

Høgskolen i Gjøviks rapportserie, 2010 nr. 5

Sulten på sykehus

Kartlegging av ernæringsstatus
hos pasienter før tiltak

Anne Johanne Roterud

Høgskolen i Gjøvik
2010

ISSN: 1890-520X

ISBN: 978-82-91313-40-5

Sammendrag

Tittel:	Sulten på sykehus
Nr/Dato:	Nummer på rapport / dato for forfattet rapport
Forfatter(e):	Anne Johanne Roterud
Veileder(e):	Inger Signe Johanson
Oppdragsgiver:	Høgskolen i Gjøvik
Kontaktperson(er):	Anne Johanne Roterud
Nøkkelord:	Underernæring, sykepleie, kartlegging, appetitt

Abstrakt: Rapporten som foreligger er fra arbeidet med fellesprosjektet mellom Ringerike sykehus Helseforetak (HF) og Høgskolen i Gjøvik høst 2008/2009. Foreliggende rapport er en delrapport. Rapporten inneholder kartlegging av pasientens risiko for underernæring ved målinger og dokumenterte tiltak samt oppfølging og evaluering av deltagende sykepleiere og studentenes erfaringer. I studiet her blir det brukt kvantitativ metode vedrørende registreringsskjemaet og dokumenterte tiltak. Kvalitativ metode ved intervjuer med sykepleiere og studentenes evaluering i deltagelse av kartleggingen og evaluering av prosess. Kartleggingen i denne rapporten omhandler å registrere pasientenes risiko for underernæring på kirurgisk og medisinsk avdelinger i to tilfeller. Det var 42 pasienter som deltok i registreringen, disse pasientene samtykket til registreringen. De som ble ekskludert var de som ikke ble spurt av etiske grunner og de som ikke samtykket. I prosjektet brukes allerede eksisterende Nutrisk Score (NRS) score skjema som var kjent på avdelingen. Resultatet viser at 52 % av pasientene kommer inn under gruppen høy risiko for underernæring og moderat risiko for underernæring. Moderat risiko for underernæring utgjorde 21 %, mens 31 % hadde høy risiko for underernæring.

Studentene deltok i pilotundersøkellesfasen, undervisning i forkant i forhold til registreringsskjemaet og samt evaluering av kartleggingen.

Appetitt er styrende for matinntaket av mat og drikke. Er appetitten god er en ofte frisk, mens ved nedsatt appetitt kan sykdom eller frafall av fullstendig velvære være gjeldene. Nedsatt appetitt kan føre til at pasientene ikke får i seg tilstrekkelig med næringsstoffer. Hva appetitt omfatter i undersøkelsen er i forhold til NRS og fra iverksatte tiltak. Appetitt kan måles helt konkret ut i fra hvor mye som er spist det er aktuelt i NRS målingen og i tillegg subjektivt kommer tiluttrykk ut i fra ut i fra hva pasienten gir uttrykk for er aktuelt gjennom iverksatte tiltak fra sykepleierne. En av faktorene i registrerings skjemaet er BMI og den viser at 88 % av alle som er med i registreringen har over 20 i BMI som indikerer at pasientene har normale verdier. Appetitt og evnen til å spise er indikatorer for når det er problemer næringsinntaket. Resultatet viser at litt over en tredel har problematikk rundt appetitt og det samme resultatet viser seg i forhold til evnen til å spise og beholde maten. Ved at 42 pasienter ble kartlagt og resultatene ble analysert granskes ernæringsproblem og ernærings tiltak. Intravenøs behandling, ernæringsdrikker og oppmerksomhet på at ernæring er et problem var identifiserte ernæringsproblem som viste seg. Eksempel på iverksatt tiltak når pasienten spiser og drikker lite blir det satt opp tiltak å måle drikke og kostregistrering.

Sykepleiernes erfaringer ved bruk av NRS ved kartlegging over to tilfeller gjorde at de fikk gode erfaringer med bruk av NRS. Bruken av NRS systematisk ga erfaringer slik at gjennomføringen ble enklere etter hvert som kartleggingen pågikk. Nyttens av funnet kan være at sykepleierne blir bevisst på tiltakene som skal iverksettes. Svakheter i bruken av NRS kan være gjeldende ut i fra samme funn. Det er personalets subjektive avgjørelse som gjør at de bruker skjemaet ut i fra behovet og hvor lenge pasienten skal være i avdelingen. Sykepleierne sier at faglige oppdateringer er viktig.

Evalueringen viste at studentene lærte at ved å bruke enkle ord inne hos pasienten var det lettere å få frem sitt budskap. Studentene syntes NRS skjemaet var enkelt å besvare. Studentene lyttet til pasienten for å finne sammenheng i kartleggingen. Undervisningen var viktig og bra og studentene ville gjerne vite mer innen området.

Forord

Søknad om midler til samarbeidsprosjekt ga Høgskolen i Gjøvik og Ringerike sykehus HF midler til prosjektet "Sulten på sykehus" for å fremme opplæring av sykepleiestudenter.

Samarbeidsprosjektet søkte midler i april 2008. I utgangspunktet var problemstillingen: Hvordan kan sykepleiestudenter og sykepleiere sammen bidra til at underernærte pasienter får dekket sine grunnleggende ernæringsbehov?

Samarbeidsprosjektene vil være med å utvikle teoriundervisningen og veiledningen i praksis og være et utgangspunkt for videre samarbeid mellom høgskole og sykehus også i framtida.

Takk til de samarbeidende avdelinger på Ringerike sykehus HF og aktuelle fagpersoner, takk til styringsgruppen Hilde Bråten Eriksen og Astrid Lundesgaard og takk til prosjektgruppen Stine Langdalen og Nina Sæther. Takk sykepleierne i arbeidsgruppen Kari Thorsen og Torill Lauvlid for en super innsats ved pilot undersøkelsen og kartleggingsdagene. Takk til studentene som var delaktige gjennom kartleggingsfasen, som var tålmodige og var medansvarlige til å få kartleggingen gjennomført.

Tusen takk til min veileder professor Inger Signe Johansson, Høgskolen i Gjøvik for motiverende, faglig, og løsningsorientert veiledning gjennom hele perioden i dette samarbeidsprosjektet.

Gjøvik 22/02 2010 Anne Johanne Roterud

Innhold

SAMMENDRAG	2
FORORD.....	4
FIGURER/TABELLER.....	6
INNLEDNING	7
BAKGRUNN FOR PROSJEKTET	7
BAKGRUNN	9
ERNÆRINGSPROBLEM PÅ SYKEHUS	9
HENSIKT	11
METODE	12
PLANLEGGING	12
UNDERVISNING OG INFORMASJON	13
REGISTRERINGSSKJEMA	14
GJENNOMFØRINGEN AV KARTLEGGINGEN	15
ETISKE VURDERINGER	16
OPPØLGING AV SYKEPLEIERNE OG STUDENTER OM KARTLEGGINGEN.....	16
BEARBEIDING AV DATA FRA KARTLEGGINGEN	18
TIDSAKSE	19
RESULTAT	21
KARTLEGGING AV ERNÆRINGSSTATUS MED HJELP AV NUTRITION RISK SCORE (NRS)	21
SYKEPLEIE DOKUMENTASJON AV ERNÆRINGSPROBLEMATIKK OG TILTAK	24
SPØRRESKJEMA TIL SYKEPLEIERNE.....	24
INTERVJU MED SYKEPLEIER	25
STUDENTENES EVALUERING	26
DISKUSJON.....	28
FORSLAG TIL VIDERE ARBEID	31
UTBYTTE AV PROSJEKTET	31
LITTERATURLISTE	32
VEDLEGG.....	34

Figurer/tabeller

Figur 1. Grad av risiko for pasienter ved to kartleggingstilfeller 42 pasienter.....	21
Tabell 1. Tidsaksen viser når de ulike aktivitetene har vært under prosjekttiden	19
Tabell 2. Resultatet av ernæringsstatusen kartlagt ved to tilfeller ved bruk av NRS.	22

Innledning

Bakgrunn for prosjektet

NOKUT evaluerte alle sykepleieutdanningene i landet i 2005. På bakgrunn av den evalueringen ble det satt i gang ulike tiltak. Et av tiltakene som ble satt i gang er fellesprosjekter mellom Sykehuset Innlandet HF, kommunene i Oppland og Høgskolene i Innlandet hvor de ulike partene kan søke om samarbeidsprosjekter. Prosjektet er gjennomført på bakgrunn av tildelte prosjektmidler, for høst 2008/vår 2009. Samarbeidspartnere er Ringerike Sykehus HF og Høgskolen i Gjøvik. Ringerike Sykehus representanter var Hilde Eriksen Bråthen, Astrid Lundesgaard, Nina Sæther, Stine Langdalen, Kari Thorsen og Torill Lauvlid. Høgskolens representant har vært Anne Johanne Roterud Høgskolen i Gjøvik. Veileder fra høgskolen har vært Inger Johansson.

Studien som helhet inneholder dels en kartlegging og dels en implementeringsfase med etterfølgende evaluering. Overordnet mål med prosjektet "Sulten på sykehus" er å kartlegge pasienter som er inneliggende på sykehuset for å kartlegge deres risiko for underernæring og sørge for at de underernærte får iverksatte tiltak og dokumentert de forholdene som framkommer. Problemstillingen som lå til grunn var: "Hvordan kan sykepleiestudenter og sykepleiere sammen bidra til at underernærte pasienter får dekket sine grunnleggende ernæringsbehov?"

Hovedmål

1. Kartleggingen skal bidra til å iverksette nødvendige tiltak umiddelbart slik at behandlingen i sykehus blir optimal.
2. Skjemaet for ernæringsrisiko skal kunne implementeres i de daglige rutinene.

Delmål

1. Nutriion Risk Score (NRS) blir kartlagt på alle inneliggende pasienter i fjerde etasje to ganger med en ukes mellomrom.
2. Iverksatte ernæringstiltak kartlegges fra sykepleie-dokumentasjon.
3. Kartlegging av dagens bruk av NRS.

Dette er en del rapport, og hensikten med denne delen av studiet er å foreta kartlegging av pasientenes ernæringstilstand gjennom NRS og kartlegge hvilke tiltak som er dokumenterte i sykepleiedokumentasjon og journal. Ved oppdagelse av underernæring ble det umiddelbart gitt tilbakemelding til avdelingen som sørget for at tiltak ble iverksatt.

Foreliggende rapport avgrensner seg til planlegging og gjennomføring av en kartlegging av pasientens ernæringstilstand før implementering av kartleggingsverktøyet. Samt oppfølging og evaluering av deltagende sykepleiere og studentenes erfaringer av kartleggingen.

Bakgrunn

I de nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring angir de viktigheten med kartleggingen av ernæringsstatusen. (IS-1580 2009). Hensikten er å kunne bruke kartleggingsverktøyet. Alle får kunnskap og alle skal gjøre vurderinger.

Ernæringsproblem på sykehus

Underernæring kan bli definert som " A state of nutrition in which a deficiency or excess (or imbalance) of energy, protein and other nutrients causes measurable adverse effects on tissue/body form, function and clinical outcome"(Elia, 2000 s. 52). Underernæring bidrar til forandringer i immunsystemet som videre påvirker sårtilheling og økt risiko for infeksjoner samt reduserer pasientens potensial til å følge et rehabiliteringsprogram (Barendregt et al., 2004). Pirlich redegjør for signifikant mer underernæring hos pasienter med ondartet sykdom (Pirlich et al., 2005). Studier viser at underernæring blant eldre i tilknytning med sykehusopphold forekommer og ofte får ikke oppmerksomhet (Mowe 2006). Videre medfører økt risiko for komplikasjoner i tilknytning med helsetilstanden og behandling, lengre sykehusopphold og dårligere livskvalitet (Larsson et al., 1994). Helse- og sykehuspersonalet har ansvar for å være oppmerksomme på pasientens ernæringsstatus for å forebygge og gjøre tiltak og å sørge for at kvaliteten i helsetjenesten og behandlingen blir tilfredstillende . Studier har vist manglende kunnskaper blant personal og studenter (Unosson & Rothenberg, 2000) .

Et studie som er gjort på bakgrunn av en antagelse om at buffet servering av mat i sykehus øker matinntaket viser at hovedmåltidene er sentrale. Studiet viser at 50 % av de med risiko for undervekt

bestilte riktig meny. Bare 50 % av pasientene hadde et næringsinntak som dekket 75 % eller mindre av anbefalt næringsinntak. I gruppen av pasienter som tok mindre enn 50 % av næringsstoffer anbefalt kom 90 % av næringsstoffene fra hovedmåltidene og veldig lite fra mellommåltider og annet (Hansen et al. 2008). I studiet av Corish (2004) studerte de to ulike kartleggingsverktøy som avdekker underernæring. Studiet hadde til hensikt å sammenligne effektiviteten av de to kartleggingsverktøy som er hyppig brukt. Resultatet viste at begge kartleggingsverktøyene identifiserte 40 % av alle pasienter med ernæringsrisiko. Rangeringen av ernæringsrisikoens forskjellighet med kartleggingsverktøyene viser at 29 % av alle pasientene som ble testet av Nutrition Risk Score ble vurdert som høy risiko, mens Nutrition Risk Index vurderte bare 5 % som høy risiko kategori. Det kommer frem at selv om et stort antall av pasienter riktignok ble klassifisert til å være i risiko for å bli underernært, likevel avhenger graden av forskjellen i hvilken kartleggingsmetode som blir brukt framkom det i studiet.

Underernæring er i vesentlig grad en problematikk i sykehjem og sykehus i dag (Stratton et al., 2003). I sykepleierens ansvar inngår det at pasienten får et optimalt næringsinntak. Bakgrunnen for dette er det av stor betydning at sykepleier blir deltagende i vurderingen av næringsstatus samt og tiltak i forhold til underernæring.

Nasjonale faglige retningslinjer for underernæring tar opp at pasienten skal tilbys en sikker og målrettet behandling av god kvalitet. Helse og sykehus skal utføre sitt arbeid i overensstemmelse med vitenskap og praksis basert kunnskap. Problematikken er kompleks og forekomsten av underernæring hos pasienter varierer 10 % til 60 % hos pasienter i sykehus og sykehjem avhengig av hvilke grupper som er undersøkt og ulike måter å stille diagnosen på (Stratton et al., 2003, Nasjonal Helseplan 2007-2010).

Hensikt

Hensikten med studien var å kartlegge i hvilket omfang ernæringsproblem framkom blant pasienter ved medisinske og kirurgiske avdelinger ved to ulike tilfeller. Hensikten med studier var også beskrive studentenes og sykepleiernes erfaringer når de gjennomførte kartleggingen.

Metode

I studiet her ble det brukt kvantitativ metode der et registreringsskjema for ernæringsstatus ble anvendt samt kvalitativ metode der intervjuer med sykepleier og studenter deltok samt spørreskjema for oppfølging av kartleggingen.

Planlegging

Styringsgruppe ble etablert høsten 2008 og deltagere i gruppen var Hilde Eriksen Bråthen, Astrid Lundesgaard og prosjektleder Anne Johanne Roterud. Styringsgruppa hadde flere møter på høsten 2008. Prosjektskisse ble jobbet med høsten 2008 og gradvis tilpasset prosjektets kjerne vår 2009. Prosjektleder videreutviklet prosjektskissen.

Prosjektgruppen ble etablert januar 2009 og bestod av seksjonslederne Stine Langdalen og Nina Sæther i fjerde etasje som består av fire tun og der de er ansvarlig for to tun hver. Et tun utgjør en gruppe, og to tun utgjør for en avdeling. Det er to medisinske tun og to kirurgiske tun. I prosjektgruppa inngikk også Anne Roterud. I løpet av tre prosjektgruppemøter var praktiske forhold avklart for gjennomføring på tun. Det ble slått fast at alle tun i fjerde etasje skulle brukes. Seksjonslederne valgte to sykepleiere som representerte hver deres avdeling henholdsvis medisinsk og kirurgisk avdeling. Studentenes rolle ble diskutert og skulle videre avklares i samspill med arbeidsgruppen og prosjektleder. Seksjonslederne er med å bestemme hva som skal skje overordnet i arbeidsgruppen og overlater praktiske avgjørelser til arbeidsgruppen og prosjektleder.

Arbeidsgruppen ble etablert og den bestod av to sykepleiere på tun som beskrevet over, en i fra hver avdeling som representerer

medisinsk og kirurgisk avdeling i fjerde etasje. Sykepleierne var Kari Thorsen og Torill Lauvlid. Sykepleierne i arbeidsgruppen jobbet i tett sammen med prosjektleder. Prosjektets omfang ble diskutert i arbeidsgruppen og det ble klargjort hvem og hvordan ulike oppgaver skulle utføres. Skjema for kartlegging ble diskutert, undervisning om registreringsskjemaet ble diskutert. Arbeidsgruppen og prosjektleder gikk igjennom kartleggingsdagene slik det var planlagt og uklarheter ble diskutert. Registreringsskjemaet ble gått igjennom punkt for punkt med ernæringsfysiolog/kirurg slik hun tolket det. Denne gjennomgangen var blant annet grunnlaget for undervisningen i forhold til skjemaet med studentene 28/1 09.

Sykepleiestudentene var også representert gjennom hele perioden. Studentene som hadde 10 ukers praksis etter jul var aktivt med i kartleggingsprosessen. Det var tre studenter i sin siste praksis periode og seks studenter i sin første sykehuspraksis. Studentene fikk undervisning og personlig veiledning av sykepleierne og deltok etter hvert selvstendig i den grad de ble trygge på oppgavene under tett veiledning av arbeidsgruppen og prosjektleder.

Undervisning og informasjon

Det var laget eget program til studentene for undervisningen i forkant av kartleggingen og til dagene kartleggingen ble foretatt. I gjennomgangen kom det opp noen forslag til endringer som ble diskutert. Noe gikk på at samtykkeskjemaet var for langt, noen syntes innholdet ikke var nødvendig, noe var skrevet to plasser. Det ble foretatt noen endringer i teksten, lay out ble litt forandret og redusert til en A4 side. Det formelle som sikrer rettigheter og informasjon til pasienten måtte fortsatt være med i samtykke og informasjonsskjemaet, informasjon som var gjentatt ble sammenfattet. Undervisning om NRS ble foretatt av arbeidsgruppen og prosjektleder. Prosjektleder og arbeidsgruppen la til grunn gjennomgangen av skjema med ernæringsfysiolog som har erfaring med skjema fra tidligere. Prosjektleder og sykepleierne underviste i forhold til kartleggingen hvor alle punktene ble gjennomgått og utdypet for studentene og det var anledning til å stille spørsmål om det som var uklart. Samtykkeskjema blir undervist for sykepleiestudenter og sykepleiere som skal kartlegge (Vedlegg A). Samtykkeskjemaet ble redigert i henhold til det som kom opp over med unntak av informasjon som sikrer rettigheter og nødvendig informasjon.

Registrerings skjema

Kartleggingsverktøyet som ble brukt er Risikoscore for underernæring, Nutrition Risk Score (NRS) (Reilly et al., 1995) (Vedlegg B). NRS registrerer vekt, høyde samt fem punkter som er poeng givende for total sum og som fastslår pasientens grad av risiko for underernæring. De fem punktene inneholder ufrivillig vekttap de siste 3 måneder, Body Mass Indeks (BMI), appetitt, evnen til å spise/beholde maten og stressfaktorer relatert til sykdom. Disse fem punktene over er igjen delt inn under underpunkter. BMI >20 er normalvektig og oppover, det er ikke tatt med videre inndeling oppover da det her i denne oppgaven har fokus i det nedre siktet. BMI 18-19 er på grensen mellom undervektig og normalvektig. WHO deler grensen mellom undervektig og normalvektig på 18,5. BMI på 15-17 gir uttrykk for underernæring og under BMI under 15 angir alvorlig underernæring.

Det er poengskala på 0 – 15 poeng, hvor 0-3 gir lav risiko for underernæring, 4-5 gir moderat risiko for underernæring og 6-15 gir høy risiko for underernæring. Poeng skalaen for hele instrumentet er ulik i hvordan poeng blir gitt, men det er utviklet ut i fra ønsket differensiering. På fire av punktene er det en skala som gir 0, 1, 2 og 3 poeng. Appetitt punktet gis mulighet til å gi poengene 0, 2 og 3. Normalt er 0, mens 3 er alvorlig i sitt slag. Høyere poeng gir større risiko. I tillegg ble det satt opp tilleggsrubrikk på skjema for utfylling av ernæringstiltak dokumentert i sykepleiedokumentasjon, ernæringstiltak dokumentert i journal og om utfylt score skjema tidligere er utfylt (Vedlegg B).

Pilotundersøkelse av registrerings skjemaet og innsamling av dokumentasjon ble gjennomført på en pasient som arbeidsgruppen valgte ut. Pilotstudien ble gjennomført av begge sykepleierne i arbeidsgruppen og de samlet inn dokumentasjon om ernæringstiltak dokumentert i sykepleie dokumentasjon og i journal og om score skjema som tidligere var utfylt. Hver og en av sykepleier kartlegger ut fra NRS til samme pasient ved to tilfeller. Først gikk den ene sykepleier inn til pasienten og registrerte data ut fra kartleggingsverktøyet, deretter gikk neste sykepleier inn og gjennomførte den samme kartleggingen. Dette ble også gjort med unntak av at de hadde kontakt seg i mellom på grunn av nytt valg av pasient. Kartleggingen som ble gjort av denne ene pasienten av de to sykepleierne ble gjennomgått umiddelbart i etterkant sammen med studentene og prosjektleder. Ved gjennomgangen kom det frem at den ene sykepleieren ga høyere risiko score poeng på to punkter, ett på appetitt og ett på stressfaktor. Risiko score poengene ble likevel

kategorisert i samme gruppe da poengene var 6 og 8 og poenggruppen for høy risiko for underernæring rommer 6-15 poeng. Resultatet ble gjennomgått og tatt til følge for videre i kartleggingen. Sykepleiestudentene var deltagende. Det ble ikke foretatt endringer på registreringskjemaet det kunne brukes slik det var.

Gjennomføringen av kartleggingen

Etter gjennomgang av NRS gjennomførtes en kartlegging til samtlige pasienter ved to tilfeller. Ved det første tilfellet 4 februar 2009 registrertes 21 pasienter og ved det andre tilfellet 11 februar registrertes 21 pasienter. Totalt omfattende kartleggingen var 42 pasienter, antallet pasienter i avdelingen er tilnærmet 72. Alle inneliggende pasienter i fjerde etasje inkludert i kartleggingen med unntak av pasienter med alvorlig sykdom, døende og andre forhold som for eksempel demente pasienter hvor det ikke var etisk forsvarlig. Ikke alle ble sprut ut i fra pasientens tilstand.

Kartleggingen ble foretatt av sykepleierne og studentene. Sykepleierne hadde kjennskap til skjemaet fra bruk i egen sykepleiepraksis, mens studentene ble kjent med det først nå i sin praksisperiode på sykehuset. Selv om registreringskjemaet var kjent for sykepleierne var det likevel en ny situasjon for dem å gjennomføre dette i studie som inneholder en mer formell prosess med skriftlig informasjon og samtykkeskjema i tillegg til å ha med studenter. Den første kartleggingsdagen den 4. februar hadde vi felles oppmøte og felles informasjon og gjennomgang en gang til av registreringskjema, samtykkeskjema og informasjonsskriv.

Ni studenter fikk oversikt over de pasientrommene hvor de skulle være med å kartlegge. Det var anledning til å stille spørsmål om det var behov for det. Sykepleierne i arbeidsgruppen kartlegger to tun hver, sykepleiestudentene var deltagende i kartleggingen med sykepleierne etter liste over "sine" pasientrom. Sykepleierne tok med en student om gangen. Sykepleieren gikk foran som modell, etter hvert som studenten erfarte og tok initiativ fikk studenten mer ansvar og gjennomførte kartleggingen selvstendig mer og mindre uten sykepleier. Alle ni studenter var med den første kartleggingsdagen.

Ved den andre kartleggingsdagen 11. februar var det kun en kort introduksjon til dagen. Deltakerne var to sykepleiere og syv studenter de var kjent med hva se skulle gjøre etter erfaringer fra den første dagen og gikk rett inn i kartleggingen og det var god flyt i

kartleggingen. Seks av studentene er i sin første sykehuspraksis, mens tre studenter er i sin aller siste praksis. To studenter i siste praksis var ikke med på den andre dagen, de jobbet på dagvakt på tun.

Studentene og sykepleierne samlet inn tilleggsinformasjon. Det var dokumentasjon om ernæringstiltak i journal og sykepleie-dokumentasjon om ernæringstiltak og tidligere utfylt NRS skjema som tidligere beskrevet for respektive pasienter.

Etiske vurderinger

REK ble kontaktet angående vurdering og eventuelt godkjenning for gjennomføring av prosjektet, i dette tilfellet var det ikke behov for å søke om godkjenning. REK hadde en oppfattning om at studiet gikk ut på en kvalitetskontroll vedrørende kartlegging av underernæring internt ved institusjon og at studiet slik sett ikke er fremleggspliktig for REK. Det forutsettes at pasientene gir sitt frivillige samtykke, de kan avbryte når de vil. Pasientene skal ikke kunne gjenkjennes i publikasjoner. Etiske aspekter ble også diskutert i forkant og underveis i kartleggingen blant annet i forhold til deltagelse og egnethet (Eide 2007).

Skjemaene som ble brukt i kartleggingen settes det nummer for slik at de er gjenkjennelig i prosessen om noen vil trekke seg fra prosjektet. I tillegg er nummereringen viktig for å holde oversikt over papirene til den enkelte pasient. Alle data ble tatt vare på av prosjektleder. Ansvar for å legge registreringsskjemaene og dokumentasjon av tiltakene ble gjort fortløpende av sykepleierne og sykepleiestudentene i samarbeid med prosjektleder begge dagene hvor det ble kartlagt. Oversikten med navn oppbevares innelåst sammen med samtykkeskjema i prosjekt-tiden for senere å bli makulert etter at rapporten er ferdig.

Oppfølging av sykepleierne og studenter om kartleggingen

Etter kartleggingen gjennomførte prosjektleder sammen med studentene intervjuer av de to sykepleierne som begge deltok i kartleggingen. Intervjuet omfattet fem spørsmål om kartleggingen og deres erfaringer (Vedlegg C). Spørsmålene var: Hva har dere erfart om informasjon om kartleggingen. Hva har dere erfart om samtykke-

skjema. Vil dere si noe mer om deres erfaringer om risiko score skjema. Hva har dere erfart gjennom de to dagene med kartlegging og er det andre erfaringer dere vil fortelle om? Gjennomføringen av intervjuet foregikk ved at prosjektleder stilte spørsmål, studentene noterte seg svarene. I forkant hadde tre sykepleiestudenter som var i sin siste praksis fått anledning til å komme med forslag til spørsmål i spørreskjema, som var med å innvirke på de endelige spørsmålene som ble de endelige.

De to sykepleiere fikk også evaluere skriftlig (Vedlegg D). Spørreskjema har elleve spørsmål de er delt inn i tre kategorier: om de bruker kartleggingsverktøyet, om selve bruken av skjemaet og oppfølging av tiltak. Første kategori inneholder spørsmål om hvordan skjemaet blir brukt (spørsmål 1, 3, 4, 7 og 8). Kategori to er om bruken av kartleggingsskjemaet generelt og hvordan det brukes på avdelingen (spørsmål 2, 5, 10 og 11). Tredje kategori er om sykepleiernes uttalelse på nytten av faglige oppdateringer og deres syn på hvordan ernæringstiltak blir fulgt opp (spørsmål 6 og 9). Spørsmålene var åpne uten svar alternativer.

Studentene fikk også et spørreskjema (Vedlegg E). Studentene fikk seks skriftlige spørsmål om kartleggingen av skjema og prosessen. Spørsmålene var som til sykepleierne åpne uten svar alternativer.

Spørsmålene studentene fikk vedrørende kartleggingen og skjema var:

1. Hva har dere erfart om informasjon om kartleggingen,
2. Hva har dere erfart om samtykkeskjema,
3. Vil dere si noe mer om deres erfaringer om risiko score skjema,
4. Hva har dere erfart gjennom disse to dagene med kartleggingen,
5. Hvordan var den første dagen med gjennomgang og undervisning på bruk av skjemaet
6. Andre erfaringer dere vil fortelle om.

Åtte av ni studenter svarte på spørreskjema.

Bearbeiding av data fra kartleggingen

Data fra *NRS skjemaet* bearbeidet med deskriptiv statistikk og redegjøres med frekvens og total poeng utifra instruksjoner som følger skjemaet. Poengsummen i forhold til risiko ble delt inn i lav risiko, moderat risiko og høyrisiko. Dokumentasjon av ernæringsrelatert problematikk og tiltak er identifisert for pasienter med høy score for pasienter med risiko for underernæring er bearbeidet ved liste de opp.

Intervjuer med sykepleier har blitt bearbeidet sammen med studentene. Studenten hadde hver og en samlet seg notater fra hvert enkelt spørsmål. De fem spørsmålene ble diskutert og gjennomarbeidet utifra likheter og forskjeller i informantenes svar og det ble formet i samarbeid svar for hvert spørsmål og validert ved at alle studentene sa seg enige om at det var svaret som ble gitt. Alle studentene la fram det de hadde som innhold i svarene fra hvert enkelt spørsmål. Etter at alle hadde fremlagt sitt bidrag, bearbeidet vi et svar som inneholdt studentenes samlende svar for hvert enkelt spørsmål. Sykepleierne deltok ikke ved bearbeidelsen av resultatet som ble gjort av prosjektleder og studentene.

Ved bearbeidingen av *spørreskjemaet* til sykepleierne sentrerer spørsmålene i tre kategorier. Data materialet fra spørreskjemaet ble bearbeidet gjennom å lage meningsfortetting innen de tre ulike kategoriene.

Spørreskjema til studentene har blitt bearbeidet med at prosjektleder har trekt ut felles meningsforståelse av hvert enkelt spørsmål og skrevet en kort sammenfatning fra deres inntrykk og erfaringer fra kartleggingen og prosessen (Vedlegg D).

Tidsakse

Tabell 1. Tidsaksen viser når de ulike aktivitetene har vært under prosjektiden

År	2008					2009								
	8	9	10	11	12	1	2		8	9	10	11	12	
Måned						28	4	11	26					
Dag														
Milepæl/ aktivitet														
Planleggingsfasen														
Undervisning til studentene.						♦								
Pilotstudie						♦								
Informasjon til studentene.							♦							
Første kartlegging.							♦							
Andre kartlegging.								♦						
Evaluering av sykepleiernes erfaringer.								♦						
Evaluering av studentenes erfaringer.									♦					
Skrive rapport														

I selve gjennomføringen av kartleggingen er det sykepleierne, studentene og prosjektleder som har vært deltagende. Pilotstudie hvor validering av kartleggingsverktøyet ble foretatt ble foretatt 28/01 09. Informasjon om kartleggingen til avdelingen ble gjort av seksjonslederne. Undervisning og informasjon til studentene foregikk i samarbeid med arbeidsgruppen og prosjektleder 28/01 09. Programmet for undervisningen og informasjonen inneholdt presentasjon av prosjektet, gjennomgang av kartleggingsverktøyet, samtykke skjema, pilot studie og gjennomgang av kartleggingsverktøyet. Kartleggingen ellers gikk over to dager 04/02 og 11/02 09. Bearbeidelse av data er gjort og presentasjon av data foreligger i rapporten. Beskrivelse av prosessen er dokumentert i form av intervju med sykepleierne i intervju og spørreskjema hos dem.

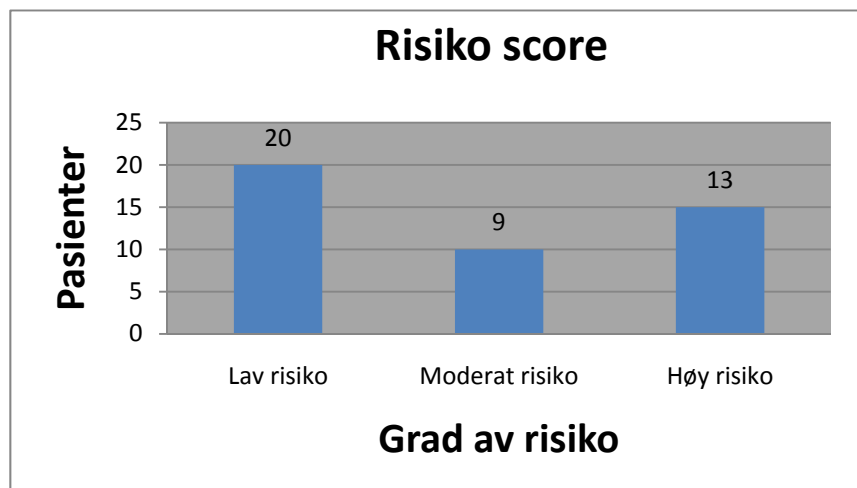
Hensikten var å øke kunnskap om ernæring og implementere NRS som kartleggingsverktøy. Kunne identifisere underernæring og sørge for at tiltak ble iverksatt der behovet ble avdekket.

Resultat

Resultatet presenteres utifra spørsmålene i kartleggingsinstrumentet samt identifisering av tiltak som dokumenteres i pasientjournal for pasienter med ernæringssvikt. Studenters og sykepleieres evaluering av kartleggingsprosessen beskrives utifra spørsmål i enkeltformuleringer i respektive intervjuguider.

Kartlegging av ernæringsstatus med hjelp av Nutrition Risk Score (NRS)

Resultatet viste at 20 pasienter var i kategori lav risiko for underernæring, ni pasienter i kategori moderat risiko for underernæring og 13 pasienter med høy risiko for underernæring. (se Figur 1)



Figur 1. Grad av risiko for pasienter ved to kartleggingstilfeller 42 pasienter.

Risiko for underernæring var noe forskjellig på første til andre kartlegging. Når det gjelder den første målingen (n=21) var det seks pasienter som kom inn under gruppen med moderat risiko for underernæring, mens fem kom inn under høy risiko for underernæring. I den andre kartlegging (n=21) var det tre pasienter som kom inn under moderat risiko for underernæring og åtte som kom inn under høy risiko for underernæring. Det var ikke de samme pasientene som ble spurt ved de to målingene.

De som hadde fått høyt poeng score på appetitt hadde alle utfall på moderat eller høy risiko for underernæring med unntak av ett tilfelle som var i lav risiko. Appetittproblematikk ga moderat eller høy score. Problematikk rundt appetitt korrelerer med høy score for risiko for underernæring. Det kommer ikke tydelig frem på tabell 2, men studerer en enkeltsvarene kommer det frem. Dette er også et vektlagt punkt i skjemaet at de som har problematikk på appetitt kommer rakst opp i gruppen for moderat eller høy risiko. I tabell 2 redegjøres det for kartleggingsinstrumentets spørsmålsområde samt utfallet ved respektive kartleggingstilfeller.

Tabell 2. Resultatet av ernæringsstatusen kartlagt ved to tilfeller ved bruk av NRS.

Variabler	Totale antall n=42 (100 %)	Tilfelle 1 n=21(%)	Tilfelle 2 n=21
Vekttap			
Ufrivillig vekttap siste 3 måneder			
Intet vekttap	23(54,8)	13(61,9)	10(47,6)
0-3 kg vekttap	7 (16,7)	3(14,3)	4 (19,0)
>3-6 kg vekttap	4 (9,5)	1 (4,8)	3 (14,3)
>6 kg vekttap	8 (19,0)	4(19,0)	4 (19,0)
BMI			
>20 Normalvektig og oppover	37(88,1)	19(90,5)	18(85,7)
18-19 Grense på 18,5 ved undervektig	4 (9,5)	1 (4,8)	3 (14,3)
15-17 Undervektig	1 (2,4)	1 (4,8)	0 (0,0)
>15 Alvorlig undervektig	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

Variabler	Totale antall n=42 (100 %)	Tilfelle 1 n=21(%)	Tilfelle 2 n=21
Appetitt			
God spiser meste-parten av måltidene	26(61,9)	13(61,9)	13 (61,9)
Dårlig, lite matinntak	10(23,8)	4(19,0)	6(28,6)
Tilnærmet null, klarer ikke spise, null per os	6 (14,3)	4(19,0)	2 (9,5)
Evnen til å spise			
Ingen problemer med å spiser selvstendig ingen problemer med diaré /oppkast	27(64,3)	15(71,4)	12(57,1)
Problemer med å håndtere maten, trenger for eksempel spesial bestikk. Oppkast	4 (9,5)	1 (4,8)	3 (14,3)
Svelgproblemer, trenger endret konsistens, tannproblemer eller tyggeproblemer som virker inn på matinntaket. Spiser sakte. Moderat oppkast og/eller diaré. Trenger hjelp til å spise.	9(21,4)	3(14,3)	6 (28,6)
Klarer ikke å ta til seg mat per os. Klarer ikke å svelge. Alvorlig oppkast/ diaré.	2 (4,8)	2 (9,5)	0 (0,0)
Stressfaktorer relatert til sykdom			
Ingen	11 (26,2)	4 (19,0)	7 (33,3)
Mild	6 (14,3)	4 (19,0)	2 (9,5)
Moderat	16 (38,1)	7 (33,3)	9 (42,9)
Alvorlig	9 (21,4)	6 (28,6)	3 (14,3)

Tabellen viser at cirka en femtedel av pasientene totalt i tabell 2 viser et vekttap på > 6 kg og BMI verdiene viser at majoriteten av pasientene var normalvektige med verdien over 20. Ved den andre registreringen har det en svak tendens til høyere vekttap ved 0-3 kg og 3-6 kg, og en svak nedgang på BMI. Selv om denne forskjell er veldig liten kommer det fram at i andre måling er det åtte pasienter av tjuen med høy risiko for undernæring kontra fem i den første målingen. Cirka halvparten av pasientene hadde mild eller moderat sykdomsrelatert stress ved de to bedømmingstilfellene.

Sykepleie dokumentasjon av ernæringsproblematikk og tiltak

Sykepleiedokumentasjon i forhold til ernæring var kartlagt hos de fjorten pasientene med høy risiko for underernæring totalt ved begge bedømmings tilfellene. De sykepleiedata og tiltakene som ble identifisert hos fjorten pasienter i sykepleiedokumentasjon var om matlyst, kvalme, oppkast, halsbrann, om hvordan pasienten har spist og hva pasienten har spist. Videre tiltak om intravenøst, om ernæringsdrikker, oppmerksomhet på at ernæring er et problem. Drikke og kostregistrering, tilby mat utenom måltider, diabeteskost, mating, hovne bein, bør ta vekt, ernæringsfysiolog følger opp. Medikamenter i forkant av måltidet og ønskekost.

I gjennomgangen av alle pasientene er det variert hvor godt problemene med ernæring var beskrevet og hvor godt tiltakene var beskrevet, det var ikke alltid utfyllt.

Spørreskjema til sykepleierne

Her vises resultatet fra spørreskjemaet som ble gjennomført til sykepleierne i arbeidsgruppen.

Bruk av NRS for gjennomføring av tiltak: Sykepleierne bruker skjemaet og syntes det er enkelt. Hos døende pasienter egner ikke skjemaet seg og blir ikke brukt. De vurderer ressursbruken i forhold til hver pasient. Skjemaet kan brukes i samband med enkle inngrep, og ved vurdering av behov for å fylle ut, igangsette tiltak er avhengig av pasientens tilstand, prognose og behov.

Skjemaet blir brukt til enkelte, til pasienter med alvorlige sykdommer. Om de blir oppfordret til å bruke skjemaet i avdelingen svarer sykepleierne at i avdelingen blir skjemaet snakket om med leger, ernæringsfysiolog og kollegier. Hvis pasienten blir veid ved innkomst blir det skrevet ned på skjemaet og de fyller ut resten av skjemaet etter hvert. Bruk av skjemaet bedømmes ut i fra innleggelsesgrunn og hvor lenge pasienten skal være i avdelingen, pasientens sykdom og tilstanden. Oppfølging av tiltak gjøres relatert til vekt, drikke og kostliste. Videre gjøres kaloriberegning, tilbyr ønskekost, næringsdrikker, og andre energi/kaloririke matvarer/drikker. Sykepleierne snakker med pasienten om nytten og viktigheten av faglige oppdateringer om ernæring. Det er viktig for å gi pasienten

riktig kost, velge matvarer med de næringsstoffene som pasienten trenger og de understreker at de trenger faglige oppdateringer.

Intervju med sykepleier

Spørsmål om sykepleiernes erfaring om:

1. *Hva har dere erfart om informasjon om kartleggingen?* Sykepleiernes erfaringer var at informasjonen til pasientene var at det er lettere å få ja der pasienten kjenner sykepleieren. Det bør brukes enkle ord for å få frem informasjon.
2. *Hva har dere erfart om samtykkeskjema?* Sykepleiere hadde ikke fått noen spørsmål om fra pasientene hvorfor de måtte signere eller om det var noe rart. Samtlige tilspurte pasienter samtykte til å være med.
3. *Hva er deres erfaringer om risiko score skjema?* Sykepleierne anså at skjemaet var gjennomtenkt og relevant. De vurderer spørsmålene ut i fra de erfaringer de har. Det går ikke utover total scoren, selv om det blir spurt på forskjellig måter. De mener videre at de to første spørsmålene om vekttap og BMI er konkrete. Spørsmålene tre, fire og fem krevde vurdering. Ved bedømming av pasienten ernæringsstilstand ut ifra kartleggingsverktøyet brukte de samtalen for å få frem data de trengte til spørsmålene i skjemaet.

Sykepleiernes erfaringer om kartleggingen gjennom disse to dagene med kartlegging var mangfoldige. Begge opplevde at de fikk roligere dager, med mulighet til å snakke med pasientene. Studentene var ivrige og flinke til å delta i kartleggingen og de syntes at det var hyggelig å ha med seg nye studenter. Studentene og sykepleierne lærte skjemaet å kjenne slik at overgangen mellom spørsmålene ble glidende. Jo mer sykepleierne brukte skjemaet, jo enklere gikk gjennomføringen, og de ble friere etter hvert. Andre erfaringer fra sykepleierne var at de mener de kan få de fleste pasienter inn under (i) risiko sonen for underernæring. Tiltak må vurderes nøye utefra totalscore. Tiltak som må til varierer mye fra pasient til pasient. Hvor store tiltak de setter i gang, avhenger av hvor lenge pasientene blir på avdelingen.

Studentenes evaluering

Redegjørelse av studentenes evaluering presenteres under respektive spørsmål de svarte på. Studentene fikk fem spørsmål som de svarte på vedrørende kartleggingen og skjema. Spørsmålene som ble gjort rede for her var:

1. *Hva har dere erfart om informasjon om kartleggingen?* Studentene erfarte at de lærte å bruke enklere ord og at det må være kortfattet informasjon til pasientene og at kartleggingen må gjøres ufarlig- hvilket innebærer studentene lærte praktisk å anvende kunnskap i handling og erfare pasientens syn på hans interesse for kartleggingen. Deres erfaring var også at kartleggingen var enkel å gjennomføre.
2. *Hva har dere erfart om samtykkeskjema?* Studentene erfarte at samtykkeskjemaet gikk greit ingen pasienter syntes det var vanskelig å forstå. Enkelte pasienter syntes det ikke var viktig å skrive under. Pasienter som ville delta skrev under uten betenkeligheter. Studentene fikk ingen negative tilbakemeldinger fra pasienter på det som sto i tekst eller at de skulle samtykke med ved å gi sin signatur. Studentene mener informasjonsskrivet burde vært enda enklere. Det begrunnes med flere momenter eksempelvis eldre pasienter, mye å lese og enklere språk kunne vært bedre.
3. *Hva er deres erfaringer om NRS?* Studentene erfarte at skjemaet var enkelt å besvare. Studentene kommenterer sine erfaringer i forhold til score skjemaet. De anså at spørsmål tre i skjemaet har stor innvirkning på total score noe som får konsekvens om pasienten får moderat eller høy score. Studentene erfarte at score kan påvirkes av hvordan sykepleier spør pasienten og hennes tolkning, men at score poeng totalt sett til slutt kommer i riktig risikogruppe i følge pilotstudie.
4. *Hva har dere erfart gjennom disse to dagene med kartleggingen?* Studentene erfarte at kartleggingen tar lang tid som innebærer mye venting, positivt for studiearbeid og samsnakk med medstudenter. Studentene reflekterer at pasientene går inn i en risiko gruppe for underernæring og det derfor er viktig å følge opp. Student ene erfarte at det er viktig å lytte til pasienten for å få sammenheng i kartleggingen. Studentene reflekterer over at selv spørsmål kan være en påkjenning for dårlige pasienter.

5. *Hvordan var den første dagen med gjennomgang og undervisning på bruk av skjemaet?* Studentene erfarte at gjennomgangen og undervisningen var bra. Det innebærer tilbakemelding på grei og tydelig informasjon, veldig nyttig, fin og informativ. En student syntes det var mye venting mens sykepleierne foretok pilot undersøkelsen, mens annen kommenterer at hun også lærte mye av gjennomgangen etter pilot undersøkelsen. Studentene erfarte ønske om mer kunnskaper gjerne et bakgrunnskurs med helt konkrete tall og en bakgrunnsanalyse om hvorfor vi kartlegger og hvem som skal bruke det.
6. *Er det noen andre erfaringer dere vil fortelle ?* Studentene undrer seg om at et så enkelt kart-leggingsskjema som NRS sjeldent blir brukt videre at det er viktig at oppgavene til studentene blir konkrete slik at de vet hva som kreves av dem.

Diskusjon

Resultatet viser at 52 % av pasientene (n=22) kommer inn under gruppen moderat og høy risiko for underernæring. Det deler seg videre mer spesifikt inn i 21 % med moderat risiko for underernæring og 31 % med høy risiko for underernæring. Dette resultatet stemmer godt overens med studier av Corish (2004) hvor det også ble brukt to kartleggingsverktøy hvor av det ene kartleggingsverktøyet var NRS og der ble det avdekket 29 % med høy risiko for underernæring og her i dette tilfellet var det 31 % da er det bare to prosent som skiller. NRS alene som faktor for å identifisere underernæring vil gi en indikator på aktuell risiko for underernæring. Hvordan dette videre følges opp er av betydning. Vekt reduksjonen hos de som ble innlagt varierer mellom 1 – 6 kilo. Til sammen i prosent utgjør dette cirka 45% (n=19) av pasienter. Denne vektreduksjonen utgjør en risiko for underernæring. De fleste pasientene som kommer inn under moderat og høy risiko for underernæring viser utslag på problematikk rundt appetitt. Ernæringstiltak fra sykepleie dokumentasjon viser at det ikke blir ført dokumentasjon hos alle pasientene om appetittproblematikk. Hos pasienter med høy score er det åtte som ikke har tiltak i sykepleie dokumentasjon på ernæring, mens fem har. Videre framkommer at de fleste pasientene har BMI over 19 som er innen normalverdiene. Sammenhengen mellom BMI og risiko er interessant. BMI var tilsynelatende høyt hos de pasientene vi undersøkte. I andre sykehus er det referert til 10-60 % av pasientene er underernærte ved innleggelse (Stratton et al., 2003). I gruppen som viser høy score for underernæring er det bare fire av 42 med BMI under 19, mens det er tretten som er i denne gruppen for høy risiko for underernæring.

Det er få tiltak til gruppen med høyrisiko score for underernæring ut i fra litteratur ville denne gruppen ha effekt av tilrettelagt tiltak ut i fra generelle retningslinjer om grunnleggende behov for ernæring. Dersom pasienter i gruppen med høg risiko for underernæring hadde fått en grundig gjennomgang av sine behov og virksomheten hadde

iverksatt tiltak ville pasientene fått gevinst av effekten av tiltakene. Det at avdelingen implementerer ernæringstiltak kan få rehabiliteringen til pasienten i et optimalt utgangspunkt utifra de forhold som er mulig å gjøre noe med. Underernæring er en vesentlig problematikk i sykehus og sykehjem i dag. Hvordan ernæringstiltakene videre følges opp systematisk plan som blir implementert i avdelingen er interessant.

Resultatet viser at studentene lærte at ved å bruke enkle ord inne hos pasienten var det lettere å få frem sitt budskap. Dette samsvarer også med det sykepleierne uttalte. Studentene syntes NRS skjemaet var enkelt å besvare. Det kom frem at ordvalget var vesentlig om du fikk et ja til deltagelse. Likeledes om den personen som spurte var kjent med pasienten tidligere hadde innvirkning for å få et positivt svar ved å gi sitt samtykke.

Studentene er oppmerksomme på at score kan påvirkes av hvordan sykepleier spør og hennes tolkning, men at score poeng totalt til slutt kommer i riktig risikogruppe. Dette erfarte vi også gjennom pilotundersøkelsen som vi foretok i avdelingen. Studenten kom totalt sett med veldig mange aktuelle vinklinger av kartleggigen som samsvarer med aktuell litteratur. Studentene har kommet med en rekke verdifulle tanker om ernæringsstatus og refleksjoner rundt kartleggingen som er aktuell i forhold til temaet. Kan være faglig nyttig å ta med studenten i faglige diskusjoner i avdelingen.

Ved intervjuer og spørreskjemaer med sykepleierne framkommer at det blir fulgt opp vektkontroller og drikke og kostlister. Kaloriberegning, ønskekost, næringsdrikker og andre energi/kaloririke matvarer/drikker. Helse og sykehuspersonalet har ansvar for å være oppmerksomme på pasienters ernæringsstatus (Unosson et al., 1998) det kommer frem at det er et miljø for å snakke om ernæringsstatus i avdelingen. De bruker NRS skjemaet til enkelte de som har alvorlige sykdommer. Vekt blir fylt ut på skjemaet. Ressursbruken i forhold til hver enkelt pasient blir vurdert da i forhold til vurdering av behov for å fylle ut skjemaet. Det blir da igangsett tiltak avhengig av pasientens tilstand, prognose og behov. Ressursbruken er sykepleierne som ble intervjuet opptatt av. Det som kommer frem gjennom registreringen av NRS skjemaet på de to kartleggingsdagene er at sykepleierne får økt innsikt i hvordan de bruker skjemaet gjennom å ha kontinuitet.

NRS som kartleggingsverktøy er interessant i forhold til framkomne resultater jamfør studiet til Corish (2004) som sammenligner to ulike kartleggingsverktøy.

Sykepleierne sier at faglige oppdateringer er viktig kan tolkes som en interesse til å sette seg inn i nytt fagstoff og de er positive til å sette seg inn i nytt fagstoff noe som er viktig i følge Unosson & Rothenberg 2000. Næringstilstanden til pasienter målt på medisinsk og kirurgis avdelinger her målt på bakgrunn av NRS. Gjennomsnittlig liggedøgn er fire på avdelingene.

Tidlig score test for risiko pasienter vil være ønskelig slik at optimal ernærings situasjonen tilstrebes.

Forslag til videre arbeid

Delprosjekt to kan være å arbeide videre med implementeringen av NRS til alle pasienter og rapportere i en annen del rapport. Underernæring er en vesentlig problematikk i sykehus og sykehjem i dag. BMI viser seg høy her i dette studiet, men graden av risiko for underernæring slår til med stor prosentandel for moderat og høyrisiko score. Hvordan sammenhengen er her kunne vært interessant studie. Vekttap de siste månedene de siste månedene før innleggelse er også interessant å se på i et omsorgsperspektiv. Videre være oppmerksom på ernæringsstatus før og etter kant av innleggelsen er interessant å se på. Hva som ligger av data i disse to områdene kan være interessant å se på flere nivåer. Bevisstheten om å kartlegge ernæringsstatusen og jobbe ut i fra resultatet konkret i den daglige virksomheten kunne vært interessant å gå videre inn i.

Utbytte av prosjektet

Prosesen med kartleggingen har vært lærerik. Sykepleierne fikk veldig godt tak på registreringen etter hvert. Studentene fikk ansvar etter hvert som de mestret registreringen. Sykepleierne og studentene fikk et godt samarbeid og fikk gode erfaringer på hvordan et prosjekt kunne gjennomføres.

Det er nyttig for høgskole og sykehus å samarbeide om praksisprosjekter, vilje til å gå inn i utviklingsområder som er til felles nytte for studentenes læring.

Det kan være nyttig å se på hva som kunne vært gjort annerledes. Planleggingen kunne ha tatt mindre tid. Dialog om hva som skal gjennomføres og ha en realistisk plan er en utfordring.

Litteraturliste

- IS-1580 Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Oslo: helsedirektoratet; 2009, 06/2009.
- Lasson, J., Åkerlind, I., Permerth, J. (1994) *The relation between nutritional state and quality of life in surgical patients*. The European Journal of Surgery.
- Unosson, M., Rothenberg E., (2000). Bedømming av pasientens næringstillstand. In. *Næringsproblem I Vård & omsorg: Prevention och behandling: Sos-rapport 2001:11* (pp. 18-38). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Kvale S. , Brikmann.S.(2009) *Det kvalitative forskningsintervju*, Oslo, Ad notam Gyldendal. 2. utgave, 1. opplag 2009
- Eide (2007) *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning og etikk*. Gyldendal Norsk Forlag AS 2.utgave 1.opplag 2007
- Stratton. R.J., Elia, M, Green C.J. (2003) *Disease related malnutrition: An evidence base approach to treatment*. Wallingford, United Kingdom: CABI publishing;.
- Nasjonal Helseplan 2007-2010*. (2006) Helse og omsorgsdepartementet;. Særtrykk av st.prop. nr 1 (2006-2007), kapittel 6.
- Hansen M.F, Nielsen M.A, Blitz C., Seidelin W., Almdal T.(2008) Catering in a large hospital – Does serving from a buffet system meet the patients needs? *Clinical Nutrition* 27, 666-669.
- Pirlich M., Schütz T., Kemps M., Luhman N., Minko N., Lübke H.J., Rossnagel K., Willich S.N., Lochs H. (2005) Sosial risk factors for hospital malnutrition. *Nutrition* 21(3): 295-300

Corish, C.A. , Flood.P, Kennedy N.P., Comparison of nutritional risk screening tools in patients on admission to hospital. (2004) *J Hum Nutr Dietet*, 17, 133-139.

Eila, M.(Ed.).2000. *Guidelines for detection and management of malnutrition* (1st ed.). Maidenhead: Malnutrition Advisory Group (MAG). A Standing Committee of BAPEN.

Mowe, M., Bosaeus, I., Rasmussen, H., Kondrup, J., Unosson, M,& Irtun, O. (2006). Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: A questionnaire based survey. *Clinical Nutrition*

Barendregt, K., Soeters, P.B., & Allison, SP. (2004). Influence of malnutrition on physiological function. In. L. Sobotka (Ed.), *Basics in clinical nutrition*. Prague: Galen (ESPEN Book).

Vedlegg

Vedlegg 1 Samtykkeskjema

Vedlegg 2 NRS med rubrikker

Vedlegg 3 Spørsmål til sykepleierne muntlig

Vedlegg 4 Spørsmål til sykepleierne skriftlig

Vedlegg 5 Spørsmål til studentene

Vedlegg A Samtykkeskjema

Informasjon og samtykke.

"Sulten på sykehus" er tittel på felles prosjekt mellom Høgskolen i Gjøvik og Ringerike sykehus helseforetak (HF). Kostholdet er svært viktig i forebygging og behandling av en rekke sykdommer. God ernæring er avgjørende for menneskets vekst, utvikling og trivsel. Hensikten med dette prosjektet er å fremme samarbeid mellom høgskolene og praksisfeltet, spesielt i relasjon til praksisundervisning, forskning og utviklingsarbeid.

I dette prosjekt skal vi jobbe med kartlegging av underernæring og se på hvilke tiltak som er iverksatt i sykepleiedokumentasjon og journal.

I kartleggingen brukes et skjema som identifiserer behov for ernæring. Kartleggingen foregår på Ringerike sykehus HF 28/1, 04/02 og 11/2 i 2009. Det blir her kartlagt ditt behov for ernæring og tiltak blir gitt ut i fra det. Det er frivillig å delta i undersøkelsen, du kan trekke deg dersom du ønsker det på hvilket som helst tidspunkt. Det kan gjelde hele kartleggingen eller deler av det. Det skal ikke være mulig å kunne identifisere personer. Kartleggingen vil bli behandlet konfidensielt navn vil ikke bli nevnt i noen sammenheng. Resultatet fra kartleggingen kommer til å presenteres i en rapport. Det skal skrives en rapport til slutt om arbeidet med kartleggingen og de funn som måtte komme ut av prosjektet som helhet. Rapporten kommer til å være tilgjengelig i Høgskolen i Gjøvik sin rapportserie. I rapporten og eventuell fagartikkel jobbes det for at det umuliggjøres identifisering av deltakerne i prosjektet. Er det noen spørsmål i forbindelse med deltagelse i undersøkelsen kontakt telefonnummer som er oppgitt til prosjektleder.

Håper du vil delta.

Ringerike 04. Februar 2009

Med vennlig hilsen
Prosjektgruppa

Nr.

Anne Johanne Rotrud
Prosjektleder i "Sulten på sykehus"
Høgskolen i Gjøvik, box 191, Teleskolerveien 22, 2802 Gjøvik
Telefon: mobil 90 90 24 00, jobb 61 13 53 69
Tid: 0800-1330.

SAMTYKKE-ERKLÆRING

"Sulten på Sykehus"

Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet og sier meg villig til å delta.

Dato:.....Signatur:.....

Vedlegg B NRS med rubrikker

Nr	Ja	Delvis	Nei
Ernæringstiltak dokumentert i sykepleiedokumentasjon		-	
Ernæringstiltak dokumentert i journal		-	
Utfylt score skjema			

Risikoscore for underernæring (≥18 år) Nutrition Risk score (NRC) (Reilly et al 1995):

Vekt: _____ kg

Høyde: _____ cm

1. Ufrivillig vekttap siste 3 måneder:	
Intet vekttap	0
0-3 kg vekttap	1
>3-6 kg vekttap	2
>6 kg vekttap	3
2. BMI:	
≥ 20	0
18-19	1
15-17	2
< 15	3
3. Appetitt:	
God, spiser mesteparten av 3 måltider/ dag (eller tilsvarende)	0
Dårlig, lite matinntak, setter igjen > halvparten av servert mengde.	2
Tilnærmet lik null/null, klarer ikke spise, null per os (i > 4 dager)	3
4. Evnen til å spise/beholde maten:	
Ingen problemer med å spise, spiser selvstendig Ingen diaré eller oppkast	0
Problemer med å håndtere maten, trenger f.eks. spesial bestikk Oppkast/ hyppige oppstøt eller gulping/ mild diaré	1
Svelgproblemer, trenger endret konsistens Tannproblemer som innvirker på matinntaket Tyggeproblemer som påvirker matinntaket Spiser sakte. Moderat oppkast og/eller diaré Trenger hjelp til å spise f.eks. pga fysisk handikap	2
Klarer ikke å ta til seg mat per os. Klarer ikke svelge (komplett dysfagi) Alvorlig oppkast og /eller diaré. Malabsorbsjon	3
5. Stressfaktorer:	
Ingen (innleggelse for utredning)	0
Mild (mindre kirurgi, mindre infeksjon)	1
Moderat (kronisk sykdom, større kirurgi, infeksjoner, brudd, trykksår, slag, inflammatorisk tarmsykdom, andre gastrointestinale sykdommer)	2
Alvorlig (Multiple skader, multiple brudd/brannskader, multiple dype trykksår, alvorlig sepsis, carcinom/malign sykdom)	3
Total sum:	0-15
Pasientene kategoriseres på følgende måte:	
Lav risiko for underernæring	0-3
Moderat risiko for underernæring	4-5
Høy risiko for underernæring	6-15

Foreslått oppfølging av de ulike kategoriene:

Risikoscore gjøres ved innkost og en gang i uken hvis pasientens tilstand endrer seg

Lav risiko: ingen oppfølging er nødvendig, sjekk vekt ukentlig.

Moderat risiko: sjekk vekt ukentlig, oppmuntre til å spise og drikke, erstatt manglende måltider med supplement, gjenta risikoscore etter en uke og henvis til KEF hvis det ikke har skjedd en forbedring.

Alvorlig risiko: henvis til KEF

(Personlig meddelelse H.M Reilly)

Vedlegg C Spørsmål til sykepleierne muntlig

Sulten på sykehus.

Ringerike Sykehus 11/02 2009

Spørsmål til arbeidsgruppen om kartleggingen av skjema og prosessen.

Hva har dere erfart om informasjon om kartleggingen?

Hva har dere erfart om samtykkeskjema?

Vil dere si noe mer om deres erfaringer om risiko score skjema?

Hva har dere erfart gjennom de to dagene med kartlegging?

Er det andre erfaringer dere vil fortelle om?

Vedlegg D Spørsmål til sykepleierne skriftlig
Sulten på sykehus.

Spørreskjema vedrørende Reilly's Risikoscore for underernæring (NRS) i samarbeidsprosjektet mellom Høgskolen i Gjøvik og Ringerike sykehus HF.

Profesjon:.....

1. Bruker du Reilly's Risikoscore (NRS) skjema?

.....
.....

2. Bruker du det til alle eller bare enkelte ut i fra din observasjon?

.....
.....

3. Hva er det som gjør at du eventuelt ikke bruker skjemaet?

.....
.....

4. Synes du ikke at det er viktig?

.....
.....

5. Er det din subjektive avgjørelse som gjør at du ikke bruker det i enkelte tilfeller?

.....
.....

6. Det ble holdt kurs i ernæring i fjor. Hva tenker du om nytten av faglige oppdateringer/ mer fokus på ernæring generelt?

.....
.....

7. Synes du NRS skjema er enkelt å bruke?

.....
.....

8. Kan NRS skjema brukes hos alle pasienter?

.....
.....

9. Hvordan følges ernæringstiltak opp?

.....
.....

10. På hvilken måte blir helsepersonalet her oppfordret til å bruke NRS?

.....
.....

11. Hvordan brukte du NRS?

.....
.....

Vedlegg E Spørsmål til studentene

Sulten på sykehus.

Gjøvik 16/02 2009

Spørsmål til studentene om kartleggingen av skjema og prosessen.

Hva har dere erfart om informasjon om kartleggingen?

Hva har dere erfart om samtykkeskjema?

Vil dere si noe mer om deres erfaringer om risiko score skjema?

Hva har dere erfart gjennom de to dagene med kartlegging?

Hvordan var den første dagen med gjennomgang og undervisning på bruk av skjemaet?

Er det andre erfaringer dere vil fortelle om?