Ernæringsscreening på plejecentrene

Erfaringer fra pilotprojekt og fremtidig implementeringsmodel

Februar 2019

Halsnæs
Kommune

Oplev det rå og autentiske Halsnæs

Indhold

Baggrund **2**
Formål 3
Mål 3
Metode **4**
Arbejdsgange 4
Screeningsværktøj 4
Dokumentation i Nexus 5
Kompetenceudvikling 5
Evalueringstilgang 6
Efteruddannelsen **8**
Efteruddannelsen "Ernæringsscreening i ældreplejen" 8
Succeskriterie nr. 6 At hver afdeling har fået uddannet min. 1 ernæringsnøgleperson blandt plejepersonalet 8
Workshops 8
Arbejdsglæde 10
Beboerens livskvalitet 10
Organisering og forankring **11**
Pilotprojektets omfang 11
Uddannelsen til nøgleperson 11
Arbejdsstruktur 11
Fastholdelse og forankring 12
Organisering af projektet 12
Tværfaglighed 13
Anvendelsen af EVS **15**
Opgavefordelingen 15
Fakta om screeningerne 15
Succeskriterie 1 At 100 % af alle beboeres ernæringstilstand systematisk er afdækket og 16
en ernæringshandleplan er udarbejdet, hvor det findes relevant. 16
Succeskriterie 2 At min 75 % af alle beboere har fået tilrettelagt og 18
løbende fået vurderet den rette ernæringsindsats. 18
Succeskriterie 3 At min 75 % af alle beboere har fået vurderet deres behov for hjælp til at spise 21
Vægtstatus 21
Økonomi og ressourcer **23**
Succeskriterie nr. 5 At min 80 % af plejepersonalet er opkvalificeret til at kunne afdække beboernes ernæringstilstand og er i stand til at skabe gode rammer for måltidet. 24
Anbefalinger **25**
Anbefalinger til metode 25
Anbefalinger til organisation og forankring 26
Anbefalinger til økonomi og ressourcer 26
Konklusion **27**
Bilagsoversigt **28**
Kildehenvisninger **29**

Baggrund

Flere ældre beboere i plejeboliger er i dårlig ernæringstilstand og i stor risiko for utilsigtet vægttab og forringet almentilstand i forbindelse med akut sygdom, traumer o. lign. Årsagerne er bl.a., at denne gruppe i særlig grad er ramt af ernæringsmæssige risikofaktorer som fx tygge- og synkeproblemer og har behov for hjælp til at spise. Konsekvenserne af den dårlige ernæringstilstand påvirker de ældres helbred, livskvalitet og evne til at klare sig selv[1]. Samtidig ses store økonomiske konsekvenser i form af en øget medfinansiering ved flere indlæggelser og genindlæggelser[2]. Denne gruppe beboere har derfor behov for supervision af kostindtagelse og ernæringsstatus. Socialstyrelsen har udarbejdet værktøjer til ernæringsvurdering, som bør anvendes af relevant plejepersonale. Ønsker kommunen en forbedring af livskvalitet og funktionsniveau for de ældre, er der også behov for en ernæringsindsats. Rekonvalescens efter akut sygdom eller operation er forbundet med langvarigt behov for øget energi- og proteinindtagelse. Kommunen har ansvarlig for at beboerne er velinformeret om dette, og at de støttes og vejledes til at være sufficient ernæret.

Der er derfor god grund til at interessere sig for ernæringstilstanden hos de svækkede ældre og de, der befinder sig i en risikogruppe. En indsats i form af et måltid med højt energiindhold kombineret med et tilskud af energi- og proteinrige drikke sammen med mobilisering og fysisk træning kan forbedre både funktion, livskvalitet og overlevelse for disse udsatte grupper[3].

Der er et politisk fokus i Halsnæs Kommunes Værdighedspolitik[4] vedrørende ernæringsindsatsen i Sundhedspolitikken[5] om forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser samt i Ældrepolitikken[6], hvor der er en målsætning om, at sund kost er en naturlig del af hverdagslivet.

Medarbejderne på plejecentrene oplever udfordringer med at leve op til disse intentioner, da plejepersonalet observerer mange forskelligartede og komplekse ernæringsproblematikker, som kalder på øget tværfaglighed og struktureret indsats for de svageste ældre. Problematikkerne kan f.eks. være vægttab, tygge-synkevanskeligheder, smagsproblemer, mundhygiejne, gentagne lungebetændelser, det sociale måltid, hjælpemidler omkring måltidet eller en kobling af flere af disse problematikker. Udover ernæringsproblematikkerne kan beboerne have individuelle behov, som kan være fysisk, psykisk og/ eller socialt orienteret. Omgivelserne og de øvrige beboere påvirker spisesituationen. Det samme gør sig gældende for plejepersonalets viden, samt det inventar og de hjælpemidler, som danner rammen om måltidet.

For at leve op til de politiske intentioner er det i gruppen ”Det Nære Sundhedsvæsen” besluttet at nedsætte en tværfaglig arbejdsgruppe, som arbejder på tværs af de tre plejecentre med fem matrikler. Herunder er det besluttet at starte projekt *”Ernæringsscreening på plejecentrene”,* som dels betyder et kompetenceløft af flere faggrupper, dels et øget fokus på beboernes ernæringstilstand. Denne rapport

---

[1] Beck et al. 2012; og Olin et al. 2005

[2] Københavns Universitet og Madkulturen 2015

[3] Do.

[4] *Halsnaes.dk – Værdighedspolitik*: Available: https://www.halsnaes.dk/~/media/Sundhed/Sundhedspolitik/Halsn%C3%A6s%20Kommunes%20V%C3%A6rdighedspolitik.ashx?la=da [21-11-2018]

[5] *Halsnaes.dk – Sundhedspolitik 2015 – 2020:* Available https://www.halsnaes.dk/~/media/Politikker/Sundhedspolitik%202015-2020.ashx?la=da [2015, 21-11-2018]

[6] *Halsnaes.dk – Ældrepolitik. I Halsnæs Kommune lever vi livet – hele livet.* Available: https://www.halsnaes.dk/~/media/ESDH/committees/60/397/3371.ashx [[2012, 21-11-2018]

er udarbejdet på baggrund af erfaringer fra pilotprojektet på Arresø plejecenter i perioden juni-december 2018.

Formål
Formålet er at styrke forebyggelse af underernæring og utilsigtet vægttab hos beboerne på Halsnæs kommunes plejecentre ved tværfaglige samarbejde m.h.p. at bevare sundhed, funktionsevne og livskvalitet.

Mål
- At udarbejde retningslinjer for, hvordan beboerens ernæringstilstand bliver systematisk afdækket. Herunder udarbejdelse af retningslinjer for tværfagligt samarbejde mellem ergoterapeuter og ernæringsfagligt personale på plejecenteret.

- At implementere screeningsværktøjet (EVS) til vurdering af ernæringsindsats på Løvdalen og Humlehaven, Arresø Plejecenter.

- At tilrettelægge og afholde workshops med temaer om ernæring for plejepersonalet med henblik på at øge deres viden om mad og måltidets betydning.

- At uddanne ernæringsnøglepersoner blandt plejepersonalet.

Undervejs i rapporten vil vi forholde os til de opstillede succeskriterier som ses i bilag nr. 7.

Metode

Arbejdsgange
Indledningsvist har projektgruppen udarbejdet overordnede arbejdsgange for, hvem der har hvilke opgaver i forhold til ernæringsscreeningen. Her blev taget afsæt i Socialstyrelsens flowdiagram. Arbejdsgangen er efterfølgende godkendt af ledelsen.

Ifølge arbejdsgangsbeskrivelsen ernæringsscreenes alle beboere første gang ved indflytning. Screeningen foretages inden 14 dage. Det fremgår også af ernæringsscreeningen, at sygeplejersken hver morgen uddelegerer hvilke beboere, der skal screenes. Social- og sundhedsassistenten (SSA) er ansvarlig for selve ernæringsscreeningen, mens social- og sundhedshjælperen (SSH) er ansvarlig for vejningen. Ved ernæringsscreening scorer beboeren 0, 1 eller 2 point alt efter ernæringsrisikoen. Beboere der scorer 0 og 1 point ernæringsscreenes igen efter 1 måned. Beboere der scorer 2 point ernæringsscreenes hver uge. Beboere, der scorer 1 eller 2 point, skal have en handleanvisning med indsatsmål, som udarbejdes i et tværfagligt samarbejde mellem sygeplejerske, ernæringskonsulent, SSA og SSH, så alle omkring beboeren ved, hvad der foregår. Som en del af denne handleanvisning skal sygeplejersken henvise til læge, ergoterapeut eller tandlæge. Hvis ernæringsindsatsen indebærer ændring i konsistens eller kostform, skal SSH bestille og tilberede kost, som imødeser beboerens behov. I det omfang det er muligt inddrages beboeren i forhold til eventuelle madønsker og præferencer. Læge, ergoterapeut eller tandlæge iværksætter indsats med baggrund i henvendelse fra sygeplejersken. De involverede fagpersoner vender tilbage til sygeplejersken med de undersøgelsesresultater og behandlinger, som skønnes nødvendige i det individuelle tilfælde.

Sygeplejersken er ansvarlig for, at beboere med 1 og 2 point evalueres ugentligt på triagemøde og vurderer, om indsatserne virker, eller der er behov for en justering.

Screeningsværktøj
ErnæringsVurderingsScreeningen (EVS) fra Socialstyrelsen er valgt. Værktøjet er det mest gennemtestede på plejecentre med god effekt. Det betyder, at dette redskab er målrettet de svage ældre, som er på plejecentrene. Desuden er EVS beregnet til at blive anvendt af plejepersonale. EVS lægger op til en struktureret og systematisk tilgang til målgruppen og bidrager til faglig refleksion i dagligdagen, hvilket højner fagligheden i tilgangen til beboerne.

Ernæringsvurderingsskemaet som plejepersonalet er undervist i at anvende består af flere dele:

- Vurdering af spisevaner
- Vurdering af ernæringstilstand
- Handleplan - risikofaktorer
- Handleplan - vægttab/spisevaner
- Evaluering
- Afslutning

De 2 første skemaer (vurderingsskemaerne) anvendes til at opspore udfordringer i beboerens ernæringstilstand. De næste 2 skemaer (handleplaner) er udformet, så plejepersonalet får støtte til at inddrage relevante samarbejdspartnere i forbedring af ernæringstilstanden og til at sikre en målrettet individuel indsats for beboeren. De sidste 2 skemaer (evaluering og afslutning) sikrer en vurdering af om, der bliver fulgt op og vurderet, om indsatserne har virket efter hensigten.

Hvis beboeren enten har reduceret kostindtag eller reduceret vægt scorer vedkommende 1 point. Hvis beboeren derudover har mindst én risikofaktor (tygge-/synkebesvær; behov for hjælp til at spise eller sygdom) scorer vedkommende 2 point.

Uanset om beboerne scorer 1 eller 2 point, så er det vigtigt, at handleplaner bliver udfyldt. I skemaet fra Socialstyrelsen er der lagt op til, at der noteres en dato for, hvornår de forskellige samarbejdsparter er kontaktet. Dette noteres andet steds i Nexus.

Dokumentation i Nexus
Projektgruppen har i samarbejde med IT-konsulenten på plejecentrene implementeret EVS som en del af Nexus, så dokumentationen er blevet så nem som muligt. Det har været vigtigt, at dokumentationen ligger så tæt op af den praksis, som plejepersonalet kender fra hverdagen, og at plejepersonalet får et samlet overblik over beboerne, som er i ernæringsrisiko. Derfor er der også udarbejdet et EVS overblik, som ligner det triageoverblik, som personalet kender fra tidligere. For at gøre dokumentationsarbejdet så håndgribeligt og enkelt som muligt, er der udarbejdet en vejledning.

For at sikre en glidende overgang til Fælles Sprog III, som blev implementeres i løbet af projektperioden, blev begreberne i EVS tilpasset begreberne i Fælles Sprog III. Det vil sige at Socialstyrelsens vurderingsskemaer hedder udredning i KMD Nexus og Socialstyrelsens handleplaner findes under handleanvisninger.

Dokumentationen er i første omgang konstrueret, så der for den enkelte beboer blev lavet et EVS-overblik, hvorfra man kan finde de nødvendige skemaer til dokumentation af ernæringsindsatsen. IT-konsulenten har hos KMD Nexus efterspurgt en tilretning af skemaet i Nexus, så det følger Socialstyrelsens skema, hvor man angiver dato for observation, handling og for evaluering. Man registrerer samtidig, hvem der er kontaktet og hvornår der er lavet aftale med tværfaglig samarbejdspartner. Vi afventer fortsat svar på dette.

I de tilfælde, hvor beboeren er vurderet at være i ernæringsrisiko, udarbejder sygeplejerske eller SSA indsatsmål og handleanvisning.

Når et udredningsskema åbnes, gemmes det som udfyldt. Når der efter henholdsvis en uge eller en måned gennemføres en ny udredning, skal det gamle skema gemmes som låst og der åbnes et nyt, som gemmes som udfyldt. Dette er nødvendigt, for at EVS-triage overblikket fungerer.

Kompetenceudvikling
Der blev indgået et samarbejde med AMU-uddannelsen på SOPU i Hillerød, som er den skole, Halsnæs Kommune traditionelt benytter til videreuddannelse af social- og sundhedspersonale. Kurset blev købt til kommunen og justeret til at passe til projektets behov. Uddannelsen er af tre dages varighed og endte ud med 21 færdiguddannede ernæringsnøglepersoner. Nøglepersonerne er blevet udvalgt af ernæringskonsulenten på plejecentret og områdelederne, ud fra de skulle være fordelt over flere faggrupper og flere vagtlag på plejecentrene. Desuden skulle de udvise en interesse for ernæringsområdet.

På efteruddannelsen fik plejepersonalet viden om, hvordan de vurderer beboerens ernæringstilstand og hvordan de gennemfører kostændringer, så utilsigtet vægttab og følger af dette undgås. Der var i uddannelsen fokus på observation af ernæringstilstand, kostregistrering, kostberegning, tegn på dysfagi, vurdering af funktionsniveau i forhold til beboerens deltagelse i måltidet. Som en del af efteruddannelsen blev det også gennemgået hvad og hvordan kursisterne dokumentere observationer i Nexus. Læs mere om indholdet af efteruddannelsen i kapitel 3.

For at sikre et generelt kompetenceløft af flest mulige medarbejdere på plejecentrene og et vedvarende fokus på ernæring, har der været tilrettelagt og afholdt workshops hver anden måned efter efteruddannelsen. Plejepersonalet har været inviteret til workshops med emner som dysfagi, kost med modificeret konsistens, tilberedning af den varme mad mv. Den pædagogiske tilgang har haft fokus på, at deltagerne skulle være aktive på workshoppen for at sikre bedst mulig transfer til dagligdagen.

Evalueringstilgang
Til evaluering af indsatsen på Løvdalen og Humlehaven er der dels afholdt et fokusgruppeinterview med medarbejderne og dels trukket data fra Nexus på de opstillede succeskriterier.

Metoden fokusgruppeinterview er valgt, fordi den er velegnet til at producere empiriske data, der siger noget om den betydning, der er opstået efter implementering af en indsats som f.eks. ernærings-screening. I fokusgruppeinterviewet er der fokus på, hvad personalet gør, hvor, hvornår, sammen med hvem, hvordan personalet oplever det og hvordan oplevelsen bliver brugt til at forstå andre situationer.

Fokusgruppen bestod af syv medarbejdere, hvoraf fem havde mulighed for at deltage. Fokusgruppen var anført af en moderator og en observatør fra projektgruppen. Moderator sigtede efter at skabe en interaktion mellem interviewpersonerne. Der var sigtet efter at sammensætte en heterogen gruppe med forskellig faglighed og med repræsentanter fra flere vagtlag. Interviewstilen var ikke-styrende, men gik først og fremmest ud på at få forskellige synspunkter frem om de emner, som gruppen skulle fokusere på. Det skulle være tydeligt, at der ikke var noget rigtigt og forkert i det, som deltagerne sagde, ligesom at fokusgruppen ikke havde til formål at nå til enighed om eller præsentere løsninger på de spørgsmål, der diskuteres.

I Nexus er trukket data i forhold til de opstillede succeskriterier:

- At 100 % af alle beboeres ernæringstilstand systematisk er afdækket og en ernæringshandleplan er udarbejdet hvor det findes relevant.

For at afdække dette har vi undersøgt hvor mange borgere, der er screenet henholdsvis 0, 1 og 2 gange. Desuden har vi undersøgt, hvor mange af borgerne med 1 og 2 point, som har fået oprettet indsatsmål og handleanvisninger.

- At min 75 % af alle beboere har fået tilrettelagt og løbende fået vurderet den rette ernæringsindsats.

  Dette har vi undersøgt ved at analysere om:
  - Alle borgere, der er vurderet med dårlig tandstatus er henvist til tandlæge i handleanvisningen
  - Alle borgere vurderet med synkebesvær er henvist til ergoterapeut i handleanvisningen
  - Alle borgere som er vurderet med behov for hjælp til at spise er henvist til enten visitation, ergoterapeut eller fysioterapeut i handleanvisningen
  - Alle borgere vurderet med akut sygdom eller forværring af kronisk sygdom er henvist til lægen i handleanvisningen
  - Alle borgere, som er vurderet med behov for vægtøgning i indsatsmålene er henvist til kost til småtspisende i handleanvisningen

For at kvalificere data er de journaler gennemgået, hvor det umiddelbart så ud til at den tværfaglige samarbejdsparter ikke var kontaktet. Dette med henblik på at afdække den reelle ernæringsindsats, hvilket gav et mere oprigtigt billede af indsatsen.

- At min 75 % af alle beboere har fået vurderet deres behov for hjælp til at spise. Da behovet for hjælp til at spise er en del af selve ernæringsscreeningen, er alle borgere med en ernæringsscreening også blevet vurderet på deres behov for hjælp til at spise

- At min 80 % af alle beboere med utilsigtet vægttab bliver vægtstabile eller øger vægten i projektperioden. Der tages her udgangspunkt i de beboere som har et indsatsmål om vægtøgning i projektperioden og undersøges hvor mange der enten er vægtstabile eller øger vægten i projektperioden

Da der ses en tendens til, at indsatser ikke konsekvent dokumenteres i EVS skemaerne, er datatræk fra Survey Exact suppleret med relevant data fra journaler i Nexus. Dette for at få et mere retvisende billede.

Efteruddannelsen

Efteruddannelsen "Ernæringsscreening i ældreplejen"
I juni blev efteruddannelsen afholdt, som én af de indledende indsatser i pilotprojektet. 21 nøglepersonerne har gennemgået en 3 dages efteruddannelse i ernæringsscreening. Dette svarer til at hver afdelinger har 1-2 nøglepersoner og succeskriterie nr. 6 er dermed opfyldt.

Succeskriterie nr. 6

At hver afdeling har fået uddannet min. 1 ernæringsnøgleperson blandt plejepersonalet

Efteruddannelsen har opkvalificeret plejepersonalet til at kunne vurdere den ældre beboers ernæringstilstand og sætte relevante handlinger i gang. En nøgleperson i ernæring har i det daglige plejearbejde færdigheder til at vurdere den ældre beboers ernæringstilstand ved b.la. at benytte screeningsværktøjet EVS (ErnæringsVurderingsSkema). På baggrund af screeningen samarbejder medarbejderen med beboeren og igangsætte målrettede kostændringer med henblik på at fremme ernæringstilstanden og forebygge underernæring.

Medarbejderen har efter efteruddannelsen fået kendskab til de sundhedsmæssige konsekvenser ved dårlig ernæringstilstand hos ældre og kan med udgangspunkt i denne viden iværksætte relevante indsatser. Medarbejderen besidder færdigheder til at observere den ældre beboers ernæringsmæssige tilstand over tid, løbende at evaluere, justere og dokumentere indsatsen samt inddrage relevante samarbejdspartnere i en tværfaglig, helhedsorienteret indsats. På baggrund af den valgte ernæringsindsats kan årsagen til f.eks uplanlagte vægttab identificeres, så relevant handling kan igangsættes. Årsager kan f.eks. være synkebesvær, dårlig tandstatus, behov for hjælp til at spise, kvalme mm.

I fokusgruppeinterviewet blev deltagerne bedt om at nævne, hvad de tog med sig fra efteruddannelsen:

> *"Dysfagien – det var en øjenåbner, vi blev meget mere opmærksomme på at vi har flere, som har vist sig at have dét, end man overhovedet troede. Det har gjort os meget klogere."*
>
> *"Medicinen - At kigge på bivirkninger, hvis en beboer starter op i ny medicin og pludselig begynder at tabe sig."*

Efteruddannelsen blev forestået af SOPU i Hillerød, men kvaliteten levede ikke op til projektgruppens forventninger, hvorfor projektgruppen selv forestod undervisningen på efteruddannelsens to sidste dage. Der arbejdes på at finde en anden leverandør af efteruddannelsen fremadrettet, så der sikres en højere faglighed og kvalitet.

Workshops
I umiddelbar forlængelse af efteruddannelsen er afholdt workshops for at kompetenceudvikle nøglepersonerne og for at fastholde fokus på ernæringen samt sikre forankring. Der afholdes workshops ca. hver anden måned af to timers varighed. Pilotprojektet på Arresø plejecenter er afsluttet pr. 31.12. 2018, men projektet fortsætter de næste tre år, hvor de kommende år har hvert sit tema. Temaet for Arresø plejecenter i 2019 er dysfagi. Udover dette tema fortsætter rækken af workshops, hvor nogle handler om dysfagi, andre om øvrige ernæringsrelaterede emner. Det har hele tiden været muligt for medarbejderne at efterspørge workshops med specifikke emner, som de finder relevante. Dette imødeses ved at tilrettelægge kommende workshops efter ønsker og behov.

Fokusgruppedeltagerne fortæller om deres oplevelser med workshops 2018:

> *"Mad til Hverdag – Det var nytænkning for mig. Nu er det mig der bestiller maden og der fik jeg set hvordan ser det ud og hvordan det smager. Før stod vi med stavblenderen. Nu bestiller vi de andre kostformer hos Mad til Hverdag."*

Arresø plejecenter er gået fra at servere blendet mad til alle med behov for modificeret konsistens - til nu at tilbyde de tre kostformer og fortykket væske. Denne indsats er understøttet at en workshop med afprøvning af fortykningsmidler og valg af det bedste produkt samt en workshop om modificeret kost fra Mad til Hverdag.

> *"Jeg kom tilbage fra workshops om dysfagi og gelémad og fortalte om det – hvor flere (kollegaer) var ærgerlige over at de ikke kunne deltage."*
>
> *"Jeg har haft hænderne helt vildt oppe i vejret over de workshops der, jeg synes det har været super godt"*

I 2018 er afholdt følgende workshops:

<u>Opfølgning på efteruddannelsen i EVS</u>
Hvordan arbejder vi med EVS, Nexus i praksis? Hvilke udfordringer mødes i hverdagen og hvordan tackler vi dem? Dette for hurtigst muligt at afhjælpe begyndervanskeligheder og understøtte en nem opstart med EVS.
Planlægning og undervisning: IT medarbejder på plejecentrene og projektgruppen

<u>Dysfagi I</u>
Workshop om mad og drikke med modificeret konsistens med bl.a. afprøvning af fortykningsmidler, synke øvelser, anatomi, siddestilling mm. Deltagerne bevæger sig rundt mellem 5 stande med hver sit fokus relateret til dysfagi. Disse stande bemandes af bl.a. tandplejer og ergoterapeut. Her udfører de øvelser og gennemfører tests f.eks. af fortykningsmiddel. Dagens sluttes af med en konkurrence baseret på spørgsmål om workshoppens indhold.
Dette for at øge fokus på dysfagi ved at præcisere de muligheder, der er for at modificere madens konsistens og forebygge fejlsynkning.
Planlægning og undervisning: Projektgruppen m.fl.

<u>Tilberedning af det varme måltid</u>
Workshop for SSH'er som tilbereder maden, hvor der undervises i korrekt tilberedning af det varme måltid samt introduktion til mad med modificeret konsistens f.eks. gelékost.
Dette for at sikre optimal kvalitet, smag, sammensætning og konsistens af Mad til Hverdags produkter.
Planlægning og undervisning: Konsulenter fra Mad til Hverdag og projektgruppen

Workshops i 2019

<u>Mundpleje og tandhygiejne</u>
Workshop om mundhygiejne og tandbørstning ved omsorgstandplejen. Plejepersonalets viden om optimal tandpleje samt betydningen for evnen til at tygge/synke ved forringet tandstatus øges.
Planlægning og undervisning: Omsorgstandplejen og projektgruppen

<u>Energiberiget mad</u>
Produktpræsentation af protein- og energidrikke, desserter, supper, fortykningsmidler mm ved leverandør. Dette for at højne plejepersonalet viden om energiberiget mad og dermed understøtte handlingsanvisninger samt forebygge utilsigtet vægttab og undervægt.
Planlægning og undervisning: Ernæringskonsulent og konsulent fra leverandør

Dysfagi II + III
Opfølgning på Dysfagi I. Workshop om kolde og lune frokostretter til beboere med tygge/synke problemer ved konsulent fra Oscar eller Findus. Dette for at øge fokus på dysfagi ved at præsentere nogle af de færdigproducerede retter, som findes med modificeret konsistens og dermed forebygge fejlsynkning.
Planlægning og undervisning: Ernæringskonsulent og evt. samarbejdspartner.

Mellemmåltider og energiberigelse
Workshop om mellemmåltider til småtspisende. Formålet er at fremhæve betydningen af mellemmåltidet i det samlede daglige energiindtag samt inspirere med konkrete ideer til mellemmåltider. Begrebet fristevogn introduceres og i fællesskab drøftes det, hvordan en implementering kunne være mulig.
Planlægning og undervisning: Ernæringskonsulent.

Hjælpemidler ved spisning
Hvad er svært for beboerne ved spisning? Hvordan kan hjælpemidler fremme synkefunktion eller fremme et selvhjulpent måltid? Hvordan støtter og guider vi bedst beboerne under måltidet, uden at skulle made.
Planlægning og undervisning: Ernæringskonsulent og ergoterapeut.

Bivirkninger ved medicin
Hvilke typer af medicin kan give kvalme og madlede, som kan føre til utilsigtet vægttab?
Planlægning og undervisning: Ernæringskonsulent og evt. farmakonom.

Arbejdsglæde
Det er projektgruppens indtryk at efteruddannelsen generelt har haft en positiv indflydelse på medarbejdernes arbejdsglæde. Den øgede viden om ernæring til ældre har skabt basis for flere initiativer til, hvordan personalet bedst tilbereder hoved- og mellemmåltider. Der ses en tydelig forskel mellem før og nu, hvor personalet i dag har et stort fokus på at forebygge vægttab og flere har fået lyst til at gøre mere ud af maden Det gælder både i forhold til konsistens, anretning og smag.

En nøglemedarbejder, som har været ansat i 16 år, fortæller f.eks., at hun glæder sig til at gå på arbejde hver dag nu - arbejdet har fået en ny betydning for hende, og hun oplever at have fået en særlig rolle.

Beboerens livskvalitet
Der er flere eksempler på, at ernæringsindsatsen har skabt øget livskvalitet for beboerne. På afdelingen firkanten kan personalet med lys i øjnene fortælle om en beboer, der siden han flyttede ind har øget vægten og dermed også har fået mere energi. Beboeren selv er også godt tilfreds med at være mere selvhjulpen i morgenplejen. Især udtrykker beboeren en stor glæde ved ikke længere at være sengeliggende, men at kunne gå rundt med rollator – om end det er med personstøtte. Han håber fortsat på at kunne komme til selvstændigt at gå til sin postkasse.

Et eksempel fra afdelingen trekanten er en kvinde, som takket være en øget indsats omkring ernæring har fået mere ro i i hverdagen. Det har haft stor betydning for hendes demenstilstand, at der er kommet mere fokus på maden og at der bliver kræset mere om måltidet. Den ekstra mad og de ekstra kilo har for hende betydet, en øget styrke og muskelmasse, som gør det nemmere for hende at blive genoptrænet efter fald, da det er en beboer, der er faldtruet i hverdagen.

Organisering og forankring

Pilotprojektets omfang
Dette pilotprojekt er placeret på Arresø plejecenter, som består af to matrikler – Løvdalen og Humlehaven med i alt 95 beboere samt op til 5 beboere på de midlertidige døgnpladser, Rosen. Efter evalueringen af pilotprojektet skal projektet, med denne rapport som model, udrulles til de resterende plejecentre i Halsnæs Kommune henholdsvis Frederiksværk plejecenter og Hundested plejecenter.

I begyndelsen var det hensigten, at pilotprojektet udelukkende skulle omfatte afdelingen Trekanten (28 beboere) på Løvdalen. Men som planlægningen skred frem, blev det tydeligt, at det ikke gav mening at begrænse indsatsen til én afdeling. En af årsagerne var, at efteruddannelsen i ernæring blev afholdt af SOPU og ét af deres kriterier for gennemførsel var en holdstørrelse på 27 deltagere. Det var kun muligt at samle så mange deltagere, ved at inddrage hele Arresø Plejecenter og derfor skulle alle også i gang med indsatsen i direkte forlængelse af efteruddannelsen. Det er ligeledes en fremadrettet plan, at de uddannede nøglepersoner bliver samlet i et ernæringsteam, hvor de kan bruge hinanden til faglig sparring og forestå sidemandsoplæring af deres kollegaer. Begge dele kræver, at der er et vist antal nøglepersoner. At pilotprojektet blevet udvidet til at omfatte alle beboerne på plejecentret, har haft betydning for tidsrammen, som er blevet udvidet med 2 måneder.

Uddannelsen til nøgleperson
Med uddannelsen til nøgleperson følger flere ernæringsopgaver, som relaterer sig til faggruppernes arbejdsområder henholdsvis SSH, SSA og sygeplejerske. Disse er beskrevet i retningslinjer og arbejdsgange, som er vedlagt som bilag 1a, 1b og 1c. Alle bliver hermed opmærksomme på egne og andres roller, samt det tværfaglige fokus ved inddragelsen af relevante fagpersoner. For at kvalificere indholdet i retningslinjer og arbejdsgange har vi arbejdet med brugerinddragelse, her en sygeplejerske til at kvalificere opsætning og indhold.

Som nøgleperson har man ernæring som sit fokusområde. Det betyder, at man som SSA og sygeplejerske er ansvarlig for at EVS bliver gennemført, handleanvisning udarbejdet og fulgt. SSH vejer og observerer spisevaner og evt. problematikker forbundet med det. Nøglepersonerne er forpligtet til at videreformidle viden, særligt med fokus på opsporing af ernæringsproblemer. Projektgruppen har udarbejdet en vidensbank på fællesnettet, som indeholder materiale til brug for nøglepersonerne i forhold til sidemandsoplæring og videreformidling af viden om ernæring.

Arbejdsstruktur
Det blev hurtigt tydeligt, at der i en travl hverdag er behov for struktur og systematik for at sikre, at opgaverne bliver udført. Derfor indførtes i samarbejde med sygeplejerskerne, en fast ugentlig dag hvor EVS bliver gennemgået på triagemødet kl. 11 eller kl. 15. Et medlem af projektgruppen var i opstartsfasen til stede i det omfang, det var muligt, for at understøtte refleksion over egen praksis samt udvide handlemulighederne.

Der ses en tendens til, at plejepersonalet afviger fra de faste EVS triagemøder, når projektgruppen ikke deltager. Det er nu ernæringskonsulenten som, så vidt det er muligt, sikrer at de faste EVS triagemøder bliver videreført.

En fokusgruppe-deltager fortæller:

> *”Ja, det var jo det vi skulle køre i stilling, det virkede meget godt et par uger, så gik det over til det gamle igen. Det skal jeg være med til at stramme op på”*

Andre supplerer:

> *"Jeg har ikke rigtig været med til det."*
>
> *"Vi har heller aldrig holdt det nede hos os."*
>
> *"Det er jo i virkeligheden ikke svært. Det bliver ofte halv EVS-agtigt. Vi drøfter lige... der hvor folk ændrer sig - til det bedre eller dårligere - der er vi inde omkring det – på den måde har vi det jo - uden at det er så systemsat."*

Det tager tid at få indarbejdet nye vaner, og for at EVS tankegangen bliver en naturlig del af den daglige pleje, er det nødvendigt med faste rutiner og remindere til daglige møder med plejepersonalet. Projektgruppen har også lagt vægt på orientering om projektets fremgang til sygeplejefaglige møder og ledelsesmøder for at sikre den nødvendige fokus og et videns grundlag, som kan understøtte de opsatte succeskriterier.

Da pilotprojektet omfatter flere afdelinger, som alle arbejder efter forskellige arbejdsgange og løser arbejdsopgaverne på hver deres måde, har det været nødvendigt med en fleksibel indsats, som kan tilrettes den enkelte afdeling og deres hverdag. Personalegrupperne har været meget imødekommende og iderige i forhold til, at få den nye indsats til at fungere i deres afdeling.

Opbakning fra plejecenterleder og områdeledere har været altafgørende for at pilotprojektet har været muligt. Projektgruppen har oplevet en yderst lydhør og innovativ plejecenterleder, som har været åben overfor at prøve "nye ting" af og har vist stor tillid til de faglige kompetencer i gruppen. Samtidig er hun gået foran til kick-off møder og præsenteret projektet med stor entusiasme. Projektgruppen har oplevet, at områdelederne har omtalt projektet positivt, har vist interesse og i en travl hverdag har haft forståelse for den ekstra tid og opmærksomhed, som det er nødvendigt at afsætte til et nyt projekt.

Fastholdelse og forankring

Ved gennemgang af erfaringerne fra lignende projekter i andre kommuner, er det fremhævet, at et vigtigt fokus er at sikre den fremtidige fastholdelse og forankring. For at understøtte et vedholdende fokus på ernæringen er netop struktur og faste rutiner prioriteret højt, men også en vedvarende opkvalificering af plejepersonalet med workshops og en kontinuerlig styrkelse af nøglepersonernes kompetencer og arbejdsglæde, er en vigtig del af projektet.

Der er blandt personalet valgt en tovholder for nøglepersonerne. På Arresø plejecenter er det ernæringskonsulenten, som dækker Løvdalen og Humlehaven og som også har været en del af projektgruppen med primær fokus på forankringen af projektet. At udfylde denne rolle kræver evner til at bevare overblikket og arbejde vedholdent med en opgave, som er én blandt mange andre daglige opgaver, og som måske i plejepersonalets opgave-hierarki ikke rangere så højt som sårpleje og medicinhåndtering. Det er derfor en nødvendighed, at tovholderen er i stand til at motivere til et kontinuerligt fokus og en fastholdelse af arbejdsgangene.

Organisering af projektet

Projektet er forankret i Sundhedsafdelingen, Træning & Aktivitet og på plejecentrene med reference til gruppen Det nære Sundhedsvæsen, som også er opdragsgiver. Projektgruppen er tværfaglig og arbejder på tværs af de tre plejecentre fordelt på fem matrikler.

Der er ultimo 2018 truffet beslutning om, at der er behov for en ny projektorganisering med en mere lokal styregruppe, som er tættere på projektgruppen. Med den nye organisering arbejder projektgruppen dynamisk afhængig af, hvilken matrikel der er fokus på. Den består af projektleder, ergoterapeut Helene Robdrup og klinisk diætist Dorte Sonnenborg samt ad hoc klinikassistent Louise Bruun, der fungerer som en slags rejsehold. Ernæringskonsulent Anette Bækby Gitz-Johansen er lokal tovholder på Arresø plejecenter.

For den enkelte matrikel udvælges i samarbejde med ledelsen en repræsentant fra plejepersonalet, en områdeleder repræsentant og/eller udviklingssygeplejerske, der fungerer som lokal tovholder. En repræsentant fra køkkenet på det pågældende plejecenter er tilknyttet projektet ad hoc.

På samme måde er styregruppen nu også dynamisk og relateret til den matrikel indsatsen foregår på, således at denne består af leder af Sundhedsafdelingen Birte Carøe, leder af Træning & Aktivitet Mette Noble, leder af Tandplejen Mette Nabe samt lederen af det pågældende plejecenter, hvor indsatsen foregår.

Tværfaglighed
Et af projektets fokusområder er at forenkle det tværfaglige samarbejde, så det bliver nemmere at arbejde på tværs af de enkelte fagområder og tænke de andres fag ind i ernæringsindsatsen om den enkelte beboer. For at lette dette arbejde har det været nødvendigt at gennemgå, evaluere og nytænke arbejdsgange, så kontakten bliver nemmere og hurtigere, samt oplyse og tydeliggøre for alle implicerede faggrupper, hvilke arbejdsopgaver, der er placeret hvor, hvem der har hvilke beføjelser og hvilken rolle den enkelte skal udfylde.

Ergoterapeut
Det er blevet tydeligt undervejs i projektet, at der har været uklarhed om, hvordan det tværfaglige samarbejde bedst håndteres. Det har f.eks. ikke været klart, hvordan og hvornår man henviser til en ergoterapeut, eller hvordan det håndteres, hvis medarbejderne mener, at den ordinerede kostform skal ændres til en anden kostform. Projektgruppen arbejder med at tydeliggøre dette, så alle relevante personer er opmærksomme på disse procedurer og i stand til at instruere andre i at bruge dem.

Omsorgstandplejen
Under halvdelen af de beboere, som er med i pilotprojektet, er tilknyttet omsorgstandplejen. Sandsynligvis betyder dette i praksis, at den resterende andel enten ikke får efterset deres tænder regelmæssigt eller har valgt at benytte deres egen private tandlæge. Omsorgstandplejen kommer faste dage og laver tandeftersyn efter aftale med plejepersonalet. De er afhængige af, at der er plejepersonale til stede enten før, efter eller under hele eftersynet, da de skal videregive de faglige observationer, de gør sig, og de handlinger, der er nødvendige for at bakke op om beboerens tandsundhed. Dette er ikke altid muligt, og da omsorgstandplejen dokumentere i et andet system end Nexus, kan vigtig viden nemt gå tabt. Der arbejdes nu med en løsning, hvor tandplejen dokumentere en kort konklusion i Nexus for at afhjælpe dette. I plejen gives udtryk for at henvisningsproceduren kunne være nemmere og mindre tidskrævende, så denne arbejdsgang kunne med fordel også drøftes. Der ses et øget antal henvisninger til omsorgstandplejen. Inden pilotprojektet var 9 på Humlehaven tilknyttet i dag er 12. Tallet er steget fra 29 til 35 på Løvdalen.

Praktiserende læge
Hvis beboeren oplever nedsat appetit pga. kvalme og madlede, som er en typisk bivirkning ved nogle typer medicin, kan der rettes henvendelse til praktiserende læge for en vurdering af, hvorvidt der findes alternative præparater uden disse bivirkninger. Ligeledes kan nogle småtspisende beboere have behov for tilføjelse af kalk, D-vitamin eller multivitamin til Det fælles medicinkort (FMK), hvilket giver anledning til at kontakte praktiserende læge.

Der har i pilotprojektet ikke været mange af denne type henvendelser, hvilket kan hænge sammen med at Arresø plejecenter har en farmakonom ansat, som kan være behjælpelig ved spørgsmål om medicinen. De få henvendelser til praktiserende læge har dog givet projektgruppen incitament til at sætte yderligere fokus på dette - evt. ved afholdelse af en workshop med dette fokus i 2019.

Klinisk diætist/ernæringskonsulent
Det er anført i skemaet, at der er mulighed for at henvise til klinisk diætist. Dette er dog ikke muligt i praksis, da der ikke er ansat en klinisk diætist på Arresø plejecenter. Ernæringskonsulenten varetager denne funktion. Det kan skabe forvirring for plejepersonalet, at der i skemaet skal registreres, om der

har været henvendelse til klinisk diætist, når diætisten er ernæringskonsulent. Dette er der taget højde for i beskrivelsen af arbejdsgangene.

Fysioterapeut

På Arresø plejecenter er der flere muligheder for at få træning ved en fysioterapeut. Beboere der udskrives fra sygehus med en genoptræningsplan modtager kommunal genoptræning efter sundhedsloven. Beboere der har et fald i funktionsniveau som følge af sygdom, der ikke er behandlet på sygehus kan modtage genoptræning efter Servicelovens § 86 stk. 1 eller 2, ligeledes i kommunalt regi. På plejecentret ser man imidlertid mest den privatpraktiserende fysioterapi, som ikke umiddelbart har været en del af pilotprojektet. En del beboere kan efter lægefaglig vurdering, og hvis de har visse progredierende lidelser, modtage vederlagsfri fysioterapi hos privatpraktiserende fysioterapeut. Den resterende gruppe af ældre kan vælge selv at betale for fysioterapeutisk træning. Det er hensigten, at der skal sættes fokus på samarbejdet i 2019, hvor projektet er i drift på Arresø plejecenter.

Se bilag 3 for illustration af det tværfaglige samarbejde i pilotprojektet.

Anvendelsen af EVS

Plejepersonalet har grundlæggende tre opgaver i forbindelse med anvendelsen af EVS:

- Opsporing af beboere i ernæringsrisiko
- Vurdering og igangsættes relevante indsatser, der imødekommer beboerens ønsker og behov
- Opfølgning og evaluering af, om igangsatte indsatser har virket efter hensigten

Opsporing har haft et særligt fokus, og her spiller SSH´erne en vigtig rolle, da de gennem deres daglige kontakt har de bedste forudsætninger for at observere om beboerne er ernæret sufficient.

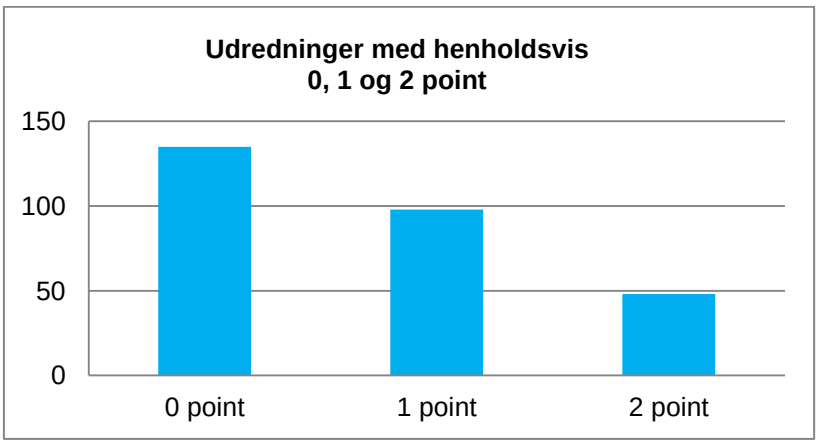
Der er steder i Nexus-skemaerne, hvor KMD ikke følger Socialstyrelsens EVS. Det skaber nogen forvirring, at handleplan for risikofaktorer skal dokumenteres i udredningsskemaet, før indsatsmålene er sat op for beboeren, samt at dele af handleplan for vægttab/spisevaner registreres under indsatsmål. Det står ikke klart, hvorfor KMD har valgt ikke at følge anbefalingerne fra Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen.

Det er den generelle oplevelse, at plejepersonalet nu er blevet mere bevidst om betydningen af duften af mad, og hvordan det positivt kan påvirke appetitten og dermed også på sigt beboerens vægt. Dette har indflydelse på, hvordan dagligdagen tilrettelægges og struktureres, så der ikke steges medisterpølse, mens beboere spiser morgenmad mv.

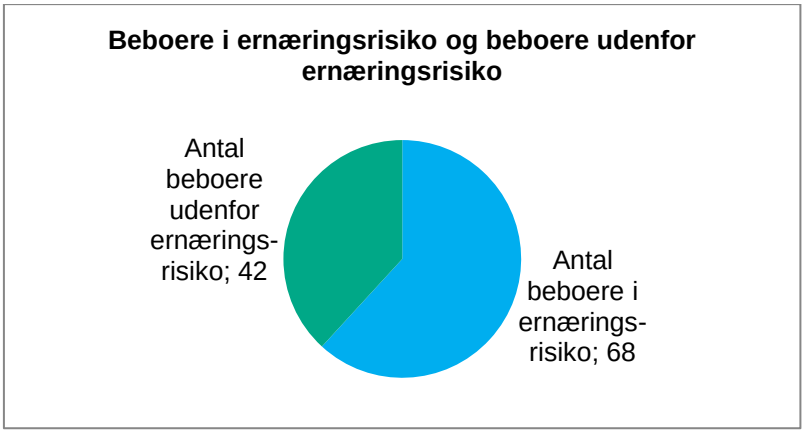
Plejepersonalet giver desuden udtryk for, at de med EVS har fået bedre forståelse for sammenhængen mellem dysfagi, tandstatus og uplanlagt vægttab. Dette har gjort det muligt at opspore flere beboere, som er i risiko for indlæggelse og iværksætte relevant indsats hurtigst muligt.

Opgavefordelingen
Det giver god mening at involvere SSH mere end blot i forhold til vejning og handleanvisninger. Se evt. bilag 1, 2 og 3 for fordeling af arbejdsopgaver. Den del, der hedder vurdering af spisevaner, vil med stor fordel kunne udfyldes af SSH, hvorimod vurdering af ernæringstilstand kræver involvering af SSA. Under interviewet giver den ene afdeling udtryk for, at de har god erfaring med, at hjælperne får ansvar for vurderingen af spisevanerne, som tastes ind i Nexus af SSA.

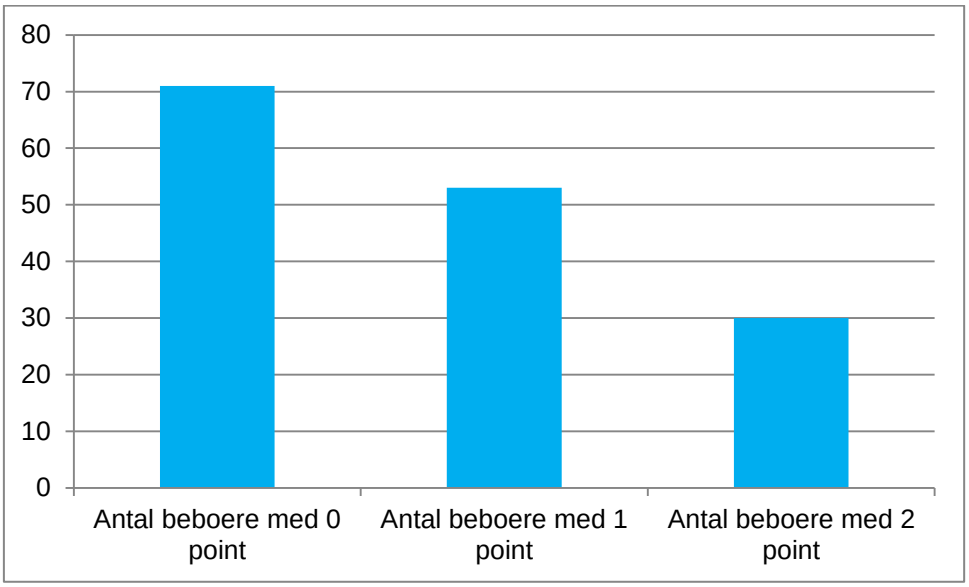
Fakta om screeningerne
I alt er 110 beboere blevet ernæringsscreenet. Heraf er 12 beboere døde i projektperioden. De 110 beboere er sammenlagt blevet screenet 281 gange.
Af de 281 screeninger har der været flest screeninger med 0 point og færrest med 2 point.



Af de 110 beboere har 68 på et tidspunkt været i ernæringsrisiko. Det vil sige, at de har scoret enten 1 eller 2 point i projektperioden og dermed har haft behov for en ernæringsindsats.



Af de 110 beboere har 53 scoret 1 point min. en gang i projektperioden og 30 beboere har scoret 2 point min. en gang i projektperioden. Samme beboer kan godt have scoret både 0, 1 og 2 point i projektperioden.



Succeskriterie 1

At 100 % af alle beboeres ernæringstilstand systematisk er afdækket og en ernæringshandleplan er udarbejdet, hvor det findes relevant.

I alt er 110 beboere ernæringsscreenet, heraf er 12 beboere døde i projektperioden. Hver beboer er screenet mellem 1 og 10 gange. Nogle er kun screenet 1 gang, da de er flyttet ind fornylig, andre fordi de i perioden bliver indlagt og atter andre, fordi der ikke er blevet fulgt op på screeningerne sandsynligvis på grund af manglende koordinering. Til gengæld er de mange screeninger på enkelte beboere udtryk for, at det er lykkedes at fokusere og følge op på ernæringsindsatsen. Af de screenede personer var 41 mænd og 69 kvinder.

På tabellen nedenfor ses, at der kun er én beboer, som ikke er blevet screenet. Dette er en beboer, der er flyttet ind lige op til jul, så det er sandsynligt, at plejepersonalet ganske enkelt ikke har nået at screene denne beboer henover julen. Det betyder, at plejepersonalet har screenet 100 % af alle beboere og succeskriterie 1 er opfyldt.

Ernæringsudredning	Antal beboere med 0 udredninger	1
	Antal beboere med 1 udredning	39
	Antal beboere med mindst 2 udredninger	72

Tabel 1 Oversigt over antal ernæringsudredninger

Af de 39 beboere, der kun har været igennem 1 udredning, er de 6 beboere nytilflyttede og har dermed ikke nået mere end 1 udredning. 4 af beboerne er døde undervejs i forløbet og er derfor ikke screenet mere end 1 gang. Der er en tendens til, at de 19 beboere, som blev screenet første gang i oktober, ikke har nået flere screeninger resten af året. Der kan med fordel arbejdes videre med, at plejepersonalet får støtte til at strukturere og koordinere udredningerne, så de bliver udført lige så regelmæssigt, som tiltænkt i arbejdsgangen.

Fra faktaafsnittet fremgår det, at 68 beboere har været i ernæringsrisiko i projektperioden. Det betyder, at 68 beboere bør have udarbejdet indsatsmål og handlingsanvisninger. Ifølge datatrækket har i alt 62 beboere fået lavet indsatsmål 1 gang eller mere. Det betyder, at 6 beboere ikke har fået lavet indsatsmål. Dette forklares med, at beboeren i nogle tilfælde afviser indsats og i enkelte tilfælde, at beboeren dør, inden indsatsmål er udarbejdet.

Ernæringsindsatsmål	Antal beboere med 0 indsatsmål	48
	Antal beboere med 1 indsatsmål	38
	Antal beboere med mindst 2 indsatsmål	24

Tabel 2 Oversigt over antal ernæringsindsatsmål

Der er 59 beboere, som har fået lavet handleanvisninger. Dette skyldes ligesom ved indsatsmålene, at beboerne ikke ønsker en ernæringsindsats – f.eks. i form af tandlægebesøg, selvom personalet har forsøgt at motivere beboeren til dette.

Ernæringshandleanvisning	Antal beboere med 0 handleanvisninger	51
	Antal beboere med 1 handleanvisning	35
	Antal beboere med mindst 2 handleanvisninger	24

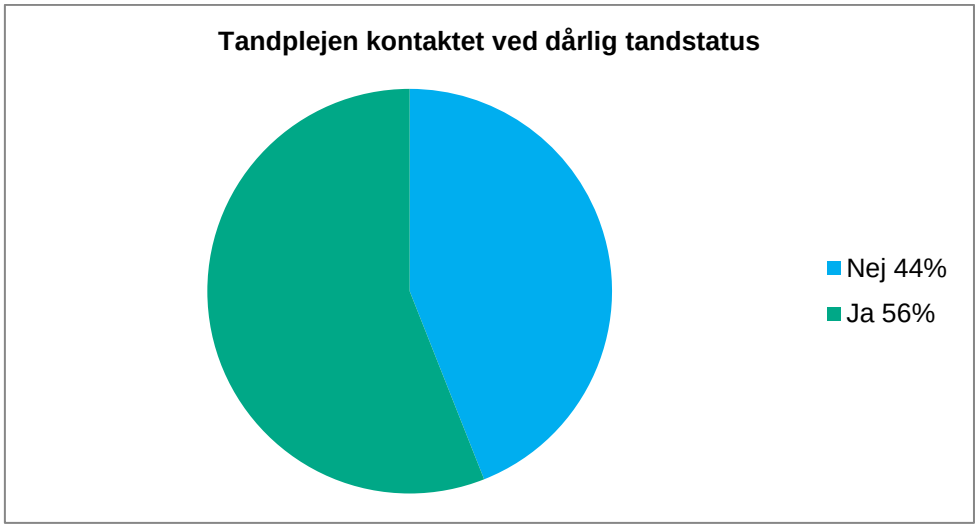
Tabel 3 Oversigt over antal ernæringshandleanvisning.

Succeskriterie 2

At min 75 % af alle beboere har fået tilrettelagt og løbende fået vurderet den rette ernæringsindsats.

Tandstatus

Projektgruppen har gennemgået om beboere med dårlig tandstatus er henvist til tandplejen. Af de informationer som findes i Nexus, ser det ud til, at 16 af de udredte beboere har problemer med tandstatus. Af disse beboere er 9 beboere sendt videre til tandplejen - enten omsorgstandplejen eller egen tandlæge Dette svarer til 56 %. For at sikre så valide data som muligt, er det kontrolleret med omsorgstandplejen, om beboerne er henvist. Uden denne kontrol ville det have set ud til at langt færre var henvist til tandplejen, fordi plejepersonalet ikke har sat kryds i den boks, der vedrører tandplejen.



Ved journalgennemgang ses det, at når der er konstateret behov, så bliver der dokumenteret hvad og hvor meget, der spises og drikkes, hvorimod det ikke er synligt, hvordan man vil håndtere de udfordringer, der rent faktisk er konstateret omkring tandstatus og dysfagi. Projektgruppen vil anbefale, at der arbejdes videre med dokumentation i skemaerne, så det er tydeligt, hvilke indsatser, der med fordel kan knyttes til forskellige problemer.

I forhold til tandplejen bør det nævnes, at mange beboere afviser tilbuddet om tandpleje - enten fordi de ikke forstår grundet demens, eller fordi de har tandlægeskræk. Det betyder, at hvis en beboer ikke ønsker henvisning til tandplejen, så kan plejepersonalet heller ikke henvise beboeren. Plejepersonalet kan da motivere og vejlede til hvordan man f.eks. børster tænder på en beboer med svær biderefleks, synkeproblemer el. lign.

Det er projektgruppens vurdering, at det kan være en fordel at arbejde med en forbedring af skemaerne i Fælles Sprog III, så det under udfyldelsen bliver mere synligt, hvilke fokusområder, der skal følge hvilke problemstillinger.

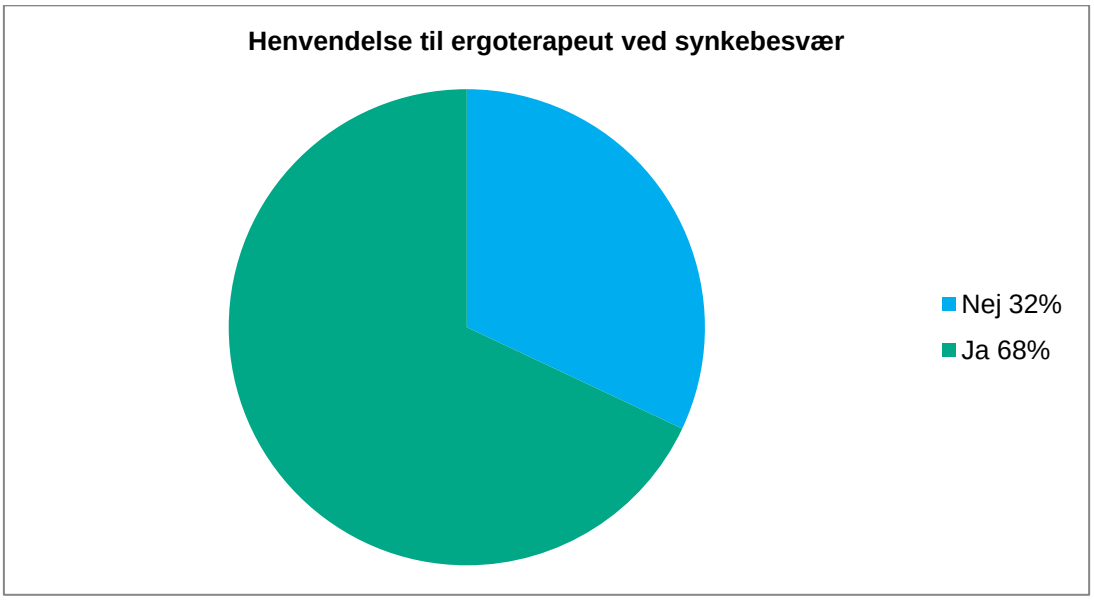
Dysfagi

Der er registreret 22 beboere med dysfagi. Af disse er det tilsyneladende kun fem, der er henvist til ergoterapeut for udredning. Ved journalgennemgang er det synligt, at der er 15 af de 22 beboerne, der er henvist og vurderet af en ergoterapeut. Det vil sige, at for dysfagiområdet har 68 % af beboerne fået tilrettelagt relevant indsats.

Af de resterende syv beboere, har de fleste været drøftet med ergoterapeuten på triagemøderne, hvor synkeproblemerne har kunnet løses ved ændring i siddestillinger og støtte under måltidet. Dette kan med fordel dokumenteres mere tydeligt fremadrettet.

Plejepersonalet giver udtryk for, at det er ergoterapeuternes synlighed i dagligdagen, som bidrager til, at beboerne bliver henvist til synkevurdering. En deltager fra fokusgruppen udtaler:

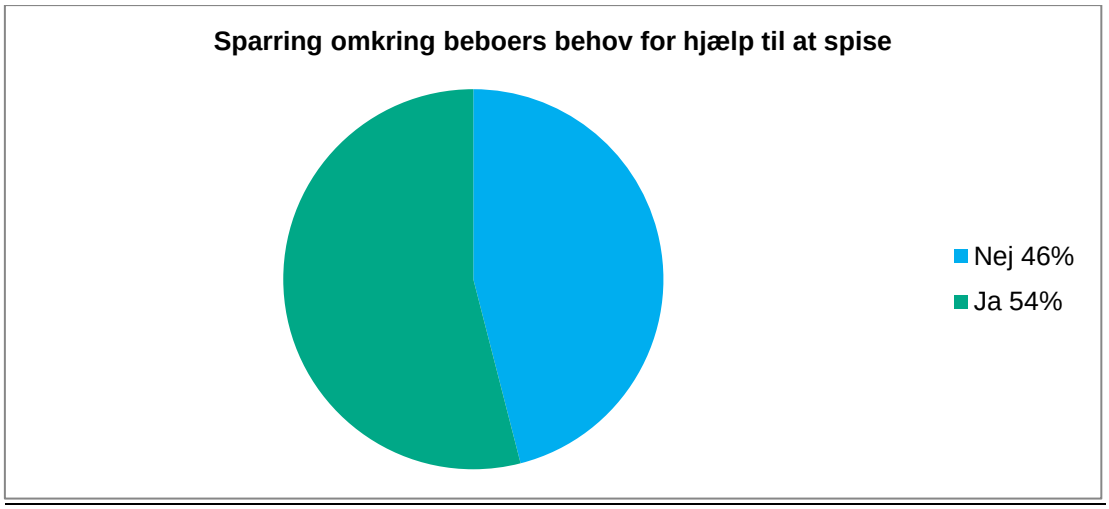
"Så synes jeg at det er dejligt at Helene (ergoterapeut) kommer i huset, så vi kan sparre."



Behov for hjælp til at spise og tværfaglig sparring

Af de 110 beboere er 37 beboere screenet med behov for hjælp til at spise. Som det ses af figuren nedenfor, så har 54 % af disse beboere været vurderet af en ergoterapeut - enten med henblik på vurdering af træningspotentiale i spisesituationen eller med henblik på vurdering af, hvordan der bedst muligt støttes op om beboeren i spisesituationen ved kompensation, f.eks. i form af hjælpemidler. Det bør påpeges, at spisebestik ikke bevilliges som hjælpemidler, men forventes at være til rådighed på plejecentrene. Dette kan være en udfordring, fordi plejepersonalet ikke nødvendigvis har den faglige viden, som er nødvendig for at vurdere hvilket krus og hvilket bestik, der er egnet til den enkelte beboer.

Når der ikke er flere beboere, som er vurderet ved en ergoterapeut, så handler det til tider også om, at beboerne enten har været drøftet på et triagemøde, eller om at plejepersonalet ikke har problemer med at give beboeren den rette støtte i spisesituationen. Plejepersonalet vurderer om det er fagligt relevant at involvere flere fagpersoner. Det er projektgruppens vurdering, at de er fuldt ud i stand til dette. Der er et tæt samarbejde mellem ergoterapeuter og ernæringskonsulent, når der skal indkøbes nyt bestik i forhold til rådgivning om de individuelle behov, der kan være i en afdeling. Det er plejecentret, der afholder udgiften til specialbestik.



Sygdom og lægekontakt

Der er registreret 7 beboere, som har været syge eller som har haft en forværring i deres kroniske tilstand. Af disse beboere har plejepersonalet fundet det relevant at henvende sig til lægen i 5 af tilfældene. Også her har projektgruppen kvalificeret data ved at gennemgå korrespondancerne i den periode, hvor beboeren er registreret at være blevet akut syg, da der ikke i skemaerne er markeret kontakt til lægen. I de 2 tilfælde, hvor der ikke er fundet en kontakt til lægen vedr. sygdom, kan der have været en telefonisk kontakt uden, at projektgruppen har kunnet opspore dette.

Derudover er der i data fra Nexus fundet 2 beboere, hvor personalet har taget kontakt til lægen, uden at der er akut sygdom. Dette har typisk været i forbindelse med at få bevilliget en grøn ordination eller lagt multivitaminpiller ind på Det fælles medicinkort, så beboere, der er småtspisende, kan få de nødvendige vitaminer.

	Akut sygdom/ Forværring af kronisk sygdom	**Ingen sygdom**
Læge kontaktet	5	2
Læge ikke kontaktet	2	ikke relevant

Tabel 4 Kontakt til praktiserende læge

Vægtøgning og kost til småtspisende

Der er i alt 19 beboere, som har et indsatsmål om, at de skal have øget vægten. Dette resultat er sammenholdt med handleanvisningen, hvor det fremgår, om beboeren får kost til småtspisende. Der har været lidt forvirring omkring denne rubrik, idet plejepersonalet har haft et billede af, at kost til småtspisende kun skulle krydses af, hvis det var den mad, som blev bestilt hos MAD til hver DAG. Der er flere afdelinger, der selv producerer beriget mad til de ældre frem for at bestille det. Det vil sige, at vi reelt ikke er sikre på, om de 11 beboere, der ifølge dokumentationen får normalkost, rent faktisk får normalkost. Hvis det ikke er tydeligt registreret i journalen, at en beboer skal have beriget mad, kan det forklare, hvorfor en nøgleperson i interviewet giver udtryk for, at det er en udfordring med opfølgning på indsatserne, når vedkommende ikke er til stede.

Mål	Kost til småtspisende	Normalkost
Vægtøgning	11	11
Vægtstabilitet	4	*Ikke relevant*

Tabel 5 Dokumenteret kostform ved vægtøgning

Det betyder, at der bør arbejdes yderligere med indsatsmål og handleanvisninger, for at sikre at 75 % af beboerne har fået tilrettelagt og løbende vurderet den rette ernæringsindsats. Projektgruppen anbefaler, at dette bliver et fokusområde fremadrettet på EVS-triagemøderne.

Ses der samlet på alle de beboere, hvor der er registreret enten udfordringer med tandstatus, udfordringer med dysfagi, behov for hjælp til at spise, udfordringer med sygdom eller udfordringer i forhold til ernæringsindtaget i form af vægttab eller fejlernæring, er der 56 beboere, som har udfordringer. Af disse 56 beboere har 40 beboere fået vurderet den rette ernæringsindsats, svarende til 71 % af beboerne. Det er en smule lavere end succeskriteriet. Som forklaret i de enkelte afsnit vedrørende tandstatus, dysfagi mv. kan det være vanskeligt at motivere beboeren til relevant indsats. Til gengæld har 12 af beboerne fået igangsat mere end 1 indsats.

Succeskriterie 3

At min 75 % af alle beboere har fået vurderet deres behov for hjælp til at spise.

Behovet for hjælp til at spise vurderes som en del af den samlede ernæringsscreening. Derfor må man gå ud fra, at når vi tidligere (afsnit 5.2: Succeskriterie 1), har konkluderet at alle beboere er ernæringsscreenet, så har alle beboere også fået vurderet deres behov for hjælp til at spise. Under afsnit 5.3.3 er desuden beskrevet lidt om tværfagligheden i denne indsats.

Vægtstatus

Som en del af ernæringsscreeningen skal plejepersonalet veje alle beboerne én gang om måneden. 36 beboere har fravalgt at blive vejet. Der ses en tendens til at det overvejende er de overvægtige beboere, som ikke ønsker at blive vejet. Det er dog muligt at screene uden at veje, og observeres der risikofaktorer, vil der blive igangsat ernæringsindsatser for disse beboerne, selvom vejning ikke er mulig.

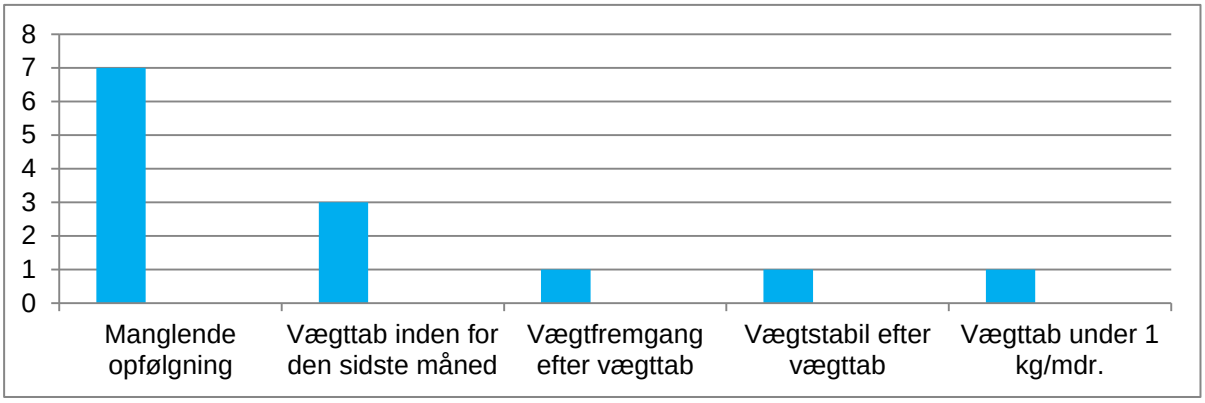
En del af beboerne er kun screenet 1 gang og derfor har projektgruppen valgt at tage afsæt i de beboere, som er vejet 2 eller flere gange i projektperioden. Det drejer sig om 47 af beboerne. Af tabellen nedenfor ses det, at 72 % af beboerne er vægtstabile eller har en vægtøgning i projektperioden.

Vægtstatus	Antal beboere	Antal beboere i %
Vægtøgning	22	47 %
Vægtstabil	12	26 %
Vægttab	13	27 %

Tabel 6 Vægtstatus for beboere vejet 2 eller flere gange i projektperioden

Af de 13 beboere med vægttab ses det af figuren nedenfor, at 2 af beboerne i en periode har været enten vægtstabile eller har haft en vægtfremgang siden vægttabet, men der ses endnu ikke en vægtstabilitet eller vægtøgning i forhold til første vejning. For 1 enkelt beboer gør det sig gældende, at det samlede vægttab i projektperioden er på over 1 kg, men ser man fra måned til måned, er der sket et vægttab på under 1 kg hver måned. Denne type beboere vil det give god mening at følge med henblik på mulig ernæringsrisiko.

Der er 3 af beboerne, hvor vægttabet er registreret inden for den sidste måned og derfor er det ikke muligt at se en fremgang. Der er 7 beboere der mangler opfølgning på vægttab. Dette kan skyldes problemer med at samarbejde om vejning grundet beboerens manglende vilje til at blive vejet, men det er ikke synligt i datatrækket.



Tabel 7 Årsager til vægtstatus: vægttab

Succeskriterie 4
At min 80 % af alle beboere med utilsigtet vægttab bliver vægt stabile eller øger vægten i projektperioden.

Som en del af ernæringsscreeningen vejes alle beboerne én gang om måneden. Men eftersom mere en 1/3 af beboerne har fravalgt at blive vejet og nogle kun er screenet 1 gang har projektgruppen valgt at tage afsæt i de beboere, der har vægtøgning som indsatsmål og som har minimum 2 vejninger.

19 beboere (30 %) har vægtøgning som indsatsmål og det formodes dermed at de har et utilsigtet vægttab. Heraf har 7 øget vægten og 6 er vægtstabile i perioden, hvilket svarer til 68 %. Dette er noget lavere end succeskriteriet og kan skyldes den komplekse beboergruppe, der ses på plejecentrene, som til trods for flere indsatser, kan have svært ved at opnå den ønskede vægtstabilitet eller vægtøgning. Projektgruppen anbefaler, at man ved øget fokus på tværfagligheden arbejder videre med en tæt opfølgning på disse beboere. Der vil formentligt over tid, tegne sig et billede som nærmer sig succeskriteriet, når der er mere vægtdata til rådighed.

Beboere med vægtøgning som indsatsmål		
Antal som har øget vægten	7	37 %
Antal som har været vægtstabile	6	32 %
Antal som har fortsat haft et vægttab	6	32 %

Økonomi og ressourcer

Pilotprojektet er tilrettelagt og gennemført inden for den eksisterende økonomiske ramme. Det samme gør sig gældende, når projektet implementeres på Arresø plejecenter og Hundested plejecenter fra 2019 og frem til 2022. De anvendte terapeuttimer kommer dog fra værdighedspuljen. Der er søgt midler i puljen "Målrettet tværfaglige ernæringsindsatser for underernærede ældre eller ældre med uplanlagt vægttab" hos Sundhedsstyrelsen i maj 2018, som desværre ikke blev tildelt Halsnæs Kommune.

Projektet drives af interne ressourcer fra Sundhedsafdelingen og Træning & Aktivitet via timer, tid og kompetencer samt personaleressourcer på det enkelte plejecenter. F.eks. bruger planlæggerne tid på at tilrettelægge deltagelsen i efteruddannelse og workshops og de administrative medarbejdere er behjælpelige med tilmelding til efteruddannelsen m.m. Det er ifølge kommissoriet besluttet i gruppen om Det nære sundhedsvæsen at afgive ressourcer til følgende: Plejepersonale- og køkkenpersonaleressourcer til implementering af retningslinjer, handleplaner og screeningsværktøjer samt deltagelse i workshops o. lign. Mindre udgifter i forbindelse med projektet f.eks. forplejning til efteruddannelsen og workshops, præmier til workshops o. lign afholdes af det pågældende plejecenter hvorpå indsatsen foregår.

Der bør tages højde for, at der bruges flere personaleressourcer i indkøringsfasen, bl.a. til de 3 dages efteruddannelse af 2-3 nøglepersoner pr. afdeling. Plejecenteret modtager VEU godtgørelse for plejepersonalet, dog ikke for sygeplejersker og andre med uddannelse på bachelorniveau eller derover. Men der bruges også flere personaleressourcer til den første screening af alle plejecentret beboere, hvor arbejdsgangen endnu er ny. En fokusgruppedeltager beskriver det på denne måde:

> *"Det at gennemføre de mange første screeninger gav lidt et pres."*
> *"Det fungerer langt mere roligt nu, nu kører det. Der er slet ikke det samme pres."*

En anden deltager supplerer med:

> *"Arbejdsprocessen ligger helt klar – hjælperne vejer, assistenten udfylder screening og taster – det kører."*

I modsætning til denne deltager:

> *"Vi er stadig mega bagud. Jeg var også den der screenede første gang og de er først blevet fulgt op nu. Der er ikke blevet lavet ny screening."*

Det tager tid at lære nyt og blive fortrolig med sine nye arbejdsopgaver og ansvarsområder, og der er også tydelig forskel på, hvordan de forskellige afdelinger arbejder med at integrere nye tiltag. Der ses en klar fordel i de afdelinger, som går mere struktureret til værks.

Selve udfyldelsen af skemaerne og dokumentationen i Nexus berammes til 10-15 min. for hvert af de to skemaer - EVS udredning og EVS handlingsanvisning. Er der behov for at kontakte relevante fagpersoner, skal der også sættes den fornødne tid af til det. Ligesom det kræver mere erfaring at udføre flere bestillinger af speciel kost som f.eks. modificeret kost hos Mad til Hverdag.

> *"Det øgede fokus på ernæring har gjort at jeg skal bestille ekstra – og anderledes - mad hjem og lave proteindrik. Andre følger ikke op, så jeg må bestille Protino hjem til de dage jeg ikke er der."*

> *"Dem der halter efter med at blive overbevist om, at det her er et godt projekt. Hvis de kunne se, at det blev taget mere seriøst, at der blev sat tid af og vi fik ordnet vores opgaver og det der blev forventet af os. Så tror jeg også, at der er flere der ville deltage*

mere aktivt i det. Så kunne man også spejle sig i hinanden. Nu sidder vi tre demensko-ordinatorer og der er sat tid af til det og når de kan se vi reelt sidder og laver noget, så er det også at de kommer og stiller flere spørgsmål og ved, at det er vigtigt."
"Det føles jo rart og anerkendende når man bliver spurgt om man vil tildeles denne her rolle, men når man også brænder for det, så er det demotiverende, når man ikke kan nå det."

En anden af de nye opgaver er sidemandsoplæring af kollegaer på afdelingen. Det tager ca. ½ time og man kan med fordel oplære flere på én gang. Sidemandsoplæringen har været en stor opgave i pilotprojektet, og det har været udfordrende at finde den fornødne tid. Fokusgruppedeltager fortæller:

"Sidemandsoplæring – det er begrænset hvor meget der har været af dét."

Succeskriterie nr. 5

At min 80 % af plejepersonalet er opkvalificeret til at kunne afdække beboernes ernæringstilstand og er i stand til at skabe gode rammer for måltidet.

Det er primært personalet i dagvagt, som har modtaget sidemandsoplæring i de opgaver, der vedrører deres arbejdsopgaver. Antallet estimeres til ca. 60 %. 28 % har været på efteruddannelse og dermed er 88 % opkvalificeret og succeskriterie nr. 5 er opfyldt.

Fremadrettet vil det tilgodeses i projektet at flest muligt opkvalificeres for færrest mulige ressourcer. Dette gøres ved at afholde workshops i EVS screening for resten af personalegruppen i umiddelbart forlængelse af efteruddannelsen. På den måde vil alle i løbet af den første måned være i stand til at EVS screene. Løbende tiltag vil bestå i at nye medarbejdere i forbindelse med deres introduktionsforløb vil modtage 1½ times oplæring i EVS screening. Nøglepersoner, som forlader arbejdspladsen, vil erstattes af en ny nøgleperson, således at antallet af nøglepersoner altid er det samme. Opkvalificering, øget faglighed og tværfaglighed hos plejepersonalet opleves som en ressource, som giver øget arbejdsglæde i personalegruppen. Dette bakkes op af følgende udsagn fra fokusgruppedeltagere, som indledningsvist skulle vælge tre billedkort på bordet som symboliserede projektet for den enkelte:

"Jeg oplevede at høre fra en del (kollegaer) i starten at ernæring - det er kedeligt! Folk har svært ved at rykke sig – de udsagn hørte jeg omkring det. "Nu kommer I her med armene i vejret – men der kommer ikke til at ske de store ændringer ved det." Men det har der gjort!

"Grunden til at jeg har valgt kortet med nål, tråd og saks er fordi, at jeg har specielt en dame på Syrenen, som var så tynd at vi måtte sætte hendes bukser fast med en sikkerhedsnål. Og den nål den bruger vi ikke mere – så det har været en succes. I flere tilfælde oplever jeg at de udsagn jeg hørte i starten er blevet modbevist."

To andre deltagere supplerer med:

"Vi har oplevet det som sådan en "Juhuu-oplevelse" at der har været det her projekt. I kraft af at der er blevet mere fokus, er tingene også blevet mere lækre. Altså vi har det her gelémad vi så til workshoppen, det ved jeg ikke om vi havde været opmærksomme på ellers, de er virkelig glade for det. For herren, som lige er startet på det, har det betydet en væsentlig ændring i hans vægt. Han kan rigtig godt lide det."

"Vi har rystet posen og tænkt anderledes - det har virkelig gjort en forskel."

Anbefalinger

Med afsæt i de erfaringer projektgruppen har gjort i pilotprojektet er der samlet en række anbefalinger til fremtidig implementering af tværfaglige ernæringsprojekter på ældreområdet.
Der tages også afsæt i anbefalingerne, når projektet udrulles til de resterende plejecentre i Halsnæs Kommune.

Anbefalinger til metode

Optimer arbejdsgange ved kompetenceløft af SSH
Man kan med fordel involvere SSH'erne mere end blot ved vejning. Det vil sige, at registreringen af, hvor meget og hvad beboeren indtager, er en naturlig del af SSH'erens arbejde og kunne inddrages mere tydeligt i arbejdsgangene. Derimod er det vigtigt, at SSA og sygeplejerske forholder sig til den overordnede ernæringstilstand hos beboerne, for at fungere som koordinator for beboerens ernæringsforløb, når tværfaglige sparringspartnere skal involveres.

Prioriter dokumentation af henvisninger til relevante fagpersoner
Der ses en tendens til ikke at få dokumenteret, når en relevant fagperson er kontaktet. Skemaet i Nexus kunne med fordel optimeres med mulighed for afkrydsning og felt til kontaktdato. Så der bliver en rød tråd mellem problematik, fokusområde og relevant kontaktperson og dermed et overblik over de opfølgende arbejdsgange.

Effektiviser sidemandsoplæringen
En af nøglepersonernes nye opgaver er sidemandsoplæring af kolleger på afdelingen. Det tager ca. ½ time og man kan med fordel oplære flere på én gang. Sidemandsoplæringen har været en stor opgave i pilotprojektet og det har været udfordrende at finde den fornødne tid. Fremadrettet vil denne arbejdsbyrde minimeres ved at afholde workshops i EVS screening for resten af personalegruppen i umiddelbart forlængelse af efteruddannelsen. På den måde vil alle i løbet af den første måned være i stand til at EVS screene. Løbende tiltag vil bestå i at nye medarbejdere i forbindelse med deres introduktionsforløb vil modtage 1½ times oplæring i EVS screening. Nøglepersoner, som forlader arbejdspladsen, erstattes af en ny nøgleperson, således at antallet af nøglepersoner altid er det samme.

Tilbyd mere praksisnær undervisning på efteruddannelsen
Nøglepersonerne har med efteruddannelsen fået en generel viden om ernæring og har givet udtryk for, at de føler sig fagligt klædt godt på til at kunne observere og vurdere den ældre beboers ernæringsmæssige tilstand. De har lært hvilke behov, som de skal have særlig fokus på og hvor vigtig det er, at bruge hinandens tværfaglige kompetencer. Medarbejderne har dog samtidig givet udtryk for, at de godt kunne have ønskets sig mere praksisnær undervisning i brugen af EVS f.eks. i form af cases. Dette er et punkt, som projektgruppen tager med til planlægningen af næste undervisningsforløb.

Styrk forankringen med et ernæringsteam
For at sikre en løbende kvalificering af ernæringsscreeningerne og et vedvarende fokus på ernæring vil projektgruppen anbefale, at nøglepersoner samles i ernæringsteams til faste månedlige møder med afdelingens nøglepersoner og den lokale tovholder. Den lokale tovholder er mødeleder og driver processen ved en struktureret gennemgang af røde og gule beboere, hvor der evalueres på igangsatte handlinger og vurderes på de mål, der er sat for beboeren.

Understøt nøglepersoners funktion med vidensbank
Som nøgleperson har man ernæring som sit fokusområde. Nøglepersonerne er forpligtet til at videreformidle viden, særligt med fokus på opsporing af ernæringsproblemer. Projektgruppen har udarbejdet en vidensbank på Fællesnettet som indeholder materiale til brug for nøglepersonerne i forhold til

sidemandsoplæring og videreformidling af viden om ernæring. På sigt kan det overvejes, om det giver mening med mere synlighed på denne vidensbank, så personalet til hver en tid kan finde relevante materialer til deres daglige arbejde.

Anbefalinger til organisation og forankring

Understøt projektet med ledelsesopbakning
Det ses som en stor og altafgørende fordel for projektet, at der er en tydelig ledelse, som går foran med positiv omtale og er villig til at skabe de nødvendige rammer for implementering.

Hav fokus på denne lokale tovholders kompetencer
For at EVS kan blive en succes, er det nødvendigt med en lokal tovholder, hvis primære fokus er på forankringen af projektet. Dette er en vigtig rolle, som kræver, at man kan bevare det store overblik og arbejde vedholdende med en opgave, som er én af mange blandt de daglige opgaver og måske i plejepersonalets opgave-hierarki ikke rangerer så højt som sårpleje og medicinhåndtering. Det er derfor en nødvendighed at tovholderen er i stand til at motivere til et kontinuerligt fokus og en fastholdelse af arbejdsgangene.

Udvid det tværfaglige samarbejde til fysioterapien
På baggrund af Den nationale kliniske retningslinje: Ernærings- og træningsindsatser til ældre med geriatriske problemstillinger, Sundhedsstyrelsen 2016 og subjektive erfaringer på Arresø plejecenter anbefales det, at rette fokus på at inddrage fysioterapien i ernæringsindsatsen. Der ses en klar sammenhæng mellem sufficient ernæring og bedre udbytte af træningsindsatser. Det vil være oplagt, at udvide samarbejdet til den kommunale fysioterapi for at sikre en tværfaglig og fælles kommunal indsats. Dette tværfaglige samarbejde understøtter ligeledes den helhedsorienterede indsats om den ældre beboer.

Minimer utryghed ved dysfagi
For enkelte af medarbejderne kan den nye viden også have medført lidt usikkerhed i forhold til beboere med dysfagi. Det er med kompetenceløftet blevet tydeligt, hvor stor en risiko der er for fejlsynkning, hvis der serveres mad og drikke i den forkerte konsistens til en beboer med dysfagi. Der bør derfor være en øget opmærksomhed i det tværfaglige samarbejde mellem ergoterapeut og ernæringskonsulent for at mindske denne usikkerhed. Der bør støttes op om den enkelte medarbejder med vejledning og information om beboerens behov.

Øg fokus på utilsigtet vægttab på hele ældreområdet
Halsnæs Kommune vil med fordel kunne implementere en indsats med øget fokus på undervægt og utilsigtet vægttab på hele ældreområdet. Dette projekt er rettet mod plejecentrene, men et lignende projekt ville også have sin berettigelse i hjemmeplejen, ligesom en opkvalificering af frontpersonalet i visitation og medarbejderne, som forestår opsøgende hjemmebesøg, vil være en naturlig forlængelse af projektet. Man kunne overveje, om det ville være hensigtsmæssigt at afholde en række foredrag for raske ældre f.eks. i Paraplyen med et forebyggende sigte.

Anbefalinger til økonomi og ressourcer

Overvej om der er behov for en tidsramme til udførsel af screening og dokumentation
Der opleves et behov for, at der sættes tid af til at optimere opsporingen af utilsigtet vægttab og udføre EVS screeninger. Det er projektgruppens anbefaling, at dette drøftes i ledelsesgruppen og der tages stilling til, hvorvidt det er muligt at imødekomme.

Konklusion

Der er udarbejdet retningslinjer og arbejdsgange for, hvordan beboernes ernæringstilstand systematisk bliver afdækket. Efter at have arbejdet med disse retningslinjer har der været grundlag for at ændre lidt på dem, så SSH tildeles større ansvar og dermed også får en større anerkendelse af deres indsatsområde i forhold til beboerne. Der kan også arbejdes med at tydeliggøre, hvornår der skal henvises til tværfaglige sparringspartnere, for at sikre at beboere med 2 point får en mere koordineret og tværfaglig indsats end det foreløbigt er lykkedes.

EVS er implementeret på hele Arresø Plejecenter og anvendes til at vurdere ernæringsindsatsen. Der arbejdes fortsat med at sætte det i system og finde en systematik, der passer til den enkelte afdeling for at sikre en løbende opfølgning på indsatserne.

Der er uddannet 21 ernæringsnøglepersoner på hele Arresø Plejecenter. De er fordelt over dag og aftenvagter og har involveret både SSH'ere, SSA'ere og sygeplejersker.

Der er efterfølgende tilrettelagt og afholdt 4 workshops i projektperioden. En enkelt af dem er afholdt 2 gange for at sikre, at så mange som muligt kunne deltage. Både efter workshops - men også i fokusgruppen - blev der givet udtryk for at workshops var et godt bidrag til at øge opmærksomhed og viden om ernæringsområdet.

Bilagsoversigt

1a Arbejdsgange for SSH

1b Arbejdsgange for SSA

1c Arbejdsgange for sygeplejerske

2 Retningslinjer

3 Tværfaglighed

4a EVS udredning i Nexus

4b EVS handleanvisning i Nexus

4c EVS indsatsmål i Nexus

5 Kompetencebevis

6 Kommissorium

7 Oversigt over succeskriterier

Kildehenvisninger

- Beck, A.; Damkjær K., Simmons SF., 2012; The relationship between weight status and the need for health care assistance in nursing home residents. I: *Journal of Aging Research and Clinical Practice.* Vol 2, pp 173-8
- *Halsnaes.dk – Sundhedspolitik 2015 – 2020:* Available https://www.halsnaes.dk/~/media/Politikker/Sundhedspolitik%202015-2020.ashx?la=da [2015, 21-11-2018]
- *Halsnaes.dk – Værdighedspolitik*: Available: https://www.halsnaes.dk/~/media/Sundhed/Sundhedspolitik/Halsn%C3%A6s%20Kommunes%20V%C3%A6rdighedspolitik.ashx?la=da [21-11-2018]
- Ingerslev, J. et al., 2002; *Ernæring og aldring.* Publ. Nr. 28; Ernæringsrådet
- Københavns Universitet og Madkulturen, 2015. *Skønne måltider til alle gamle.* Københavns Universitet og Madkulturen, januar.
- Olin, AÖ; et al., 2005; Nutritional status, wellbeing and functional ability in frail elderly service flat residents. I: *European Journal of Clinical Nutrition,* vol. 59. Pp 263-70.
- Sundhedsstyrelsen 2016, *National klinisk retningslinje: Ernærings- og træningsindsatser til ældre med geriatriske problemstillinger.*

Rapporten er udarbejdet af

Projektgruppens medlemmer:
Ernæringskonsulent Anette Bækby Gitz-Johansen
Ergoterapeut Helene Robdrup
Klinisk Diætist Dorte Sonnenborg

Godkendt af styregruppen 5. februar 2019

Styregruppens medlemmer:
Leder af Arresø plejecenter Susanne Grass
Leder af Træning og Aktivitet: Mette P. Noble
Leder af Sundhedsafdelingen: Birte Carøe

Forside foto: Finn Brøndum

Halsnæs Kommune
Rådhuspladsen 1
3600 Frederiksværk
Telefon 47784000
mail@halsnaes.dk
www.halsnaes.dk

PART OF
GREATER
CoPENHAGEN

Bilag til funktionsbeskrivelse for SSH på Arresø plejecenter

Kost & ernæring – utilsigtet vægttab

SSH varetager følgende opgaver:

- Vejning
- Tilberedning og servering af kostform/diæt

Alle borgere vejes og ernæringsscreenes senest 14 dage efter indflytning samt efter sygdom

På de daglige fordelingsmøder uddelegere sygeplejersken opgaven med at veje borgeren og registrere dato og vægt i Nexus til **SSH**.

SSA uddelegeres opgaven med at ernæringsscreene borgeren.

SSA sammenholder vægt og ernæringsscreening og registrere en opfølgningsdato i Nexus ud fra følgende retningslinjer:

- Ved total point 0 (**grøn**) og er opfølgningsdato en måned efter.
- Ved total point 1 (**gul**) skal borger vejes og ernæringstilstand vurderes hver måned.
- Ved sygdom og uplanlagt vægttab/total point 2 (**rød**) skal borger vejes og ernæringstilstand vurderes hver uge.
  (Se Flowdiagram til Ernæringsvurdering)

- Ved uplanlagt vægttab skal årsag afdækkes og handleplan for spisevaner og risikofaktorer iværksættes via EVS.

Handleplan ved uplanlagt vægttab og/eller OBS i spisevaner

- Ved handleplan for spisevaner planlægges kostform/diæt i samarbejde med sygeplejerske og ernæringskonsulent som **SSH** bestiller og tilbereder. Borgeren inddrages, i det omfang det er muligt, med fokus på vaner, ønsker og præferencer.

Handleplan ved OBS i risikofaktorer

- Ved handleplan for risikofaktorer henviser sygeplejersken til relevante fagpersoner såsom ergoterapeut, fysioterapeut, læge, tandplejer og ernæringskonsulent.

- Indsatser iværksættes og evalueres i et samarbejde mellem relevant fagperson og sygeplejerske.

Gul eller rød triagering

Ved **gul** og **rød** evaluereres ernæringsindsats henholdsvis hver måned **gul** og hver uge **rød**.

Se side 2 og 3
Flowdiagram for arbejdsgang ved vejning og ernæringsscreening.
Flowdiagram til Ernæringsvurdering (EVS)

Bilag til funktionsbeskrivelse for SSA på Arresø plejecenter

Kost & ernæring – utilsigtet vægttab

SSA varetager følgende opgaver:

- Ernæringsscreening af nye borgere samt efter sygdom
- Udarbejdelse af handleplan i samarbejde med sygeplejerske og ernæringskonsulent.

Alle borgere vejes og ernæringsscreenes senest 14 dage efter indflytning samt efter sygdom

På de daglige fordelingsmøder uddeleger sygeplejersken opgaven med at ernæringsscreene nye borgere til **SSA**.

SSH uddelegeres opgaven med at veje borgeren og registrere dato og vægt i Nexus.

SSA sammenholder vægt og ernæringsscreening og registrere en opfølgningsdato i Nexus ud fra følgende retningslinjer:

- Ved total point 0 (**grøn**) vejes hver måned og efter sygdom
- Ved total point 1 (**gul**) skal borger vejes og ernæringstilstand vurderes hver måned.
- Ved sygdom og uplanlagt vægttab/total point 2 (**rød**) skal borger vejes og ernæringstilstand vurderes hver uge.
  (Se Flowdiagram til Ernæringsvurdering)

- Ved uplanlagt vægttab skal årsag afdækkes og handleplan for spisevaner og risikofaktorer iværksættes via EVS.

Handleplan ved uplanlagt vægttab og/eller OBS i spisevaner

- Ved handleplan for spisevaner planlægges kostform/diæt i samarbejde med sygeplejerske og ernæringskonsulent som SSH tilbereder og serverer.

Handleplan ved OBS i risikofaktorer

- Ved handleplan for risikofaktorer henviser sygeplejersken til relevante fagpersoner såsom ergoterapeut, fysioterapeut, læge, tandplejer og ernæringskonsulent.

- Indsatser iværksættes og evalueres i et samarbejde mellem relevant fagperson og sygeplejerske.

Gul eller rød triagering

- Ved **gul** og **rød** evaluereres ernæringsindsats henholdsvis hver måned **gul** og hver uge **rød**.

Se side 2 og 3
Flowdiagram for arbejdsgang ved vejning og ernæringsscreening.
Flowdiagram til Ernæringsvurdering (EVS)

Bilag til funktionsbeskrivelse for sygeplejersker på Arresø plejecenter

Kost & ernæring – utilsigtet vægttab

Sygeplejersken er tovholder for vejning og ernæringsscreening og forestår følgende:

- Uddelegere opgave til SSH med at veje borgeren senest 14 dage efter indflytning.
- Dato for vejning registreres i Nexus.
- Ved total point 0 (**grøn**) og er opfølgningsdato en måned efter.
- Ved total point 1 (**gul**) skal borger vejes og ernæringstilstand vurderes hver måned.
- Ved sygdom og uplanlagt vægttab/total point 2 (**rød**) skal borger vejes og ernæringstilstand vurderes hver uge.
  (Se Flowdiagram til Ernæringsvurdering)

- Ved uplanlagt vægttab skal årsag afdækkes og handleplan for spisevaner og risikofaktorer iværksættes via EVS.

Handleplan ved uplanlagt vægttab og/eller OBS i spisevaner

- Ved handleplan for spisevaner planlægges kostform/diæt i samarbejde med SSA og ernæringskonsulent som SSH tilbereder og serverer.

Handleplan ved OBS i risikofaktorer

- Ved handleplan for risikofaktorer henvises til relevante fagpersoner såsom ergoterapeut, fysioterapeut, læge, tandplejer og ernæringskonsulent.

- Indsatser iværksættes og evalueres i et samarbejde mellem relevant fagperson og sygeplejerske.

Gul eller rød triagering

Ved **gul** og **rød** evaluereres ernæringsindsats henholdsvis hver måned **gul** og hver uge **rød**.

Sygeplejerskens opgaver ved afdelingens møder:

Fordelingsmøder
Dagligt fordele opgaver vedr. vejning og ernæringsscreening via opfølgningsdato i Nexus

Triagemøder
Her evalueres ernæringsindsats for **gul** hver måned og **rød** hver uge.

Se side 2 og 3
Flowdiagram for arbejdsgang ved vejning og ernæringsscreening.
Flowdiagram til Ernæringsvurdering (EVS)

Halsnæs Kommune

Bilag 2

Arbejdsgang

Vejning og ernæringsscreening

Senest 14 dage efter indflytning
Sygeplejerske: På det daglige fordelingsmøde uddelegeres opgave med ernæringsscreening til **SSA** og vejning til **SSH**.

SSA: Borger ernæringsscreenes*.

Screenes borgeren gul eller rød, afdækkes årsagen og der udarbejdes en ernæringshandleanvisning i Nexus.

SSH: Borger vejes. Vægt noteres og opgave oprettes for opfølgning i Nexus.

Vejning

Borger vejes ved indflytning.

Herefter systematisk hver måned og efter sygdom.

Ved rød vejes hver uge.

* Se flowdiagram til Ernæringsvurdering.

Sygeplejerske, SSA og ernæringskonsulent
(SSH inddrages ved relevante borgere):
Ernæringshandleanvisning for vægttab/spisevaner og risikofaktorer udarbejdes og **sygeplejerske** henviser til relevante fagpersoner.
(f.eks. ergoterapeut, fysioterapeut, tandplejer, læge)

SSH: Med udgangspunkt i handleanvisning for vægttab/spisevaner bestilles og tilberedes den anførte kostform/diæt.

Borgeren inddrages, i det omfang det er muligt, med fokus på vaner, ønsker og præferencer.

Relevant fagperson:
Med udgangspunkt i handleanvisning for risikofaktorer iværksættes indsats og denne evalueres i samarbejde med sygeplejerske.

Sygeplejerske: Handleanvisning evalueres hver uge til triagemøde til målet er opnået.

Sygeplejerske: På opfølgningsdato uddelegeres opgaven med vejning til **SSH** i forbindelse med det daglige fordelingsmøde.

Det tværfaglige samarbejde

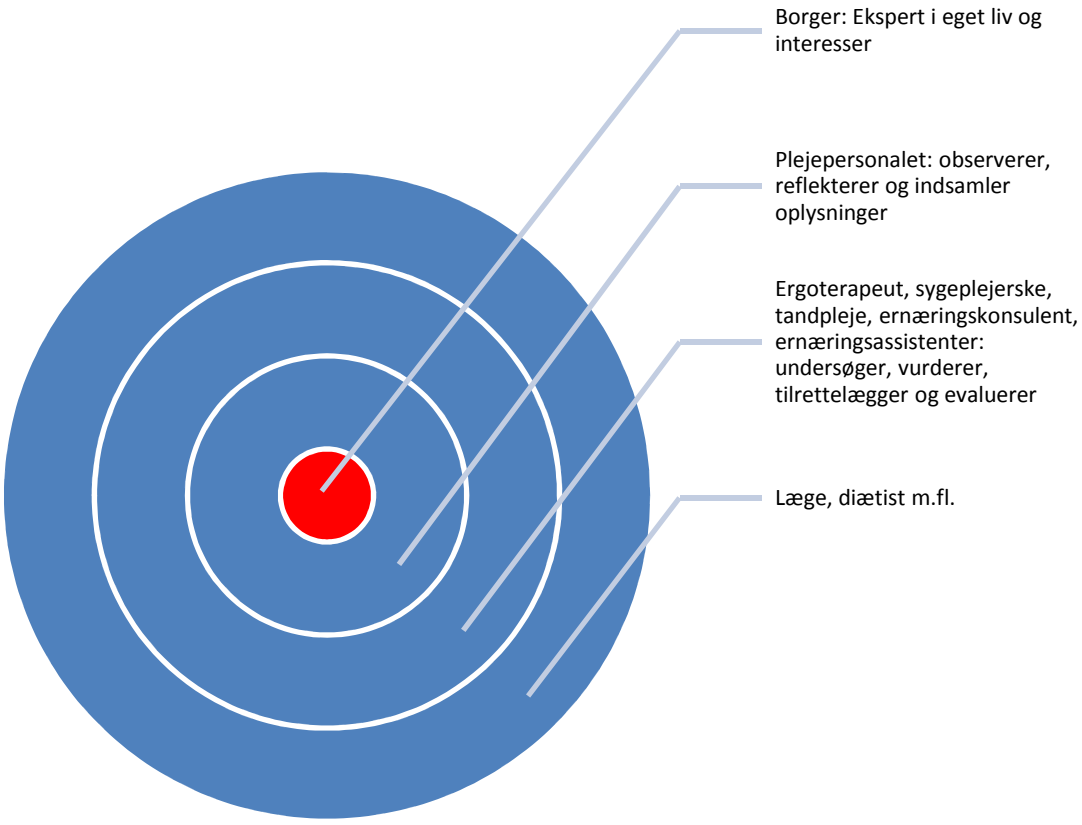
Der arbejdes med det tværfaglige samarbejde vil blive udviklet primært på mikro- og meso-niveau.

På mikroniveau: Der skal arbejdes med implementering af det tværfaglige EVS-redskab i forhold til den enkelte borger. Gennem denne fokuseres på relationerne og inddragelsen af relevante fagpersoner og borgere.

Ved utilsigtet vægttab eller synkeproblematikker vil der blive oprettet en tværgående handleplan/ handleanvisning for, hvem det er relevant at inddrage i den yderligere vurdering af borgeren og hvornår tværfaglig koordination skal aktiveres.

På mesoniveau: Der vil som en del af projektet blive ugentlige tværfaglige møder mellem de involverede fagpersoner, som har med borgeren at gøre. Her evalueres på handleplaner og vurderes yderligere behov for indsats. For at udvikle samarbejdet laves en arbejdsgangsanalyse for at udvikle tværfagligheden og sikre en meningsfuld rolle og ansvarsfordeling mellem de involverede faggrupper. Der vil blive arbejdet med en gensidig kulturforståelse og kommunikation mellem faggrupper.

På makorniveau: Ernæringsindsatsen er allerede indskrevet som en del af kommunens værdighedspolitik som et indsatsområde, hvilket betyder, at der er politisk og ledelsesmæssig opbakning til indsatset.



Ernæring udredning (EVS)

Gem som udfyldt | Gem nu | Annullér | Gem og s

Ernæringsvurdering bruges til at få et overblik over den ældres ernæringstilstand, ved at lave en samlet vurdering ud fra fødeindtag, vægtudvikling, problemer med at tygge/synke, problemer med at klare måltidet på egen hånd, samt sygdom.

Skemaet kan eventuelt udfyldes sammen med den ældre.

Vurdering af spisevaner

1: Hvor mange hovedmåltider spiser den ældre til dagligt?
- ◯ 3 eller flere
- ◯ 2 eller færre OBS

2a: Hvor mange skiver brød plejer den ældre at spise? ?
- ◯ 4 skiver eller flere (Gå videre til 3a)
- ◯ Mellem 2 og 4 skiver
- ◯ 2 skiver eller færre OBS

2b: Hvor mange kartofler spiser den ældre til den varme mad? ?
- ◯ Mere end 2
- ◯ 2 eller færre OBS

3a: Hvor mange glas mælk drikker den ældre om dagen? ?
- ◯ Mere end 1 glas (Gå videre til 4)
- ◯ 1 glas eller mindre OBS

3b: Hvor mange portioner syrnede mælkeprodukter og skiver ost spiser den ældre om dagen?
- ◯ 2 portioner/skiver eller mere
- ◯ Mindre end 2 portioner/skiver OBS

4 Har den ældre levnet mad på tallerkenen den sidste uge?
- ◯ Nej
- ◯ Ja OBS

Vurdering af vægtudvikling

Har den ældre haft et ikke planlagt vægttab den sidste måned?
- ◯ Nej
- ◯ Ja OBS

Vurdering af ernæringsmæssige risikofaktorer

Har den ældre én eller flere af følgende risikofaktorer? ?
- ☐ Tygge/synkebesvær
- ☐ Behov for hjælp til at spise fx anretning, tilberedning, servering, spisning
- ☐ Akut sygdom eller akut forværring af kronisk sygdom

Resultat af ernæringsvurdering

Valgte du nogen svar som var mærket med OBS?

- ◯ Ja: 1 point
- ◯ Nej: 0 point

Satte du kryds i nogen risikofaktorer?

- ◯ Ja: 1 point
- ◯ Nej: 0 point

Antal point i alt

- ◯ 0 point: god ernæringstilstand - ernæringsvurderingen er færdig
- ◯ 1 point: risiko for dårlig ernæringstilstand - gå videre til udredning af årsag
- ◯ 2 point: gavn af en ernæringsindsats - gå videre til udredning af årsag

Udredning af årsager

Har ernæringsvurderingen givet 1 eller 2 point udredes årsagen nærmere, med henblik på at vurdere videre handling. Udfyld kun de relevante felter. Videre handling beskrives i ernærings handlingsanvisningen.

Tygge/synkebesvær

Udredning

- ☐ Dårlig tandstatus eller andre former for tyggebesvær
- ☐ Synkebesvær
- ☐ Mundtørhed
- ☐ Andet

Evt. uddybning af problematik

Behov for hjælp til at spise

Udredning

- ☐ Nedsat funktionsevne i forhold til tilberedning
- ☐ Nedsat funktionsevne i forhold til anretning/servering
- ☐ Nedsat funktionsevne i forhold til fødeindtagelse
- ☐ Madlede, kvalme
- ☐ Andet

Evt. Uddybning af problematik

Akut sygdom eller akut forværring af kronisk sygdom

Udredning

- ☐ Sygdom påvirker appetitten
- ☐ Sygdom sænker funktionsniveau i forhold til måltider
- ☐ Andet

Evt. Uddybning af problematik

OBS i Spisevaner og vægtudvikling

Udredning

- [ ] Den ældres madindtag er som vanligt
- [ ] Den ældres madindtag har ændret sig
- [ ] Andet

Evt. Uddybning af problematik

Vægt, BMI, aktivtetsniveau og energibehov

Vægt kg

BMI kg

Aktivitetsniveau (PAL)

Energibehov

Proteinbehov

Videre handling

Oprettes mål og handlingsanvisning for ernæring?

- ◯ Ja
- ◯ Nej

https://gribskov.nexus.kmd.dk/citizen/5432

Gem som udfyldt | Gem nu | Annullér | 🖶 | Gem og

Ernæring handlingsanvisning (EVS)

Gem som aktivt | Gem nu | Annullér | Gem og s

* Overskrift

Vejledning/rehabilitering

Målgruppe(r) for vejledning

- [ ] Borger
- [ ] Pårørende
- [ ] Andre faggrupper

Indhold i vejledning

Registreringer

Kostregistrering

- ( ) Ja
- ( ) Nej

Vægtkontrol

- ( ) Ugentligt
- ( ) Hver 14. dag
- ( ) Månedligt

Ernæringsmæssige problemstillinger

Tygge/synkeproblemer

Ved tyggebesvær kan tandlægen/tandplejen hjælpe med tandstatus og -protese.
Ved problemer med at synke kan en ergoterapeut hjælpe med at vurdere behov, eller lægen kan kontaktes.
Madservice kan hjælpe med tygge/synkevenlig kost.
Læge eller apotek kan kontaktes ved mundtørhed.

Kontakt til

- [ ] Tandlæge/tandplejer
- [ ] Ergoterapeut
- [ ] Læge
- [ ] Madservice/køkken
- [ ] Apotek

Behov for hjælp til at spise

Ved problemer med at anrette, tilberede, servere eller spise selv kan det være svært at få dækket næringsbehovet. Det kan være relevant at kontakte fx ergoterapeut/fysioterapeut eller visitator i forhold til vurdering og træning af spisefunktion og andre funktioner i forhold til måltidet.

Kontakt til

- [ ] Visitator
- [ ] Ergoterapeut
- [ ] Fysioterapeut

Akut sygdom eller akut forværring af kronisk sygdom (og kvalme)

Sygdom kan påvirke appetit og funktionsevne. Det kan være relevant at kontakte lægen. Det kan også være relevant at kontakte lægen ved problemer med kvalme.

Kontakt til

☐ Læge

Bemærkninger og aftaler i forhold til ernæringsmæssige problemstillinger - fx konkrete aftaler med relevante fagpersoner, borger eller pårørende

Mad og måltider

Valg af kostform

- ○ Normalkost
- ○ Kost til småtspisende
- ○ Blød kost
- ○ Gratin kost
- ○ Cremet/flydende kost
- ○ Andet

Madønsker/aftaler

Gem som aktivt | Gem nu | Annullér | 🖶 | Gem og

Ernæring indsatsmål (EVS)

Gem som aktivt | Gem nu | Annullér | Gem og send som Medcom

Tags

Observations dato: 19-11-2018 10:16

Overskrift

Ernæringsmålsætning
- ◯ Forebygge vægttab
- ◯ Vedligeholde nuværende vægt
- ◯ Vægtøgning
- ◯ Opnå kostændringer, der tager hensyn til sygdom

Målvægt: kg

MålBMI

Kortsigtede mål

Langsigtede mål

Tidsplan

Hvem følger op?
- ☐ SSA
- ☐ Sygeplejerske
- ☐ Diætist
- ☐ Andet

Hvis andet, angiv hvem

Hvor ofte skal der foretages ernæringsvurdering?
- ◯ Ved afslutning af ernæringsindsats
- ◯ Hver måned indtil målet er nået (1 point i udredningsskema)
- ◯ Hver uge indtil målet er nået (2 point i udredningsskema)
- ◯ Ikke relevant

Supplerende bemærkninger

Vitamin og mineral-tilskud
- ☐ Multivitamin (anbefales til småtspisende borgere)
- ☐ Tilskud af 20 µg D-vitamin + 800-1000 mg kalcium (anbefales til alle ældre over 70 år, samt plejehjemsbeboere)

Grøn recept ?
- ☐ Læge kontaktes for grøn recept
- ☐ Borger har grøn recept

Spisesituation
- ☐ Skal guides/nødes
- ☐ Plejepersonale hjælper med dele af kostindtagelsen
- ☐ Plejepersonale hjælper med alle dele af kostindtagelsen

Diætist kan være relevant at kontakte ved mange eller svære ernæringsmæssige problemstillinger

Supplerende bemærkninger

Ernæringsscreening i ældreplejen

Kompetencebevis

Har deltaget i Halsnæs Kommunes interne efteruddannelse af 3 dages varighed og besidder nu følgende kompetencer:

- Medarbejderen har i det daglige plejearbejde færdigheder til at vurdere den ældre borgers ernæringstilstand ved b.la. at benytte screeningsværktøjet EVS (ErnæringsVurderingsSkema).
- På baggrund af screeningen kan medarbejderen samarbejde med borgeren og igangsætte målrettede kostændringer med henblik på at fremme ernæringstilstanden og forebygge underernæring.
- Medarbejderen har kendskab til de sundhedsmæssige konsekvenser ved dårlig ernæringstilstand hos ældre og kan med udgangspunkt i den viden iværksætte relevante indsatser.
- Medarbejderen besidder færdigheder til at inddrage relevante samarbejdspartnere i en tværfaglig helhedsorienteret indsats om den ældre borger.
- Medarbejderen er i stand til at observere den ældre borgers ernæringsmæssige tilstand over tid og løbende at evaluere, justere og dokumentere indsatsen.

_____

Underskrift

Halsnæs
Kommune

Oplev det rå og autentiske Halsnæs

Bilag 5

Halsnæs
Kommune

Oplev det rå og autentiske Halsnæs

Halsnæs Kommune

Kommissorium for
Ernæringsindsatsen på plejecentrene

Baggrund
Der er et politisk fokus i kommunens Værdighedspolitik vedrørende ernæringsindsatsen, i Sundhedspolitikken om forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser samt i Ældrepolitikken, hvor der er en målsætning om, at sund kost er en naturlig del af hverdagslivet.

Medarbejderne oplever udfordringer med at leve op til disse intentioner. Da der på plejecentrene ses mange forskelligartede og komplekse ernæringsproblematikker.
Problematikkerne kan f.eks. være vægtøgning, vægttab, tygge-synkevanskeligheder, smagsproblemer, mundhygiejne, det sociale måltid, hjælpemidler omkring måltidet eller en kobling af flere af disse problematikker. Udover ernæringsproblematikkerne ses beboerens individuelle behov, som både kan være fysisk, psykisk og socialt orienteret.
Omgivelserne og de øvrige beboere påvirker spisesituationen. Det samme gør sig gældende for plejepersonalets viden, samt det inventar og de hjælpemidler, som danner rammen om måltidet.

For at leve op til de politiske intentioner er det besluttet, i gruppen om det nære sundhedsvæsen, at nedsætte en tværfaglig arbejdsgruppe som arbejder på tværs af de tre plejecentre med fem matrikler.

Aftensmaden leveres til de enkelte plejecentre fra MAD til Hver DAG, hvor der er mulighed for at bestille individuelt efter ernæringsbehov. De øvrige måltider tilberedes individuelt af sosu-personalet på afdelingerne.

Formål
Formålet med projektet er at styrke forebyggelse af underernæring og utilsigtet vægttab hos beboerne på Halsnæs kommunes plejecentre ved tværfagligt samarbejde med henblik på at bevare sundhed, funktionsevne og livskvalitet.

Opgaven
Opgavens indhold består af løbende optimering af eksisterende arbejdsgange og procedurer samt implementering af nye tiltag, herunder opkvalificering af køkken- og plejepersonale.
Se handleplan

Produkter
- Udarbejde retningslinjer for systematisk afdækning af beboerens ernæringstilstand
- Implementering af screeningsværktøjet EVS til vurdering af ernæringsindsats
- Tilrettelæggelse og afholdelse af workshops for plejepersonalet med henblik på at øge deres viden om mad og måltidets betydning
- Uddannelse af ernæringsnøglepersoner blandt plejepersonalet
- Implementering af dysfagiværktøjskasse
- Udarbejde handleplan til sikring af gode rammer om måltidet
- Udvælge og implementere værktøj til at afdække beboerens hjælpebehov i forhold til måltidet

Halsnæs Kommune

Succeskriterier

Ernæringsvurdering

- At 100 % af alle beboeres ernæringstilstand systematisk er afdækket og en ernæringshandleplan er udarbejdet hvor det findes relevant
- At min 75 % af alle beboere har fået tilrettelagt og løbende har fået vurderet den planlagte ernæringsindsats
- At min 75 % af alle beboere har fået vurderet deres behov for hjælp til at spise
- At min 80 % af alle beboere med utilsigtet vægttab bliver vægtstabile eller øger vægten i projektperioden

Rammer for måltidet 2019 og 2020

- At 90 % af plejepersonalet er undervist i dysfagi og introduceret til en dysfagiværktøjskasse
- At min 75 % af beboerne sidder optimalt i spisesituationen
- At 100 % af køkkenpersonalet har deltaget i workshop om dysfagivenlig kost
- At 100 % af beboerne ved hvert måltid er blevet spurgt, hvad de ønsker at spise og ønskerne imødekommes bedst muligt i tilrettelæggelsen af måltidet.
- I 75 % af tilfældene inddrages beboerne i planlægning af madplan, tilberedning og borddækning

Opkvalificering af plejepersonale

- At min 80 % af plejepersonalet er opkvalificeret til at kunne afdække beboernes ernæringstilstand
- At hver afdeling har fået uddannet min. 1 ernæringsnøgleperson blandt plejepersonalet

Målgruppe

Målgruppen er beboere på Halsnæs kommunes plejecentre. Indledningsvist igangsættes et pilotprojekt på Arresø plejecenter, som fremadrettet udbredes til de øvrige plejecentre.

Organisation *Ny projektorganisering pr. 1.1.2019:*

Styregruppe:
Birte Carøe, leder af Sundhedsafdelingen
Mette Noble, leder af Træning & Aktivitet
Mette Nabe, leder af Tandplejen
Plejecenterleder for det plejecenter hvor indsatsen foregår dvs.
Arresø plejecenter er repræsenteret af Susanne Grass
Frederiksværk plejecenter er repræsenteret af Hanne-Lene Hedegaard Nielsen
Hundested plejecenter er repræsenteret af Heidi Buch Hansen

Projektgruppe:
Projektleder Helene Robdrup, ergoterapeut
Dorte Sonnenborg, klinisk diætist
Repræsentant fra plejepersonalet på det pågældende plejecenter
Områdelederrepræsentant og/eller udviklingsygeplejerske på det pågældende plejecenter.

Ad hoc Louise Bruun, klinikassistent
Ad hoc repræsentant fra køkkenet på det pågældende plejecenter

Halsnæs Kommune

Tidsramme

2018

Fase 1:

Pilotprojekt på Arresø plejecenter, Løvdalen og Humlehaven

- Uddannelse af ernæringsnøglepersoner
- Udarbejdelse af retningslinjer
- Implementering af EVS
- Uddannelse af ernæringsnøglepersoner
- Afholdelse af workshops

2019

Fase 2:

Samlet evaluering af pilotprojekt på Arresø Plejecenter, Løvdalen og Humlehaven som munder ud i model og anbefalinger til implementering. På baggrund af evalueringen aftales hvordan indsatsen kan implementeres på de øvrige plejecentre.

Fase 3:

Udbredelse til øvrige plejecentre efter aftale med plejecenterledere:
Frederiksværk Plejecenter, Arresøparken og Solhjem
Hundested Plejecenter

Arresø plejecenter, Løvdalen og Humlehaven:
Tema: Dysfai

- Implementering af dysfagiværktøjskasse
- Temadag for plejepersonalet om dysfagi

2020

Fase 4:

Frederiksværk Plejecenter, Arresøparken og Solhjem
Hundested Plejecenter
Tema: Dysfagi

- Implementering af dysfagiværktøjskasse
- Temadag for plejepersonalet om dysfagi

Arresø plejecenter, Løvdalen og Humlehaven:
Tema: Rammen om måltidet

- Handleplan for de gode rammer om måltidet
- Udvælgelse af værktøj til vurdering af beboerens hjælpebehov

2021

Fase 5:

Frederiksværk Plejecenter, Arresøparken og Solhjem
Hundested Plejecenter
Tema: Rammen om måltidet

- Handleplan for de gode rammer om måltidet

- Udvælgelse af værktøj til vurdering af beboerens hjælpebehov

Se flere detaljer på handleplan for ældreernæring. 2019, 2020 og 2021 er stadig under udarbejdelse og opdateres løbende.

Ressourcer/møder

Det er besluttet i gruppen om Det nære sundhedsvæsen at afgive ressourcer til:

Plejepersonale- og køkkenpersonaleressourcer til implementering af retningslinjer, handleplaner og screeningsværktøjer samt deltagelse i workshops o.lign.
Projektgruppen mødes hver 14. dag for at koordinere og planlægge de aftalte indsatser. Nogle projektgruppemedlemmer deltager efter behov.

Halsnæs Kommune

Bilag nr. 7

Oversigt over pilotprojektets succeskriterier

Følgende succeskriterier er opstillet for projektet:

Ernæringsvurdering

1) At 100 % af alle beboeres ernæringstilstand systematisk er afdækket og en ernæringshandleplan er udarbejdet hvor det findes relevant

2) At min 75 % af alle beboere har fået tilrettelagt og løbende fået vurderet den rette ernæringsindsats

3) At min 75 % af alle beboere har fået vurderet deres behov for hjælp til at spise

4) At min 80 % af alle beboere med utilsigtet vægttab bliver vægtstabile eller øger vægten i projektperioden

Opkvalificering af plejepersonale

5) At min 80 % af plejepersonalet er op kvalificeret til at kunne afdække beboernes ernæringstilstand og er i stand til at skabe gode rammer for måltidet.

6) At hver afdeling har fået uddannet min. 1 ernæringsnøgleperson blandt plejepersonalet

Nedenstående indgår ikke i pilotprojektet, men som en del af forankringsprocessen 2019-2021. Disse succeskriterier vurderes derfor først senere.

Rammer for måltidet

7) At 90 % af plejepersonalet er undervist i dysfagiværktøjskassen

8) At min 75 % af beboerne sidder optimalt i spisesituationen

9) At 100 % af køkkenpersonalet har deltaget i workshop om dysfagivenlig kost

10) At 100 % af beboerne ved hvert måltid er blevet spurgt, hvad de ønsker at spise og ønskerne imødekommes bedst muligt i tilrettelæggelsen af måltidet.

11) I 75 % af tilfældene inddrages beboerne i planlægning af madplan, tilberedning og borddækning.