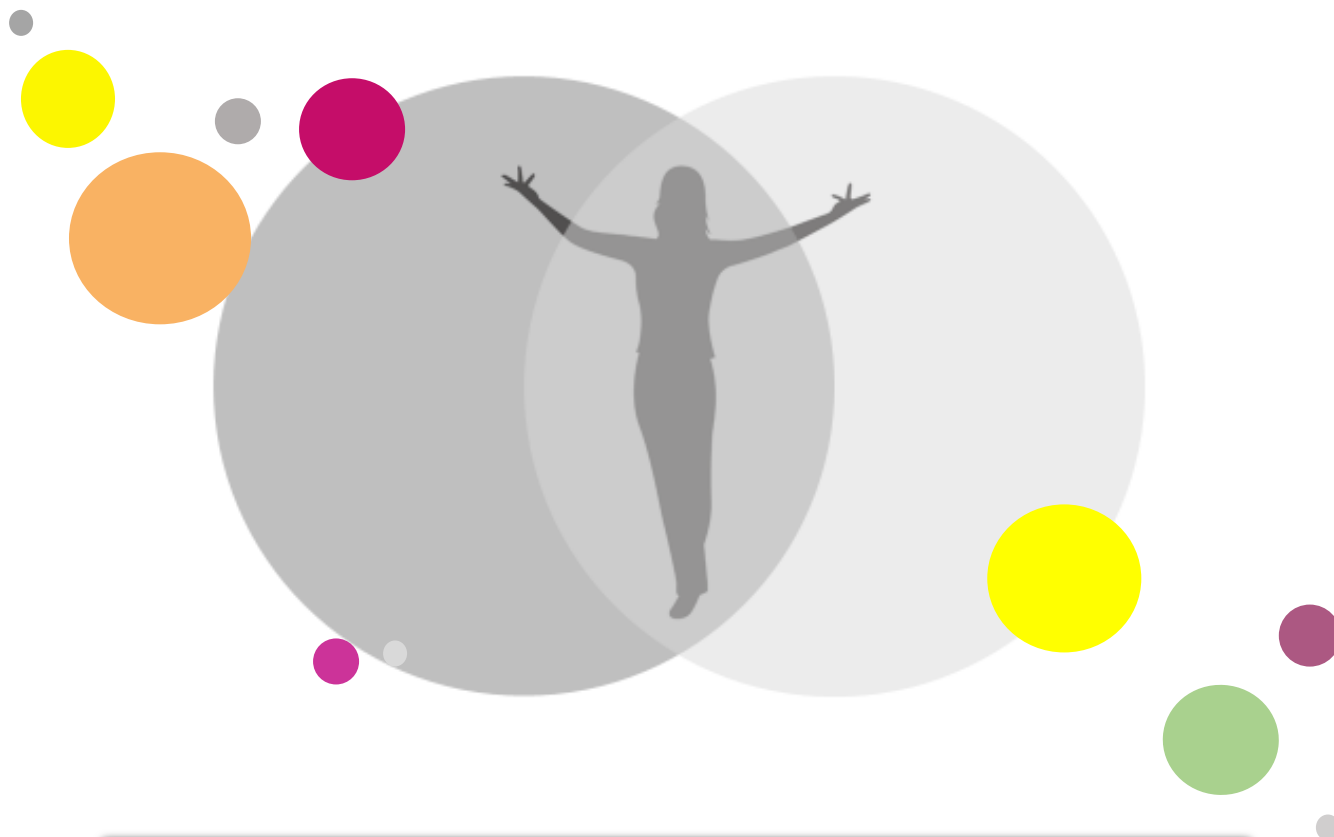


PROSJEKT INNOVATIV REHABILITERING



IVARETAKELSE AV ERNÆRINGSSITUASJONEN I ET REHABILITERINGSFORLØP

Rapport fra fokusgruppe ernæring

10.04.19



joran.aanonsen@iomk.no og irene.teigen.paulsen@iomk.no

Innhold

Sammendrag	2
5.1 Anbefalinger for hvordan man kan sikre at ernærings situasjonen blir en del av rehabiliteringsforløpet	2
1.0 Mandat	3
1.1 Bakgrunn	3
1.2 Mål og leveranser for fokusgruppen	3
2.0 Deltakere i fokusgruppen og eksterne bidragsytere	4
2.1 Fokusgruppens sammensetning	4
2.2 Eksterne bidragsytere	4
3.0 Møter og arbeidsmetoder	5
4.0 Måloppnåelse – Resultater og drøftinger	5
4.1 Kartlegging av rutiner som hjemmebaserte tjenester har for å kartlegge og følge opp personens ernærings situasjon	5
4.2 Bestemme hvilke/t validert/e screeningsverktøy som skal benyttes for vurdering av ernæringsmessig risiko i TVT og dokumentasjon av personens ernæringsstatus; risiko for under-/over-/ feilernæring	6
4.3 Beskrive ulike verktøy som kan benyttes for oppfølging ved ernæringsmessig risiko	7
4.4 Vurdere og teste mulige teknologiske hjelpemidler for oppfølging av ernærings situasjonen	8
4.5 Beskrive hvordan opplæring kan gis til personen og nærpersoneer om nødvendige ernærings tiltak	8
4.6 Beskrive behov for kompetansehevende tiltak for fagpersoner som arbeider i TVT, hjemmebaserte tjenester og eventuelt andre samarbeidspartnere	11
4.7 Beskrive hvordan iverksatte ernærings tiltak kan ivaretas ved overføring fra TVT til kommunen	12
5.0 Anbefalinger og veien videre	16
5.1 Anbefalinger for hvordan man kan sikre at ernærings situasjonen blir en del av rehabiliteringsforløpet	16
5.2 Veien videre	17
6.0 Vedlegg	18

Sammendrag

En fokusgruppe for ernæring har arbeidet med å lage en plan for å sikre at personer som får tjenester av Tverrfaglig vurderingsteam (TVT) blir vurdert for ernæringsmessig risiko og får kartlagt sin ernæringsstatus, at eventuelle nødvendige ernæringstiltak blir iverksatt og at ernæringssituasjonen blir ivaretatt og fulgt opp etter endt rehabiliteringsforløp.

Fokusgruppen har blant annet hentet bakgrunnsinformasjon fra hjemmetjenesten i Helsehusets eierkommuner, benyttet gjeldende retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring og hatt drøftinger i gruppen for å løse oppgaven.

Resultatene er samlet som anbefalinger for hvordan man kan sikre at ernæringssituasjonen blir en del av rehabiliteringsforløpet. Vi har også listet noen punkter for videre arbeid i prosjektet for å sikre at personens ernæringssituasjon blir ivaretatt.

5.1 Anbefalinger for hvordan man kan sikre at ernæringssituasjonen blir en del av rehabiliteringsforløpet

Screening og oppfølging i Tverrfaglig vurderingsteam (TVT):

- Personen skal screenes og vurderes for ernæringsmessig risiko etter utarbeidede prosedyrer for Tverrfaglig vurderingsteam
- Nødvendige ernæringstiltak skal iverksettes etter prosedyre for TVT

Opplæring:

- Opplæring om nødvendige ernæringstiltak skal gis til personen og pårørende
- Gjeldende helseforetak (sykehus) bør ha gitt en del opplæring til personene/pårørende før overføring til kommunen
- Hjemmetjenesten kan gi opplæring til personen og kan gjøre kartlegging, men må ha gode hjelpemidler

Behov for ernæringskompetanse i kommunen:

- TVT må ha ernæringskompetanse som kan bidra inn i kommunens tjenester der det er behov for opplæring om nødvendige ernæringstiltak ut over det hjemmetjenesten kan gi
- Det er behov for klinisk ernæringsfysiolog i kommunen som blant annet kan bistå hjemmetjenesten

Behov for kompetansehevende tiltak innen ernæring:

- Opplæring av kommunens ansatte innen ulike områder for ernæring bør tilbys, slik hjemmetjenesten selv ønsker det

Ernæringskontakter:

- Det bør opprettes ernæringskontakter i hjemmetjenesten på lik linje med sårkontakter – to kontakter per sted, for å sikre ernæringssituasjonen i et rehabiliteringsforløp
- Disse bør kurses spesielt og ha ansvar for å løfte ernæringsfokus innad i organisasjonen
- Det bør etableres et nettverk for ernæringskontakter

Ivaretagelse av ernæringstiltak i en overføringssituasjon:

- Andre tjenester i kommunen må kobles på tidlig, i god tid før man skal gjøre en overføring.
- Det må følge en god skriftlig beskrivelse av hva som er vurdert og gjennomført og hva som det skal arbeides videre med; ønske om en klar bestilling.
- De som skal gi personen tjenester skal få nødvendig opplæring i tiltak som skal videreføres.
- Beskrivelse av: personens ernæringsstatus, iverksatte tiltak og hvilke konkrete anbefalinger som er gitt og hvilke tiltak som skal videreføres når personen er avsluttet fra TVT og annet som berører ernæringssituasjonen, skal følge.
- Ernæringsansvaret må plasseres i neste ledd.
- Hjemmetjenesten/sykehjem skal ha egen plan for oppfølging av pasienten ut fra hvilken situasjon denne er i. En overføringssamtale/-møte er nyttig også for overføring av kunnskap mellom fagpersoner.
- Det er behov for en sjekkliste over hva informasjonen skal inneholde ved en overføring.

1.0 Mandat

Beskrivelse av arbeidsområder for prosjekt Innovativ rehabilitering for 2018, er godkjent av styret for Helsehuset – Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter IKS. Prosjektbeskrivelsen for fokusgruppe ernæring er godkjent av prosjektleder.

1.1 Bakgrunn

For en person i et rehabiliteringsforløp kan personens ernæringssituasjon være avgjørende for å oppnå best mulig effekt av de øvrige rehabiliteringstiltakene. Tilstrekkelig næringstilførsel er avgjørende for optimal rehabilitering. Underernæring fører til tap av muskelmasse, energi og kroppsvev, noe som igjen kan føre til mentale forandringer depresjon, tretthet, forvirring og engstelse.

Forebygging og behandling av underernæring og sikring av et tilstrekkelig inntak av energi og næringsstoffer, vil derfor være viktige tiltak i et rehabiliteringsforløp. Kostveiledning og motiverende hjelp til å gjennomføre nødvendige ernæringstiltak bør være en del av behandlingen.

Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, stiller krav til at personens ernæringssituasjon rutinemessig skal vurderes; ved inntak og følges opp regelmessig ut fra et faglig begrunnet opplegg¹. Tiltak skal iverksettes ved behov. For å gjøre en god vurdering kan det være nødvendig å gjøre en utfyllende kartlegging som innebærer kartlegging og registrering av mat og drikke, tilrettelegging og oppfølging av måltidssituasjonen, berikning av kost eller ytterligere tiltak.

Eldre mennesker med funksjonsfall er utsatt for underernæring, og det anslås at hver tredje pasient i norske sykehus er underernært eller i risiko for underernæring, noe som er assosiert med økt sykkelighet, lengre sykehusopphold og høyere dødelighet².

Med denne fokusgruppen ønsker vi å sette fokus på at personens ernæringssituasjon er grunnleggende for en god rehabilitering. Anbefalingene som vi kommer fram til skal gi grunnlag for prosedyrer for Innovativ rehabiliterings Tverrfaglige vurderingsteam (TVT) for å sikre en god ernæringsstatus, og tydeliggjøre ernæringens plass i det helhetlige rehabiliteringsarbeidet i Indre Østfold.

1.2 Mål og leveranser for fokusgruppen

Hovedmål

Det skal lages en plan for å sikre at personer som får tjenester av TVT:

1. Blir vurdert for ernæringsmessig risiko og får kartlagt sin ernæringsstatus
2. Eventuelle nødvendige ernæringstiltak blir iverksatt
3. Ernæringssituasjonen blir ivaretatt og fulgt opp etter endt rehabiliteringsforløp

Delmål

- Det skal kartlegges hvilke rutiner hjemmebaserte tjenester har for kartlegging og oppfølging av personens ernæringssituasjon

¹ Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring, Helsedirektoratet, 2009

² Nasjonalt råd for ernæring, Sykdomsrelatert underernæring Utfordringer, muligheter og anbefalinger, 01/17

- Det skal bestemmes hvilke/t validert/e screeningsverktøy som skal benyttes for vurdering av ernæringsmessig risiko i TVT. Dokumentasjon av personens ernæringsstatus skal være en del av et rehabiliteringsforløp; risiko for under-/over-/ feilernæring
- Det skal beskrives ulike verktøy som kan benyttes for oppfølging ved ernæringsmessig risiko
- Det skal vurderes og testes mulige teknologiske hjelpemidler for oppfølging av ernæringssituasjonen
- Det skal beskrives hvordan opplæring kan gis til personen og nærpersoener om nødvendige ernæringstiltak
- Det skal beskrives behov for kompetansehevende tiltak for fagpersoner som arbeider i TVT, hjemmebaserte tjenester og eventuelt andre samarbeidspartnere
- Det skal beskrives hvordan iverksatte ernæringstiltak kan ivaretas ved overføring fra TVT til kommunen

2.0 Deltakere i fokusgruppen og eksterne bidragsytere

Det var viktig å ha en god fordeling av ulike fagpersoner og brukerrepresentanter i fokusgruppen. Fagpersoner ble rekruttert via kommunenes hjemmetjeneste, og brukerrepresentanter fra forening for slagrammede i distriktet.

Eksterne ressurser var klinisk ernæringsfysiolog fra Sunnaas sykehus og utviklere av appen Appetitus.

2.1 Fokusgruppens sammensetning

1. Bjarne Andersen, bruker, Foreningen for slagrammede
2. Knut Vidar Trømborg, pårørende, Foreningen for slagrammede
3. Aina Graff Shernazarova, rodeleder hjemmetjenesten i Eidsberg
4. Trine Bråthen, leder hjemmetjenesten i Spydeberg
5. Tove Andersen, fagarbeider, hjemmetjenesten i Askim
6. Wenche Hammer, sykepleier Virtuell avdeling i Eidsberg
7. Joran Aanonsen, sykepleier Tverrfaglig vurderingsteam (TVT)
8. Irene Teigen Paulsen, ernæringsfysiolog og prosjektmedarbeider prosjekt Innovativ rehabilitering

2.2 Eksterne bidragsytere

1. Hanne Bjørg Slettahjell, klinisk ernæringsfysiolog, Sunnaas sykehus
2. Carina Kolnes, teamleder og ergoterapeut, Tverrfaglig vurderingsteam, Helsehuset IØMK IKS
3. Anne Moen, professor ved Institutt for helse og samfunn ved UiO
4. Kristin Skeide Fuglerud, Førsteamanuensis II, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Institutt for sykepleie- og helsevitenskap, Campus Drammen

3.0 Møter og arbeidsmetoder

Fokusgruppen har hatt 6 møter i perioden 4. juni til 13. november. Disse har vært holdt på Helsehuset. Det siste møtet var en videokonferanse med Sunnaas.

Arbeidsmetoder har bestått av idédugnader, drøfting og diskusjoner med utgangspunkt i bakgrunnsinformasjonen som var innhentet fra kommunene, egne refleksjoner i fokusgruppen og bruk av gjeldende dokumentasjon på området.

Joran Aanonsen og Irene Teigen Paulsen hadde et møte med Anne Moen og Kristin Skeide Fuglerud for å få informasjon og opplæring i bruk av appen Appetitus.

4.0 Måloppnåelse – Resultater og drøftinger

Måloppnåelse beskrives i forhold til oppgitte delmål, og er beskrevet i henhold til rekkefølge gitt i kapittel 1.2. Vi har valgt å presentere konklusjoner fra drøftinger av delmål hovedsakelig etter overskriften. Dette for å gi lettere tilgang til konklusjonene. Deretter følger tekst som begrunner konklusjonene.

Ut fra arbeidet med delmålene har vi utarbeidet en «*Prosedyre for screening av ernæringsmessig risiko, vurdering og oppfølging av personens ernæringssituasjon*», se vedlegg 1. I denne har vi tatt i bruk anbefalte verktøy for screening av ernæringsmessig risiko og flere av hjelpemidlene er hentet fra kosthåndboken³:

- Screening av ernæringsmessig risiko - bruk av skjemaet Mini Nutritional Assessment (MNA) eller Nutrition Risk Screening (NRS 2002) og veiledning for bruk
- Tilleggsspørsmål til bruk for NRS 2002
- Skjema for kostregistrering*
- Enkel mat og drikkeliste*
- Matvarevalg – likeliste – for kartlegging av bruk av matvarer og hva personen liker
- Tabell for beregning av energi- protein og væskebehov hos voksne*
- Energi og proteintabell – oversikt over porsjoner, energi og proteiner*
- Gode kilder til vitaminer, mineraler og sporstoffer*
- Ernæringsplan*

4.1 Kartlegging av rutiner som hjemmebaserte tjenester har for å kartlegge og følge opp personens ernæringssituasjon

Hensikten med denne kartleggingen var blant annet å hente informasjon fra kommunene om hvilke verktøy de bruker for screening av personens ernæringssituasjon og hvilke erfaringer og utfordringer de har med disse. I tillegg ønsket vi å stille noen utdypende spørsmål som omhandlet personens ernæringssituasjon.

I henvendelsen til virksomhetsleder for hjemmebaserte tjenester i Helsehusets eierkommuner, ble det presisert at vurderingene og innspillene som kommunene ga, kun ville samles og brukes i forbindelse med drøftinger i dialogmøtene, og informasjonen som de ga kunne om ønskelig være anonym.

³ Kosthåndboken, Helsedirektoratet, 2012. Punktene merket med stjerne, er også hentet fra Kosthåndboken

Det gis her derfor ingen beskrivelse av svarene på spørsmålene som ble stilt. Kommunene var svært imøtekommande og ga mange og gode innspill som er tatt med videre i arbeidet med de enkelte delmålene.

Følgende spørsmål ble stilt til hjemmebaserte tjenester ved besøket:

1. Hvilke rutiner har kommunen for at personens ernæringsstatus blir kartlagt og fult opp?
2. Hva opplever dere som utfordringer for oppfølging av ernæringsstatus til hjemmeboende innskrevet i hjemmesykepleien?
3. Hvordan kan Tverrfaglig vurderingsteam (TVT) og kommunen sammen sikre en god overføring til kommunene for ivaretagelse av oppfølging av ernæringsstatus?
4. Behov for kompetanseheving innen dette området – hvilke tanker har dere om det?
5. Forslag til kandidater til fokusgruppe?

4.2 Bestemme hvilke/t validert/e screeningsverktøy som skal benyttes for vurdering av ernæringsmessig risiko i TVT og dokumentasjon av personens ernæringsstatus; risiko for under-/over-/ feilernæring

4.2.1 Valg av screeningsverktøy for vurdering av ernæringsmessig risiko for TVT:

Følgende verktøy anbefales:

- **Multinutritional assessment - MNA – brukes for personer over 70 år**
Det anbefales at både del 1 og del 2 gjennomføres. Ved behov gjøres ytterligere kostanamnese og ev kostregistrering som grunnlag for anbefalinger og oppfølging.
- **Nutrition Risk Screening 2002 - NRS 2002 – brukes for personer yngre enn 70 år**
Det anbefales at det i tillegg gjennomføres en enkel kostanamnese, uansett risiko, for å få en minimumskartlegging av kostholdet og informasjon for å vurdere mulig feilernæring.

Helsedirektoratets retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, gir følgende anbefalinger⁴: «Alle beboere i sykehjem/institusjon og personer innskrevet i hjemmesykepleien skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak og deretter månedlig eller etter et annet faglig begrunnet opplegg. For å vurdere ernæringsmessig risiko anbefales MNA og MUST. NRS 2002, SGA eller Ernæringsjournal kan anvendes som alternativ.» Ett verktøy passer muligens ikke for alle, avhengig av alder og boform. Noen av disse verktøyene er screeningsverktøy og andre er både screening- og vurderingsverktøy. Vi ville derfor gjøre en vurdering av hvilket verktøy som ville være hensiktsmessig for oss/ TVT å bruke.

Planen som skulle utarbeides, skulle sikre at personen blir vurdert for ernæringsmessig risiko og at personen får kartlagt sin ernæringsstatus, at eventuelle nødvendige ernæringstiltak blir iverksatt og at ernæringsstatusen blir ivarettatt og fulgt opp etter endt rehabiliteringsforløp.

Vi hadde derfor behov for verktøy som ga en screening, men også en minikartlegging av kostholdet. Personer i et rehabiliteringsforløp som får tjenester fra Tverrfaglig vurderingsteam er i alderen fra 18 år og oppover. Vi hadde derfor behov for verktøy som kunne dekke et stort aldersspenn alternativt, verktøy for ulike aldersgrupper.

⁴ Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring, Helsedirektoratet, 2009

Vurdering av verktøy

Verktøyene Ernæringsjournal og MNA (begge egnet for personer over 70 år) ble vurdert mot hverandre og MUST og NRS 2002 (egnet for personer under 70 år) mot hverandre.

Ernæringsjournal⁵ - med ernæringsrelaterte data gir god informasjon, men det er behov for tilleggsopplysninger for måltidsfrekvens og matvarespekter. Kommentar: Skjemaet har ingen poengangivelse, og gir derfor mulighet for en noe mer subjektiv vurdering.

MNA⁶ - er et validert skjema for risikoscreening og vurdering av ernæringstilstanden hos geriatrike pasienter. Kommentar: Det er relativt godt kjent; flere av Helsehusets eierkommuner bruker dette blant hjemmeboende. Erfaringsmessig faller mange inn under «mulig underernæring» - og man må gå igjennom del 2 for å kartlegge mer rundt matinntak samt væskeinntak. Det er en fordel at personens mobilitet og mentale status registreres med tanke på å ta til seg mat og drikke selv. Skjemaets del II gir informasjon om kostholdet; med spørsmål om matvarer som er markører for protein, og spørsmål om inntak av frukt og grønnsaker og væske i tillegg til måltider. Verktøyet er valgt som screeningsverktøy for personer over 70 år.

MUST⁷ - er et validert skjema, ikke egnet for eldre over 70 år (Bruker KMI < 20 som mål for å være i ernæringsmessig risiko (NB! For eldre over 70 brukes KMI < 22). Dekker aktuell målgruppe; personer under 70 år. Sjekker risiko for underernæring med KMI og vektendring og eventuell score for akutt sykdom uten matinntak over 5 dager. Kommentar: Det skal mye til for å få utslag for risiko for underernæring. MUST ble vurdert til ikke å dekke det vi er ute etter.

NRS 2002⁸ - For personer over og under 70 år (Bruker BMI < 20,5 som risiko for underernæring, men gir 1 score for alder over 70 år). Verktøyet har egen score for både ernæringstilstanden og sykdommens alvorlighetsgrad. Kommentar: Alle som henvises til TVT har en eller annen skade/funksjonsfall. I skjemaet er det beskrevet at screeningen skal gjøres på nytt etter en uke om personen ikke er funnet å være i ernæringsmessig risiko. Dette gir retning for oppfølging og mulighet til å fange opp endringer for eksempel vektendringer som skjer etter at personen har vært i forløpet en tid. Verktøyet er valgt som screeningsverktøy for personer under 70 år.

4.3 Beskrive ulike verktøy som kan benyttes for oppfølging ved ernæringsmessig risiko

Kosthåndboken fra Helsedirektoratet er en veileder i ernæringsarbeidet i helse og omsorgstjenesten. Hovedmålsettingen med Kosthåndboken er å bidra til å sikre god kvalitet i ernæringsarbeidet i hele helse- og omsorgstjenesten. God kvalitet handler om forsvarlighet og at ernæringstiltak er tilpasset den enkeltes behov. Kosthåndboken legger vekt på betydningen av kartlegging og oppfølging av pasientens ernæringsstatus.

Vi har valgt å bruke eksisterende verktøy som hjelpemidler og disse har vi hentet fra Kosthåndboken. To av verktøyene har vi utarbeidet selv: Dokumentet vi har kalt «Matvarevalg – likeliste» som er et hjelpemiddel for å kartlegge hva personen liker og et avkrysningskjema som er et støtteark til NRS 2002 for å få vite mer om kostholdet for å kunne vurdere risiko for feilernæring. Begge disse er en del av «*Prosedyre for screening av ernæringsmessig risiko, vurdering og oppfølging av personens ernæringssituasjon*», se vedlegg 1.

⁵ <https://www.kompetansebroen.no/wp-content/uploads/2018/03/Skjema-Ern%C3%A6ringsjournal.pdf> 04.04.19

⁶ https://www.mna-elderly.com/forms/MNA_norwegian.pdf 04.04.19

⁷ <https://docplayer.me/7305972-Must-brosjyren-malnutrition-universal-screening-tool.html> 04.04.19

⁸ <https://www.helsebiblioteket.no/ernaering/verktoy/nrs-2002-nutrition-risk-screening> 04.04.19

4.4 Vurdere og teste mulige teknologiske hjelpemidler for oppfølging av ernærings situasjonen

Det er utviklet en app - Appetitus⁹ som er testet og vurdert å kunne være et verktøy for å fremme matlyst hos eldre og forebygge underernæring. I tillegg til eldre selv, kan applikasjonen være et hjelpemiddel for pårørende og helsepersonell.

Verktøyet ble presentert og demonstrert i fokusgruppa og det ble gitt en del innspill til hvordan appen ble opplevd og hva gruppa tenkte om bruk, se nedenfor.

Fokusgruppen hadde som mål å teste applikasjonen hos 2-3 personer. I perioden som fokusgruppen arbeidet, var det ikke aktuelle kandidater i TVT til dette. Men i skrivende stund er man i ferd med å teste dette hos 2 personer som får tjenester fra TVT. Her skal verktøyet benyttes både for å stimulere appetitt og som et verktøy for å sikre energiinntaket.

Innspill om Appetitus:

- Hvis brukerorganisasjoner får kjennskap til denne - kan de ev bistå der personen er interessert
- Bruk av appen kan oppleves som både informativt, spennende og morsomt
- Et tiltak som kan gjøres sammen med pårørende
- NB! Behov for support - hvis man står fast
- Det nevnes eksempler på personer som kan ha nytte av appen Appetitus:
 - F eks etter et slag – som kan gi depresjon og nedsatt matlyst
 - Som følge av smaksendring - pirre matlyst
 - Som følge av dårlig matinntak eller etter en hendelse - ulike diagnoser: Kreft, MS, Kols, ALS, demens

4.5 Beskrive hvordan opplæring kan gis til personen og nærpersioner om nødvendige ernæringstiltak

Fokusgruppen hadde en idédugnad der opplæring til personen og nærpersion om nødvendige ernæringstiltak ble diskutert med bakgrunn i følgende spørsmål:

- Hvem skal gi opplæring?
- Til hvem skal det gis opplæring?
- Hva skal det gis opplæring om?
- Hvordan skal opplæring gis?

Videre hadde fokusgruppen en idédugnad om hvordan TVT skal fungere for å dekke behovet som hjemmetjenesten har i kommunen. Hovedkonklusjoner presenteres i rammene merket 4.5.1 og 4.5.2. For detaljer, se vedlegg 2.

⁹ Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo, Anne Hoff, 2017
<https://journalen.oslomet.no/2017/04/ny-app-skal-forbygge-underaernring-hos-eldre> 04.04.19

4.5.1 Hvordan kan opplæring gis til personen og nærpåersoner om nødvendig ernæringstiltak?

Hvem skal gi opplæring og til hvem skal det gis opplæring?

Sykehus:

- Ved overføring fra Sykehus bør sykehuset ha gitt en del opplæring til personen/pårørende før overføring til kommunen

Hjemmetjenesten:

- Hjemmetjenesten kan gi opplæring til personen og kan gjøre kartlegging, men må ha gode hjelpemidler

TVT:

- TVT må ha ernæringskompetanse som kan bidra inn i kommunen der det er behov for opplæring om nødvendige ernæringstiltak utover det hjemmetjenesten kan gi, se punkt 4.5.2

Hva skal det gis opplæring om?

- Nødvendige ernæringstiltak (knyttet til tilstand)
- Generell ernæringsundervisning
- Ansvar for eget liv – ansvarliggjøring

Hvordan skal det gis opplæring?

- Samtale / dialog – veiledning - med person, pårørende og fagperson(er)
- Læring og mestringssentre - tilby kurs
- Frisklivssentral - eventuelle kurs/ veiledning
- Brukerorganisasjoner - likepersonarbeid
- Hjelpemidler - eksempel
 - Digitalt - appen Appetitus - et fint hjelpemiddel ift underernæring

NB! Behov for kompetanse for å kunne gi opplæring:

- Det er behov for mer spesialisert ernæringskompetanse enn det hjemmetjenesten har og kan gi - kommunen trenger ressurser innen ernæring.
- TVT har ernæringskompetanse i sitt team. Dette oppfattes som helt nødvendig.
- Sykepleiekompetanse er også en viktig ressurs i dette arbeidet.
- Hjemmesykepleien opplever mangel på ernæringskompetanse.
- Spesialisthelsetjenesten ved Sunnaas sykehus etterlyser ernæringskompetanse i kommunen for overføring av pasienter og ivaretagelse av ernæringstiltak.

4.5.2 Hvordan ønsker fokusgruppa at TVT skal fungere for å dekke det behovet dere har i kommunen - i de tilfellene det er behov for opplæring om nødvendige ernæringstiltak til personen og nærpersoner

Ønsker for hva TVT skal kunne bidra med inn i kommunen ift der det er behov for opplæring om nødvendig ernæringstiltak til personen og nærpersoner:

- Bistå med internundervisning f eks om berikning – andre konkrete temaer
- Bistand til utarbeidelse av kostplan - konkrete forslag for de ulike måltidene og hvordan man f eks kan berike i de ulike måltidene
- Bistand og opplæring i å lage en ernæringsplan
- Bistand til veiledning av personen og ev pårørende

- Opplæring i hvilke ernæringstiltak personen skal ha - muligheter/utfordringer.
- Informasjon om konkrete anbefalinger, hva som har blitt gjort og hva som skal videreføres når personen er avsluttet av TVT.
- Eventuelt ha en overføringssamtale med personen og dens hjelpere - betryggende for personen – en kontinuitet.

Gjeldende praksis: Der det har vært gjort tiltak innen ernæring mens personen har vært i TVT, er det laget en ernæringsplan. Denne overføres til hjemmesykepleien, samt rapport om hva som er igangsatt underveis eller i etterkant avhengig av om hjemmesykepleien er inne saken.

Generelt:

- Det er ønske om samarbeidsmøter i forbindelse med overføring av personer og underveis i forløpet. Det er viktig å vite hva som er gjort tidligere før man oppsøker personen.
- Hvilke tiltak som er satt i gang, kan beskrives i e-link. Det er viktig å ha det skriftlig. Hvis det er behov for avklaringer der og da – bruk telefon – ellers OK med e-link.
- Det er ønske om oversikter over hjelpemidler; som viser hva som finnes av ulike verktøy / hjelpemidler. Mye er samlet f eks under USHT, Helsedirektoratet, pasientsikkerhetsprogrammet med læringsnettverk.

Kommunene bruker i dag ulike verktøy for screening av ernæringsmessig risiko. Gruppa vurderer det til å ikke ha stor betydning, siden verktøyene skal avdekke det samme. Noen av verktøyene er mer enn screeningsverktøy.

4.6 Beskrive behov for kompetansehevende tiltak for fagpersoner som arbeider i TVT, hjemmebaserte tjenester og eventuelt andre samarbeidspartnere

Under listes viktige momenter fra denne diskusjonen. Se også vedlegg 3 for mer spesifisering av kompetansehevende tiltak.

4.6.1 Beskrivelse av behov for kompetansehevende tiltak for fagpersoner som arbeider i TVT, hjemmebaserte tjenester og eventuelt andre samarbeidspartnere

Behov og ønske om kompetansehevende tiltak innen følgende emner:

- Bruk av verktøy for screening av ernæringsmessig risiko
- Berikning av kost
- Ernæringsplan, oppfølging og evaluering
- Appetitus – bruk av denne appen
- Underernæring og sykdomsrelaterte årsaker til underernæring
- Generell ernæring

Liste over hva som finnes av ulike verktøy:

- Eksempel på kostplan – med dette matinntaket dekker du behovet
- Bruk av tilskudd
- Handleliste
- Bilder – påsmøring av mat – berikning - eksempler

Gjennomføring av kompetanseheving:

- For å nå flest mulig – ha internundervisning - 45 minutter
- Heldagsseminar blir ofte bare for dem som har fri

Forslag om å opprette ernæringskontakter på lik linje med sårkontakter for å heve status for og fokus på ernæringsfaget:

- Noen som er kontaktpersoner og har et ekstra ansvar, som kan spre info og kunnskap videre på sin avdeling
- Det bør være to ernæringskontakter per sted
- Lettere å frigjøre tid for noen personer og kurse disse i retningslinjer og annet
- Ressurspersoner på stedet - en måte å løfte og ivareta ernæringsfokus på

Forslag til tiltak for å gjøre helsepersonell mer oppmerksomme på og interesserte i personens ernærings situasjon:

- Kursing - mer kunnskap gir et større engasjement
- Ha ernæring som tema - en del av det som utveksles på «rapporten»

Forslag til tiltak for å øke oppmerksomheten til helsepersonell når de jobber i personens hjem

- Varsel – f.eks. varseltrekant på kjøleskapet
- Ha bilder som viser eksempler på smøring av tiltalende og næringsrike smørbrød
- Kostplan og annen ernæringsrelatert informasjon ligge i personens mappe – i hjemmet

Behov for klinisk ernæringsfysiolog i kommunen

- Det pekes på at hverken fastlege eller kommunen har utvidet ernæringskompetanse. Ved store utfordringer henvises pasienten ev. tilbake til Sunnaas etter en tid, dette er veldig tungvint.
- Sunnaas håper man i fremtiden har kliniske ernæringsfysiologer i kommunen som kan serve og gjøre disse vurderingene lokalt. Være en del av et team. Kunne være tettere på.

Innspill fra kommunene:

Behov for kompetansehevende tiltak:

- Det er alltid behov for kompetanseheving og kompetanseutveksling for alle nivåer
- Viktig at noen kan ha litt spisskompetanse på ernæring på lik linje med f eks kreft
- I hjemmesykepleien veldig viktig med kompetanseheving - de arbeider mye alene
- Nødvendig både til inspirasjon for eget arbeid og for å utøve i praksis
- Også pårørende, støttekontakter og andre rundt personen kan kurses i ernæring

Eksempler på temaer:

- Praktisk - Hvordan omsette anbefalinger i praksis
 - Hvordan friste og berike - gode tips og råd
- Teoretisk – Hva skjer i kroppen ved underernæring
 - Sår, næringsopptak, medisiner
 - Bruk av ulike verktøy, utarbeiding av ernæringsplaner
- Spissede kurs for kost og diabetes, kreft, underernæring, overvekt og litt generelt
- Dialogen med pasienten – tilnærmingen – hvordan utforske

Gjennomføring av kompetanseheving:

- Undervisning kan kjøres i bolker – med tema
- Det er greit å samle folk fra nærliggende kommuner
- Noen ganger er det lettere å ha heldagskurs, men interne kurs samler flest

Det er ønskelig med et nettverk for ernæring.

Det er hovedsakelig sammenfallende innspill fra fokusgruppa og fra kommunen.

4.7 Beskrive hvordan iverksatte ernæringstiltak kan ivaretas ved overføring fra TVT til kommunen

I forbindelse med denne problemstillingen, inviterte vi klinisk ernæringsfysiolog fra Sunnaas sykehus til å delta i en videokonferanse. De har lang erfaring med overføring av pasienter til kommunen. I forkant av møtet hadde alle mottatt spørsmålene som skulle drøftes. Disse spørsmålene er utgangspunkt for oppsummeringen som gis nedenfor. Her er innspill fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten (her representert ved Sunnaas), hva som er ønskelig og hva som er gjeldende praksis for overføring fra en instans til neste. Hovedpunktene er gjengitt i rammen under. For fullstendig informasjon, se vedlegg 4, referat fra dette møtet.

Følgende spørsmål var utgangspunkt for drøfting med Sunnaas sykehus:

1. Hva bør skje i forkant av overføringssituasjonen?
2. Hva bør skje i etterkant? Er det noen rutiner for oppfølging mellom overfører og mottaker eller er det opp til kommunen eller ved behov?
3. Hvem bør motta informasjon i forbindelse med en overføring?
4. Hva bør informasjonen inneholde?
5. Hvordan involveres de pårørende i en overføringssituasjon?
6. Er det andre ting dere tenker bør ivaretas i en overføringssituasjon?

4.7.1 Beskrivelse av hvordan iverksatte ernæringstiltak kan ivaretas ved overføring fra TVT til kommunen

Innledende innspill fra Sunnaas sykehus vedrørende dagens situasjon

Ansvarsplassering:

- Det er ingen kliniske ernæringsfysiologer i kommunene som kan ta ansvar for oppfølging. I tilrettelegging for personen etter utskriving – ernæring blir litt glemt.

I den tverrfaglige rapporten og epikrisen

- Ernæringsstatus og hvilket behov personen har for oppfølging og tilrettelegging må beskrives. Det må sikres at alle opplysninger kommer inn i epikrisen til fastlegen som har det medisinske ansvaret, og i rapporten til forvaltningskontoret. NB! Det er behov for et sted å overføre ernæringsansvaret til.

Sunnaas ser for seg samme struktur for ansvar og oppgavefordeling i kommunen slik de selv har:

- Klinisk ernæringsfysiolog har ansvaret for personens ernæringsstatus
- Sykepleier gjør kartlegging og følger opp
- Klinisk ernæringsfysiolog gjør vurderinger og endringer

Sunnaas/ kommunen ønsker seg/ savner:

- En matrise for å følge opp – f eks vekt, blodprøver, mm som gjør flyten bedre og som tar opp de praktiske utfordringene
- Behov for visuelle screeningsverktøy
- På detaljnivå – konkrete verktøy for situasjoner/ endring i situasjonen
- Viktig å ha gode prosedyrer

Drøfting av spørsmålene:

1. Hva bør skje i forkant av overføringssituasjonen/ fra Sunnaas/TVT til andre tjenester i kommunen?

- Andre tjenester i kommunen må kobles på tidlig, i god tid før man skal gjøre overføring, med god beskrivelse av årsak til at angitte tiltak er iverksatt.
- Det er ønskelig å kunne observere personen i en setting, før den overføres til andre tjenester i kommunen.
- De som skal gi personen tjenester skal få nødvendig opplæring (opplæring bør settes i system – Sunnaas har plikt til å drive opplæring).
- Selve overføringen må meldes i god tid – gir mulighet for å iverksette noen tiltak.
- Hjemmetjenesten kan også gjøre et vurderingsbesøk hos de som ikke har hjelpebehov etter utskriving fra TVT, for å være i forkant – forebyggende.

Kommunen ønsker seg følgende fra Sunnaas ved overføringssituasjoner – ernæring

- Tydelige planer for oppfølging og innspill på hva som kan skje og hvordan man kan løse det
- Økt bruk av videomøter ved overføring

2. Hva bør skje i etterkant? Er det noen rutiner for oppfølging mellom overfører og mottaker eller er det opp til kommunen eller ved behov?

Sunnaas:

- Sunnaas har ingen rutiner for oppfølging, kun hvis de skal sørge for en videreføring til andre instanser.

Kommunen:

- Man bør ha en beskrivelse av hva som bør skje i etterkant av overføring fra sykehus ved for eksempel sondeernæring.
- Det er viktig å få gode ernæringsplaner for hjemmetjenesten.
- Det må være tydelig hvem kommunen skal kontakte for bistand.
- Kommunen må ha gode retningslinjer og oppfølgingstiltak for ernæringssituasjonen.
- For overvåking av blodprøveparametre i forbindelse med ernæringssituasjon – er det fastlege som rekvirerer blodprøver

3. Hvem bør motta informasjon i forbindelse med en overføring?

Sunnaas sender til:

- Personen, tildelings-/forvaltningskontor og fastlege

TVT sender til:

- Personen, tildelings-/forvaltningskontoret, fastlege, deltakende behandlere (hjemmesykepleien, fysio, mm)

Dette oppfattes som tilstrekkelig.

4. Hva bør informasjonen inneholde?

- Det bør foreligge en felles sjekkliste for hva informasjonen bør inneholde; ernæring skal være en del av innholdet.
- Det viktigste bør komme tydelig fram først i dokumentet.

Fra Sunnaas til kommunen/TVT:

- Oppsummerte tiltak som er gjennomført og hva som skal settes i gang etter hjemkomst.
- En god beskrivelse på hvert område.

Fra TVT til andre tjenester i kommunen:

For ernæring er det laget prosedyrer for hva som skal følges opp i et forløp i TVT, se vedlegg 1 til denne rapporten. I en overføringsrapport bør følgende beskrives:

- Personens ernæringsstatus
- Iversatte tiltak og hva som er gitt av konkrete anbefalinger
- Hvilke tiltak som skal videreføres når personen er avsluttet av TVT
- Endringer som har skjedd med personen i forhold til vektutvikling, matinntak og annet som berører ernæringssituasjonen

Hjemmetjenesten/ sykehjem skal ha egen plan for oppfølging av pasienten ut fra hvilken situasjon denne er i. En samtale/ et overføringsmøte er nyttig, også for overføring av kunnskap mellom fagpersoner.

Ønskelig med en sjekkliste ved overføring der ernæringssituasjonen og tiltak er en del av innholdet, samt hva som er gitt av informasjon. Det nevnes at KS – Helhetlig pasientforløp – de har utarbeidet en sjekkliste.

5. Hvordan involveres de pårørende i en overføringssituasjon?

Gjeldende praksis Sunnaas:

- Egne pårørendedager
- Involvering individuelt – en til en med pårørende eller grupper
- Ernæring er en del av informasjonen som gis – men ikke for alle
- Ved et vurderingsopphold kan Sunnaas fange opp alvorlig ernæringssvikt

Gjeldende praksis TVT:

- Helsepersonell tar med pårørende i samtaler
- Pårørende kan gi mye informasjon – f eks vektendring, endring i matinntak
- Pårørende kan ha oppgaver – f eks mat og måltider
- Samtaler og oppfølging gjøres individuelt
- Pårørende er svært viktig og de må bli hørt

6. Er det andre ting dere tenker bør ivaretas i en overføringssituasjon?

- Det oppleves at det meste er drøftet som omhandler forhold ved overføring av ernæringssituasjonen
- Konkretisering av innholdet i en overføringssituasjon oppfattes som nyttig og tilsvarende samarbeidsmøter med teamkoordinatorer fra Sunnaas kan være aktuelt for ulike avdelinger på Sunnaas f eks avdeling for vurdering og avdeling for traumatiske hjerneskader

Innspill fra kommunene:

Hvordan kan man sammen sikre en god overføring til kommunene for ivaretagelse av oppfølging av ernæringssituasjonen:

- Overføringen må meldes med god skriftlig beskrivelse av hva som er vurdert og gjennomført og hva som det skal arbeides videre med; ønske om en klar bestilling.
- Ønsker også informasjon om hva som ikke har fungert – om dette foreligger
- Det som er utført i forkant må deles – så man ikke gjør de samme undersøkelsene, etter hvert som personen flyttes rundt i systemet, bare supplere med det man trenger selv
- Fastlegen må med på laget – pasienten må også ha oppfølging fra fastlegen
- Informasjon bør gis til både bruker og pårørende – pårørende er en viktig ressurs
- Alle henvendelser gå til mottakskontor/avd for tjenestetildeling/ pasientkoordinator
- Nødvendig med god kommunikasjon mellom henvisende - og mottakende instans
- Det anbefales at man snakker sammen i tillegg til å motta skriftlig informasjon
- Innkalle til samarbeidsmøte med person, pårørende og de som skal ta over
- Samtale via telefon ved spørsmål
- Personen og pårørende skal møte et hjelpeapparat som svarer likt; får veiledning med gode råd
- Ha sjekklister for overføring – ha et felles system som er tilgjengelig for alle
- I forbindelse med oppfølging fra TVT 3, 6, og 18 mnd etter, kan de etterspørre oppfølging av ernæringssituasjonen.
- Det hadde vært fint om det er noen av de samme rutinene for TVT og kommunen for øvrig

5.0 Anbefalinger og veien videre

Ut fra drøftingene i fokusgruppe for ernæring, innspill fra kommunene og de hovedpunktene som er gitt i de foregående kapitlene, har vi laget noen anbefalinger for hvordan man kan sikre at ernæringssituasjonen blir en del av rehabiliteringsforløpet. Vi har også listet noen punkter for videre arbeid i prosjektet for å sikre at personens ernæringssituasjon blir ivaretatt.

5.1 Anbefalinger for hvordan man kan sikre at ernæringssituasjonen blir en del av rehabiliteringsforløpet

Screening og oppfølging i Tverrfaglig vurderingsteam (TVT):

- Personen skal screenes og vurderes for ernæringsmessig risiko etter utarbeidede prosedyrer for Tverrfaglig vurderingsteam
- Nødvendige ernæringstiltak skal iverksettes etter prosedyre for TVT

Opplæring:

- Opplæring om nødvendige ernæringstiltak skal gis til personen og pårørende
- Gjeldende helseforetak (sykehus) bør ha gitt en del opplæring til personene/pårørende før overføring til kommunen
- Hjemmetjenesten kan gi opplæring til personen og kan gjøre kartlegging, men må ha gode hjelpemidler

Behov for ernæringskompetanse i kommunen:

- TVT må ha ernæringskompetanse som kan bidra inn i kommunens tjenester der det er behov for opplæring om nødvendige ernæringstiltak ut over det hjemmetjenesten kan gi
- Det er behov for klinisk ernæringsfysiolog i kommunen som blant annet kan bistå hjemmetjenesten

Behov for kompetansehevende tiltak innen ernæring:

- Opplæring av kommunens ansatte innen ulike områder for ernæring bør tilbys, slik hjemmetjenesten selv ønsker det

Ernæringskontakter:

- Det bør opprettes ernæringskontakter i hjemmetjenesten på lik linje med sårkontakter – to kontakter per sted, for å sikre ernæringssituasjonen i et rehabiliteringsforløp
- Disse bør kurses spesielt og ha ansvar for å løfte ernæringsfokus innad i organisasjonen
- Det bør etableres et nettverk for ernæringskontakter

Ivaretagelse av ernæringstiltak i en overføringssituasjon:

- Andre tjenester i kommunen må kobles på tidlig, i god tid før man skal gjøre en overføring.
- Det må følge en god skriftlig beskrivelse av hva som er vurdert og gjennomført og hva som det skal arbeides videre med; ønske om en klar bestilling.
- De som skal gi personen tjenester skal få nødvendig opplæring i tiltak som skal videreføres.
- Beskrivelse av: personens ernæringsstatus, iverksatte tiltak og hvilke konkrete anbefalinger som er gitt og hvilke tiltak som skal videreføres når personen er avsluttet fra TVT og annet som berører ernæringssituasjonen, skal følge.
- Ernæringsansvaret må plasseres i neste ledd.
- Hjemmetjenesten/sykehjem skal ha egen plan for oppfølging av pasienten ut fra hvilken situasjon denne er i. En overføringssamtale/-møte er nyttig også for overføring av kunnskap mellom fagpersoner.
- Det er behov for en sjekkliste over hva informasjonen skal inneholde ved en overføring.

5.2 Veien videre

Prosjektet vil arbeide videre med å forankre ernærings situasjonen som en del av rehabiliteringsforløpet i egen organisasjon og i arbeidet med våre samarbeidspartnere i Helsehusets eierkommuner.

Spesifikke oppgaver som skal arbeides med vil være:

- Prosjektet utarbeider/ finner en sjekkliste for hvilken informasjon som må følge ved en overføringssituasjon fra sykehus/Sunnaas, der ernæring er et av områdene. Det sjekkes ut hva KS har utarbeidet i forbindelse med helhetlige pasientforløp
- Appen Appetitus skal prøves ut blant personer som får tjenester fra TVT
- Utarbeidet prosedyre for screening av ernæringsmessig risiko, vurdering og oppfølging av personens ernærings situasjon skal evalueres og justeres.
- Det skal vurderes om det er behov for to ulike kartleggingsverktøy eller om NRS 2002 kan benyttes for alle med tilleggsspørsmål som gir en minimumskartlegging av kostholdet og informasjon for å vurdere mulig feilernæring.
- Det må avklares/beskrives hvordan oppfølging av ernærings situasjonen etter avsluttede tjenester fra TVT ivaretas.
- Innhold i en overføringssituasjon gjelder for alle områder. Prosjektet har mottatt kontaktinformasjon for teamkoordinatorer på Sunnaas som det kan være aktuelt for TVT å ha møte med for å beskrive innhold i en overføringssituasjon. Disse teamkoordinatorene er også interessert i hvordan dokumentasjon og vurdering kan bli bedre inn i en overføringssituasjon.

6.0 Vedlegg

Prosedyre - Screening av ernæringsmessig risiko... og utdrag fra referat fra følgende drøftinger:

1. Prosedyre – Screening av ernæringsmessig risiko, vurdering og oppfølging av personens ernæringssituasjon
2. Hvordan opplæring kan gis til personen og nærpersoner om nødvendig ernæringstiltak
3. Behov for kompetansehevende tiltak for fagpersoner som arbeider i TVT, hjemmebaserte tjenester og eventuelt andre samarbeidspartnere
4. Hvordan sikre at iverksatte ernæringstiltak ivaretas ved overføring fra TVT til andre tjenester i kommunen, drøfting med klinisk ernæringsfysiolog fra Sunnaas Sykehus

Vedlegg 1

Screening av ernæringsmessig risiko, vurdering og oppfølging av personens ernæringssituasjon som del av rehabiliteringsforløpet

Bakgrunn

Personens ernæringssituasjon kan være avgjørende for at pasienten/personen skal oppnå best mulig effekt av de øvrige rehabiliteringstiltakene. Kostveiledning og motiverende hjelp til å gjennomføre livsstilsendringer, kan være en del av behandlingen. Noen trenger å innarbeide nye vaner, andre har behov for praktisk trening når det gjelder matlaging og spising, eller å prøve ut hjelpemidler¹⁰.

Krav i regelverk

Alle beboere i sykehjem/institusjon og personer innskrevet i hjemmesykepleien, skal rutinemessig vurderes for ernæringsmessig risiko, ved innleggelse/ vedtak og deretter månedlig, eller etter annet faglig begrunnet opplegg¹¹.

Hensikt med prosedyren

Avdekke og forebygge underernæring og feilernæring.

Forklaringer til teksten i prosedyren

Det anbefales at en enkel kostanamnese gjennomføres uansett risiko, for å få en minimumskartlegging av kostholdet og informasjon for å vurdere feilernæring.

Screeningsverktøyene som er valgt, er i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger¹².

Henvvisning til «uke» i teksten nedenfor, gjelder i forhold til når TVT har gjennomført første vurderingsbesøk.

Screening av ernæringsmessig risiko gjennomføres ved bruk av skjemaet Mini Nutritional Assessment (MNA) eller Nutrition Risk Screening (NRS 2002)

Alle personer som får tjenester fra TVT skal screenes for ernæringsmessig risiko:

- a. For personer over 70 år - brukes MNA¹³
- b. For personer under 70 år – brukes NRS 2002¹⁴

Screening for ernæringsmessig risiko vurderes gjennomført ved retest 3, 6 og 18 mnd etter avsluttet innsats fra Tverrfaglig vurderingsteam.

¹⁰ Kosthåndboken, Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten, Helsedirektoratet, 2012

¹¹ Nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, Helsedirektoratet, 2009

¹² Nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, Helsedirektoratet, 2009

¹³ Mini Nutritional Assessment MNA - Norwegian, Nestlé Nutrition Institute, 2006

¹⁴ God ernæringspraksis - vurdering av ernæringsmessig risiko, Norsk Selskap for Klinisk Ernæring, 2014

For MNA

1. Del I gjennomføres ved 1. vurderingsbesøk av TVT.
 - a. Hvis poengscore for del I gir kategori – «underernært» (0-7 poeng) - gjennomfør del II umiddelbart eller innen 2. uke.
 - b. Hvis poengscore for del I gir kategori - «risiko for underernæring» (8-11 poeng) eller «normal ernæringsstatus» (12-14 poeng) - gjennomfør del II innen 3 uker eller så snart det er forenlig med annen kartlegging og iverksetting av tiltak.
 - c. Del I gjennomføres månedlig eller etter annet faglig begrunnet individuelt opplegg.
2. Hvis samlet score for del I og del II gir mindre enn 17 poeng - «underernært» - gjennomfør en kostanamnese; 24 h recall og «liste over matvarevalg», umiddelbart eller innen 2. uke. Ved behov gjør en kostregistrering av personens matinntak en eller 4 dager. Gå til punkt 4.
3. Hvis samlet score for del I og del II gir mellom 17 og 23,5 poeng - «risiko for underernæring» – gjør som vist til i punkt 2, så snart som mulig og innen 4 uker i forløpet. Gå til punkt 4.
4. Beregn energibehov og gi råd om mat- og væskeinntak basert på screening del II, kostanamnesen, (ev kostregistreringen) og anbefalinger for inntak av energi, næringsstoffer og væske. Lag en ernæringsplan i samarbeid med personen.
5. Kontakt ernæringsfysiolog for oppfølging ved «underernæring», ev også ved «risiko for underernæring».
6. Del I kan vurderes gjennomført ved retest; 3, 6 og 18 mnd etter avsluttet innsats fra TVT.

For NRS 2002

1. Innledende screening – 4 spørsmål - gjennomføres ved 1. vurderingsbesøk
 - a. Hvis ja, på et eller flere av spørsmålene, gjennomfør hovedscreening umiddelbart eller innen 2. uke.
 - b. Gjennomfør «minikartlegging – kosthold» – eget skjema - uansett resultat av score - innen 3 uker eller så snart det er forenlig med annen kartlegging og iverksetting av tiltak.
 - c. Innledende screening gjennomføres månedlig eller etter annet faglig begrunnet individuelt opplegg.
2. Dersom summen av scorene (ernæringstilstand og sykdommens alvorlighetsgrad) er ≥ 3 - gjennomfør en kostanamnese; 24 h recall og «liste over matvarevalg», umiddelbart eller innen 2. uke. Ved behov gjør en kostregistrering av personens matinntak en eller 4 dager.
3. Beregn energibehov og gi råd om mat- og væskeinntak basert på «minikartlegging – kosthold», kostanamnesen (ev kostregistreringen) og anbefalinger for inntak av energi, næringsstoffer og væske. Lag en ernæringsplan i samarbeid med personen.
4. Kontakt ernæringsfysiolog for oppfølging ved ernæringsscore ≥ 2 (underernæring), ev også ved ernæringsscore=1 (risiko for underernæring).
5. Del 1 gjennomføres også ved retest; 3, 6 og 18 mnd etter avsluttet innsats fra TVT.

Verktøy for kostregistrering og vurdering av tilstrekkelig energi-, væske og næringsinntak

- Appen Appetitus – digitalt verktøy - gir oversikt over energi og væskeinntak - nettbrett
- Mini Nutritional Assessment MNA*
- Nutrition Risk Screening NRS 2002*

- Kostregistreringsskjema – for oversikt over måltidsfrekvens og matinntak 1 dag/4 dager*
- Enkel mat og drikkeliste¹⁵
- Liste over matvarevalg for kartlegging av hvilke matvarer personen liker og spiser*
- Tabell for beregning av energi-, protein og væskebehov hos voksne^{16*}
- Energi- og proteintabell - Oversikt over porsjoner, energi (kcal) og proteiner^{17*}
- Gode kilder til vitaminer, mineraler og sporstoffer^{18*}

Andre hjelpemidler

- Ernæringsplan – eksempel og skjema*
- Appetitus – som inspirasjon; fremme matlyst og som et undervisningsverktøy

Vedlegg er merket med *

¹⁵ Kosthåndboken, Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten, Helsedirektoratet, 2012, s 89

¹⁶ Kosthåndboken, Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten, Helsedirektoratet, 2012, s 85

¹⁷ Kosthåndboken, Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten, Helsedirektoratet, 2012, s 90-91

¹⁸ Kosthåndboken, Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten, Helsedirektoratet, 2012, s 275

Mini Nutritional Assessment MNA[®]

Nestlé
Nutrition Institute

Etternavn:					Fornavn:				
Kjønn:		Alder:		Vekt, kg:		Høyde, cm:		Dato:	

Besvar undersøkelsen (screeningen) ved å fylle inn de riktige poengsifrene. Bruk tallene fra hvert enkelt spørsmål og summer. Hvis oppnådd sum er 11 eller mindre, fortsett med del II for å få en samlet vurdering av ernæringsstilstanden.

Screening, del I

A Har matinntaket gått ned i løpet av de 3 siste månedene pga nedsatt appetitt, fordøyelsesproblemer, vanskeligheter med å tygge eller svelge?

- 0 = betydelig redusert matinntak
1 = noe redusert matinntak
2 = ingen endring i matinntaket

☐

B Vekttap i løpet av de 3 siste månedene

- 0 = vekttap over 3 kg
1 = vet ikke
2 = vekttap mellom 1 og 3 kg
3 = ikke vekttap

☐

C Mobilitet

- 0 = sengeliggende / sitter i stol
1 = i stand til å gå ut av seng / stol, men går ikke ute
2 = går ute

☐

D Har opplevd psykologisk stress eller akutt sykdom i løpet av de 3 siste månedene?

- 0 = ja 2 = nei

☐

E Neuropsykologiske problemer

- 0 = alvorlig demens eller depresjon
1 = mild demens
2 = ingen psykologiske lidelser

☐

F Body Mass Index (BMI) = vekt (kg) / [høyde(m) x høyde(m)]

- 0 = BMI mindre enn 19
1 = BMI 19 til mindre enn 21
2 = BMI 21 til mindre enn 23
3 = BMI 23 eller større

☐

Screeningresultat, del I (sumtotal maks. 14 poeng)

- 12 - 14 poeng: ☐ Normal ernæringsstatus
8 - 11 poeng: ☐ Risiko for underernæring
0 - 7 poeng: ☐ Underernært

For en mer dyptgående vurdering, fortsett med spørsmål G-R

Screening, del II

G Bor i egen bolig (ikke på alders/sykehjem eller sykehus)

- 1 = ja 0 = nei

☐

H Bruker mer enn tre typer reseptbelagte medisiner pr dag

- 0 = ja 1 = nei

☐

I Trykksår eller hudsår

- 0 = ja 1 = nei

☐

J Hvor mange fullstendige måltider spiser pasienten pr dag?

- 0 = 1 måltid
1 = 2 måltider
2 = 3 måltider

☐

K Utvalgte markører for proteininntak

- Minst en porsjon melkeprodukter (melk, ost, yoghurt) pr dag ja ☐ nei ☐
 - To eller flere porsjoner belgfrukter eller egg pr uke ja ☐ nei ☐
 - Kjøtt, fisk eller kylling/ kalkun hver dag ja ☐ nei ☐
- 0.0 = hvis 0 eller 1 ja
0.5 = hvis 2 ja
1.0 = hvis 3 ja

☐

L Spiser to eller flere porsjoner frukt eller grønnsaker pr dag?

- 0 = nei 1 = ja

☐

M Hvor mye væske (vann, juice, kaffe, te, melk...) inntas pr dag?

- 0.0 = mindre enn 3 kopper
0.5 = 3 til 5 kopper
1.0 = mer enn 5 kopper

☐

N Matinntak

- 0 = ikke i stand til å spise uten hjelp
1 = spiser selv med noe vanskeligheter
2 = spiser selv uten vanskeligheter

☐

O Eget syn på ernæringsmessig status

- 0 = ser på seg selv som underernært
1 = er usikker på ernæringsmessig tilstand
2 = ser ikke på seg selv som underernært

☐

P Hvordan vurderer pasienten sin egen helsetilstand sammenlignet med mennesker på samme alder?

- 0.0 = ikke like bra
0.5 = vet ikke
1.0 = like bra
2.0 = bedre

☐

Q Overarmens omkrets (OO) i cm

- 0.0 = OO mindre enn 21 cm
0.5 = OO 21 til 22 cm
1.0 = OO mer enn 22 cm

☐

R Leggommkrets (LO) i cm

- 0 = LO mindre en 31 cm
1 = LO 31cm eller større

☐

Screening, del II (maks. 16 poeng)

☐

Screening, del I

☐

Samlet vurdering, del I + del II (maks. 30 poeng)

☐

MNA resultat

- 24 til 30 poeng ☐ Normal ernæringsstatus
17 til 23.5 poeng ☐ Risiko for underernæring
Mindre enn 17 poeng ☐ Underernært

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of MNA[®] - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006; 10: 456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Gerontol 2001; 56A: M366-377.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA[®]) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10: 466-487.
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
Se mer info på: www.mna-elderly.com

Screening av ernæringsmessig risiko (NRS 2002)⁴⁾

Innledende screening

		JA	NEI
1	Er BMI < 20,5?		
2	Har pasienten tapt vekt i løpet av de siste ukene?		
3	Har pasienten hatt redusert næringsinntak de siste ukene?		
4	Er pasienten alvorlig syk?		
Ja Dersom svaret er JA på noen av disse spørsmålene, gjennomføres hovedscreeningen på neste side. Nei Dersom svaret er NEI på alle svarene, gjennomføres innledende screening ukentlig. Dersom pasienten skal gjennomgå planlagt større kirurgi, skal en forebyggende ernæringsplan vurderes for å unngå assosiert ernæringsrisiko.			

Gjennomføres hos pasienter som fyller minst ett av kriteriene i innledende kartlegging

Hovedscreening - vurdering av risikograd

Score	Ernæringstilstand	Score	Sykdommens alvorlighetsgrad
0	Normal ernæringstilstand	0	Ikke syk
1	Vekttap 5-10% siste 3 mnd. og/eller Matinntak 50-75% av behov i mer enn en uke	1	En pasient med kronisk sykdom eller en pasient som har gjennomgått et mindre kirurgisk inngrep. Levercirrose, nyresvikt, kronisk lungesykdom, kreftpasienter, pasienter med collum femoris fraktur, etter cholecystectomi og laparoskopiske operasjoner.
2	Vekttap > 5% siste 2 mnd. eller BMI= 18.5-20.5 + redusert allmenntilstand eller matinntak 25-60% av behov siste uke	2	En pasient med tydelig redusert allmenntilstand pga sin sykdom. Alvorlig pneumoni, inflammatorisk tarmsykdom med feber, akutt nyresvikt, større kirurgiske inngrep som kolektomi og gastrektomi, ileus, anastomoselekkasje og gjentatte operasjoner.
3	Vekttap > 5% siste måned eller BMI < 18.5 + redusert allmenntilstand eller Matinntak 0-25% av behov siste uke.	3	En pasient som er alvorlig syk. Store apopleksier, alvorlig sepsis, intensivpasienter (APACHE>10), benmargstransplantasjoner, store hodeskader, brannskader>40% og alvorlig akutt pancreatitt.

Forklaring til hovedscreening

Ernæringsmessig risiko vurderes på bakgrunn av ernæringstilstand og sykdommens alvorlighetsgrad ved hjelp av tabellen til venstre på følgende måte:

- Pasienten scores fra 0-3 for ernæringstilstand.
- Pasienten scores fra 0-3 for sykdommens alvorlighetsgrad.
- For pasienter eldre enn 70 år legges det til 1 score.
- Dersom summen av scorene blir ≥ 3 , er pasienten i ernæringsmessig risiko og målrettet ernæringsbehandling må iverksettes.
- Dersom summen av scorene blir < 3 , er pasienten ikke i ernæringsmessig risiko. Screeninga gjentas etter en uke.

Body Mass Index₅) BMI = kg/m²

☐ < 18 alvorlig undervekt ☐ 18-20 undervekt ☐ 20-25 ideallvekt ☐ > 25 overvekt ☐ > 30 fedme

Høyde i meter

1,92	8	9	9	10	10	11	11	12	12	13	14	14	15	15	16	16	17	17	18	18	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25
1,90	8	9	9	10	11	11	12	12	13	13	14	14	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26
1,88	8	9	10	10	11	11	12	12	13	14	14	15	15	16	16	17	18	18	19	19	20	20	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	27
1,86	9	9	10	10	11	12	12	13	13	14	14	15	16	16	17	17	18	18	19	20	20	21	21	22	23	23	24	24	25	25	26	27	27
1,84	9	9	10	11	11	12	12	13	14	14	15	15	16	17	17	18	18	19	19	20	21	21	22	22	23	24	24	25	25	26	27	27	28
1,82	9	10	10	11	11	12	13	13	14	14	15	16	16	17	18	18	19	19	20	21	21	22	22	23	24	24	25	25	26	27	27	28	28
1,80	9	10	10	11	12	12	13	14	14	15	15	16	17	17	18	19	19	20	20	21	22	22	23	23	24	25	25	26	27	27	28	28	29
1,78	9	10	11	11	12	13	13	14	15	15	16	16	17	18	18	19	20	20	21	21	22	23	23	24	25	25	26	27	27	28	28	29	30
1,76	10	10	11	12	12	13	14	14	15	15	16	17	17	18	19	19	20	21	21	22	23	23	24	25	25	26	26	27	28	28	29	30	30
1,74	10	11	11	12	13	13	14	15	15	16	17	17	18	18	19	20	20	21	22	22	23	24	24	25	26	26	27	28	28	29	30	30	31
1,72	10	11	11	12	13	14	14	15	16	16	17	18	18	19	20	20	21	22	22	23	24	24	25	26	26	27	28	28	29	30	30	31	32
1,70	10	11	12	12	13	14	15	15	16	17	17	18	19	19	20	21	21	22	23	24	24	25	26	26	27	28	28	29	30	30	31	32	33
1,68	11	11	12	13	13	14	15	16	16	17	18	18	19	20	21	21	22	23	23	24	25	26	26	27	28	28	29	30	30	31	32	33	33
1,66	11	12	12	13	14	15	15	16	17	17	18	19	20	20	21	22	22	23	24	25	25	26	27	28	28	29	30	30	31	32	33	33	34
1,64	11	12	13	13	14	15	16	16	17	18	19	19	20	21	22	22	23	24	25	25	26	27	28	28	29	30	30	31	32	33	33	34	35
1,62	11	12	13	14	14	15	16	17	18	18	19	20	21	21	22	23	24	24	25	26	27	27	28	29	30	30	31	32	33	34	34	35	36
1,60	12	13	13	14	15	16	16	17	18	19	20	20	21	22	23	23	24	25	26	26	27	28	29	30	30	31	32	33	34	34	35	36	37
1,58	12	13	14	14	15	16	17	18	18	19	20	21	22	22	23	24	25	26	26	27	28	29	30	30	31	32	33	34	34	35	36	37	38
1,56	12	13	14	15	16	16	17	18	19	20	21	21	22	23	24	25	25	26	27	28	29	30	30	31	32	33	34	35	35	36	37	38	39
1,54	13	13	14	15	16	17	18	19	19	20	21	22	23	24	24	25	26	27	28	28	29	30	31	32	33	34	35	35	36	37	38	39	40
1,52	13	14	15	16	16	17	18	19	20	21	22	23	23	24	25	25	26	27	28	29	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41

30 32 34 36 38 40 42 44 46 48 50 52 54 56 58 60 62 64 66 68 70 72 74 76 78 80 82 84 86 88 90 92 94
Vekt i kilo

Tilleggsspørsmål NRS 2002

Hvor mange måltider har du i løpet av en dag?	1	2	3	4	5
Sett kryss for antall					

Hvor ofte spiser eller drikker du vanligvis: Sett kryss for antall	Aldri	Mindre enn én gang i uken	1 gang i uken	2-3 ganger i uken	4-6 ganger i uken	Hver dag	Flere ganger daglig
Grovbrød/grove rundstykker							
Frukt og bær							
Grønnsaker og salater							
Fisk til middag eller som pålegg							
Pølser, hamburger, kebab, kjøttboller, lasagne							
Potetgull og salt snacks							
Sjokolade og annet godteri							
Vanlig vann uten kullsyre							
Melk							
Brus, saft, iste eller iskaffe med sukker							
Lettbrus, lettsaft eller andre lett-drikker							
Energidrikk (Red Bull, Battery)							

Post _____ Rom _____
 Dato _____ Vekt _____
 Energibehov _____ kcal
 Proteinbehov _____ gram
 Væskebehov _____ ml

	MAT OG DRIKKE			
Kl.	Spist mengde	Kcal	Protein	Væske (ml)
	SUM			
BEHOV	Energi: Protein: Væske:			
	Er inntaket tilfredsstillende i forhold til behov? Ja/nei			

Enkel mat og drikkeliste

Matvare/drikke	Enhet	Mengde spist/drukket	Kcal	Sum kcal	Protein (g)	Sum protein (g)
Kneipp/grovbrød	½ skive *		90		3	
Loff	½ skive *		85		2	
Rundstykke	½ stk *		130		5	
Knekkebrød	1 stk *		120		3	
Frokostblanding	1 pors u/melk		132		5	
Corn flakes	1 pors u/melk		70		0	
Havregrøt	1 pors		170		8	
Risgrøt	1 pors		185		8	
Egg	1 stk		80		7	
Yoghurt[Duo kar.]	1 beger		230		5	
Yoghurt (frukt)	1 beger		160		6	
Is	1 beger		290		5	
Eple	1 stk		45		0	
Banan	1 stk		100		1	
Appelsin	1 stk		40		1	
Middag	1 pors		400		19	
Dessert	1 pors		150		4	
Suppe (salt)	1 pors		80		3	
Havresuppe (melk)	1 kopp (100ml)		75		4	
Havresuppe(vann)	1 kopp (100ml)		9		0	
Kake	1 stk		220		4	
Tørr kjeks	1 stk		40		1	
H-melk, kefir	1 glass		100		5	
Lettmelk, Biola	1 glass		70		5	
Sk. melk (søt/sur)	1 glass		50		5	
Appelsinjuice	1 glass		70		1	
Saft, brus	1 glass		60		0	
Sukkerbit	1 stk		8		0	
Sjokolade	1 stk (60 g)		340		5	
Næringsdrikk, type						
Næringsdrikk, type						
Næringsdrikk, type						
Næringsdrikk, type						
Næringsdrikk, type						
SUM						

Kostregistrering m/beregning av energi og proteiner (eksempler)

* Inkludert smør/margarin og pålegg. Tommelfingerregler, beregnet energibehov (aktuell vekt x 30 kcal): _____.
 bergenet proteinbehov (aktuell vekt x 1 gram protein): _____. Ved sykdom og/eller ønsket vektoppgang kan
 behovene være høyere!



MATVAREVALG – LIKELISTE

Still spørsmål om følgende matvaregrupper, hva slags matvarer brukes innen de ulike kategoriene?

Brød og kornvarer

Type brøddvarer

Type knekkebrød

Type frokostblandinger

Margarin/smør

Plantemargarin/smør/bremyk

Lettmargarin

Pålegg

Kjøttpålegg (rene/oppblandede)

Fiskepålegg

Oster – type/prim

Syltetøy

Sukkerholdige pålegg

Melkeprodukter

Type melk, ost, yoghurt, biola

Drikke

Vann

Juice

Nektar

Melk, type

Brus, vanlig/light

Frukt, bær og grønnsaker

Grønnsaker – rå/kokte

Middagsmat

Fisk

Kjøtt

Oppblandede kjøttprodukter

Pizza

Pasta

Poteter

Ris

Annet

Kaker, kjeks, godteri, snacks.....

Tabell for beregning av energi-protein- og væskebehov hos voksne	
Energi	
Sengeliggende	30 kcal/kg/døgn
Oppegående	35 kcal/kg/døgn
Oppbyggingsfase (vektoppgang)	40 kcal/kg/døgn
Beregningen ovenfor justeres hvis pasienten er	
Mager	Øk med 10 %
Alder 18-30 år	Øk med 10 %
Alder > 70 år	Reduser med 10 %
Overvektig	Reduser med 10 % eller bruk Mifflins formel (se nedenfor)
Feber	Øk med opptil 10 % for hver grad forhøyet temperatur.
Proteiner (16;18)	
Friske	0,8 – 1,0 g/kg/døgn
Syke	1,0 – 1,5 g/kg/døgn
Kritisk syke	1,5 – 2,0 g/kg/døgn
Væske	
Friske	30 ml/kg kroppsvekt (minimum 1500 ml ved lav kroppsvekt).
Feber	Øk med opptil 10 % for hver grad forhøyet temperatur.
Ved stort væsketap (diaré, svette)	Øk med tilsvarende tapet, eller med 10 %.

Mifflins formel for energibehov i hvile (21)

Kvinner:	$\text{Energi behov (kcal)} = 10 \times \text{vekt (kg)} + 6.25 \times \text{høyde (cm)} - 5 \times \text{alder (år)} - 161$
Menn:	$\text{Energi behov (kcal)} = 10 \times \text{vekt (kg)} + 6.25 \times \text{høyde (cm)} - 5 \times \text{alder} + 5$

Aktivitet	Aktivitetsfaktor
Stillesittende/sengeliggende	1,2
Stillesittende arbeid og begrenset fysisk aktivitet i fritiden	1,4
Stillesittende arbeid, gange til og fra jobb og litt aktivitet på fritiden	1,6
Stående og gående arbeid det meste av dagen, som husarbeid og butikkarbeid	1,8
Regelmessig fysisk aktivitet tilsvarende 30-60 minutter 4-5 timer i uka	2,0-2,2
Per time hard fysisk aktivitet (fotball, løp)	+ 0,5

Ved alvorlige sykdomstilstander og organsvikt er det behov for mer nøyaktige beregninger av energi- protein- og væskebehovet. Da benyttes gjerne andre ligninger eller indirekte kalorimetri.

Mifflins formel er egnet for å beregne energibehovet ved overvekt og fedme.

Energi- og proteintabell

Oversikt over porsjoner, energi (kcal) og proteiner

BRØDMAT	g	kcal	protein (g)
Brød, en hel skive med margarin og pålegg	50	150	10
Brød, en skive	30	80	6
Knekkebrød, 1 stk	12	40	3
Rundstykke, 1 stk	60	170	

PÅLEGG	g	kcal	protein (g)
Syltetøy (1 kuvertpakke)	20	40	0
Lettsyltetøy	20	25	0
Leverpostei (1 porsj. beger)	22	65	2,5
Mager leverpostei (1 porsj. beger)	22	45	2,5
Smelteost/Smøreost (1 porsj. tube)	18	60	3
Hvit ost (1 porsj. skive)	15	50	4
Lettere hvit ost (1 porsj. skive)	15	40	5
Brun ost (1 porsj. skive)	15	70	1,5
Lettere brun ost (1 porsj. skive)	15	55	1,5
Prim (1 porsj. beger)	20	60	1,5
Kokt skinke (1 skive)	12	12	2,5
Fårepølse (per påleggsskive)	4	15	1
Cottage cheese (2 ss)	35	34	4,5
Kaviar (1 porsj. tube)	12	50	1,5
Makrell i tomat/olje (1 porsj. beger)	22	60	3
Sursild	25	50	2
Tunfisk i olje/gele/kraft	25	40	6
Røkt fisk	30	55	7
Majonesalat	30	125	1
Nugatti	10	50	0,5
Sjokoladepålegg	10	40	0
Peanøttsmør	15	100	3,5

GRYN/GRØT	g	kcal	protein (g)
Frokostblanding (1,5 dl solfrokost)	75	320	7,5
Corn Flakes/ honnikorn (2 dl)	26	100	2
Havregrøt, kokt på vann	250	95	3,5
Semuljegrøt/ risgrøt	250	180	8

MIDDAG	g	kcal	protein (g)
1 mellomstor potet	70	55	1
1 dl kokt ris	80	75	2,5
1 dl kokt spaghetti	60	90	2,5
1 dl potetmos	100	90	2
100 g kjøtt	100	120-150	27
1 kjøttkake	50	100	6,5
100 g fisk (torsk/laks)	100	75/200	22,5
1 fiskekake	50	55	4,5
Saus (tillaget av pulver), ½ dl	50	30	2

DESSERT	g	kcal	protein (g)
1 "institusjonsporsjon"		150	4

SUPPE	ml	kcal	protein (g)
Rett i koppen suppe, 2 dl (1 pose)	200	80	2
Havresuppe	250	35	1,5

FETT	g	kcal	protein (g)
Margarin/smør/bremykt (1 porsj. beger)	12/15	100/120	0
Lettmargarin (1 porsj. beger)	12	50	0
Olje: soya/mais/oliven (1 bs/5 ml)	5	45	0
Majones	5	35	0
Seterrømme/Crème Fraîche (1 ss)	25	85	0,5
Lettømmme (1 ss)	25	50	0,5
Kremfløte [¼ dl]	25	90	0,5
Kaffefløte [¼ dl]	25	30	1

KAFFEMAT	g	kcal	protein (g)
Bløtkake, 1 stykke (kjøpt)	100	305	5
Formkake, 1 stykke	60	240	1
Sjokoladekake, 1 stk (fylt)	75	280	4,5
Vaffelhjerte, 1 stk	25	50	1,5
Bolle	60	180	4
Kjeks, 1 søt eller smørbrød-	6-8	30	1
Sjokolade, 1 rute	5	25	1,5
Wienerbrød, muffin (industribakt, 1 stk)	100	450	6

ANNET	g	kcal	protein (g)
Egg, 1 stk	60	85	7,5
Banan, 1 stk	100	100	1
Frukt (eple / pære / appelsin / fersken etc.), 1 stk	100	50	0
Tørket frukt, 1 dl	50	150	1,5
Fruktyoghurt, 3,9 % fett	150	150	5,5
Lettyoghurt	125	70	5
Go' Morgen yoghurt, 1 stk	195	260-300	8,3-11
Naturell yoghurt, 1 dl	100	75	4
Fløteis, 1 dl	50	100	1,5
Sukker, 1 toppet ts	5	20	0
Sukker, 1 bit	2	8	0
Nesquick / O'boy, 1 toppet ts	3	11	0

DRIKKE	ml	kcal	protein (g)
Skummet melk, 1 glass søt/ skummet kultur	150	50	5
Ekstra lettmeik, 1 glass	150	55	5
Lettmeik, 1 glass søt	150	70	5
H-melk, 1 glass søt/kultur/kefir	150	100	5
Biola / Cultura Naturell, 1 glass	150	70	5
Biola med smak, 1 glass	150	90	4,5
Cultura med smak, 1 glass	150	100	4,5
Drikkeyoghurt, 1 glass	150	120	6
Juice/nektar, 1 glass	150	70	1
Saft/brus, 1 glass	150	70	0
Brus, lett 1 glass	150	0	0
Saft, lett 1 glass	150	0-20	0
Rett i koppen sjokoladedrikk	200	140	3,5
Buljong, 1 kopp	150	5	0,5
Næringsdrikk	100	sjekk pakken	

EGNE RETTER/DRIKKER			
SUM:		KCAL	G PROT.

Gode kilder til vitaminer

Vitamin	Funksjon	Gode kilder	Andre kilder
A	Styrke immunforsvaret. Er også nødvendig for syn, hud, slimhinner og fosterutvikling.	Fet fisk, fiskelever og tran. Gulrot og fargerike grønnsaker.	Lever, tørket frukt, smør.
D	Styrke kroppens opptak av kalsium. Styrker derved skjelett og tenner.	Fet fisk, tran, sollys.	Fiskelever, beriket melk og margarin
E	Normal utvikling av nervesystemet og blodlegemene. Dette er en antioksidant.	Vegetabiliske oljer, smør, margarin og fet fisk. Fullkorn, egg, nøtter, tørket frukt.	Grønne grønnsaker
K	Blodkoagulering og for benhelsen	Grønne bladgrønnsaker. Kjøtt, korn, vegetabiliske oljer, egg og ost.	Lever og innmat.
B1 [Tiamin]	Karbohydratomsetningen, konsentrasjonsevne, nervefunksjon	Fullkorn, kjøtt, lever og melk	Det er litt tiamin i de fleste matvarer.
B2 [Riboflavin]	Energiomsetningen, slimhinner,	Melk og lever	Kjøtt, innmat, belgfrukter. Finnes i de fleste matvarer
B3 [Niacin]	Energiomsetningen, hud og slimhinner	Kjøtt, innmat, fisk, fullkorn og belgvekster.	Potet
B6 [Pyridoksin]	Nervefunksjon, hud, blodceller	Kjøtt, lever og fullkorn.	Finnes i de fleste matvarer
B12	Spesielt viktig i dannelsen av blodceller, tarmslimhinne og nervevev.	Kjøtt, lever, egg, melk.	Skalldyr, fisk og rogn.
Folat [folsyre]	Blodceller, blodstatus	Lever, spinat, brokkoli og mørkegrønne bladgrønnsaker.	Grønnsaker, appelsin, melk og fullkorn
Vitamin C [askorbinsyre]	Normal utvikling av celler, vev og for immunforsvaret. Øker opptaket av jern.	Sitrusfrukter, frukt og bær	Grønnsaker og poteter

Gode kilder til mineraler og sporstoffer

Mineraler og sporstoffer	Funksjon:	Gode kilder	Andre kilder
Kalsium	Oppbygging av skjelett og tenner, blodkoagulering og nerver.	Melk	Skalldyr, sardiner, tørket frukt og grønne grønnsaker.
Jern	Røde blodceller og transport av oksygen i blodet.	Kjøtt og innmat.	Fullkorn, belgvekster og mørkegrønne bladgrønnsaker.
Fosfor	Oppbygging av skjelett og tenner, syre-basereguleringen, bestanddel av membraner.	Kjøtt, fisk, lever, egg, melk, belgfrukter og nøtter.	Finnes i alle matvarer, spesielt proteinrike matvarer.
Kalium	Overføring av nerveimpulser	Potet, grønne grønnsaker, fisk, erter og banan.	Alle matvarer inneholder kalium.
Magnesium	Energiomsetning i cellene og overføring av nerveimpulser.	Fullkorn, grønne grønnsaker og belgfrukter.	Fisk, kjøtt, frukt, melk, sjokolade, nøtter og kaffe.
Sink	Normal cellevekst, sårheling, appetitt, immunforsvar.	Kjøtt, ost, lever og torskerogn.	Belgfrukter, fullkorn og grønnsaker.
Jod	Skjoldbruskkjertelens funksjon.	Fisk og skalldyr.	Melk og egg.
Selen	Antioksidant. Immunforsvar.	Fullkorn, fisk, kjøtt og lever.	Melk og skalldyr.
Kobber	Karbohydrat, fett og jernomsetning, regulering av kroppstemperatur og oppbygging av benvev	Fullkorn og andre vegetabiliske matvarer.	Skalldyr, kjøtt og fisk.
Krom	Omsetning av energi (glukose, fett og protein).	Innmat, kjøtt og fisk.	Fullkorn, nøtter og belgfrukter.

ERNÆRINGSPLAN ¹⁹

Navn	
Dato	
Alder	
Diagnose, problemstilling	
Faktorer som påvirker matinntaket	
Ernæringsstatus Vekt høyde KMI Vekttap? Akutt sykdom? Vurdering	
Energibehov Beregnet proteinbehov Beregnet energibehov	
Mål	
Forslag til tiltak	
Tiltak Mat og drikke	
Tiltak Måltider og annet	
Veiledning pårørende	
Oppfølging og evaluering	
Ansvar for oppfølging av ernæringsplan	
Ernæringsplan utformet av	

¹⁹ Kosthåndboken, Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten, Helsedirektoratet 2012, side 92-94

Vedlegg 2 - Utdrag fra referat møte i fokusgruppe for ernæring 04.09.18

04.09.18

Sak 4. Idédugnad - Hvordan kan opplæring - om nødvendige ernæringstiltak - gis til personen og nærpersioner

En av oppgavene til fokusgruppen er å si noe om opplæring til person og nærpersion om nødvendige ernæringstiltak. Irene la fram noen støttespørsmål til diskusjonen:

- Hvem skal gi opplæring?
- Til hvem skal det gis opplæring?
- Hva skal det gis opplæring om?

Innspill samlet fra besøksrunden i kommunene, ble også presentert - se vedlagte presentasjon.

Det ble løftet og drøftet mye om både opplæring, kompetanse og overføring til kommunen.

Referatet er forsøkt delt i punkter etter dette og etter støttespørsmål.

NB! Se punkt om beslutning for hvordan vi tar dette videre.

Hvem skal gi opplæringen?

- Dette vil variere fra pasient til pasient
- Pårørende oppleves ikke alltid troverdig for personen
- Hjemmetjenesten - underernæring - kan gi opplæring om nødvendige ernæringstiltak - mer enn å gi næringsdrikk
- Sykehuset bør ha gitt en del opplæring f.eks. ved tarmkirurgi - før personen overføres til kommunen. Denne informasjonen må også følge pasienten til neste ledd
- Før personen kommer ut av sykehuset - kvalitetssikre den informasjonen kommer
- Opplæring kan ikke bare legges til hjemmetjenesten

Kompetanse

- Det er behov for mer spesialisert kompetanse enn det hjemmetjenesten har og kan gi
- Å gjøre screening og ta hånd om ernæringssituasjonen, kan oppleves utrygt om det er utover kompetanse man innehar
- TVT har tilgang til ernæringskompetanse som kan trekkes inn i teamet - dette er nødvendig
- Det er et behov for tilgjengelig ernæringskompetanse - ev at ernæringsfysiolog kan undervise personen
- Virtuell avdeling (VA) og TVT - et samarbeidsprosjekt - mulig å etterspørre ernæringskunnskap hos avansert geriatrik sykepleier (AGS)
- Kommunen trenger ressurser innen ernæring
- Oppgaven skal gjøres, kompetansen finnes ikke - hjemmesykepleien opplever det som vanskelig

Overføringssituasjon

- Hva har skjedd før personen overføres fra f.eks. sykehuset, hva følger av informasjon
- Kartlegging er ofte ikke gjort - det skjer først når personen har kommet til kommunen
- TVT kan være en ressurs her
- Spesialisthelsetjenesten forventer at kommunen tar hånd om det - at kommunen skal være spesialist på alle områder
- Hvis TVT setter i gang tiltak - eks ernæringsplan - TVT slipper taket - hvem følger opp?
- Spesialisthelsetjenesten – gi nødvendig informasjon før utskriving til både person og til pårørende

Kartlegging

- Hjemmetjenesten kan gjøre kartlegging - men det er tidkrevende - må ha gode hjelpemidler

Til hvem skal det gis opplæring?

- Personen selv - hvis den kan ta i mot
- Pårørende er svært viktige også når personen er klar orientert - det kan bli mye info
- Pårørende bør få opplæring uansett

Hva skal det gis opplæring om?

- Nødvendig ernæringstiltak (knyttet til tilstand)

- Ansvar for eget liv -- noen si noe om det?
- Generell ernæringsundervisning til f.eks - de med psykiske utfordringer

Hvordan skal det gis opplæring?

- Samtale / dialog
- Møtepunkt person, pårørende og fagperson(er)
- Lærings og mestringssentre tilby - ev kurs
- Frisklivssentral Askim og Spydeberg - ev kurs/ veiledning
- Brukerorganisasjoner- likepersonarbeid
- Hjelpemidler - eksempel
 - Appen appetitus - et fint hjelpemiddel - ift underernæring
 - Opplæring - digitalt - nettbrett

Innspill om appetitus

- Hvis brukerorganisasjoner får kjennskap til denne - kan de ev bistå der personen er interessert
- Bruk av appen kan oppleves spennende og morsomt
- Et tiltak som kan gjøres sammen med pårørende
- NB! Være mulig å ringe noen - hvis man står fast
- Det nevnes eksempler på personer som kan ha nytte av appen appetitus:
 - F eks etter et slag - kan gi depresjon og nedsatt matlyst
 - Som følge av smaksendring - pirre matlyst
 - Som følge av dårlig matinntak eller etter en hendelse - ulike diagnoser: Kreft, MS, Kols, ALS, demens

Utfordringer i forbindelse med opplæring

- Tid
- Kønnsroller - en del menn ikke vant til å lage mat - lite kunnskap om ernæring, matvarer
- Holde motivasjonen oppe
- Møtepunkter
- Viktig å se det totale bildet

Idéer/ forslag / spørsmål

NB! Personer med psykiske utfordringer - ernæring

- Behov for undervisning i generell ernæring
- Møtepunkter - Psyk team - kommunens hjemmetjeneste

Hvis screening for ernæringsmessig risiko - viser risiko for underernæring

- Når 24 h recall og matvareliste er kartlagt
- Sendte denne informasjonen til noen/ et sted som kan gi en vurdering og en tilbakemelding
- Hjemmesykepleien - gjennomføre screeningen
- Noen med mer kompetanse, kan bistå med råd

NB! Det er også behov for noen som kan lage den ernæringsplanen
Hvordan man skal berike osv. Følge en plan - oppfølging og evaluering.

Handleliste

- Hatt alternativer som man kunne hake av - for å flere alternativer

Beslutning - Joran og Irene oppsummerte etter møtet i arbeidsgruppen (tilføyelse til referatet).

Inngangen til diskusjonen var ikke helt tydelig fra vår side. Det er behov for å ta denne diskusjonen noe mer ut i fra «Hvordan fokusgruppa ønsker at TVT skal fungere for å dekke det behovet dere har i kommunen - i de tilfellene det er behov for opplæring om nødvendig ernæringstiltak til personen og nærpersoner.»

Ansvar: Irene og Joran

Frist:

Vedlegg 3 – Utdrag fra referat møte i fokusgruppe for ernæring 09.10.18

Møte – 09.10.18

Sak 3. Beskrive behov for kompetansehevende tiltak for fagpersoner som arbeider i TVT, hjemmebaserte tjenester og evt andre samarbeidspartnere

Det er alltid et behov for kompetansehevende tiltak!

Behov for kompetansehevende tiltak:

- Hvordan bruke skjemaer for ernæringscreening – vektutvikling
- Vektkontroll
- Berikning
- Praktiske eksempler
- Tiltaksplaner
- Ernæringsplan – hvordan blir den nyttig?
 - Hvordan evaluere
 - hvordan kartlegge
 - forslagsmal – med dette får du dekket behovet
 - hva gjør vi når det ikke skjer noe?
- Hvordan sikre at maten blir spist – arlarm – hj.spl
- Appetitus
-
- Underernæringsproblematikk
- Generell ernæring
- Sykdomsrelaterte årsaker til underernæring
 - Diabetes - regulering
 - Sår
 - Kols – langtkommen

En liste over verktøy:

- Eksempel kostplan – med dette matinntaket dekker du behovet
- Bruk av tilskudd
- Handleliste
- Bilder – smøring – berikning - eksempler

Maten er en del av behandlingen.

Heve ernæringsfokus til å være like viktig som sårstell – heve status for ernæringsfaget.

Jo mer kunnskap man har, jo mer interessert blir personalet.

På rapporten - utveksle erfaringer og forslag.

Innspill appen Appetitus – en fra fokusgruppen har testet den ut, opplever at det er vanskelig å få fylt opp figuren – men kan ikke spise mer – vil trille.

Hvordan skal man gjennomføre kompetanseheving?

- For å nå flest mulig – ha intern undervisning - 45 minutter
- Heldagsseminar er vanskelig - Bare for dem som har fri

Forslag: Opprette ernæringskontakter på lik linje med sårkontakter

- Noen som er kontaktpersoner
- Noen som får et ekstra ansvar
- Noen som kan veilede andre
- Anbefale at det er to stk på stedet
- Lettere å frigjøre tid for noen personer – kurse disse i retningslinjer og annet
- Kontaktene kan spre info og kunnskap videre på sin avdeling
- Ressurspersoner på stedet – en måte å løfte og ivareta dette på

Hva skal til for å gjøre helsepersonell mer oppmerksomme og interesserte i personens ernærings situasjon:

- Mer kunnskap – gir et større engasjement
- Sende folk på kurs
- NB! Tillit - gi ansvar

For å øke oppmerksomheten til helsepersonell når de jobber i personens hjem

- Varsel – f eks varseltrekant på kjøleskapet
- Ha bilder som viser påsmøring
- Personen har en mappe – denne bør inneholde:
 - en kostplan
 - handleliste for avkryssing
 - liste over hva som kan være lurt å ha i huset

Bistand i hjemmet:

- Hjemmesykepleien
- Pårørende – frivillige – handle
- Opplæring av personen selv og de pårørende – ev frivillige

Vedlegg 4 – Utdrag fra referat fra møte i fokusgruppe ernæring med klinisk ernæringsfysiolog fra Sunnaas sykehus – 13.11.18

SAKSLISTE

1. Sunnaas innleder med erfaringer som de har ved overføring til kommunen – hva er ekstra viktig å tenke på og hva er utfordringer

Alle drøfter:

2. Hva bør skje i forkant av overføringssituasjonen?
3. Hva bør skje i etterkant? Er det noen rutiner for oppfølging mellom overfører og mottaker eller er det opp til kommunen eller ved behov?
4. Hvem bør motta informasjon i forbindelse med en overføring?
5. Hva bør informasjonen inneholde?
6. Hvordan involveres de pårørende i en overføringssituasjon?
7. Er det andre ting dere tenker bør i varetas i en overføringssituasjon?

Første del av møtet ble gjennomført som en videokonferanse med klinisk ernæringsfysiolog (KEF) Hanne Bjørg Slettahjell fra Sunnaas. I andre del gikk fokusgruppen igjennom spørsmålene og supplerte svarene. Disse kommentarene er lagt til under hvert spørsmål.

Fokusgruppen vil få tilsendt utarbeidede «Prosedyrer for screening av ernæringsmessig risiko, vurdering og oppfølging av personen ernæringsmessig med hjelpemidler», i løpet av november. Deltakerne gir en tilbakemelding på denne «pakken». Dette var siste planlagte møte i fokusgruppen, og deltakerne ble behørig takket for innsatsen.

Sak 1. Sunnaas innleder med sine erfaringer vedr utskriving og ivaretagelse av iverksatte ernæringstiltak

Sunnaas har pasienter med mange ulike ernæringsproblemstillinger – både enteral og parenteral ernæring – de har mange på sonde. Noen har begynt på konsistentilpasset kost.

Utfordringer:

- Viktig med oppfølging av pasienter som mottar enteral/ parenteral ernæring
- Denne type kostform krever overvåking og justering. Mange blir stående på samme energimengde som ved utskriving. Dette kan medføre overvekt.
- **Ansvars plassering** – ingen kliniske ernæringsfysiologer i kommunene som kan ta ansvar for oppfølging - Hvem tar over dette av fysio, ergo, spl?
- Tilrettelegging for personen etter utskriving der den bor – ernæring blir litt glemt
- Sjelden man har BPA – med henblikk på ernæringsmessig situasjonen – lage mat, innkjøp, hjelp til å spise – usikker på kompetanse til BPA

I den tverrfaglige rapporten og epikrisen:

- **Beskrive** ernæringsstatus og hvilke behov personen har for oppfølging og tilrettelegging – helt grunnleggende og mer spesielt
- sikre at alle opplysninger kommer inn i epikrisen – da kommer det til fastlegen – et sted å overføre ansvaret til
- det medisinske ansvaret plasseres hos fastlegen

To perspektiver:

1. **Forebyggende perspektiv** – livstilsproblematikk – det mest grunnleggende
2. **Spesialkost** – tett oppfølging og monitorering

Sunnaas ser for seg samme struktur for ansvar og oppgavefordeling i kommunen slik de har:

1. Ansvars plassering ernæring – klinisk ernæringsfysiolog
2. Sykepleier – gjør kartlegging – status
3. Ved vurdering og justering – koble på spesialisten – Her: klinisk ernæringsfysiolog

Sunnaas/kommunen ønsker seg/ savner:

- en matrise for å følge opp – f.eks vekt, blodprøver – det finnes verktøy (kosthåndboken), gjøre flyten bedre – som tar opp de praktiske utfordringene
- vi trenger visuelle verktøy – Screeningsverktøy
- på detaljnivå – konkrete verktøy for situasjoner/ endring i situasjonen
- Viktig å ha gode prosedyrer

Ansvar:**Frist:****Sak 2. Hva bør skje i forkant av overføringssituasjonen**Sunnaas beskriver

- De har «målmøter» med pasienten
- Pasienten får grundig informasjon om egen ernæringsplan og denne skal være godt forankret hos personen. (for så vidt burde alle få god informasjon om kostholdet – kunne være en basarutine for alle).
- Pårørende er involvert
- Egen pasientundervisning – om hvordan de kan få det til hjemme. F.eks. hvordan de kan gjøre ferdigmat sunnere – pasientopplæring. De har med seg en grunnpakke fra Sunnaas

I forbindelse med overføring til kommunen – sender noen kommuner assistenter til Sunnaas for å få opplæring rundt pasienten. Delta i spisetreningsgruppe for kunne bidra til bedre tilrettelegging på kjøkkenet. De videreformidler gode eksempler på overføring. Dette oppleves å gi en myk overgang – de ser pasienten i en kontekst. De har ikke så mange av de ulike pasientgruppene og spesialistbiten kan fort mistes litt - om man ikke sørger for en god overføring.

Sunnaas bruker også videokonferanse for overføring – men mer på det teoretiske.

Hanne opplever/ har et inntrykk av at kommunene ofte er presset på midler og at det er et minimumstilbud som pasienten får - og at man ikke nødvendigvis har et blikk på hvordan vi kan hjelpe pasienten best mulig. Det bekreftes av de tilstedeværende at kommunen er presset på tid og ressurser. Det er et mål at man kan tenke litt annerledes – i et lengre livsperspektiv.

Hva bør skje i forkant av overføring fra TVT til kommunen

- Overføring må meldes i god tid – så det er mulig å iverksette noen tiltak
- Assistenter er ofte ufaglærte, og de må ha opplæring – de utfører på ordre
- Opplæring bør settes i system – Sunnaas har plikt til å drive opplæring
- Kommunen bør kobles inn tidlig av TVT – i god tid før man skal gjøre overføring – beskrive årsak til de tiltakene som er gjennomført
- God ide å kunne observere personen i en setting, før den overføres til kommunen
- Også de som ikke har hjelpebehov etter utskrivning fra TVT – kan kommunen gjennomføre et vurderingsbesøk hos – være i forkant

Hva gjør TVT per i dag

- Kommunen inviteres med inn fra start – denne informasjonen når ikke alltid fram dit den skal – utfordring – kommunikasjon
- Der personen allerede har hj.spl, gjør TVT en henvendelse til hj.spl for at de skal delta videre i forløpet. De bidrar også mye god informasjon
- I henvisningen er det et eget punkt der det kan krysses for om kommunen ønsker å delta ved vurderingsbesøket
- TVT tror ikke at de alltid blir spurt, men da blir hj.spl. koblet på etter hvert
- Personer som henvises fra sykehuset – meldes til kommunen – deretter til TVT, men i tillegg har sykehuset tlf kontakt med TVT
- Det er viktig med gode samarbeidsrutiner

Behov for klinisk ernæringsfysiolog i kommunen

Det pekes på at hverken fastlege eller kommunen har utvidet ernæringskompetanse. Ved store utfordringer henvises pasienten ev tilbake til Sunnaas etter en tid, dette er veldig tungvint.

Sunnaas håper man i fremtiden har kliniske ernæringsfysiologer i kommunen som kan surve og gjøre disse vurderingen lokalt. Være en del av et team. Kunne være tettere på.

Fokusgruppen er enig med det ovennevnte.

I tillegg:

Som pårørende oppfattes det som viktig å bli tatt med i en utskrivelse. De ønsker også å delta i møtet sammen med tjenesteapparatet – der det drøftes hvem som bidrar med hva. Et nettverk.

Sunnaas spør - Hva tenker dere Sunnaas kunne gjort bedre ved overføring - ernæring?

Innspill:

- Ønske om tydelige planer for - hvis dette skjer – gjør slik
- Hva som er riktig å gjøre hvis det dukker opp noe nytt
- Eksempelvis ved endret behov – parenteral - og sondeernæring
- Økt bruk av videomøter i overføring

Sunnaas har prioritert personer med de største utfordringene i forbindelse med beskrivelse av ernæringstilstand – de har også hatt knapt med ressurser. I en overføringssituasjon er det teamkoordinator som tar kontakt. Ernæring har nok ikke vært det mest tydelige. Sunnaas føler det er deres ansvar å passe på at veien videre blir så god som mulig. Ser at de kan bli bedre på tverrfaglig rapport og få det inn i epikrisen.

Ansvarsplassering av ernæringstiltak er diffus.

Sunnaas mener det er en god modell som utvikles i TVT der også ernæringsfysiolog er koblet på. Det er en slik modell som er hovedmålet.

Det gjøres rede for prosedyre som er utviklet for TVT – screening og oppfølging av ernæringssituasjonen. Systematisk oppfølging/retester etter 3, 6 og 18 måneder.

Ønske fra Sunnaas

Ved overføring – ha en sjekkliste der alle risikopunkter sjekkes ut/ er beskrevet; eksempelvis – ernæring, trykksår mm

Beslutning

TVT og fokusgruppe utarbeider en slik sjekkliste – Joran og Irene – TVT

Ansvar:

Frist:

Sak 3. Hva bør skje i etterkant av en overføring? Er det noen rutiner for oppfølging mellom overfører og mottaker eller er det opp til kommunen eller ved behov?

For Sunnaas

De har ingen rutiner for oppfølging, kun hvis de skal sørge for en videreføring til andre instanser. Dette gjøres ofte ved en henvendelse til KEF på nytt sted. Ellers er det opp til kommunen å ta kontakt. Når personen er skrevet ut, er personen ute av systemet.

Fra kommunene:

- Man bør ha en beskrivelse av hva som bør skje i etterkant av overføring ved f eks sondeernæring
- Sunnaas opplyser at de skriver ernæringsplaner – energiinnhold og behov for justeringer. Det de skriver er nødvendigvis ikke gjeldende etter 6 mnd
- Sunnaas henviser ikke personen videre til oppfølging i spesialisthelsetjenesten f eks ved sondeernæring og videre vurdering
- Det er viktig å få gode ernæringsplaner for hjemmetjenesten
- Det må være tydelig hvem kommunen skal kontakte for bistand

Rapporten sendes til forvaltningskontoret, epikrise til fastlege. Informasjon vedr ernæring bør stå begge steder.

Sondeernæring – ikke så ofte de har det i kommunen – viktig med god opplæring. Spesialisthelsetjenesten må ikke ta det for gitt at kommunen kan dette - oppleves som litt nytt hver gang. Fint at det står hvilke observasjoner man skal gjøre. Det bør være en anbefaling om at kalorigmengden skal vurderes. Vektoppfølgning er nødvendig og skal være en del av rutinen. Kommunen må ha gode retningslinjer og oppfølgningstiltak. For enteral og parenteral ernæring er det egne retningslinjer for monitorering og oppfølging; ulike parametere som skal følges opp. Dette kan det f eks vises til ved overføring.

Det er lege i TVT som er medisinsk ansvarlig – som også rekvirerer blodprøver. Viktig med gode planer - frekvens for ulike målinger.

Beslutning

Ansvar:

Frist:

Sak 4. Hvem bør motta informasjon i forbindelse med en overføring?

Sunnaas sender til: Forvaltningskontor og fastlege (personen selv?)

TVT sender til: Personen, Tildelingskontoret/ Forvaltningskontor, fastlege, deltakende behandlere (hjemmesykepleien, fysio, mm)

Ved f eks underernæring – videreformidler tildelingskontoret beskjed til hj.spl. Dialog direkte med hj.spl kan også være fornuftig – tettere på.

Beslutning

Alle som er involvert og som gir tjenesten, mottar informasjon i forbindelse med overføring fra TVT til kommunen.

Ansvar:

Frist:

Sak 5. Hva bør informasjonen inneholde?

- Ha en sjekkliste for hva informasjonen bør inneholde – prosjektet lager et utkast
- Det viktigste bør komme tydelig fram først i dokumentet - Tverrfaglige rapporter blir så lange - viktig info kan drukne

Fra Sunnaas til kommunen/TVT

- Oppsummert hvilke tiltak som er gjort og hva som skal settes i gang etter hjemkomst
- En god beskrivelse på hvert område
- Oppsummeringen til slutt
- De har diskutert lengde på rapporten? - vil at det skal blir lest - litt lange tekster for fastlegen

Fra TVT til kommunen

For ernæring er det laget prosedyrer for hva som skal følges opp i et forløp i TVT. Hva bør stå i en overføring?

- Om personen er i ernæringsmessig risiko
- Om det har skjedd endringer
- Kommunen skal ha egen plan for oppfølging av pasienten – ut fra hvilken situasjon den er i
- Ved beregning av energibehov tas det høyde for sykdom, aktivitet mm som vist til i Tabell for beregning av energi-protein- og væskebehov hos voksne, kosthåndboken s 85

En samtale / et overføringsmøte – der det er mye informasjon – er nyttig, også mye overføring av kunnskap. Å få med fastlege – er en utfordring.

Ved utskriving fra TVT – er det ofte samarbeidsmøter og deretter alltid en sluttrapport. Her kan det henvises til det man blir enige om i samarbeidsmøtet. Dette ivaretar kritiske punkter. Samarbeid med kommunen

gjennom hele forløpet er svært viktig. En spesifikk anbefaling om hva som skal følges opp, øker sannsynlighet for at dette blir fulgt opp. Det som skal følges opp legges inn i personens tiltaks- og oppdragsplan i kommunen. Oppfølging fra TVT skjer først etter 3 måneder.

I Rakkestad har de standardiserte oppfølginger på vekt – underernæring 1g/uke, ernæringsmessig risiko 1 g/mnd ellers hvert halvår.

Ved hjerneslag – være obs på endringer i matinntak etter at personen kommer hjem. Det kan forekomme smaksendringer.

Ha en sjekkliste ved overføring der ernæring er en del av innholdet, samt hva som er gitt av informasjon. Det nevnes KS - Helhetlige pasientforløp – de har utarbeidet sjekkliste!

Beslutning

- Det oppfattes som at en sjekkliste er en god ide. Sjekk KS. Prosjektet ser på dette

Ansvar:

Frist:

Sak 6. Hvordan involveres de pårørende i en overføringssituasjon?

Sunnaas

- Egne pårørendedager
- Involvering individuelt – en til en med pårørende eller grupper
- Ernæring en bit - men ikke for alle
- Kan fange opp alvorlig ernæringssvikt ved et vurderingsopphold (pårørende har reagert men ikke kommet noen vei før de kommer til Sunnaas)

TVT

- Helsepersonell tar med pårørende i samtaler
- Pårørende kan gi mye informasjon – eks vektendring
- Pårørende kan ha oppgaver – f eks mat og måltider
- Samtaler og oppfølging – individuelt
- Pårørende er svært viktig og de må bli hørt

Sak 7. Er det andre ting dere tenker bør i varetas i en overføringssituasjon?

Det nevnes ikke annet spesielt.

Innhold i en overføringssituasjon gjelder for alle områder. Hanne vil oversende kontaktinformasjon for teamkoordinatorer på Sunnaas som det kan være aktuelt for TVT å ha et tilsvarende møte med. Disse er også interessert i hvordan dokumentasjon og vurdering kan bli bedre inn i en overføringssituasjon.

Det nevnes:

- Avdeling for traumatisk hjerneskade
- Avdeling for vurdering
- Avdeling for multitraume, nevrologi og brannskader

