

FAGUTVIKLING

Endret ernæringspraksis

Nye rutiner for ernæringsarbeidet i sykehjem møtte motstand blant de ansatte.

Janneka Eide

Daglig leder

Slettebakken menighets eldresenter

Britt Moene Kuven

Høgskolelektor

Haraldsplass

Sykepleien 2014;102(10):60-62

DOI: [10.4220/sykepleiens.2014.0142](https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2014.0142)

Hva skjer når vi vil endre holdninger og handlinger til ernæring i sykehjem? Hva slags hindringer oppstår når nasjonale retningslinjer skal påvirke innarbeidete rutiner i hverdagen? Denne artikkelen setter søkelys på de barrierene vi fant i prosessen med å innføre nye retningslinjer for ernæringsarbeidet ved vårt sykehjem.

Bakgrunn.

Studier har vist at mellom 10 og 60 prosent av sykehjemsbeboere og sykehuspasienter er underernærte, og at helsepersonell blant annet forklarer årsaken til dette med mangelfulle rutiner (1). Underernæring fører til dårlig allmenntilstand, nedsatt livskvalitet og øker risikoen for fall og infeksjoner (2). Det er derfor viktig å forebygge og behandle underernæring i sykehjem.

I 2012 innførte vi nye rutiner for ernæringsarbeidet ved vårt sykehjem. De besto av tiltak for systematisk kartlegging av ernæringsmessig status hos alle beboere, jevnlig kontroll av vekt/BMI, og tiltaksplan for alle underernærte beboere. Retningslinjene våre er basert på de nasjonale retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring, utgitt av Helsedirektoratet i 2009. Ett år etter at de nye rutinene var innført ønsket vi å se hvor langt implementeringsprosessen i sykehjemmet var kommet, og hvilke grep vi måtte ta videre. Dette var bakgrunnen for et utviklingsprosjekt i samarbeid med en høyskole våren 2013. Prosjektkomiteen besto av kjøkkensjef, sykepleier, hjelpepleier og høyskolelektor, og ble ledet av sykehjemmets leder. I tillegg deltok tre sykepleierstudenter i prosjektet.

Kriterier.

Etter flere prosjektmøter og internundervisning for sykepleierstudentene, ble 21 kriterier for ernæring i 36 sykehjemsbeboeres journal kartlagt våren 2013. Kriteriene viste i hvilken grad de nye rutinene var implementert i forhold til det som kan måles og dokumenteres (se tabell I og II). Prosjektet har gitt verdifull kunnskap om ulike barrierer som aktiviseres når vi ønsker å endre holdninger og handlinger i vårt ernæringsarbeid.

Kartleggingen viste at de nye rutinene delvis var implementert i praksis vel et år etter at de var innført. Dette samsvarer med funn i flere ernæringsstudier (3,4). I tabellene nedenfor har vi oppsummert, og brukt prosentberegning for å få frem graden av implementering.

Tabell I. Kriterier som ble kartlagt for alle 36 beboere

| Opplysninger om | Antall beboere | Prosent |
|---|----------------|---------|
| Skjema for vekt/BMI opprettet | 36 | 100 |
| Skjema MNA (Mini Nutritional Assessment)) fylt ut | 21 | 58 |

| | | |
|--|--------|----|
| Skjema Kostsamtale fylt ut | 19 | 52 |
| Vekttap de siste seks måneder | 18 | 50 |
| Beboere med BMI under 22 | 15 | 36 |
| Nye beboere på avdelingen siden 01.05.12 | 7 | 19 |
| Skjema MNA fylt ut for nye beboere | 5 av 7 | 71 |

Tabell II. Kriterier som ble kartlagt for de 15 beboerne med BMI under 22

| Opplysninger om | Antall | Prosent |
|---|--------|---------|
| Området «Ernæring» er åpnet i profil (elektronisk pasientjournal) | 15 | 100 |
| Skjema «Matkort» i profil er brukt | 11 | 73 |
| Skjema for kostplan i profil er opprettet | 10 | 66 |
| Kopi av kostplan tilgjengelig på kjøkkenet | 10 | 66 |
| Er der satt mål i kostplanen til beboer? | 8 | 53 |
| Kostplanen er revidert siden den ble opprettet | 8 | 53 |
| Beboer er veid mindre enn en gang per måned | 7 | 47 |
| Er det dokumentert avvik i profil under ernæring | 6 | 40 |
| På hvor mange beboere er avvik dokumentert i kostplan på kjøkkenet? | 4 | 27 |

| | | |
|---|---|----|
| Underernæring diskutert på legevisitt og dokumentert i profil | 4 | 27 |
| Er der måloppnåelse hos de beboerne som har mål i kostplanen? | 3 | 21 |
| Beboer er veid ukentlig | 1 | 7 |
| Skjema «Kostregistrering med beregning» er opprettet i profil | 0 | 0 |
| Skjema for «Beregning av energi og protein» i profil er brukt | 0 | 0 |

Gruppesamtaler.

Sykepleierstudentene la frem prosjektkomiteens oppsummering av kartleggingen på fire avdelingssamlinger. Hver avdeling fikk tilbakemeldt sin status og status for alle avdelinger. Personalet ble bedt om å komme med sine tanker om og synspunkter på resultatet, og spesielt på de kriteriene der rutinene i liten grad var gjennomført. Prosjektkomiteens medlemmer ledet samtalene, mens studentene noterte alle tilbakemeldingene. Det var til sammen 25 ansatte som deltok; assistenter, avdelingsledere, sykepleiere og helsefagarbeidere. De ansatte var engasjerte, og det kom mange tilbakemeldinger. Det at tilbakemeldinger ble innhentet fra alle som er involvert i ernæringsarbeidet så vi på som en styrke da det fikk frem aktuelle barrierer i hele det tverrfaglige teamet.

Modell.

For å kategorisere aktuelle barrierer har vi brukt veilederen til The National Institute for Health and Care Excellence (NICE); «How to change practice» som hjelpemiddel (NICE 2007). NICE utvikler nasjonale retningslinjer og anbefalinger for å forbedre praksis i helse- og omsorgssektoren i Storbritannia. Deres utgangspunkt er at det er spesielt utfordrende å endre etablert praksis i helsesektoren på grunn av komplekse forhold mellom mange organisasjoner, profesjoner, pasienter og helsepersonell (5). Barrierer i helsevesenet kan ifølge NICE forklares i forhold til fem områder; bevissthet, motivasjon, holdninger, kompetanse og praktiske eller organisatoriske forhold (5). Vi tolket og kategoriserte tilbakemeldingene fra de ansatte i forhold til denne forståelsesmodellen, og de fem områdene til NICE.

Hva fant vi?

Vi presenterer her våre funn og diskusjonen i tilknytning disse fem områdene.

1. Bevissthet om behovet for endring av praksis. Det kom frem at enkelte ansatte ikke var klar over at det pågikk et endringsarbeid på ernæringsområdet ved sykehjemmet. To ansatte var også ukjente med de nasjonale anbefalingene og sykehjemmets gjeldende rutiner. Den ene kommenterte: «Jeg var sykemeldt da det ble undervist om nye rutiner, så jeg kjenner dem ikke». Den andre oppga at hun ikke hadde vært ansatt mer enn tre måneder. Noen tok opp at de ikke helt forsto bakgrunnen for innføring av nye rutiner, da de mente at ernæringsarbeidet fungerte godt slik det var.

Vår sektor har et høyt sykefravær, svangerskapspermisjoner, turnusarbeid og deltidsstillinger. Dette gjør at det er utfordrende å gjøre samtlige medarbeidere bevisste på endringsarbeid.

2. Motivasjon for å endre praksis. Motivasjon for å følge de nye rutinene varierte. Noen var interesserte og engasjerte, andre mer distanserte, og noen viste direkte motvilje. Det kom frem at noen av de ansatte i liten grad hadde satt seg inn i rutinene og anbefalingene. Andre mente at det var så mange krav, og at det ikke var tid til å «følge med på alt som skjer». En uttalte: «Jeg har ikke nok opplæring og informasjon. Jeg føler jeg bare blir kastet ut i det uten å vite hvem, hva og hvorfor». Noen ansatte så ikke behovet for å endre praksis, og ga derfor uttrykk for at de manglet motivasjon til å følge opp de nye rutinene. «Vi har alltid jobbet bra med ernæring!».

Flere av tilbakemeldingene gjenspeiler opplevelsen av at de nye retningslinjene kommer ovenfra, og at de oppfattes som en kritikk mot eksisterende praksis. Det er tydelig at noen oppfatter nye kunnskapsbaserte rutiner som det eneste som skal legges til grunn for praksis, og at personalets erfaringskompetanse og beboernes egne preferanser ikke lengre har noen verdi. På vårt sykehjem har man fokusert på tilrettelegging av gode måltider, endring av måltidstidspunkter, og mange aktiviteter tilknyttet mat i over ti år. Personalets oppfatning av at de allerede på flere områder har et godt ernæringsarbeid er derfor riktig, og må løftes frem.

3. Holdninger til ny praksis. Mange tilbakemeldinger handlet om holdninger og verdier. Dette er viktig informasjon for hvordan vi kan bryte ned barrierene mot implementeringsarbeidet.

Enkelte ansatte uttrykte klar skepsis til de nye rutinene. De var både skeptiske til at man fokuserte så sterkt på underernæring, og til tiltakene som var iverksatt på avdelingene. Noen reagerte på å kalle underernæring en diagnose slik man gjør i de nasjonale retningslinjene. De mente at det er naturlig for mange av sykehjemmets beboere å spise lite og være undervektige, på grunn av alder, helsetilstand og aktivitetsnivå. «Er det ikke naturlig for eldre å bli underernærte mot slutten av livet?» Noen ansatte var skeptiske til ernæringstiltakene som retningslinjene anbefaler, som for eksempel å tilsette fett og proteiner i maten. De stilte spørsmål ved hvordan fett påvirker vitale organer og sirkulasjonssystemet hos svært skrøpelige eldre mennesker. «Har kroppen til disse eldre behov for så mye mat?». «Er det riktig å næringsberike

maten deres med fløte og olje?». «Beboerne legger på seg kun rundt magen, klarer kroppen å nyttiggjøre seg dette fettene?»

Flere av anbefalingene i de nasjonale retningslinjene er basert på ekspertråd, fordi det ikke finnes aktuell forskning å støtte seg på. Dette gjelder også anbefalingen om at alle personer med ernæringsmessig risiko skal ha en individuell plan med dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak. Det er altså ikke påvist at dette vil bedre den ernæringsmessige statusen hos sykehjemsbeboere selv om det er sannsynlig.

Vi trenger praksisnær forskning som kan underbygge anbefalingene, eller eventuelt korrigere det som nå blir innført som ny praksis ved landets sykehjem.

Mange ansatte har kunnskap om ernæring ut ifra egne erfaringer, og samfunnets vektlegging av vektreduksjon. I alle gruppesamtalene kom noen ansatte inn på overvektige beboere som en like stor utfordring som underernærte beboere.

Helsedirektoratet utga i 2011 «Kostråd for å fremme folkehelsen, og forebygge kroniske sykdommer» Anbefalingene om berikelse av mat til underernærte står i motsetning til de ernæringsråd helsepersonell gir til befolkningen ellers (2). Dette kan også medvirke til at helsepersonell på sykehjem trenger tid til å endre sine holdninger til underernæring hos eldre, og de anbefalingene de skal formidle til beboere, pårørende, studenter og andre.

Flere ga uttrykk for at anbefalingene reiser etiske dilemmaer som er vanskelig å forholde seg til. Blant annet tvang angående egen ernæring ovenfor demente beboere som mangler samtykkekompetanse. Personalet må da ta avgjørelser på vegne av beboer, for eksempel når det gjelder mål for en kostplan. «Se på denne magen, har jeg blitt gravid?». Denne kommentaren fra en beboer ble sitert av en ansatt. Hun stilte spørsmål ved om det var riktig at denne beboeren hadde fått en kostplan med mål om å gå opp i vekt. Dette viser at ernæringsarbeidet inneholder etiske dilemmaer som forutsetter at personalet har kompetanse på etisk refleksjon.

4. Kompetanse til å kunne utøve ny praksis. Mange ansatte meldte tilbake at de manglet kunnskap og ferdigheter på flere områder for å kunne gjennomføre de nye rutineene. De manglet kunnskap om bruk av skjemaene; «Jeg føler at en blir kastet ut i dette med skjemaene. Det blir for mye på en gang som skal implementeres». De var usikre på hva som skulle dokumenteres hvor i journalen. Beregning av energibehov ble ikke brukt, fordi dette var «nytt og ukjent». Kosttiltakene i kostplanen ble laget ut ifra generell kunnskap om å tilføre mer energi i den enkelte beboers kosthold. Det var bred enighet om at det var behov for mer kunnskap om ernæring.

Behovet for mer kompetanse gjelder både datateknisk, journalføring og ernæring generelt. Tilsynsmyndighetene vil i dag forvente at praksis er på nivå med anbefalingene i de nasjonale retningslinjene. Det gapet vi ser mellom kompetanse på de nevnte områdene i praksisfeltet, og anbefalingene, kan minskes på to måter. Retningslinjene kan endres og tilpasses nivået i praksis, og praksisfeltet kan heve sin kompetanse. Vi tenker at begge deler er nødvendig.

5. Praktiske og organisatoriske hindringer. Personalet opplevde også praktiske hindre som at stolvekten ikke virket, og mangel på gode rutiner for å sikre at oppgaver blir utført. «Rutinene bare sklir ut». Flere ga uttrykk for at kontroll ved veiingen var et problem. «Det er problem å få nøyaktig vekt på en sittevekt». På en avdeling hadde vekten vært i ustand en periode. «Det tok lang tid med den vekten». Kostsamtalen ble sett på som viktig, men de ansatte var usikre på hvem som hadde ansvar for at den ble gjennomført. Skifte av leder på en avdeling ble trukket frem som et organisatorisk hinder. Samarbeid med kjøkkenet og avklaring av ansvarsforhold ble også nevnt. Det kan virke som om en del praktiske og organisatoriske hindre ikke alltid blir rapportert og fanget opp på en effektiv måte. Dette kan ha sammenheng med den kompleksiteten i helsevesenet som NICE-veilederen peker på. Det er mange ulike roller, profesjoner og rutiner å forholde seg til.

Konklusjon.

Vi har vist at det finnes barrierer i praksis som påvirker implementering av de nye nasjonale retningslinjene for ernæring. Barrierene har flere forklaringer, og kan møtes med ulike tiltak. Noen tilnærminger vil kunne påvirke flere barrierer. Som det å finne forskningsbaserte svar på spørsmål ansatte stiller, for eksempel; Er det naturlig at eldre skrøpelige mennesker blir underernærte mot slutten av livet?

Ernæringsarbeidet i sykehjem inkluderer alle som er involvert i beboernes behandling, pleie og omsorg. Våre funn bekrefter at det er en omfattende prosess å endre praksis på dette området. Det er derfor nødvendig å fortsatt fokusere på ernæringsarbeidet, og legge en langsiktig plan for å få til et mer systematisk ernæringsarbeid på sykehjem. Dette gjelder både helsedirektoratet, kommunehelsetjenesten og det enkelte sykehjem.

Utfordringen med å få frem verdien av personalets erfaringskompetanse på ernæring, og betydningen av beboernes ønsker og behov, er tydelig. Uten at helsedirektoratets retningslinjer brukes sammen med erfaringskunnskap og beboernes medvirkning, vil vår praksis ikke være kunnskapsbasert (6,7).

Praksisnær forskning, og økt oppmerksomhet fra utdanningsinstitusjonene vil kunne styrke ernæringsarbeidet. Denne oppmerksomheten vil stille krav til sykehjemmene, og øke bevisstheten rundt egen praksis, nasjonale anbefalinger, egen kompetanse og beboernes ønsker og behov.

De nasjonale retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring kom i 2009. De har satt i gang en omfattende bevegelse mot bedre kvalitet på området. I Stortingsmelding 29, «Morgendagens omsorg» er ikke retningslinjene nevnt med et ord. Faren for at vektlegging av ernæring svekkes fordi nye viktige oppgaver står for døren, er absolutt til stede. Det er derfor viktig å holde fast i den prosessen som har startet, og sørge for at den får utvikle seg i årene framover. Livskvalitet og ernæring henger nøye sammen for våre sykehjemsbeboere!

Referanser:

1. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Oslo: Helsedirektoratet, 2009.
2. Helsedirektoratet. Kostråd for å fremme folkehelsen, og forebygge kroniske sykdommer. Oslo: Helsedirektoratet, 2011. (Nedlastet 31.10.2013)
3. Kvamme K. «Forebygging og behandling av underernæring- følges rutinen som er utarbeidet for hjemmesykepleien?» Prosjektnummer: 24205 Bergen kommune, 2012.
4. Kårstad KÅ. Kartlegging og vurdering av ernæringspraksis ved Haukeland universitetssykehus. Bergen: Masteroppgave i kunnskapsbasert praksis i helsefag ved HiB, 2012.
5. National Institute for Health and Clinical Excellence. (2007). How to change practice. Understand, identify and overcome barriers to change. (Nedlastet 01.10.2013)
6. Norvedt M, Jamtvedt G, Graverholt B, Nordheim LV, Reinart LM. Jobb Kunnskapsbasert – en arbeidsbok. Oslo: Akribe, 2012.
7. Helsedirektoratet (2012). Kosthåndboken Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Helsedirektoratet.



Studier har vist at mange sykehjemsbeboere er underernærte. Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt.