demente i å holde oppmerksomheten på det å skulle spise og drikke. Undersøkelser viser at uro hos pasientene forsvant mer og mer når personalet satte seg ned og spiste sammen med de gamle, og pasientene satte ofte pris på at personalet satt sammen med dem under måltidene (8). Studier viser også at ved å ominnrede spiserom i sykehjem til en hyggelig, koselig spisestue med interiør og dekketøy som de eldre kjenner igjen fra sine mest aktive år, oppnår man at både demente og ikke demente pasienter spiser mer og at trivsel og allmenntilstand bedres i løpet av kort tid (3).

Kapittel 3. Forberedende aktiviteter

Som tidligere nevnt, var det første beskrevne tiltaket i forbindelse med ernæringsprosjektet, å «gjennomgå eksisterende rutiner og systemer for vurdering av ernæringsbehov, fastsetting av menyer, tidspunkter og organisering av måltidene m. m».

Etter at prosjektbeskrivelse var utarbeidet og godkjent i begynnelsen av november 1999 tok det tid å etablere en prosjektgruppe og beramme et første møte 16. februar 2000. Denne tiden ble benyttet til å kartlegge og beskrive aktuelle strukturer i sykehjemmet som sannsynligvis ville virke inn på arbeidet med prosjektet. Det ble også tatt initiativ til, gjennom ledermøtet, å kartlegge pasientenes ernæringstilstand og avdelingenes rutiner når det gjaldt vektkontroller. Nyttige innspill fra daværende leder for Undervisningssykehjemsprosjektet i Oslo, Marit Kirkevold, ble gitt både i forkant og underveis i prosjektet.

Beskrivelse av undervisningssykehjemmet i Oslo

Ved oppstart av prosjektet hadde undervisningssykehjemmet i Oslo 88 sykehjems-pasienter fordelt på 5 avdelinger, 12 rehabiliteringspasienter på rehabiliteringsposten og 32 aldershjems-pasienter fordelt på to avdelinger. Undervisningssykehjemmet i Oslo bestod av tre bygninger som lå i fysisk nærhet til hverandre.

*Tabell 1. Beskrivelse av undervisningssykehjemmet i Oslo, våren 2002.
(N = 88 sykehjemspasienter/12 rehabiliteringspasienter).*

Trygdeboligen	22 aldershjems-pasienter.	
Aldershjemmet	20 sykehjemspasienter og 10 aldershjems-pasienter	
Post 2. Rehabiliteringspost	12 pasienter	
Post 3. Sykehjemspost	14 pasienter	
Post 4. Sykehjemspost	16 pasienter	
Post 5. Aldersdemente	16 pasienter	
Post 6. Sykehjemspost	22 pasienter	
Kjøkken	Aktivitetsavdeling	Husøkonomavdeling

Undervisningssykehjemmet i Oslo hadde institusjonssjef som administrativ leder. Institusjonssjefen var fysioterapeut. I stab hadde hun en assisterende institusjonssjef og en fagutviklingskonsulent som begge var sykepleiere. Fagutviklingskonsulenten hadde en delt stillingsfunksjon som sykehjemmets fagutviklingskonsulent på den ene siden og med en type koordinatorfunksjon mellom det aktuelle sykehjemmet og Undervisningssykehjemssprosjektet som en annen funksjon. En av oppgavene til fagutviklingskonsulenten var å være prosjektansvarlig for ernæringsprosjektet. Institusjonssjefen var leder for «Ledergruppen» som bestod av assisterende institusjonssjef og fagutviklingskonsulent, alle avdelingssykepleierne samt kjøkkensjef, husøkonom og ledende aktivitør. Ledergruppa hadde ukentlige møter.

Kjøkkenet

Kjøkkenet produserte middag til sengeavdelingene/avdelingene samtidig som de distribuerte tørrmat. Det å ha eget kjøkken som produserte varm mat ble sett på som en viktig faktor når det gjaldt å ivareta pasientenes ernæringsbehov og for å sikre pasientene kvalitet gjennom valgfrihet og medbestemmelse. Det var derfor viktig å beholde produksjonen av varm mat på eget kjøkken på sykehjemmet i en tid hvor Oslo kommune sentralt signaliserte sentralisering og konkurranseutsetting av varmmatproduksjon til storkjøkken. Kjøkkenet hadde de siste to årene overskredet eget budsjett. Derfor ble det fra ledelsen vektlagt at kjøkkenets aktiviteter skulle holdes innenfor budsjettmessige rammer.

Sykehjemmet hadde en rullerende middagsmeny over 6 uker. Personale og pasienter deltok ikke aktivt i utarbeidelse av middagsmenyene. Pga nødvendige innsparinger, var det restriksjoner når det gjaldt tilbud på tørrvareprodukter, eksempelvis meieriprodukter og påleggsorter.

Avdelingene

Flere av sengeavdelingene hadde organisering av måltidene og rammene rundt disse som tiltak i sine handlingsplaner. En av personalet på hver avdeling hadde ansvaret for bestilling av både varm mat og tørrmat tre ganger i uka.

Pasientene smurte i liten grad maten sin selv. På de fleste sengeavdelingene satt personalet sjelden sammen med de pasientene som kunne spise selv. Kun enkelte pasienter fikk disse tilbudene i forbindelse med frokostgrupper som aktivitørene tok ansvar for noen dager i uka. På mange av avdelingene spiste de fleste av pasientene i en felles, stor spisesal. Spisesalene hadde et hjemlig, men heller moderne preg når det gjaldt valg av møbler etc.

Samarbeidet mellom kjøkken og avdelinger

Det ble benyttet et felles dataprogram for bestilling av mat på hver post/avdeling. De av personalet som hadde ansvar for matbestilling fikk opplæring i bruk av dette. Programmet viste også prisen på de forskjellige produktene og beregnet total kostnad samt kostnad pr avdeling. Kjøkkensjefen hadde ansvar for oppfølging og kontroll.

Kjøkkenpersonalet opplevde ofte kritikk fra personalet på sengeavdelingene. Personalet på sengeavdelingene opplevde å ikke bli hørt av kjøkkenpersonalet og/eller ikke få alle typer matvarer som de hadde bestilt.

Pasientenes ernæringstilstand før prosjektstart

Et av hovedmålene med det nasjonale undervisningssykehjemsprosjektets var å «bidra til å heve og sikre kvalitet og kompetanse relatert til gamle, med særlig vekt på sykehjemstjenestene (28). NSF introduserte «Kvalitet i helsetjenesten» som et brukerfokuser system for kontinuerlig forbedring av kvalitet (29). Her beskrives en kvalitetssikringsprosess med tre faser: *den beskrivende fase, vurderingsfasen og handlingsfasen*. Et av trinnene i den beskrivende fase er å kartlegge status når det gjelder kvalitetsnivået innenfor en avdeling eller enhet.

I begynnelsen av januar 2000 ble det å måle pasientens vekt og høyde tatt opp som sak på det ukentlige ledermøtet ved undervisningssykehjemmet i Oslo. Avdelings- sykepleierne tok ansvaret for at det ble foretatt vektkontroller av alle pasientene. Samtidig ble pasientenes høyde målt for å kunne beregne KMI (Kroppsmasse index) (se Del I s.20). Hensikten var å kartlegge status og dermed tydeliggjøre behovet for å kvalitetssikre ivaretagelse av pasientenes behov for mat og drikke.

Som avtalt på ledermøtet, ble brev med forespørsel om vektkontroll og måling av høyde på alle pasientene samt «veieskjema» sendt til avdelingssykepleier på alle avdelingene. Som avtalt hadde avdelingene en frist på to uker til å registrere høyde og vekt på pasientene. Det skulle ikke måles høyde og vekt på alvorlig syke og/eller døende pasienter.

Det viste seg at avdelingene ikke hadde skriftlige eller innarbeidede rutiner for registrering av pasientenes høyde og vekt. Vektkontroller var sjeldne og tilfeldige.

Etter avsluttet registrering ble det tatt kontakt med avdelingene for å kunne gjennomgå resultatene i forhold til den enkelte pasient. Dette ble ofte gjort i samarbeid med ansvarlig sykepleier – på enkelte avdelinger deltok også fast ansatte hjelpepleiere og pleieassistenter. Resultater viste at flere av pasientene var undervektige og/eller hadde hatt større vekttap den siste tiden uten at dette var dokumentert i pasientjournalen. Ved presentasjon av resultatene ble mulige årsaker til lav vekt og/eller vekttap belyst, og aktuelle tiltak generelt og i forhold til den enkelte pasient spesielt ble vurdert. Det ble også avtalt oppfølging med regelmessig vektkontroll.

Etablering av prosjektgruppe

Ut fra tidligere erfaringer med ernæringsprosjekt i sykehjem (22,25) ble det fra starten av vektlagt et nært samarbeid med kjøkkenet. Sykehjemmet hadde nettopp ansatt ny kjøkkensjef som i tillegg til kokkutdannelse også var utdannet kostøkonom.

Han var interessert i et nært samarbeid i forbindelse med prosjektet og fikk en sentral rolle i prosjektgruppa.

Delaktighet og medbestemmelse hos personalet er ofte sentrale suksessfaktorer når det gjelder endring i praksis. En vellykket utviklingsprosess forutsetter at hele personalgruppen utvikler et eierforhold til endringen. Muligheten for dette øker hvis personalet engasjeres underveis i prosessen (29). Med bakgrunn i dette ble det lagt vekt på at alle avdelingene skulle være representert i gruppa, også aktivitetsavdelinga og husøkonomavdelinga. Ved oppstart bestod prosjektgruppa av prosjektansvarlig og kjøkkensjef samt sykepleier, fire hjelpepleiere, en aktivitør, en miljøarbeider, en kjøkkenassistent, en husøkonom og en bioingeniør. Det var også ønskelig med personale med forskjellig faglig og erfaringsmessig bakgrunn for å få fram flere nyanser og problemstillinger i arbeidet. Mowé (33) anbefaler at det bør etableres et ernærings-team med lege, sykepleier, hjelpepleier og ernæringsfysiolog på alle sykehus. Han viser også til engelske undersøkelser som viser at utgifter knyttet til parenteral og enteral ernæring ble betydelig redusert ved opprettelse av slike team. Sykehjemmet hadde tilsynslege i hel stilling på daværende tidspunkt. Tilsynslegen var blitt forespurt og ville gjerne samarbeide, men hadde ikke kapasitet til å delta på prosjektmøtene. Det var ikke ansatt ernæringsfysiolog i bydelen, men det ble etablert et nært samarbeid med ernæringsfysiologer i Helsevernetaten i Oslo kommune som gav oss støtte og veiledning.

Prosjektgruppa var ment å skulle ivareta flere funksjoner. Den var en viktig kilde for å beskrive aktuell status når det gjaldt ivaretagelse av pasientenes behov for mat og drikke. Deltakerne i gruppa skulle også beskrive og formidle pasientenes behov og ønsker, og være ressurspersoner i forhold til kompetanse- og kvalitetutvikling

Ernæringsgruppa hadde sitt første møte i midten av februar 2000. Fokus for møtet var å presentere oss for hverandre og starte på en «bli – kjent» prosess. Det ble også gjort en «brainstorming» om hvordan «det gode måltidet» burde være for pasientene på sykehjemmet. Her kom det fram at personalet vektla:

- Ro under måltidene, nok tid, tilpasset hjelp til å spise og drikke.
- God, appetittvekkende og næringsriktig mat og drikke som de gamle har lyst på.
- Hyggelige omgivelser, servietter og lys, delikat anrettet mat.
- Kompetanse, nødvendige hjelpemidler, dialog mellom personale/kjøkken, god hygiene og egnede lokaler.

Det var enighet om å møtes en time hver 14. dag framover. På grunn av mange andre aktiviteter, var det vanskelig å finne en fast dag. Planene når det gjaldt møtene for våren 2000, var i første omgang å starte arbeidet med Tiltak 1 i Undervisnings-sykehjemsprosjektets handlingsplan som gikk ut på å gjennomgå eksisterende rutiner og systemer for vurdering av:

- ernæringsbehov,
- fastsetting av menyer,
- tidspunkter og
- organisering av måltidene m.m.

Medlemmene i gruppa skulle beskrive rutiner på egne avdelinger. På spørsmål om hva deltakerne ønsket å bruke gruppa til, viste det seg imidlertid å være et stort behov for dialog mellom kjøkkenet og avdelingene når det gjaldt matbestillinger, ukemenyer, pasientenes spesielle ønsker etc. Aktuelle tema på de første møtene våren 2000 var derfor:

- Nytt internt nettverk for matbestilling.
- Justering av mengde varmmat til avdelingene.
- Pasientenes spesielle ønsker når det gjaldt varmmat, tørrmat og kaker. Kjøkkensjefen tok tidlig initiativ til å sende middagsmenyen på «høringsrunder» til pasientene. Personalet i prosjektgruppa innhentet pasientenes meninger og formidlet disse videre i gruppa.
- Tilbakemelding til kjøkkenet skulle gis gjennom kjøkkensjefen på en saklig og objektiv måte.
- Flere avdelinger manglet kakeasjetter og middagsservise. Husøkonom kunne levere hvite duker og lys og servietter til alle avdelingene hver helg og høytid.

Senere på våren 2000 ble møtene i prosjektgruppa, som raskt fikk navnet *Ernæringsgruppa*, benyttet til å gjennomgå og beskrive eksisterende rutiner refr. Tiltak 1. Gjennom å beskrive rutinene på de forskjellige avdelingene for hverandre i gruppa, inspirerte man også hverandre med gode ideer og forslag til endringstiltak. Dette medførte at man allerede i denne fasen startet med endring av rutiner på flere av avdelingene.

Kartlegging

Eksisterende rutiner og systemer innenfor den enkelte avdeling for å ivareta pasientenes behov for mat og drikke ble kartlagt. Som tidligere nevnt beskrev deltakerne i gruppa rutinene og systemene på egne avdelinger. Med utgangspunkt i gruppas mandat stilte leder for ernæringsprosjektet målrettede spørsmål til gruppa og skrev utfyllende notater. Leder for ernæringsprosjektet deltok også i ledermøtet og innhentet informasjon her. Når det gjaldt tidspunkter for måltidene måtte alle avdelingene fylle ut et registreringsskjema over tidspunkt for og antall måltider.

Vurdering av ernæringsbehov

Når det gjaldt rutiner for vurdering av ernæringsbehov oppga gruppa at man observerte om pasientene spiste lite, og/eller var blitt tynnere. Man målte pasientenes vekt sporadisk, men ikke hver måned. Man målte også vekt på nye pasienter. Mange uttrykte usikkerhet i forhold til å vurdere hvor mye mat den enkelte pasient hadde behov for. Når pasienter hadde spesielle behov i forhold til mat og drikke ble dette ofte ikke beskrevet i sykepleieplanen. Pleiepersonalet beskrev usikkerhet i forhold til legens rolle når det gjaldt pasienter som var utsatt for underernæring.

Det viste seg variabelt hvorvidt sykepleierne så på underernæring som et medisinsk problem og rapporterte denne problemstillingen videre til tilsynslege. Afi-B total injeksjoner ble i en del tilfeller gitt til pasienter med dårlig matlyst. Det ble også gitt kosttilskudd som Afi-nutrin til pasienter som spiste lite og/eller hadde hatt vekttap, men det var ikke innarbeidet rutiner for dette.

Fastsetting av menyer

Tidligere var ikke pasienter og personale tatt med på råd når det gjaldt fastsetting av middagsmeny. Pasientene ble sjelden spurt om hva de ønsket som pålegg på brødmat, men forsynte seg fra fat med ferdig smurte brødkiver. Kvalitet og valgmulighet når det gjaldt brødmåltid varierte etter hvem som tilberedte den. Hva som ble kjøpt inn av pålegg, mat til høytider etc. ble avgjort i ledergruppa, ofte etter forespørsel fra kjøkkensjefen. Matkardex og sykepleieplaner var sjelden tatt i bruk for å dokumentere og formidle pasientenes spesielle ønsker. På flere av sengeavdelingene pleide personalet av og til å koke kakao til aftensmat, noe pasientene satte stor pris på.

Organisering av måltider

Ved gjennomgang av organiseringen av måltider i avdelingene kom det fram at i noen avdelinger spiste alle pasienter i samme spisestue. Dette førte til mye uro og forstyrrelser under måltidene, ofte i form av høyt snakk og roping fra pasienter og personale. Heller ikke alle pasienter passet eller trivdes sammen slik at det kunne oppstå uoverensstemmelser pasienter i mellom.

Som tidligere nevnt fikk pasientene i liten grad anledning til å forsyne seg selv med varm mat eller forsyne seg med og smøre tørrmat selv. Ofte, og spesielt om kveldene og i helgene, var det problematisk å gi den enkelte pasient nok tid, ro og hjelp til å spise. Personalet satte seg i liten grad ned sammen med pasientene under måltidene.

Sykehjemmet hadde et pent kaffeservise som kunne benyttes ved feiring av bursdager, fester etc. Mange av sengeavdelingene ønsket seg pent og hensiktsmessig middagsservise med tilhørende serveringsfat til bruk på hverdager. Det ble i liten grad lagt vekt på å gjøre forskjell på hverdag og helg gjennom å pynte bordene i helgen med hvite duker, fargede lys og servietter etc. Flere poster manglet kakeasjetter noe som ofte resulterte i at kake til ettermiddagskaffen ble servert på en serviett.

Ved gjennomgang av tidspunkter for måltider, var det store variasjoner både i forhold til tidspunkter for måltider og antall måltider i løpet av døgnet. Med måltider menes hovedmåltidene frokost, middag og kveldmat som ble avvirket til faste tider på alle avdelingene. I tillegg kommer mellommåltider i form av drikke og frukt, kaffe og kake og senkvelds. Antall måltider varierte avdelingsvis fra 4 til 7 i løpet av døgnet. To av avdelingene hadde ikke tilbud til pasientene om noe å spise etter kveldsmaten kl. 18.00. De avdelingene som tilbød pasientene senkvelds, oppga å bare servere denne til utvalgte pasienter. Det som avgjorde om disse pasientene fikk tilbud om et

sent kveldsmåltid, var ofte at de satt lenge oppe om kvelden, og ikke at de var undervektige og/eller spiste lite og/eller hadde hatt et større vekttap.

Hva tidspunkt for måltidene angikk, var det som tidligere nevnt store variasjoner sengeavdelingene imellom. Tidspunkt for frokost varierte fra kl. 09.00 – 10.00. På enkelte av sengeavdelingene kunne pasienter som var tidlig oppe, få tilbud om kaffe, kjeks og en eventuelt tidlig frokost. De fleste avdelingene tilbød pasientene et lite måltid, ofte saft og eventuelt frukt eller et mellommåltid mellom klokken 10.30 og 12.00. Servering av middag varierte mellom de forskjellige avdelingene fra 13.00 – 14.30. Når det gjaldt ettermiddagskaffen, ble denne ofte servert ved 15.30 – 16.00 tiden.

Behov for å øke kompetansen hos personale

Prosjektdeltakerne etterlyste kunnskap om eldre og ernæring tidlig i prosjektfasen. Tema som ble etterspurt var kosthold til eldre, ernæringsproblemer hos eldre, måltidenes/matens betydning, dietter og erfaringer fra tilsvarende endringsarbeid. For å sikre kontinuitet når det gjaldt kompetanse om kosthold og ernæring til eldre, ble det oppnevnt et varamedlem for den enkelte. Det ble arrangert et heldags kurs om eldre og ernæring for alle i ernæringsgruppa samt varamedlemmer. Alle avdelingene var representert med til sammen 14 deltakere. Følgende temaer ble belyst på kurset:

- Matens betydning.
- Under- og feilernæring hos eldre.
- Etske problemstillinger rundt spising og måltider.
- Hvor mye mat trenger en gammel kropp? Vurdering av ernæringsbehov.
- Endring av måltidsrutiner.
- Bruk av sykepleieplan for å møte individuelle behov hos brukerne når det gjelder mat og drikke.

Valg av innhold ble foretatt med utgangspunkt i prosjektdeltakernes ønsker og prosjektansvarliges vurdering av deltakernes behov for kompetanse. Prosjektdeltakerne ønsket spesielt å få arbeide med temaet «Etske problemstillinger rundt spising og måltider», og til det ble det satt av to undervisningstimer.

Generelt på sykehjemmet var dokumentasjon av sykepleien mangelfull. Det manglet sykepleieplaner for mange av pasientene, og andre sykepleieplaner var ikke oppdaterte. Prosjektansvarlig hadde i et lignende prosjekt erfart nødvendigheten av oppdaterte sykepleieplaner til alle pasientene for å kunne ivareta pasientenes individuelle behov for mat og drikke (22). Dette sikrer igjen kvalitet og kontinuitet i forhold til den enkelte pasient (38). Forskift om dokumentasjonsplikt og behandling av pasientjournal var ute til høring i denne perioden. Forskriften var entydig når det gjaldt alle som yter helsehjelp sin plikt til å dokumentere pasientenes behov for helsehjelp og den aktuelle helsehjelpen som gis. Med bakgrunn i dette ble også bruk av sykepleieplan sett på som en viktig del av innholdet på kurset.

I løpet av høsten samme år, ble det etter forespørsel fra prosjektdeltakerne, også undervisning om temaene:

- Kosthold ved Cøliaki.
- Natriumredusert kost.
- Diabeteskost.
- Kost ved Parkinsons sykdom.
- Næringstett kost ved vekttap og dårlig matlyst.

Denne undervisningen ble lagt inn som en del av to av møtene i prosjektgruppa for å unngå at medlemmene i gruppa måtte være borte fra avdelingen i ennå større grad.

Det var også et ønske i prosjektgruppa at alle sengeavdelingene burde få tilbud om internundervisning om tema eldre og ernæring samt informasjon om prosjektet samme høst. Av ulike årsaker ble ikke internundervisning gjennomført på alle avdelingene. Eldre og ernæring var imidlertid tema på alle pleieassistentkurs som ble arrangert regelmessig to – tre ganger i året på institusjonene. Eldre og ernæring var også tema ved andre kompetanseutviklingsprogram som ble arrangert for ulike personalgrupper i sykehjemmet (27).

Endringsmotivasjon

Etablering av ernæringsgruppa og utveksling av kunnskap og erfaringer samt et nærmere samarbeid med kjøkkenet, skapte tidlig en motivasjon i gruppa til å starte enkelte endringer.

I starten av prosjektet var sykehjemmet i gang med å etablere et internt nettverk i forhold til matbestilling. Nettverket hadde også forbindelse til bydelens økonomiavdeling slik at budsjettstyring var en del av intensjonen med et slikt nettverk. Gjennom ernæringsgruppa fikk kjøkkensjefen gitt direkte informasjon til mange av de pleierne som hadde ansvaret for matbestillinger på avdelingene.

Betydningen av å kartlegge pasientenes ernæringstilstand hadde allerede vært tatt opp på ledermøtet før oppstart av prosjektet. For deltakerne i ernæringsgruppa ble det lagt vekt på viktigheten av å følge opp det å veie pasientene regelmessig hver måned, følge med på hva de spiste og drakk og dokumentere aktuelle behov og tiltak i den enkelte sykepleieplan. Det ble beskrevet hvilke kosttilskuddsprodukter man hadde på sykehjemmet. Kjøkkensjefen anbefalte også pleierne å bestille proteinrik kost fra kjøkkenet til pasienter som hadde sår, vekttap og/eller var undervektige.

På et av de første møtene tok kjøkkensjefen initiativ til en høringsrunde blant pasientene når det gjaldt middagsmenyen. Pleierne tok kjøkkensjefens forslag med tilbake til sengeavdelingene, samtalte med en del av pasientene, fikk konkrete forslag og ønsker og formidlet disse tilbake til kjøkkensjefen. Det kom også fram ønske om å servere egg og bacon som lørdagskos, eventuelt til frokost enkelte søndager som en variasjon til kokt egg. Pleierne rapporterte hva slags type pålegg pasientene likte spesielt, slik at kjøkkensjefen kunne bestille det. Mange av pasientene ønsket større

variasjon av kaker til ettermiddagskaffen, spesielt savnet de gjærbakst. Bløte kaker til helg og høytid var også populært.

Det ble diskutert i gruppa at man i større grad skulle tilby pasientene frokost etter hvert som de stod opp om morgenen og samtidig tilby et sent aftensmåltid spesielt til pasienter som var undervektige, spiste lite og/eller hadde hatt større vekttap. Viktigheten av at pasientene fikk spise når de gav uttrykk for at de ønsket det, ble også vektlagt.

Husøkonom informerte om at det var nok hvite duker og kapasitet til å vaske disse slik at posten kunne bestille hvite duker eksempelvis til søndagsmiddagen. Videre kunne sengeavdelingene bestille fargede lys og servietter til helg og høytid. Pleierne skulle undersøke muligheten for at flere pasienter kunne få tilbud om å smøre brødmat selv.

Når det gjaldt nytt servise og kaketallerkener, skulle de sengeavdelingene som hadde spesielt behov for dette undersøke muligheten for innkjøp innenfor avdelingens budsjett. Det ble samtidig avtalt å fremme dette som sak til ledermøtet for å få vurdert institusjonen som helhet sitt behov for nytt servise og samtidig engasjere lederne i saken.

Ernæringsgruppa fortsatte med regelmessige møter hver 14 dag våren 2001, og arbeidet med å kartlegge og vurdere pasientenes ernæringstilstand og hvordan personalet ivaretok utsatte pasienters behov for mat og drikke ble startet.

Kapittel 4. Utvikling og vurdering av kvalitetsmål og kriterier

NSF (29) definerer kvalitetsmål som å skulle gi uttrykk for «et nivå for tjenester som passer for den aktuelle målgruppen og som det er enighet om i faggruppen. Kvalitetsmålet gjenspeiler det som er et akseptabelt, oppnåelig og vurderbart nivå av tjenester» (29, s. 28). Kvalitetskriterier «beskriver de egenskaper ved tjenesten som er vurderbare. De gjenspeiler intensjonen i et kvalitetsmål ved å konkretisere krav til ressurser, handling og resultater. Det er tre typer av kriterier: struktur, prosess og resultat (29, s. 28). Høsten 2000 ble det arbeidet med hvordan «det gode matstell og måltid» burde være gjennom å beskrive 5 *kvalitetsmål* med tilhørende kriterier. Videre ble det vurdert hvorvidt de forskjellige avdelingene nådde kvalitetsmålene og oppfylte kriteriene i forhold til å ivareta pasientenes behov for mat og drikke.

Utvikling av kvalitetsmål og kriterier

Fra høsten 2000 til våren 2001 arbeidet ernæringsgruppa fram en beskrivelse av «det gode matstell og måltid». Flere arbeidsmøter ble brukt til dette, og med bakgrunn i notater og referater fra møtene ble følgende kvalitetsmål formulert:

- Pasientenes ernæringsstilstand og ernæringsbehov er vurdert.
- Pasientene får dekket sine behov for tilstrekkelig mat og drikke.
- Pasientene opplever medbestemmelse og valgmuligheter i forbindelse med måltidene.
- Pasientene opplever måltidene som hyggelige, sosiale samlingsstunder.
- Pasientenes behov og ønsker sikres gjennom et godt samarbeid mellom kjøkkenet og avdelingene.

Samtidig framgikk det av notater og referater fra møtene i ernæringsgruppa at en rekke kvalitetskriterier var beskrevet. Disse ble klassifisert innenfor de forskjellige kvalitetsmålene og konkretiserte etter hvilke ressurser som var nødvendige i institusjonen for å nå kvalitetsmålet, (*ressurskriterier*), hvilke effekter man ønsket å oppnå i forhold til pasientenes helsetilstand, opplevelse, adferd etc. (*resultatkriterier*) og ikke minst hvilke handlinger personalet måtte iverksette for å nå de ønskede resultater (*prosesskriterier*) (29).

Å beskrive prosesskriterier var samtidig å beskrive en standard for «det gode måltidet». Som kilder for å beskrive «det gode måltidet» ble Kvalitetsforskriften benyttet (1), samt andre aktuelle lover og forskrifter (16).

Pleiepersonalet samtalte med pasienter og tok med viktig informasjon tilbake til gruppa. Deltakerne i ernæringsgruppa delte kunnskap og erfaringer med hverandre samt at de møtte personale fra andre sykehjem som jobbet med tilsvarende prosjekt gjennom et felles fora for personale i Oslo kommune. Prosjektansvarlig tok ansvaret for å hente inn aktuell og ny kunnskap og forskningsresultater om tema og formidle dette videre til deltakerne i ernæringsgruppa.

Et viktig perspektiv var å se på en standard som et ideal for praksis, men ikke som et mål i seg selv. Det må alltid ligge et faglig skjønn til grunn for hvor restriktiv en slik standard skal følges (21). Gjennom å beskrive kvalitetsmål og kriterier ble det synliggjort hvilke resultater som var ønskelig å oppnå hos pasientene samt hva personale måtte gjøre. Hva som var «det gode måltidet» for den enkelte pasient ville alltid kunne variere ut fra dagsform og situasjon for den enkelte pasient, men også i forhold til andre pasienters situasjon og strukturelle forhold i avdelinga (22). Det ble viktig for oss å poengtere skriftlig i beskrivelsen av kvalitetsmål og -kriterier at alle målene ikke var realistiske når det gjaldt alle pasientene. Hos mange sykehjemspasienter kan et vekt tap være en konsekvens av et komplekst sykdomsbilde og/eller livsavslutning. Slike tilstander kan ofte ikke endres. «Det gode måltid» for denne gruppen pasienter ville være å hjelpe dem til å spise og drikke det de hadde lyst på, men ikke «nøde» eller mase for å få dem til å spise. For andre pasienter kunne det være nødvendig å informere om hva de burde spise og konsekvensene av å ikke spise nok og riktig mat. Betydningen av at avvik fra en standard krever faglig begrunnelse ble poengtert (21,22).

Rohtenberg (25) beskriver viktigheten av å ha faste rutiner og definerte ansvarsområder når det gjelder å vurdere ernæringstilstand og forebygge underernæring hos eldre i institusjon. Utforming av kvalitetsmål- og kriterier var første skritt på veien til å beskrive rutiner og definere ansvarsområder. Kvalitetsmålene og -kriteriene ble drøftet i flere ulike ledermøter og endelig vedtatt i april 2001 etter refleksjoner og diskusjoner i dette møtet med forslag til nærmere utdyping og beskrivelse av kriterier spesielt i forhold til kriterienes oppnåelighet og akseptbarhet.

Kartlegging for å finne de utsatte pasientene

Hellevik (39) forklarer dimensjon som «det settet av beslektede variabler som kan ses som ulike aspekter ved samme egenskap (39, s. 129). Ernæringstilstand kan ses som en dimensjon. Når en bruker noen utvalgte variabler for å representere en dimensjon, kalles disse ofte for indikatorer for dimensjonen (39, s. 130).

Valg av indikatorer og måleinstrument for å bedømme ernæringstilstand

Forskjellige forfattere vektlegger forskjellige indikatorer og metoder for å bedømme ernæringstilstand (12,22,25,33,40,41,42).

Det var viktig å velge ut indikatorer som var enkle å måle og vurdere i praksis. Registrering av *vekt* og *vekttap* framstod som sentrale indikatorer. Ved å registrere pasientenes *høyde*, ville *KMI* (*kroppsmasse index*) kunne beregnes. *Mattinntak* burde også la seg gjøre å registrere.

Som beskrevet i kapittel 2, er årsakene til underernæring hos eldre mangfoldige og sammensatte. Royal College of Nursing (43) har utarbeidet et vurderingsskjema for å vurdere ernæringsrisiko hos eldre «*Vurderingsskjema: Ernæringsrisiko hos eldre – vurdering av underernæring*». Skjemaet verdisetter forskjellige risikofaktorer i forhold til underernæring hos eldre samt målt og/eller klinisk vurdert ernæringstilstand. De forskjellige risikofaktorene beskrives innenfor gruppene; *kroppbygning/vekt i forhold til høyde, hud, kjønn, matinntak, stemningsleie, sosiale faktorer og tilleggsfaktorer som sykdommer, symptomer og skade*. Ut fra score fra 11 – 30+ kategoriseres pasientene innenfor fire grupper:

- normal ernæringstilstand (mindre enn 10),
- moderat risikogruppe (10 – 19),
- høy risikogruppe (20 - 29 og
- svært høy risikogruppe (30+).

Skjemaet var utprøvd i en tidligere undersøkelse hvor det var oversatt til norsk og foretatt små justeringer av variabler som ikke var relevante i forhold til eldre sykehjemspasienter i Norge (22) (se vedlegg II). I tillegg til å være et velegnet vurderingsinstrument, erfarte man at skjemaet var et godt læringsredskap. Pleiepersonalet lærte mye om eventuelle risikofaktorer og årsaker til underernæring, noe som kom dem til nytte i forhold til å bedømme risikopasienter og vurdere nødvendige tiltak (22). Derfor ble vurderingsskjemaet benyttet også i denne undersøkelsen.

Cederholm (12) hevder at måling av hudfoldtykkelse og armmuskelomkrets krever trening for å oppnå nøyaktighet og anbefaler disse metodene kun brukt i forsknings-sammenheng. I vurderingsskjemaet ble begrepene «Synlig under normal vekt» og «Synlig svært tynn» benyttet som alternativ i de tilfeller hvor det ikke lot seg gjøre å beregne KMI. Her ble personalet bedt om å vurdere pasientenes utseende spesielt i forhold til framtrepende kravebein og skulderblad, og ved å klemme hudfold på overarm mellom fingrene

Utfylling av vurderingsskjemaet

Pleiepersonalet, og da gjerne primærkontakt, ble bedt om å registrere indikatorene *vekt, høyde, KMI og vektap siste seks måneder og/eller siste måned* i vurderingsskjemaet. Planen var at prosjektansvarlig i samarbeid med ansvarlig sykepleier, primærkontakt, studenter med ansvar for pasienter og/eller annet personale som hadde kjennskap til pasientene skulle fylle ut skjemaet. Hensikten med dette var å få en mest mulig nøyaktig vurdering av den enkelte pasient og å utnytte den faglige nytten av utfyllingen av vurderingsskjemaet. Hvem som til slutt var tilstede, varierte dessverre fra avdeling til avdeling og fra primærgruppe til primærgruppe. Sykepleieplanene ble benyttet som informasjonskilde

Pasientenes ernæringstilstand

Nedenfor vises resultatene fra vurderingen av pasientenes ernæringstilstand samt risikopasienter. Både sykehjemspasientene og rehabiliteringspasientene er med i undersøkelsen. Beck (20) definerer undervekt hos pasienter som har en KMI under 20 og som underernærte når KMI er mindre enn 18.5. Ernæringstilstand er vanskelig å bedømme nøyaktig. Litteraturen skiller mellom metoder benyttet i klinikk og forskning. Begrepet *undervektig* ble valgt når det gjaldt pasienter med KMI mindre enn 20 og *risikopasient* i forhold til score når det gjaldt ernæringsrisiko. Tilstanden underernæring er ikke vurdert i denne kartleggingen

Tabell 2. Oversikt over pasientenes ernæringstilstand (N= 100)

	Resultat	Avdelingsvise variasjoner	Totalt
Synlig undervektig/KMI < 20	31	2 - 9	N=100
Høy risikogruppe	22	1 - 6	N=100
Svært høy risikogruppe	23	2 - 6	N=100
Vekttap på 10% siste 6 mnd. eller 5% siste mnd	18	2 - 4	N=100

I tabellen over vil enkelte pasienter kunne ha score på flere enn en variabel. I tillegg vil det være pasienter som har hatt mindre vekttap, eller hvor man ikke kjenner til eventuelt vekttap fordi pasientene nylig er flyttet til sykehjemmet eller at vekt-kontroll ikke er registrert. Som det går fram av tabellen over, var det relativt store variasjoner mellom de seks avdelingene. Samtidig var det variasjoner når de gjaldt antall pasienter pr avdeling fra 12 – 22.

Når det gjelder *synlig undervekt*, forekommer dette hos nærmere 1/3 del av registrerte pasienter. Sammenhengen mellom synlig undervekt og vekttap den siste tiden, varierer. I noen tilfeller har pasientene alltid vært tynne uten at dette hadde sammenheng med høy sykелighet.

Når det gjelder *ernæringsrisiko*, befinner nesten halvparten av pasientene seg innenfor *høy eller svært høy risikogruppe*. Dette indikerer at pasientene hadde høy sykелighet, spiste lite og/ eller hadde behov for mye hjelp til å spise og drikke.

Om lag 1/5 del av pasientene hadde hatt *et betydelig vekttap*. Når det gjelder vekttap hos eldre sykehjemspasienter, kan dette i noen tilfeller være et resultat av sykелighet og livstretthet, og i enkelte tilfeller vil en slik tilstand ikke kunne heves. I andre tilfeller er årsaken at pasienter ikke får riktig og/eller tilstrekkelig mat og tid og hjelp nok til å spise.

Videre undersøkelse ble kun gjort i forhold til de pasientene som ble vurdert som risikopasienter. Til sammen 47 pasienter av totalt 100, var undervektige og/eller risiko-

pasienter. Det var ganske store variasjoner fra avdeling til avdeling (5 – 11). Årsakene til variasjonene kan være flere, eksempelvis sykkelighet hos pasientene, antall pasienter i avdelinga, kontinuitet og kompetanse i personalgruppen og ikke minst hva slags hjelp pasientene fikk til å spise og drikke.

Vurdering av kvalitetsmål og -kriterier med drøfting av resultater

Som beskrevet innledningsvis i kapittelet , ble det i neste fase av prosjektet vurdert hvorvidt de forskjellige avdelingene nådde kvalitetsmålene og oppfylte kriteriene i forhold til å ivareta utsatte pasienters behov for mat og drikke.

Vurdering av prosesskriterier Kvalitetsmål 1: Pasientenes ernæringstilstand og ernæringsbehov er vurdert

Med bakgrunn i de beskrevne prosesskriteriene ble det utarbeidet et strukturert registreringsskjema relatert til kvalitetsmål 1 og 2. Hensikten med undersøkelsen i forhold til Kvalitetsmål 1 var å undersøke graden av samsvar mellom prosesskriteriene og aktuell praksis på de forskjellige sengeavdelingene på sykehjemmet.

Tabell 3. Prosesskriterier. Vurdering av pasientenes ernæringstilstand

	Ja	Nei	Delvis	Vet ikke	Ikke aktuelt	Totalt
Problemstilling rapportert til lege	3	12	0	4	0	47
Ernæringstilstand vurdert av lege	18	17	1	11	0	47
Klinisk tilstand vurdert av lege	37	7	0	3	0	47
Ernæringstilstand vurdert på siste årskontroll	11	3	0	28	5	47
Regelmessig vektkontroll	7	13	26	0	1	47
Problemstilling notert som spesielt behov i sykepleieplanen	13	26	7	0	0	46*
Er årsaker til problemstilling notert i sykepleieplanen	6	36	5	0	0	47
*)For en av de aktuelle pasientene har avdelingen utelatt å markere noen verdi i forhold til dette spørsmålet.						

Personalet på de enkelte avdelingene hevdet at sykepleieplanene var mangelfulle og derfor ikke ville gi riktige data om hvorvidt prosesskriteriene var blitt fulgt for utsatte pasienter. Data ble derfor innhentet i samtale med primærkontakt og ansvarlig sykepleier samt andre pleiere og studenter som kjente pasientene.

Tabell 3 viser resultatene fra undersøkelsen av hva sengeavdelingene foretok seg for de utsatte pasientene. Både sykehjemspasientene og rehabiliteringspasientene er med i undersøkelsen.

Når det gjelder vurdering av problemstilling, er det variasjoner mellom avdelingene når det gjelder hvorvidt denne er rapportert til lege eller ikke. En årsak til dette kan som tidligere nevnt være at sykepleiere i forskjellig grad ser på underernæring som en medisinsk problemstilling og derfor unnlater å vektlegge problemet i dialog med legen. I følge Cederholm (12), Mowé (33) og Rothenberg (25b) er utredning av pasienters ernæringstilstand og eventuelt ordinerings av ernæringsbehandling/ernæringstilskudd en del av legens medisinske ansvar. Ernæringsstatus, appetitt og kostbehandling skal dokumenteres i pasientjournalen (25b).

Når det gjelder regelmessig vektkontroll, er dette ivaretatt hver måned hos et fåtall av pasientene. Når det delvis er ivaretatt hos 26 av pasientene betyr dette at man i større eller mindre grad finner dokumentasjon på måling av vekt. Her er det også store avdelingsvise variasjoner. Dette til tross for enighet i ledermøtet om månedlig vektkontroll hos pasienter med sykdom, undervekt, vekttap og dårlig matlyst. For øvrige pasienter skulle det tilbys vektkontroll hver tredje måned. I følge Statens ernæringsråd (3) bør pasienter i sykehjem veies en gang i måneden. Pleiepersonell i langtidsinstitusjoner har en tendens til å hevde at de kjenner pasientene så godt at de oppdager vekttap med det blotte øye. Erfaringsmessig foregår vekttap over tid slik at det er vanskelig å oppdage (3). Erfarne sykepleiere i sykehjem forteller at de ofte ikke oppdager vekttap hos pasienter før pasientens klær blir for store, og da er vekttapet allerede betydelig. Underernæring er enklere å forebygge enn å behandle. Jo tidligere tiltak settes inn, jo enklere er det å snu situasjonen (12,25,33). Jo hyppigere vektkontroller, jo tidligere vil man oppdage vekttapet og dermed kunne sett inn tiltak tidlig for å bedre pasientenes ernæringstilstand før komplikasjonene inntreffer.

Som en bekreftelse på mangelfull dokumentasjon, viste funnene at ernæringsproblemer bare var dokumentert hos ca $\frac{1}{4}$ av pasientene. I ennå mindre grad viste data seg å være utfyllende ved aktuelle årsaker til ernæringsproblemer. Også her var det avdelingsvise variasjoner. Helsepersonell – loven gir alle som yter helsehjelp en plikt til å nedtegne eller registrere relevante og nødvendige opplysninger om pasientene og om helsehjelpen. Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk (17). Når det gjelder god yrkesskikk hos sykepleiere er sykepleieplanen en sentral ramme for dokumentasjon av pleien.

Kvalitetsmål 2: Pasientene får dekket sine behov for tilstrekkelig næring

Ernæringsgruppa hadde også beskrevet en faglig standard for å ivareta pasientenes behov for tilstrekkelig næring gjennom *prosesskriterier* under Kvalitetsmål 2. Hensikten med denne delen av undersøkelsen var å undersøke graden av samsvar mellom disse prosesskriteriene og aktuell praksis på sykehjemmet. Også her ble samtaler med primærkontakt og ansvarlig sykepleier samt andre pleiere og studenter som kjente pasientene benyttet som kilde, da sykepleieplanene viste seg å ikke være en pålitelig kilde for å gi data om innholdet i sykepleie til de utsatte pasientene.

Nedenfor vises resultatene fra undersøkelsen av hvordan utsatte pasienters ernæringsbehov ble ivaretatt.

Tabell 4. Vurdering av avdelingenes ivaretagelse av utsatte pasientenes ernæringsbehov

	Ja	Nei	Delvis	Vet ikke	Ikke aktuelt	Totalt
Har pasientene primærkontakt?	40	7	0	0	0	47
Har pasientene ansvarlig sykepleier?	34	13	0	0	0	47
Er aktuelle mål notert i sykepleieplanen?	9	26	12	0	0	47
Er pasientenes spesielle ønsker / ernæring opplevelse når det gjelder dokumentert?	11	25	11	0	0	47
Er pasientenes ressurser dokumentert?	17	22	8	0	0	47
Er pasientenes behov for hjelp og tilrettelegging dokumentert?	20	16	11	0	0	47
Er hensiktsmessig kost vurdert?	24	6	17	0	0	47
Er det vurdert behov for kosttilskudd?	16	25	3	0	3	47
Er det tatt individuelle hensyn når det gjelder fordeling av måltider?	17	25	5	0	0	47
Er det notert hva som spises og drikkes?	16	11	18	0	2	47
Er det vurdert behov for hjelpemidler?	16	12	4	0	15	47
Gis det godt munn/tannstell morgen og kveld?	31	2	10	1	3	47
Har pasientene vært til årlig undersøkelse hos tannpleier/tannlege?	22	4	1	18	2	47

Undersøkelsen viser at de fleste av pasientene hadde primærkontakt, og det var avklart hvem som var ansvarlig sykepleier. Her var det avdelingsvise variasjoner. Parallelt med ernæringsprosjektet arbeidet man med å utvikle/forbedre primær-sykepleiesystemet. I følge Kvalitetsforskriftene bør brukere av pleie-og omsorgstjenester ha færrest mulig tjenesteytere å forholde seg til. Videre bør en person være ansvarlig for å koordinere tjenesten til den enkelte bruker (1,2).

Hos over halvparten av pasientene var ikke deres spesielle ønsker når det gjaldt ernæring dokumentert. På noen av avdelingene ble Matkardex delvis benyttet til å konkretisere hva pasientene likte og ikke likte. Sykepleieplaner er nødvendige for å sikre kontinuitet og faglig forsvarlig ivaretagelse av pasientenes behov for mat og drikke ikke minst i et sykehjem med høy turnover av personalet og mange ansatte uten helsefaglig utdanning (22,25,38). Sellevold (22) beskriver hvordan eldre sykehjems-pasienter ønsker vanlig, norsk mat og gjerne slik mat som de er vant med fra gammelt av, eksempelvis lettsaltet torsk, søte fruktsupper og puddinger. De ønsker også «det lille ekstra» som en kremdott i nypesuppa, en fløteskvett i aspargessuppa, eggebåt i tomatsuppa etc. Kayser-Jones (43) gjorde en større undersøkelse på et sykehjem i USA hvor hun så på sosiale, kulturelle, psykologiske og kliniske faktorer som påvirket pasientenes spising. Hun hevder at matvaner etableres tidlig i livet og er vanskelige å endre. Når pasienter får servert ukjent mat, opplever de frarøvelse og skuffelse og føler seg sviktet og uelsket. Når de får mat som de kjenner, blir de glade, fornøyde og føler seg ivaretatt og elsket. Hun viser hvordan underernærte pasienter som spiste lite begynte å spise og la på seg da de fikk mat som de kjente fra egen kultur. Ofte var det pårørende som hadde med denne maten til pasientene.

Pasientenes ressurser var ikke dokumentert i sykepleieplanen hos nesten halvparten av pasientene. Samtidig var behov for spesielle hjelpemidler vurdert hos $\frac{3}{4}$ av pasientene. Her var det også avdelingsvise forskjeller. Når man mestrer det å spise og drikke kan måltidene bli byggesteiner til selvbilde, kvalitet og fortsatt verdighet. Når man mislykkes kan måltidene være en kilde til nederlag og skamfølelse (23,30) Det er viktig at pleiepersonalet registrerer og dokumenterer hva pasientene klarer selv, tilbyr tilrettelegging og hjelpemidler og gir nødvendig hjelp der pasientene ikke mestrer selv.

Hensiktsmessig kost var vurdert, men ikke alltid dokumentert hos ca halvparten av pasientene. Det var vurdert behov for kosttilskudd bare hos vel $\frac{1}{3}$ av pasientene. Som tidligere beskrevet er pasienter i sykehjem gamle og syke. Mange har tygge- og svelgeproblemer. Eldre - og ikke minst syke eldre - har behov for et næringstett kosthold. Kosttilskudd i form av ferdige næringsdrikker og/eller næringspulver er derfor aktuelle tiltak for å forebygge underernæring (3,12,33).

Undersøkelsen viser at det hos knapt halvparten av pasientene var tatt individuelle hensyn når det gjelder fordeling av måltider. Her var det store avdelingsvise variasjoner. Den avdelinga som scorer lavt når det gjelder undervektige og risikopasienter, tok individuelle hensyn hos alle sine fem risikopasienter. Som tidligere nevnt varierte antall måltider fra fire – seks i løpet av døgn, hvor fire av seks avdelinger hadde

seks måltider. Når det gjaldt disse fire avdelingene, varierte frokoststart fra kl. 09.00 – til 10.00 og siste måltid om kvelden fra kl. 19.30 – 22.00. Som tidligere referert (3,8,21,22,35) er et viktig tiltak når det gjelder å forebygge underernæring hos eldre å sikre at nattfasten ikke blir for lang. Det er også viktig at avdelinga vektlegger å utnytte alle døgnets muligheter til å tilby utsatte pasienter mat og drikke slik at tilbudet tilpasses den enkeltes pasients behov.

Bare hos 1/3 av pasientene var det rapportert skriftlig om hva som ble spist og drukket. Personalet oppga at de var flinkere til å rapportere muntlig enn skriftlig, og det foreligger avdelingsvise variasjoner. I følge Mowé (33), Rothenberg (25) og Statens ernæringsråd (3) er det viktig å beskrive pasientenes matlyst og matinntak og vurdere dette opp mot det individuelle behovet.

Når det gjelder munn- og tannpleie, var det bare hos to pasienter at dette ikke ble ivaretatt morgen og kveld. Pleierne beskrev at mange pasienter vegret seg for tann- og munnstell. Når man hos nesten 1/3 av pasientene ikke visste om de hadde vært til årlig undersøkelse hos tannlege, kan årsaken til dette være at enkelte pasienter og/eller personalet som svarte på undersøkelsen hadde vært kort tid i avdelinga. Som tidligere beskrevet er munn- og tannproblemer er hyppig årsak til spiseproblemer hos sykehjemspasienter.

Kvalitetsmål 3 og 4: Pasientene opplever medbestemmelse og valgmuligheter i forbindelse med måltidene. Pasientene opplever måltidene som hyggelige, sosiale samlingsstunder

Fokusgruppeintervju med utvalgte pasienter ble benyttet i vurderingen av oppnåelse av kvalitetsmål 3 og 4. Om fokusgruppeintervju sier Halvorsen (44) at samhandling mellom medlemmene i gruppa vil kunne bidra til at man får en rikere tilgang på data. Glemte erfaringer kan aktiveres og informasjon som ellers kunne blitt holdt tilbake utløses. En del av de beskrevne resultatkriteriene relatert til kvalitetsmål 3 og 4 ble benyttet som spørsmål i intervjuet.

Aktivitetene hadde regelmessige frokostgrupper med pasienter fra hele sykehjemmet nede på aktivitetsavdelinga. Ledende aktivitetør ble kontaktet angående muligheten til å foreta et intervju i en av frokostgruppene. Som tidligere nevnt hevder Engedal et al (36) at 78% av pasienter i sykehjem har en demenslidelse og erfaringsmessig stemte dette tallet når det gjaldt pasientene på sykehjemmet. Ledende aktivitetør kjente pasientene og var behjelpelig med å velge en gruppe hvor pasientene kunne gjøre rede for seg og også gi et muntlig samtykke til å bli intervjuet. Hun bistod også med å hente inn muntlig samtykke og kom med viktige bidrag under intervjuet.

Innledningsvis ble det snakket om mat i gamle dager. Pasientene fortalte om hva slags mat de spiste da de var barn og unge, hvor og hvordan de fikk tak i maten, og de beskrev hvor mye tid arbeidet med maten tok. De fortalte også om den spesielle matsituasjonene i Oslo under krigen med bakgårdgrisen som ble slaktet på kjøkkenet før jul, om køer, markeder, rasjoneringskort og svartebørshandel.

Pasientene var positive til samtalen i gruppa og så på dette som en invitasjon til å

kunne påvirke situasjonen rundt matstell og måltider på sykehjemmet. Mange hadde opplevd å bli spurt av personalet om ønsker når det gjaldt middagsmenyene. Når det gjaldt mattilbudet og måltidene på sykehjemmet var pasientene stort sett fornøyde. Kjøttpålegg var ikke så viktig, men de satte pris på pålegg med smak og savnet pålegg som pultost, mørk pølse og honning. De savnet også vanlig kneipbrød og «alminnelig brød» som man kom fram til var det som i dag benevnes landbrød. Det var også viktig med variasjon, og spesielt årstidsbetinget variasjon når det gjaldt middag. Også her ønsket de tradisjonell norsk mat til hverdags og rekesmørbrød med loff og rekesaus i terteskjell som lørdagskos.

De fikk varierte desserter, men savnet nok saus til flere typer puddinger. Når det gjaldt kaker, bar tilbudet preg av ensformighet. Spesielt savnet de gjærbakst.

De beskrev både hyggelige og ikke hyggelige måltider. De ikke hyggelige måltidene var preget av uro både fra personalet og medpasienters side. Spesielt satte de pris på hjertelig latter fra personalets side. De satte pris på og følte trygghet ved at personalet hadde overskudd til å le. Rolig klassisk musikk og pynting med duker og servietter i helgene, skapte hygge.

Det pasientene spesielt poengterte, var at kveldsmaten ble servert svært tidlig og at det var viktig å få mat senere. Det burde være unødvendig å spørre om sen kveldsmat. Dette tilbudet burde alle få. De reflekterte over alle de pasientene som ikke kunne spørre selv og hvilke konsekvenser det fikk for denne gruppen. Flere hadde erfart at hvis noen av pasientene spurte om sen kveldsmat var det flere andre pasienter som gav uttrykk for at de også hadde lyst på.

Sykehjemmet arrangerte regelmessige pasientmøter. Pasientenes opplevelse av mat og måltider var et tema som ble hyppig diskutert på disse møtene. Institusjons-sjefen som ledet møtene, formidlet viktig informasjon videre til prosjektleder og kjøkkensjef.

Kvalitetsmål 5: Pasientenes behov og ønsker sikres gjennom et godt samarbeid mellom kjøkkenet og avdelingene

Institusjonskjøkkenet har en sentral rolle i den medisinske behandlingen. Det kreves innsikt i de eldres spesifikke problem for å kunne lage mat som tilfredstiller sykehjemspasientenes behov når det gjelder å spise og drikke. Derfor er det viktig med regelmessige møter mellom kjøkken- og pleiepersonell for å vurdere og forbedre matstell og måltider (25).

I arbeidet med sammensetningen av ernæringsgruppa, ble avdelingssykepleierne bedt om hjelp til å rekruttere pleiere som var motiverte til å arbeide med ernæring og som samtidig kunne ha ansvaret for bestilling av mat fra kjøkkenet. Slik ble «kostombudene» etablert som begrep og ansvarsområde i løpet av prosjektperioden. Det ble også opprettet varamedlemmer for kostombudene både i forhold til bestilling av mat og å delta i ernæringsgruppa i kostombudets fravær. Ernæringsgruppa ble en viktig møteplass mellom kjøkkensjefen og kostombudene fra de forskjellige avdelingene.

Kostombudene benyttet ernæringsgruppa til å formidle pasientenes spesielle behov når det gjaldt mat og drikke til kjøkkensjefen. Tidlig i prosessen tok kjøkkensjefen initiativ til å trekke personalet og pasientene aktivt inn i arbeidet med middagsmenyen. Kostombudene tok utgangspunkt i kjøkkensjefens utkast og samtalte med pasientene om deres spesielle ønsker i forhold til middagsmenyen. Dette resulterte i større variasjon i middagsmenyen, større grad av middag og desserter som pasientene var vant med fra tidligere år og årstidsbaserte menyer.

På grunn av innsparinger hadde det vært restriksjoner i tilbudet på påleggssorter og melkeprodukter. Pasientene ønsket heller variasjon når det gjaldt pålegg, enn tilbud om mange typer pålegg til hvert måltid. Lukt- og smakssans hos eldre blir dårligere med årene (45) og mange eldre setter pris på mat med mye smak (22). Våre pasienter ønsket at pålegg med mye smak eksempelvis sursild, blåmuggoster, makrell i tomat, honning, alltid burde finnes i avdelinga. Pålegg av lyst kjøtt eksempelvis kokt skinke, var ikke så etterspurt. Pasientene uttrykte også viktigheten av at yndlingspålegget deres var tilgjengelig.

For å sikre at pasientenes behov og ønsker ivaretas er det viktig at institusjonene har gode og hensiktsmessige rutiner og systemer for bestilling av mat fra kjøkkenet til avdelingene (8). Kjøkkensjefen utarbeidet «Prosedyre for bestilling av tørrvarer» våren 2001, og benyttet ernæringsgruppa til å informere kostombudene om det nye interne datanettverket for bestilling og kostnadsberegning av mat og drikke til avdelingene. Han benyttet også ernæringsgruppa som møteplass for å diskutere hva som ville være en hensiktsmessig innføringsprosess for et slikt system.

Som tidligere nevnt hadde kjøkkenet de siste to årene overskredet eget budsjett. Det ble et viktig mål i gruppa å sikre at pasientene fikk dekket sine behov og ønsker når det gjaldt mat og drikke innenfor budsjettmessige rammer. Et tiltak var å se på svinn av varm mat gjennom å beregne og dokumentere hva som ble kastet. Ved å beregne reelt forbruk på den enkelte avdeling unngikk sykehjemmet unødvendige utgifter til mat som ble til overs og kastet. Disse ressursene kunne i stedet benyttes til å bedre kvalitet og variasjon på mattilbudet til pasientene. Ansvar for å registrere svinn på den enkelte avdeling ble delegert til kostombudene. Kjøkkenet hadde tidligere måttet kaste pålegg fra lager fordi dette var gått ut på dato på grunn av manglende etterspørsel. Gjennom en bedre dialog mellom kjøkkenet og avdelingene fikk kjøkkenet en større kjennskap til pasientenes ønsker og behov og kunne bestille tørrmat i tråd med dette. Resultatet ble at man slapp å kaste matvarer som var utgått på dato og dermed sparte penger. Kjøkkenets budsjett kom i balanse i løpet av prosjektperioden samtidig som mattilbudet til pasientene ble bedre tilpasset deres behov og ønsker, samt mer variert.

Tidlig i prosjektperioden ble det diskutert hvordan kommunikasjonen mellom avdelingene og kjøkkenet burde være for å bedre samarbeidet. En viktig avtale ble at positive og negative tilbakemeldinger skulle gå via avdelingsleder eller kostombud til kjøkkensjef og vise versa. På slutten av prosjektperioden hevdet både kjøkken- og pleiepersonalet at samarbeidet var godt.

Kjøkkenet var nå «en del av huset», og man samarbeidet mot et felles mål hvor pasientenes ønsker og behov stod i fokus.

Husøkonom- og aktivitetsavdelingas deltakelse i ernæringsgruppa bidro til en direkte dialog og et nært samarbeid mellom avdelingene. Dette resulterte i bedre tilgang på duker, lys og servietter for å skille mellom hverdag og helg for pasientene, innkjøp av nytt servise og fokus på pasientene deltakelse i frokostgrupper samt tilbud om spesielle festmiddager på aktivitetsavdeling.

Avslutningsvis i prosjektet konkluderte man med viktigheten av en formell, regelmessig møteplass mellom kjøkkensjefen og kostombudene. Det ble fremmet forslag til ledergruppa at ernæringsgruppa skulle etableres som en fast struktur i sykehjemmet i likhet med kostombud funksjonen. Kjøkkensjefen var en naturlig leder for gruppa.

Kapittel 5. Endring av rutiner for kosthold og ernæring i tråd med de avdekkede behovene

Som tidligere beskrevet startet endringene for å utvikle gode rutiner for kosthold og ernæring allerede ved oppstarten av prosjektet. Den forberedende kartleggingen av pasientenes ernæringstilstand og en gjennomgang av resultatene, førte til hyppigere vektkontroller og større grad av individuell oppfølging av pasientene på flere av avdelingene. Etablering av ernæringsgruppa, utveksling av kunnskap og erfaringer og et nærmere samarbeid med kjøkkenet bidro til at medlemmene i gruppa startet enkelte endringer på sine avdelinger i en tidlig fase av prosjektet.

Det ble satt fokus på pasientenes ernæringstilstand og behov både i ledergruppa og ernæringsgruppa. Dette syntes å bidra til en bevisstgjøring og ansvarliggjøring i begge gruppene til å bedre denne delen av omsorgstilbudet gjennom i større grad å kartlegge pasientenes ernæringstilstand og imøtekomme deres individuelle behov. Bruken av *vurderingsskjemaet* og det *strukturerte registrerings skjemaet* i vurderingen av kvalitetsmål I og II senere i prosessen, bidro også til økt kunnskap, bevisstgjøring og ansvarliggjøring hos personalet.

I arbeidet med kvalitetsmål og kriterier våren 2001 rapporterte kostombudene om manglende rutiner når det gjaldt hygiene i forbindelse med matstell og måltider. Noen av kostombudene ble utpekt til å utarbeide forslag til slike rutiner parallelt med de andre møtene i ernæringsgruppa. «Rutiner for hygiene på postkjøkken og under måltider» ble vedtatt i ledermøtet våren 2001.

I den avsluttende delen av prosjektets endringsfase var målet å informere lederne om resultatene av de forskjellige kartleggingene og få implementert prosjektgruppas anbefalinger i de forskjellige avdelingene samt etablere «Rutiner for kosthold og ernæring», kostombudets funksjon og ernæringsgruppa som en del av sykehjemmets kvalitetssystem.

Anbefalinger når det gjelder gode rutiner for kosthold og ernæring

Som tidligere nevnt, var det avdelingsvise forskjeller både når det gjaldt pasienter som var undervektige, risikopasienter og hva slags vurdering og tiltak som var iverksatt. Anbefalingene nedenfor måtte derfor ses i lys av resultatene fra den enkelte avdeling.

1. Det er viktig med regelmessige vektkontroller, minst en gang om måneden når det gjelder undervektige pasienter, pasienter som er syke og pasienter med større vekttap. Jo raskere et uønsket vekttap oppdages, jo enklere er det å snu dette.
2. Videre er det viktig med en tverrfaglig vurdering av situasjonen, og her er et nært samarbeidet med tilsynslegen nødvendig for å vurdere årsak til vekttapet og hvordan

man best kan hjelpe de pasientene det gjelder. Hos noen pasienter vil man komme fram til at det å slutte å spise og drikke er en naturlig avslutning på livet. Vår utfordring i samarbeid med tilsynslegen, er å vurdere hvem av pasientene som trenger behandlende eller lindrende hjelp.

3. Sykepleieplanene er i for liten grad tatt i bruk for å sikre pasientene en god og individuell hjelp til å spise å drikke. Her er det viktig å beskrive problemstilling / behov og vurdere og beskrive eventuelle årsaker. Pasientenes ressurser er en viktig faktor i form av ønsker/motivasjon, og selvhjulpenhet. Er målet lindrende eller behandlende? Og hva er aktuelle, individuelle tiltak?
4. Matens betydning er mangetydig, i form av minner, vaner, kultur, trøst og mestring, bare for å nevne noen. Pasientenes egne ønsker og opplevelse av problemstillinger rundt det å spise og drikke, er viktige kilder for å vurdere individuell hjelp. Det er også viktig at slike ønsker og tiltak noteres i sykepleieplaner.
5. Mange av pasientene på sykehjemmet har høy sykkelighet, og dette vil ofte påvirke matlysten, hva slags mat som smaker og hva de tåler å spise. For å få i seg tilstrekkelig næring, er det viktig med små og hyppige måltider. Natfasten bør ikke være i overkant av 12 timer. Det er også viktig med protein- og energirik mat, og kosttilskudd i form av næringsrike drikker og desserter er aktuelle tilbud mellom hovedmåltidene, eller som erstatning for hovedmåltid hvis noen av pasientene ikke klarer å spise den maten som serveres da.
6. For å kunne ta individuelle hensyn når det gjelder fordeling av måltidene, er det viktig med god muntlig og skriftlig informasjon til ansatte som har ansvar for de aktuelle pasientene på alle vakter. Hvis en av pasientene har spist lite til aftensmat og sovet når et sent kveldsmåltid har blitt tilbudt, er det viktig at nattevakten får denne informasjonen og kan tilby pasientene mat og drikke hvis hun/han skulle være våken om natten. Har pasientene sovet lenge og spist sen frokost, bør man vurdere å forskyve middagen.
7. Når det gjelder behov for hjelpemidler som kan gjøre spisesituasjonen enklere for pasientene, bør man benytte seg av bydelens ergoterapi-tjeneste til å undervise og veilede personalet.
8. Kunnskap om kosthold og ernæring til eldre i sykehjem bør være en del av forskjellige undervisningstilbud til nyansatte og videre- og etterutdanningstilbud til andre ansatte.
9. Ernæringsgruppa bør opprettholdes som en møteplass for kostombudene og kjøkkensjefen på hele sykehjemmet. Alle kostombudene bør ha en vara. Møtene bør ha et fast tidspunkt. Det bør være en ansvarlig leder for gruppa.

Anbefalingen ble vedtatt i ledergruppa i desember 2001. Ledergruppa tok også stilling til hvem som hadde ansvaret for å følge opp de forskjellige anbefalingene. Det ble gitt nyttige innspill gjennom anmerkninger og konklusjoner til alle punktene:

- Avvik når det gjaldt pasientenes ernæringsstilstand skulle dokumenteres i pasientjournalen. Primærkontaktene skulle være sentrale i arbeidet med sykepleieplaner.

- Det ble lagt vekt på at det også skulle være mulig å få mat om natten. Havresuppe og brødsriver skulle være tilgjengelig på kveld og natt. Suppe kunne bestilles hos kjøkkensjefen.
- Ergoterapeuten skulle innkalles til møte i ernæringsgruppa, og primærkontaktene skulle være sentrale i samarbeidet med ergoterapeuten for å vurdere pasientenes behov for hjelpemidler.
- Fagutviklingskonsulenten fikk ansvaret for å følge opp ansattes behov for kompetanse om kosthold og ernæring til eldre sykehjemspasienter, og leder i ernæringsgruppa skulle opprettholde kontakten med helsevernetaten.
- Målene for ernæringsgruppa skulle implementeres som en del av sykehjemmets kvalitetssystem.

Den enkelte avdelingsleder fikk ansvar for oppfølging og gjennomføring av anbefalingene. Ernæringsgruppa ville følge opp med kontinuerlig evaluering av dette arbeidet.

Endringsarbeid i ernæringsgruppa

Våren 2001 ble mye av tiden på møtene i ernæringsgruppa benyttet til å arbeide med samarbeidsrutiner mellom kjøkkenet og avdelingene. Kostombudene formidlet informasjon om pasientenes ønsker og behov til kjøkkensjefen, og kjøkkensjefen på sin side benyttet møtene til å innhente og gi informasjon til kostombudene om tilbud fra kjøkkenets side, registrering av svinn av mat, bestillingsrutiner, ønsker og behov etc. Dette medførte at kjøkkenet ikke lenger ble oppfattet som et lukket system, men som en samarbeidspartner som lyttet til pasientene og sengeavdelingenes behov selv om ikke alt kunne innfris. Videre uttrykte pasientene i større grad å være fornøyd når det gjaldt mat og drikke. De fikk i større grad etterkommet ønsker når det gjaldt påleggsorter, retter til lørdagskos, brødsorter og middagsretter. I omsorgen til skrøpelige gamle er minnearbeid viktig. I forkant av høytider ble det satt fokus på pasientenes spesielle ønsker når det gjaldt spesielle matretter som de satt pris på. Dette fruktbare samarbeidet var en viktig del av arbeidet i ernæringsgruppa gjennom hele prosjektperioden.

Kostombudene rapporterte at avdelingene var blitt flinkere til å veie pasientene, månedlig registrering av risikopasientenes vekt var et tiltak som ikke ble fulgt ved flere sengeavdelinger. Forskjellige strategier ble diskutert for å forbedre dette, og kostombudene tok ansvar for å være pådrivere for at månedlige vektkontroller ble gjennomført.

Sommeren 2001 ble det konstantert flere positive endringer. Sengeavdelingene hadde fått nytt servise med tilhørende serveringsfat. Personalet var mer bevisst på pasientenes ernæringsbehov. Det ble satt større fokus på mat og trivsel, og man tenkte i større grad på ro rundt måltidene og eventuell skjerming av pasienter som hadde behov for dette.

Som tidligere beskrevet er det viktig at nattfasten ikke blir for lang hos pasienter som er underernærte eller i risikogruppe. Gjennom et samarbeid med Helsevern- etaten som gjorde en større kartlegging av måltider i Alders og sykehjem i Oslo kommune, ble alle faste måltider og tidspunktene for disse registrert på alle avdelin- gene i sykehjemmet. Resultatene viste store variasjoner mellom avdelingene når det gjaldt antall måltider og nattfastens lengde. Med utgangspunkt i at enkelte avdelinger allerede klarte å tilby det anbefalte antall måltider og samtidig unngå for lang natt- faste ble det diskuterte hvordan dette lot seg overføre til andre avdelinger. Kost- ombudene fikk en viktig rolle i oppfølgingen av dette arbeidet på egen avdeling. Prosjekt- ansvarlig tok initiativ til å diskutere problemstillingen i ledermøtet. Avdelingene arbei- det med organisering og gjennomføring av måltidene slik at pasientene kunne få frok- ost etter hvert som de våknet, få et senere kveldsmåltid og oppleve ro og hygge under måltidene.

Etiske problemstillinger som skjerming av pasienter i forbindelse med måltider, energireduert mat til overvektige, om man heller burde tilby enn spørre pasientene om de hadde lyst på mat, og hva når de gamle ikke ville spise og drikke, ble regelmessig tatt opp til refleksjon og diskusjon i gruppa. Kostombudene opplevde at det var nyttig å diskutere slike problemstillinger, og diskusjonene resulterte ofte i mulige løsninger på problemstillingene som personalet kunne prøve ut på de forskjellige avdelingene.

For å sikre pasientene tilstrekkelig hjelp til å spise og drikke, er kontinuitet viktig. Det var høy «turn-over» i personalgruppen på de fleste sengeavdelingene, og sykepleie- dokumentasjonen var et viktig redskap for å sikre pasientenes ønsker og behov. Sam- tidig hadde undersøkelser og registreringer i forbindelse med ernæringsprosjektet avdekket store mangler hva sykepleiedokumentasjonen angikk. I slutfasen av ernæringsprosjektet, ble det igangsatt ett nytt prosjektarbeid som skulle bedre og si- kre sykepleiedokumentasjonen i institusjonen (34).

Hygiene, både på sengeavdelingene og når det gjaldt institusjonskjøkkenet var også et aktuelt tema. Rutiner for renhold, oppbevaring av mat etc var regelmessig evaluert og utviklet.

Som prosjekt ble ernæringsprosjektet avsluttet i februar 2002. Ernæringsgruppa ble vedtatt som en del av institusjonens struktur og fortsatte å fungere som en møte- plass mellom kjøkkenet og de andre avdelingene. Kostombudene fortsatte som vik- tige ressurspersoner og bindeledd mellom kjøkkenet og avdelingene, og de skulle i samarbeid med avdelingssykepleier benytte personalmøtet for å utveksle informa- sjon med personalet på egen avdeling. Kjøkkensjefen overtok ansvaret som leder av ernæringsgruppa og ønsket at ytterligere en av de ansatte på kjøkkenet skulle delta i gruppa. Ernæringsgruppa ble en fast månedlig møteplass.

Prosedyren «Rutiner for kosthold og ernæring» etablert som en del av sykehjemmets kvalitetssystem.

Som en konkretisering av erfaringer fra prosjektet ble det utformet en prosedyre som en del av sykehjemmets kvalitetssystem. Både ledermøtet og ernæringsgruppa deltok aktivt i arbeidet.

Alle kvalitetsmålene fra ernæringsprosjektet ble videreført i prosedyren, og ansvarsområdene ble tillagt og beskrevet henholdsvis institusjonssjef, kjøkkensjef, tilsynslege, avdelingsleder, primærkontakt og kostombud. Hovedkjøkkenets ansvarsområde ble også beskrevet.

Tilbudet til pasientene ble beskrevet innenfor områdene:

- Observasjon og vurdering av pasientenes ernæringstilstand, næringsbehov og behov for hjelp.
- Dokumentasjon av pasientenes ernæringstilstand, næringsbehov og behov for hjelp
- Oppfølging av pasienter/pasienter med spesielle behov for mat og drikke.
- Tilberedning og servering av mat. Forberedelser før måltidene.
- Frokost og aftens.
- Middag.
- Munn og tannpleie.

Erfaringsmessig kan beskrevne prosedyrer raskt arkiveres som dokument i en kvalitetsperm uten at beskrevne tiltak for å kvalitetssikre tilbudet til pasientene iverksettes. For å unngå dette ble det i prosedyren formulert hvordan evalueringen av iverksettingen av de beskrevne tiltakene skulle foregå, hvem som var ansvarlig for revisjon av prosedyren og når den skulle revideres.

Prosedyren «Rutiner for kosthold og ernæring» ble vedtatt i ledermøtet juni 2002 (se vedlegg III).

Kapittel 6. Tilbakeblikket

Hensikten med prosjektet var å utvikle gode rutiner for kosthold og ernæring ved undervisningssykehjemmet slik at pasientene får ivaretatt sine ernæringsbehov samtidig som måltidene er hyggelige, sosiale samlingsstunder ved sengeavdelingene.

Evaluering av resultater

Resultater av ernæringsprosjektet ble fortløpende evaluert både i ledermøtet og i ernæringsgruppa i løpet av prosjektperioden. I hvilken grad en oppnådde kvalitetsmål og kriterier på institusjonen som helhet og på den enkelte avdeling ble jevnlig drøftet i disse fora.

Kvalitetsmålene var beskrevet i form av struktur, prosess og resultatkriterier. Når det gjelder strukturkriteriene som nødvendige ressurser, var flere av disse enkle å evaluere ut fra om de var tilstede eller ikke, eventuelt under utarbeidelse eller anskaffelse. Verktøy for å evaluere strukturkriterier kan systematiseres ved å utarbeide en sjekklister med utgangspunkt i kriteriene (22). Strukturkriteriene innenfor de forskjellige kvalitetsmålene ble regelmessig evaluert i ledermøtet og ernæringsgruppa innenfor prosjektperioden, men uten at det ble benyttet en slik sjekklister.

Når det gjelder evaluering ut fra prosesskriteriene, ble ernæringsgruppas anbefalinger når det gjaldt rutiner for kosthold og ernæring vedtatt i ledermøtet. Det ble også definert hvem som hadde ansvar for at anbefalingene ble ivaretatt på den enkelte avdelinga. På denne måten tok ledermøtet stilling til og ansvar for et faglig nivå når det gjelder å dekke pasientenes behov for mat og drikke. Her vil det være hensiktsmessig at ledermøtet regelmessig evaluerer om man på den enkelte avdeling ivaretar anbefalingene.

Som en del av innholdet i prosedyren «Rutiner for kosthold og ernæring» beskrives det hvordan denne skal evalueres, hvor ofte, av hvem og hvem som har ansvaret (Se vedlegg).

Resultatkriteriene beskrev hva som var forventet å oppnå når det gjaldt adferd, kunnskapsnivå, helsestatus og tilfredshet hos sykehjemspasientene. For å innhente data om pasientenes opplevelse av tilbudet rundt kosthold og ernæring, ble det foretatt et fokusgruppeintervju. Her kom det fram mye nyttig informasjon, og et slikt intervju kan med fordel gjentas som evaluering av hvordan sykehjemmet ivaretar pasientenes behov for mat og drikke.

Som tidligere nevnt er 70 – 80 % av pasienter i sykehjem demente. Mennesker med demens vil ofte utvikle språkproblemer. De kan ha vansker med å snakke i hele setninger, benevnning, samt med å forstå hva andre sier og eller skriver (37). Dette

gjør det vanskelig å intervju mange av sykehjemspasientene om deres tilfredshet når det gjelder tilbudet angående kosthold og ernæring på sykehjemmet. De av pasientene som ble intervjuet var ikke demente, eller hadde kun svak grad av demens, og de representerte et mindretall av pasientene. Det var derfor viktig med individuelle observasjoner av pasientene med aldersdemens når det gjaldt vekt, om de spiste bedre og om de virket roligere og mer fornøyde under måltidene.

Prosjektperioden vår varte i to år. Mange av pasientene døde i denne perioden. Andre pasienter ble sykere og mer hjelpetrengende underveis. Slik ble det vanskelig å følge den enkelte pasient gjennom hele perioden og evaluere individuelle resultater og/eller resultatkriterier. Det ble derfor viktig å evaluere om ivaretagelse av de utsatte pasientenes behov for mat og drikke ble ivare tatt i samsvar med anbefalte rutiner og den utarbeidede ernæringsprosedyren. Ved å utforme prosedyren «Rutiner for kosthold og ernæring» slik at denne beskrev hvem som hadde ansvar for evaluering og hvordan dette skulle gjøres, prøvde man å sikre en kontinuerlig evaluering og forbedring når det gjaldt kosthold og ernæring i sykehjemmet.

Hindringer og rammefaktorer

I løpet av prosjektperioden var det høy «turn over» av personalet i institusjonen, noe som forplantet seg til ernæringsgruppa. Arbeidet i ernæringsgruppa og på de enkelte avdelingene kunne stoppe opp i perioder med utskifting av medlemmer. Det kunne også ta tid å erstatte medlemmer som sluttet på institusjonen eller gikk ut i permisjon.

Periodevis kunne det også være lavt fram møte på møtene i ernæringsgruppa. Dette på grunn av sykefravær og/eller ledige stillinger på avdelingene og høyt tidspress. I en periode var det også problematisk å finne et møtetidspunkt hvor alle kunne forlate sine avdelinger.

Sykehjemmet var en stor organisasjon med mange og relativt store avdelinger. Avdelingene var også forskjellige, og det var krevende å få med alle i endringsprosessen samtidig. Spesielt i starten av endringsfasen var det liten utveksling av informasjon mellom avdelingens kostombud og leder og kollegaer, noe som gjorde det vanskelig å få til endringsprosesser. Prosjektansvarlig var en del av ledergruppa og bidro med å holde lederne informert og medansvarlig for gjennomføringen av prosjektet og diskutere hvordan man kunne sikre informasjonsutveksling mellom kostombudet og leder og kollegaer.

Budsjettmessige rammer påvirket pasientenes valgfrihet i forhold til mat. Erfaringer viste at gjennom et tettere samarbeid mellom sengepostene og institusjonskjøkkenet fikk pasientene større medbestemmelse og valgfrihet samtidig som matkostnadene ble mindre. Når det gjaldt tilpasset hjelp til pasientene og tidspunkter for måltider, var knappe personellressurser i utgangspunktet en hindring. Imidlertid erfarte en avdeling at det ble frigjort tid og ressurser ved å endre rutiner for frokostserveringen i tråd med anbefalingene.

I første del av prosjektperioden var det omorganisering og nedbemanning på flere av avdelingene. Dette resulterte i mindre tid hos personalet til å delta i ernæringsgruppa og til frustrasjoner og energilekkasjer hos mange av medlemmene i gruppa. Dette forsinket etableringsfasen. Etter å være kommet igang med positive beskrivelser av det gode måltidet, fikk gruppa en periode preget av skepsis og energilekkasje før arbeidet på nytt ble preget av endringsmotivasjon.

Faktorer som bidro til resultater

Faktorer som bidro til resultater i ernæringsprosjektet, er mange og sammensatte. Ernæringsgruppa bestod av personale fra mange avdelinger og med forskjellig bakgrunn og faglig ståsted. Dette skapte en møteplass hvor personalet fikk utveksle erfaringer og problemstillinger. Deltakerne samarbeidet og bidro med sin spesielle kompetanse og myndighet mot felles pasientmål. Dette skapte framdrift, motivasjon, læring og endring.

Ressurspersoner på sengeavdelingene fikk en spesiell kostombudfunksjon med ansvar for samarbeid med kjøkkensjef og å bidra til informasjon og endringer på egne avdelinger noe som kom pasientene til gode. Kjøkkensjefen fikk en møteplass for informasjon til avdelingene og for informasjon fra avdelingene om pasientenes spesielle behov. Dette førte til at kjøkkenets ressurser kunne benyttes mest mulig i forhold til pasientenes ønsker og behov.

Ernæringsprosjektet var forankret i ledergruppa. Her var både kjøkkensjef og prosjektleder representert og kunne være pådrivere i endringsarbeidet. Dette sikret ernæringsprosjektet større slagkraft og også viktig informasjon om avdelingene, pasientene og personalets behov. En erfarte god kontakt med de øvrige lederne, og prosjektet ble regelmessig diskutert i ledergruppa.

Arbeid med kvalitetsutvikling og fagutvikling beskrives oftest i forskjellige faser (29) men disse fasene vil sjelden være en lineær prosess (46).

Når det gjelder ernæringsprosjektet, frastilles de forskjellige fasene samt deres forskjellige overlappinger i figuren nedenfor.

Tabell 5. Oversikt over ernæringsprosjektets faser

Faser	1999	2000	2001	2002
Planleggingsfasen				
Beskrivende fase				
Vurderende fase				
Endringsfasen				
Evalueringsfasen				→ 2003

Sellevold (22) beskriver hvordan en personalgruppe som i utgangspunktet hadde bedt om å få delta i et prosjekt etter hvert ble frustrerte og slitne. En av årsakene til forandringen syntes å være at man underveis i prosjektet hadde fokus på å nå mange optimale mål og ikke satte fokus på og forankret det man faktisk fikk til underveis. Med bakgrunn i disse erfaringene ble det viktig å tydeliggjøre resultater underveis, feire milepæler og gi positive tilbakemeldinger til hverandre i gruppa og avdelingene i mellom. Dette frigjorde energi og arbeidsglede.

Møter er tidkrevende og forskyver ressurser fra direkte pasientarbeid. Møter uten å kunne vise til framgang og resultater, kan hemme motivasjon og kreativitet. Utfordringen er å finne et balansepunkt mellom framgang og tomgang i prosjektprosessen. I enkelte faser av prosjektet kunne man på den ene siden hatt færre møter. På den andre siden var det i perioder utskifting av medlemmer i ernæringsgruppa, og de nye medlemmene hadde behov for hyppigere møter for å få informasjon og oversikt.

I perioder var sykehjemmet preget av ferieavvikling, mye sykdom blant personalet og andre endrings – eller omorganiserings prosesser i organisasjonen. I slike perioder var det nødvendig at prosjektansvarlig bidro til senke kravene både i forhold til organisasjonen som helhet og til gruppemedlemmene ved å redusere aktiviteten i ernæringsgruppa. Samtidig var det viktig å raskt ta opp tråden igjen ved å øke aktiviteten i gruppa så snart ytre rammer gav rom for det.

Litteraturreferanser

1. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.
2. Sosial- og helsedirektoratet. Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene : veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialhelsetjenesteloven. Oslo : Sosial- og helsedirektoratet, 2004.
3. Statens ernæringsråds retningslinjer for kosthold i helseinstitusjoner. Oslo: Universitetsforlaget, 1995.
4. Elstrøm P. Smittevern i helseinstitusjoner. Oslo: Gyldendal, 2002.
5. Forskrift nr. 1239 om næringsmiddelhygiene. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 1997
6. Forskrift om internkontrollsystem for å oppfylle næringsmiddellovgivningen ; fastsatt av Landbruksdepartementet, Sosial- og helsedepartementet og Fiskeridepartementet 15 desember 1994. Oslo: SNT, [1994].
7. Norske anbefalinger for ernæring og fysisk aktivitet. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2005.
8. Elvbakken KT. Mat og matstell i aldersinstitusjoner. I: Elvbakken KT (red.): Mat, alderdom og eldreomsorg. Oslo: Kommuneforlaget, 1993.
9. Beck AM, Elsig M, Ovesen L (red.). Uden mad og drikke : del 2: Småtspisende ældre. Søborg: Fødevaredirektoratet, 2002.
10. Näringsproblem i vård och omsorg : prevention och behandling. SoS-rapport; 2000:11. Stockholm: Socialstyrelsen, 2000
11. Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet. Vekt og helse. Oslo : SEF, 2000.
12. Cederholm T. Bestämning av nutritionsstatus hos äldre : metodik och problem. Scandinavian Journal of Nutrition 1999;43(1):23-36.

13. Beck AM, Ovesen L. At which body mass index and degree of weight loss should hospitalized elderly patients be considered at nutritional risk? *Clin Nutr* 1998;17(5):195-8
14. Berg G. Til dekket bord : mat og måltider i behandling og utredning av personer med demens. Sem : Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, 2002.
15. Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud. Rapport fra Helsetilsynet ; 10/2003. Oslo : Statens helsetilsyn, 2003.
16. Krav om forsvarlig virksomhet i somatiske sykehjem - samling av relevante lover, forskrifter og rundskriv. - [Ny utg.]. Oslo : Statens helsetilsyn, 1995.
17. Falck-Pedersen T (red.). Helsepersonelloven (1999)] Helsepersonelloven og pasientrettighetsloven med nye forskrifter : lov om helsepersonell m.v., vedtatt 2. juli 1999 nr 64 : lov om pasientrettigheter, vedtatt 2. juli 1999 nr 63. Oslo : MEDLEX norsk helseinformasjon, 2002.
18. Vurdering av arbeidsforhold ved Oslo kommunes sykehjem jfr. Pålegg i fra arbeidstilsynet 2. distrikt. BU.SAK 96/98. Oslo : Oslo kommune, 1998
19. Sletvold O. m fl. Kvalitet i sykehjem : en kartlegging av kvaliteten på heldøgns omsorgstilbud i Trondheim kommune. Rapport nr. 02/99. Bergen: Nasjonalt formidlingssenter i geriatri, 1999.
20. Beck AM. Screening af ældres ernæringstilstand. *Gerontologi og samfund* 2002;18(1):4-5.
21. Naldahl K. Uden mad og drikke. *Sygeplejersken* 2002;102(37):20-8
22. Sellevold GS. Maten er bare halve føda : et endringsarbeid for å sikre kvalitet på matstell og måltid i sykehjem. Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for sykepleievitenskap, 1999
23. Sidenvall B, Fjellström C, Ek AC. The meal situation in geriatric care : intentions and experiences. *Journal of advanced Nursing* 1994;20(4):613-621.
24. Lindseth G. Nutrition Preparation and the Geriatric Nurse. *Western Journal of Nursing Research* 1994;16(6):692-701.
25. a) Rothenberg E. Nutritionsbehandling vid olika sjukdomar hos äldre. Rutiner för utredning, behandling och dokumentation. *Scandinavian Journal of Nutrition* 1999;43(1):27-30

- 25.b) Rothenberg E. Undernæring hos äldre kan undvikas med rätt kost. *Vårdfacket* 1999;23(4):48-51
26. Sidenvall B. The meal in geriatric care : habits, values and culture. Linköping University medical dissertations;470. Linköping: Linköping Universtitet, 1995
27. Kårikstad V, Sellevold GS. Program for å rekruttere og beholde sykepleiere : et modellforsøk innenfor rammen av Undervisningssykehjemsprosjektet. Rapport nr. 2/02. Bergen: Nasjonalt formidlingssenter i geriatri, 2002
28. Kirkevold M, Kårikstad V. Undervisningssykehjem Nasjonal plan for etablering av ressursentra for undervisning, fagutvikling og forskning i sykehjemmene i den kommunale helse- og sosialtjenesten. Rapport nr. 1/99. Bergen: Nasjonalt formidlingssenter i geriatri, 1999.
29. Bjørø K, Kveseth B, Hjortnæs A-K. Kvalitet i helsetjenesten : et brukerfokustert system for kontinuerlig forbedring av kvalitet. Oslo: Norsk Sykepleierforbund, 1995.
30. Thorsen K. Maten i livet. I: Elvbakken, KT. (red): Mat, alderdom og eldreomsorg. Oslo: Kommuneforlaget, 1993.
31. Lipschitz D. Malnutrition in the Elderly. *Semin-Dermatol* 1991;10(4):273-81.
32. Fossan G. Underernæring blant eldre. I: Elvbakken, KT. (red). Mat, alderdom og eldreomsorg. Oslo: Kommuneforlaget, 1993.
33. Mowé M. Behandling av underernæring hos eldre pasienter. *Tidsskr Nor Lægeforen* 122(8):815 – 8.
34. Hestetun M., Mølsted K. Veiledende sykepleieplaner : et verktøy for å kvalitets-sikre dokumentasjonen av sykepleie i sykehjem. Rapport nr. 1/04. Nasjonalt formidlingssenter i geriatri, Bergen: 2004.
35. Bloch-Kjeldsen S, Beck AM. Plejekrævende ældre underernæres. *Sygeplejersken* 2002;102(37):10-13.
36. Engedal K [et al]. Rettighetsbegrensninger og bruk av tvangstiltak i norsk eldreomsorg : trinn III. Sem : Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, 2000.
37. Engedal K., Haugen, PK. Aldersdemens fakta og utfordringer. Sem: INFO-banken, 1996.
38. Bruus Hemmingsen L. En tur til havet : fokus på sygeplejen til ældre på institusjon. Fredrikshavn: Dafolo, 1999.

39. Hellevik O. Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap 7. utg. - Oslo : Universitetsforlaget, 2002.
40. Bøhmer T, Bøhmer E, Mogenssen B. Underernæring hos eldre ved akutt innleggelse i indremedisinsk avdeling. Tidsskr Nor Lægeforen 1992;112(1):43-49.
41. Sjøen RJ, Thoresen L. Sykepleierens ernæringsbok. Oslo: Universitetsforlaget, 1999.
42. Nutrition standards and the older adult. [London]: Royal college of nursing, 1993.
43. Kayser-Jones J. Mealtime in nursing homes : the importance of individualized care. J Gerontol Nurs. 1996;22(3):26-31.
44. Halvorsen, K. Forskningsmetode for helse- og sosialfag : en innføring i samfunnsvitenskapelig metode. Oslo: Cappelen, 2002.
45. Sortland, K. Ernæring mer enn mat og drikke. Bergen: Fagbokforlaget, 1997.
46. Bergland Å., Hestetun M., Sellevold GS. Systematisk fagutvikling i sykehjem - en måte å bedre tjenesten på : erfaringer fra tre fagutviklingsprosjekter ved Undervisningssykehjemmet i Oslo. Tidsskriftet Sykepleien 2003;91(7)36-41.

Internettadresser:

Sosial og helsedirektoratet, Avdeling for ernæring og fysisk aktivitet: (<http://www.sef.no/>).

Oslo kommune, Helse og velferdsetaten: www.hev.oslo.kommune.no

Vedlegg

Vedlegg 1. Kvalitetsmål 1-5

KVALITETSMÅL 1.: Beboernes ernæringsstilstand og ernæringsbehov er vurdert.		
STRUKTURKRITERIER	PROSESSKRITERIER:	RESULTATKRITERIER:
<p>Hvilke ressurser trenger vi?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posten har legefjeneste tilsvarende fire sykehjemssenger per legetime per uke. • Det finnes "rutiner" for mottak av nye beboere, se egen Prosedyre. • Alle beboere har primærkontakt. • Det foreligger skriftlig informasjon om hvem som er primærkontakt og ansvarlig sykepleier for den enkelte beboer. • Alle beboere har oppdatert pleieplan. • Alle beboere har oppdatert matkardex/tilsvarende system på postkjøkken. • Alle beboere har "Sjekklister" i sykeplejekardex. • Alle poster har ståvekt. • Det finnes 2 stolvekter på Tåsenhjemmet • Det er utarbeidet rutiner for tverr-faglig samarbeid, se egen Prosedyre. • Det er utarbeidet rutiner for inkomststatus/årskontroll. • Det er utarbeidet et vurderings-skjema i forhold til ernærings-tilstand. • Det er utarbeidet et system for rapportering mellom sykepleiere og lege og vise versa. 	<p>Hva må vi gjøre?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ernæringsstatus vurderes ved inkomst- og årskontroll ved klinisk vurdering, vekttap, Hb, SR, jern, vit B 12, gluc, Hbanc hos diabetikere, Na, K, Ur+, Kreat, ASAT, ALAT, Alb, T4 og TSH. Urin stix og eventuelt mikro. Medikamentanalyse der dette er aktuelt. • Lege vurderer klinisk tilstand ved vekttap/vektøkning på over tre kilo siste 1 – 2 måneder. • Lege vurderer ernæringsstilstand ved sykdom/ endring av spisevaner, avføringsvaner. • Primærkontakt veier beboer innen en uke etter innleggelse. • Primærkontakt kontrollveier beboer hver måned ved sykdom, nedsatt appetitt og vekttap, ellers hver 3 måned. • Ansvarlig sykepleier rapporterer vekttap, nedsatt appetitt og endring av spise- og avføringsvaner til lege. • Spesielle problemstillinger når det gjelder mat og drikke noteres som spesielle behov i pleieplanen. • Ernæringsstilstand er et problemområde som diskuteres på tverrfaglige møter. 	<p>Hva forventer vi å oppnå?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beboerne har normal ernærings-tilstand ut fra klinisk vurdering, vekt, BMI og blodprøver. * • Beboere som er underernærte/ har vekttap, oppdages raskt. • Beboerne er informert om egen ernæringsstilstand. • Faktorer som påvirker den enkelte beboers ernæringsstilstand er identifisert. • Beboerne har færre infeksjoner <p><i>* Alle målene er ikke realistiske når det gjelder alle beboere/pasienter. Hos mange sykehjemsbeboere er vekttap og underernæring en konsekvens av et komplekst sykdomsbilde og/eller livsavslutning. Slike tilstander kan ofte ikke endres. Denne gruppen beboere må få hjelp til å spise og drikke det de ønsker/har lyst på, men ikke "nødes" og mases på.</i></p>

KVALITETSMÅL 2.: Beboerne får dekket sine behov for tilstrekkelig næring		
STRUKTURKRITERIER Hvilke ressurser trenger vi?	PROSESSKRITERIER: Hva må vi gjøre?	RESULTATKRITERIER: Hva forventer vi å oppnå?
<ul style="list-style-type: none"> Tåsenhjemmet har eget varmmatkjøkken Prosedyrer som ivaretar beboernes behov for mat og drikke er utarbeidet. Antall personale på alle vakter er i overensstemmelse med turnus. Det arrangeres årlige kurs for Kjøkkenkontakt/kostombud får et årlig tilbud om å delta på undervisning/kurs om kosthold og ernæring. Pleieassistentkurs arrangeres 3 ganger i året: juni; september og januar. Eldre og ernæring som tema tas opp i grunnkurs for pleieassistenter, videre og etterutdanninger. Kurs/undervisning om kosthold og ernæring som tilbud til alle ansatte. Det er utarbeidet rutiner for å tilby beboerne minst seks måltider pr. døgn, hensiktsmessig spredning på måltidene, og ikke mer enn 12 timer mellom siste måltid på kvelden og første neste dag. Turnus/vakter er tilpasset brukernes behov Det er utarbeidet faste rutiner når det gjelder munn- og tannhygiene. Det er program for varierte, daglige aktivitetstilbud på posten. Det selges små tannbørster i kantina 	<ul style="list-style-type: none"> Personalet sørger for nødvendige hygieniske tiltak når det gjelder matstell og måltider. Primærkontakt/ansvarlig sykepleier vurderer beboers behov for mat og drikke og noterer dette i pleieplan punkt 2 – type mat vurderes også. Primærkontakt/ansvarlig sykepleier vurderer hva slags hjelp og tilrettelegging beboer trenger under måltidene. Dette noteres i pleieplanen punkt 2. Personalet følger opp tiltakene. Personalet deltar på kurs/ undervisning om kosthold og ernæring. Personalet tilbyr beboerne fersk smurt mat. Vurderer å pynte med frukt og grønt. Maten anrettes delikat. Kjøkkenet lager mat som er lett å tygge. Middagen serveres varm. Personalet tilpasser porsjonene til den enkelte beboer. Personalet tilbyr morgenkaffe-/drikke med brød/kjeks til beboere som er oppe i god tid for frokost. Personalet tilbyr varierte grøtttyper til frokost og aftens. 	<ul style="list-style-type: none"> Beboerne har ikke mage/ tarminfeksjoner pga dårlig hygiene rundt matstell og måltider. Beboer gir uttrykk for å være formøyd med maten. Beboer har god appetitt*. Beboer får i seg nok og riktig mat*. Beboer opplever at maten smaker godt*. Beboer opplever å få individuelt tilpasset hjelp under måltidene Beboer har ikke hatt vekttap siste måned*. Beboer opplever god sittestilling under måltidet og ha det han trenger innen rekkevidde. Beboer opplever å få nok tid å ro til å spise. Beboer har god tannstatus/ proteser som passer. Beboerne får årlig tannhelse-undersøkelse og nødvendig tannbehandling. Beboerne har tilpasset tannbørste. Beboerne blir vurdert med tanke på svelgproblemer.

KVALITETSMÅL 3.: Beboerne opplever medbestemmelse og valgmuligheter i forbindelse med måltidene

STRUKTURKRITERIER Hvilke ressurser trenger vi?	PROSESSKRITERIER: Hva må vi gjøre?	RESULTATKRITERIER: Hva forventer vi å oppnå?
<ul style="list-style-type: none"> • Hver post har kostombud, samt vara som har et spesielt ansvar når det gjelder rutiner og systemer som sikrer valgmulighet og medbestemmelse. • Samtalegruppe for kostombud og beboere minst x 2 i året. • Alle beboere har primærkontakt. • Alle beboere får tilbud om Kvalitetsplan. • Det er utarbeidet beskrivelse av primærkontaktens oppgaver/-ansvarsområder, se egen prosedyre. • Det er utarbeidet rutiner for kjøkkenansvarlig. 	<ul style="list-style-type: none"> • Til frokost og aftens tas det individuelle hensyn til tidspunktet for når beboerne ønsker/har behov for å spise. • Når mat smøres, spør personalet den enkelte beboer hva han ønsker å spise og drikke. • Den som serverer brødmat, viser beboeren hele fatet slik at han kan velge det han har lyst på den dagen. • Personalet spør alle beboerne hva de ønsker å drikke. • Primærkontakt utformer Kvalitets-plan * 4 sammen med beboeren. • Primærkontakt/ansvarlig sykepleier utarbeider pleieplan som beskriver døgnrytme, spisevaner, spesielle ønsker/behov. • Personalet dekker på bordene, tilrettelegger og hjelper de av beboerne som ønsker å smøre selv. • Personalet samarbeider slik at middagene ikke serveres før alle beboerne sitter ved bordene. • Personalet serverer varm mat fra serveringsfat. 	<ul style="list-style-type: none"> • Beboer opplever å bli spurt om hva han ønsker å spise og drikke. • Beboer opplever valgmuligheter når det gjelder brødtype, pålegg og drikke. • Beboer opplever variasjon når det gjelder middag, pålegg og drikke. • De av beboerne som ønsker/kan det, får smøre maten selv. • De av beboerne som ønsker det, får forsyne seg selv fra serveringsfat under middagen • Beboer opplever at middagen serveres varm. • Beboer får velge hvor han ønsker å spise. • Beboer opplever en viss valgfrihet i forhold til når han ønsker å spis frokost, mellommal og aftens. • Beboere som har dårlig matlyst, og/eller er syke, opplever å få tilbud om ønskekost og drikke.

KVALITETSMÅL 4.: Beboerne opplever måltidene som hyggelige, sosiale samlingsstunder		
STRUKTURKRITERIER	PROSESSKRITERIER:	RESULTATKRITERIER:
Hvilke ressurser trenger vi? <ul style="list-style-type: none"> • Hvite duker til alle postene hver helg og høytider. • Tilstrekkelig med pene serveringsfat. • Tilstrekkelig med servise, også kake asjetter. • Pent servise til bursdager og andre spesielle anledninger. • Fargede servietter og lys. • Nye blomster til bordene regelmessig. • Utstyr til baking og enkel matlagning på hver post. • Minst en av personalet er rolig tilstede på spiserommet under måltidene. 	Hva må vi gjøre? <ul style="list-style-type: none"> • Personalet vurderer hvem av beboerne som bør sitte sammen i samråd med beboerne. • All mat anrettes delikat på fat og tallerkener. • Den som har ansvar for kjøkkenet, tørker av bordene og dekker pent på. • Etter at maten er servert, sitter personalet rolig ned og hjelper beboere som trenger det. • Personalet samtaler med beboerne under måltidene, ikke med hverandre. • Personalet slår av TV og Radio under måltidene. • Personalet pynter bordene med hvite duker og fargede lys og servietter til søndag middag. • Personalet serverer kake på kakeasjetter, ikke på servietter. • Personalet baker regelmessig på post. 	Hva forventer vi å oppnå? <ul style="list-style-type: none"> • Beboer opplever å sitte sammen med de som de trives sammen med. • Beboer opplever måltidene rolige og hyggelige. • Beboer opplever at maten er pent anrettet på tallerkenen • Beboer opplever forskjell mellom hverdag og helg. • Beboer opplever at det er pent dekket på bordene. • Beboer opplever at det er rent på bordene.

KVALITETSMÅL 5.: Beboernes behov og ønsker sikres gjennom et godt samarbeid mellom kjøkken og postene.		
STRUKTURKRITERIER Hvilke ressurser trenger vi?	PROSESSKRITERIER: Hva må vi gjøre?	RESULTATKRITERIER: Hva forventer vi å oppnå?
<ul style="list-style-type: none"> Møteforum for kjøkkensjef og kostombud X 1 i måneden. Daglig tilbakemelding til kjøkkensjef via kostombud. Det er utarbeidet prosedyre for bestilling av varer fra kjøkken. Tverrfaglige ledermøter x 1 i uka. Kostombudene informerer ledere og medarbeidere på personalmøtet. Det er utarbeidet prosedyrer for regelmessig temp.kontroll. <ol style="list-style-type: none"> Ut av kjøkken På avdeling like før servering På tallerken Kjøkkenet har forskriftsmessige varmekontainere. Det er utarbeidet prosedyrer for nedkjøling av delvis tilberedt varm mat. Det er utarbeidet prosedyrer for kontroll av temp. i kjøler og fryserom. Det er utarbeidet prosedyrer for daglig renhold på hovedkjøkken. Det er utarbeidet prosedyrer for hygiene på postkjøkken/under måltider. Postene har regelmessige personalmøter minst x 1 i måneden. 	<ul style="list-style-type: none"> Kjøkkensjefen organiserer ”Høring” når det gjelder middagsmeny minst en gang om året. Kostombudene har samtaler med beboerne om middagsmeny og matønsker minst en gang om året. Kjøkkenet tilpasser meny etter beboernes ønsker og behov. Primærkontakt har ansvaret for å kjenner primærbeboers ønsker og behov, dokumentere disse i pleieplan/matcardex og melde til kostombud. Kjøkkensjef og avdelingssykepleiere samarbeider om prioriteringer av tilbud og ressurser. Kjøkkensjef kontrollerer temp. på varm mat ”ut av kjøkken”. Fagpersonale fra kjøkkenet kontrollerer temp. på varm mat på: 1) Avdelingen 2) Tallerken før servering Personalet åpner varmekontainere like før servering. Personalet utposjonerer/utbakter ikke maten før beboerne sitter ved bordet. Ansvarlig personale hjelper de av beboerne som har behov for det , å spise mens maten og drikke er varm. 	<ul style="list-style-type: none"> Beboer opplever å være med på å påvirke middagsmeny. Beboer opplever å bli hørt når det gjelder egne ønsker og behov i forhold til måltidene. Beboer opplever at varm mat har riktig temperatur. Beboer har ikke mage/tarm infeksjoner pga. dårlig hygiene rundt matstell og måltider. Beboer får varm mat med optimalt næringsinnhold.

Vedlegg 2. Vurderingsskjema

ERNÆRINGSRISIKO HOS ELDDRE – VURDERING AV UNDERERNÆRING. Vurderes i løpet av de 2 første ukene i avdelingen

DATO: _____ NAVN: _____ FØDT: _____ AVDELING: _____
 VEKT: _____ HØYDE: _____ BMI: _____ VEKTFORANDRING DE SISTE 6 MND: _____
 VEKTFORANDRING SISTE MND: _____

KROPPSBYGNING/VEKT I FORHOLD TIL HØYDE	KJØNN	SOSIALE FAKTORER (Du kan merke av mer enn en)
<ul style="list-style-type: none"> Overvekt (synlig) 2 Normal vekt (synlig) 0 Under normal vekt (synlig) 2 Svært tynn (synlig) 4 	<ul style="list-style-type: none"> Kvinne 1 Mann 2 	<ul style="list-style-type: none"> Uavhengig 0 Avhengig av personlig hjelp under måltid 3 Nylig tap av familie/nære venner 4 Tilrettelegging av spisesituasjonen 1
ELLER <ul style="list-style-type: none"> BMI over 30 2 BMI 19 – 24 0 BMI 16 – 18 2 BMI mindre enn 16 4 	MATINTAK (Du kan merke av mer enn en) <ul style="list-style-type: none"> Spist og drikket alt 0 Spist og drikket $\frac{3}{4}$ 1 Spist og drikket $\frac{1}{2}$ 2 Spist og drikket $\frac{1}{4}$ 3 Drikker bare 4 Spiser og drikker ikke 5 Tyggeproblemer 3 Svelgproblemer 5 Farsemat 4 Annen spesialdiett 3 Drikke lite 4 	TILLEGGSFAKTORER (Du kan merke av mer enn en) <ul style="list-style-type: none"> Smerter 3:4 Infeksjon/residiverende 3:4 Lungeinfeksjon/UVI 4 Medisiner (fast 4 typer eller mer) 4 Større sykehusbehandling nylig 4 Akutte brudd 4 Sykdom mage/tarm/diarre 4 Cardiovaskulær lidelse 4 Tungpustethet 4 Obstipasjon 3:4 Vandring/uro 4 Sår 3:4
PLUSS <ul style="list-style-type: none"> Vekttap på 10% på 6 mnd 4 Vekttap på 5% på 1 mnd 5 	STEMNINGSLEIE (Du kan merke av mer enn en) <ul style="list-style-type: none"> Våken/interessert 0 Trøtt/sover mye 3 Apatisk 2 Spisevegring 3:4 Mild til moderat forvirring 3 Sterk grad av demens 4 Nedsatt stemningsleie 3 	
GENERELT (Du kan merke av mer enn en) <ul style="list-style-type: none"> Frisk hud 0 Tørr hud 1 Uftørrt 2 Dårlig hudfarge 3 Tegn på vekttap /se armer/ben) 4 		
POENG: Mindre enn 10 = OK 10 – 19: Moderat risikogruppe 20 – 29: Høy risikogruppe 30 +: Svært høy risikogruppe		

Vedlegg 3. Prosedyren «Rutiner for kosthold og ernæring»

(Siste oppdatering: 11.08.2005)

Dato : 03.06.02

Kostnadssted : 5110 - 5116 og 5210

Side : 1 av x

Iverksatt: _____

Godkjent av : Institusjonssjef

Sign.:

Autorisert av: Pleie og omsorgssjef

Sign.:

Overlege

Sign.:

Versjon : 01

Neste revisjon : juni – 2003

Ansvar for neste revisjon: Institusjonssjef og seksjonsledere

- 1. Hensikt:** er å sikre at beboerne får ivaretatt sitt ernæringsbehov og at måltidene blir hyggelige, sosiale samlingsstunder ved postene.

Kvalitetsmål:

- Beboernes ernæringstilstand og ernæringsbehov er vurdert.
- Beboeren får dekket sitt behov for mat og drikke
- Beboerne har medbestemmelse og valgmuligheter i forbindelse med måltidene
- Beboerne opplever måltidene som hyggelige, sosiale samlingsstunder
- Beboernes behov og ønsker sikres gjennom et godt samarbeid mellom kjøkken og postene.

Alle målene er ikke realistiske når det gjelder alle beboere/pasienter. Hos mange sykehjemsbeboere er vekttap og underernæring en konsekvens av et komplekst sykdomsbilde og/eller livsavslutning. Slike tilstander kan ofte ikke endres. Denne gruppen beboere må få hjelp til å spise og drikke det de ønsker/har lyst på, men ikke «nødes» og mases på.

2. Ansvarsområde :

- Institusjonssjef har ansvar for at samtlige poster gjennomfører prosedyren og at denne kontinuerlig oppdateres
- Institusjonssjef har ansvar for at personale har nødvendig kompetanse når det gjelder kosthold og ernæring
- Kjøkkensjef er ansvarlig for å tilby næringsrik, variert og helsefremmende mat og samarbeide med postene slik at beboernes behov og ønsker sikres
- Tilsynslege har ansvar for å vurdere beboernes ernæringstilstand samt samarbeide med ansvarlig sykepleier vurdering av ernæringstilstand og iversetning av tiltak for å unngå feil og underernæring
- Avdelingsleder har ansvar for at alle beboere/pasienter får ivaretatt sine ernæringsbehov og at måltidene blir hyggelige, sosiale samlingsstunder ved postene
- Avdelingsleder har ansvar for å påse at personalet samt studenter og elever kjenner til og gjennomfører prosedyren som vedtatt
- Primærkontakt har ansvar for å arbeide i tråd med prosedyren og melde fra til avdelingsleder om situasjoner hvor dette ikke lar seg gjennomføre
- Kostombudet har et spesielt ansvar når det gjelder bestilling av mat og å samarbeide med postens leder, øvrige personale samt kjøkkensjef for å sikre at beboerne får dekket individuelle behov når det gjelder mat og drikke
- Kostombudet har en årlig evaluering av middagsmenyen sammen med de av beboerne som ønsker det

Hovedkjøkkenets ansvarsområde:

- Kjøkkenpersonalet produserer og distribuerer i henhold til beskrevne prosedyrer når det gjelder temperaturkontroll, nedkjøling og renhold (**Se egne prosedyrer**)
- Kjøkkenet tilpasser meny etter beboernes ønsker og behov
- Kjøkkenet tilbereder varm mat så tett opp til middagstidspunkt som mulig
- Kjøkkensjefen organiserer «Høring» når det gjelder middagsmeny minst en gang om året
- Kjøkkensjef og avdelingsledere samarbeider om prioriteringer av tilbud og ressurser

3. Beskrivelse

Observasjon og vurdering av beboernes ernæringstilstand, næringsbehov og behov for hjelp

- Ernæringsstatus vurderes ved inntakst- og årskontroll ved klinisk vurdering, vekttap, Hb, SR, jern, vit B 12, gluc, Hbanc hos diabetikere, Na, K, Ur+, Kreat, ASAT, ALAT, Alb, Tot.prot., T4 og TSH. Urin stix og eventuelt mikro. Medikamentanalyse der dette er aktuelt
- ***Lege vurderer klinisk tilstand ved vekttap/vektøkning på over tre kilo siste 1 – 2 måneder. Lege vurderer ernæringstilstand ved sykdom/ endring av spisevaner, avføringsvaner***
- Primærkontakt/ansvarlig sykepleier kartlegger og følger opp avføringsvaner og problem hos beboerne
- Primærkontakt veier beboer innen en uke etter innleggelse og kontrollveier beboer hver måned ved sykdom, nedsatt appetitt og vekttap, ellers hver 3 måned
- Ansvarlig sykepleier rapporterer vekttap, nedsatt appetitt og endring av spise- og avføringsvaner til lege
- Personalet observerer hva de beboerne de har ansvaret for, spiser og drikker og fører drikke og matliste hos beboere som er underernærte/ hatt vekttap
- Ansvarlig sykepleier rapporterer problemer rundt ernæring på tverrfaglige møter

Dokumentasjon av beboernes ernæringstilstand, næringsbehov og behov for hjelp

- Primærkontakt har ansvar for å kartlegge hvilke spesielle ønsker beboeren har når det gjelder mat og måltider og dokumentere disse i datasamlingsguiden, pleieplan og eventuell matkardex
- Primærkontakt/ansvarlig sykepleier utarbeider pleieplan som beskriver døgnrytme, spisevaner, spesielle ønsker/behov til de av beboerne som har spesielle behov når det gjelder mat og drikke
- Primærkontakt/ansvarlig sykepleier vurderer hva slags hjelp og tilrettelegging beboer trenger under måltidene og noterer dette i eventuell pleieplan
- Personalet bruker eksisterende dokumentasjon til å skaffe seg/ formidle nødvendig informasjon om den enkelte beboeres behov når det gjelder mat og drikke

Oppfølging av beboere/pasienter med spesielle behov for mat og drikke

- Tilsynslege og ansvarlig sykepleier vurderer behov for kosttilskudd. Den av personalet som har ansvar for beboer/pasient på hver vakt, tilbyr kosttilskudd
- Alle beboere tilbys multivitamintilskudd
- Primærkontakt har i samarbeid med kostombud, ansvar for ønskekost til beboere/pasienter som har dårlig matlyst/ er syke.
- Primærkontakt har ansvar for å samarbeide med beboer og pårørende for å skaffe spesiell mat som det ikke lar seg gjøre å få på Tåsenhjemmet.
- Primærkontakten samarbeider med kostombud når det gjelder bestilling av mat og drikke som beboerne ønsker/ liker.
- Kostombudet bruker «åpen rubrikk» på bestillingslistene for å dokumentere spesielle ønsker/behov

Tilberedning og servering av mat. Forberedelser før måltidene

- Personalet sørger for nødvendige hygieniske tiltak når det gjelder matstell og måltider (**Se egen utarbeidet prosedyre.**)
- Personalet vurderer hvem av beboerne som bør sitte sammen i samråd med beboerne
- Personalet slår av TV og Radio under måltidene.
- Den som har ansvar for kjøkkenet, tørker av bordene og dekker pent på.
- Etter at maten er servert, sitter en av personalet rolig ned ved hvert bord og hjelper beboere som trenger det
- Personalet samtaler med beboerne under måltidene, ikke med hverandre
- Personalet tilpasser porsjonene til den enkelte beboer
- All mat anrettes delikat på fat og tallerkener
- Primærkontakt/ansvarlig sykepleier har ansvar for å vurdere om beboeren har behov for hjelpemidler
- Personalet tilbyr frukt og drikke mellom frokost og middag
- Beboere som ligger våken sen kveld og natt tilbys mat og drikke og hjelp til å komme på WC
- Personalet pynter bordene med hvite duker og fargede servietter til søndag middag
- Personalet baker regelmessig på post fortrinnsvis i samarbeid med beboerne

Frokost og aftens

- Beboerne får tilbud om frokost etter hvert som de står opp

- Den av personalet som har ansvar for kjøkkenet tilbyr beboerne fersk smurt mat. Vurdere å pynte med frukt og grønt.
- Personalet tilbyr varierte grøttyper til frokost og aftens.
- Når mat smøres, spør personalet den enkelte beboer hva han ønsker å spise og drikke.
- Den som serverer brødmatt, viser beboeren hele fatet slik at han kan velge det han har lyst på den dagen.

Middag

- Personalet samarbeider slik at middagen ikke serveres før alle beboerne sitter ved bordene.
- Personalet åpner varmecontainerne like før servering.
- Personalet utporsjonerer/utbakker ikke maten før beboerne sitter ved bordet.
- Middagen serveres varm fra serveringsfat
- Personalet forsyner de av beboerne som ikke klarer dette selv, fra serveringsfat etter å ha spurt hvor mye mat de ønsker
- Mat skjæres opp hos beboer
- Ansvarlig personale hjelper de av beboerne som har behov for det , å spise mens maten er varm

Munn – og tannpleie

- Personalet gir beboerne godt munn -og tannstell morgen og kveld.
- Primærkontakt har ansvar for at beboer har riktig tilpassede proteser.
- Ansvarlig sykepleier sørger for årlig undersøkelse hos tannlege samt nødvendig tannbehandling.
- Kjøkkensjef kjøper inn små tannbørster som selges i kantina.

4. Annet

Evaluering

1. Kjøkkensjef deltar på regelmessige møter med enhetsledere og avdelingssykepleiere. På disse møtene gjøres det 2 ganger i året en generell evaluering av rutiner rundt matstell og måltider. Spesielle problemstillinger når det gjelder tilbud, ønsker og behov meldes som sak til møtene når dette er aktuelt

2. Kjøkkensjef har ansvaret for å innkalle til og lede møter med kostombudene annen hver måned eller oftere ved behov. Spesiell informasjon og/eller problemstillinger når det gjelder tilbud, ønsker og behov meldes som sak til møtene. På disse møtene gjøres det 2 ganger i året en generell evaluering av rutiner rundt matstell og måltider. Hvis manglende ressurser eller prioritering av ressurser er årsak til avvik, er kjøkkensjef ansvarlig for å ta dette opp i ledermøtet.
3. Avdelingsleder må ta opp på personalmøter hver 3 måned om det er avvik fra prosedyren. Det som spesielt skal vurderes er:
 - Er det overholdt regler for dokumentasjon av beboernes/pasientenes ernæringsstilstand, næringsbehov og behov for hjelp
 - Blir maten servert i samsvar med prosedyre
 - Får beboerne/pasientene tilbud om frokost med det samme de er stått opp
 - Får beboerne/pasientene tilbud om et sent kveldsmåltid og/eller nattmat
 - Får beboerne/pasienten selv velge pålegg

4. Referanser

Dette er i tråd med «Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene». «For å løse oppgaver som er nevnt foran skal kommunen utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov». Blant annet skal det nedfelles prosedyrer som sikrer at brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester får:

- dekket grunnleggende fysiologiske behov som: tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og fremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat
- tilpasset hjelp til måltider og nok tid og ro til å spise

6. Vedlegg

