



Granskning av dokumentation kring nutrition inom sjuksköterskans ansvarsområde i kommunal hälso- och sjukvård

Bakgrund och anledning till granskning

För att ha en god livskvalitet, förebygga sjukdom och för att medicinsk behandling ska ha god effekt är det nödvändigt med ett gott näringstillstånd. Sjuksköterskan ska göra en bedömning gällande risk för felnäring/undernäring. En riskbedömning ska minst omfatta: Vikt/BMI, aptit, ätproblem och allmänt hälsotillstånd. Det finns specialinstrument för riskbedömning som underlättar bedömningen och dessutom kan användas som ett komplement till klinisk bedömning och uppföljning.

Patient/närstående ska vara delaktiga i planeringen av vården och åtgärder ska planeras efter behov och önskemål. Sjuksköterskan behöver ofta samarbeta med olika yrkeskategorier för att uppmärksamma och tillgodose patientens alla olika behov.

Syfte

1. Att granska hur sjuksköterskan riskbedömer, ordinerar åtgärder och dokumenterar kring nutrition.
2. Att granska hur patientens/närståendes önskemål tas till vara.
3. Om samverkan finns mellan olika specialistkompetenser och i så fall vilka

Metod

Sjuksköterskorna valde ut en till två patientjournaler inom sitt ansvarsområde på personer som bedömdes vara i riskzonen för felnäring/undernäring. Dessa granskades utifrån en granskningsmall som kompletterades med sju intervjufrågor. Totalt granskades 85 patientjournaler och 55 sjuksköterskor intervjuades. Sjuksköterskorna hade ett patientansvar för mellan en och 55 patienter.

Majorna: 12 journaler granskades och 6 sjuksköterskor intervjuades.

Hälften av patientjournalerna som granskades var upprättade inom särskilda boenden för äldre och övriga fördelades jämt mellan särskilda boenden inom funktionshinder, korttidsboende och hemsjukvård. Nio stadsdelar i Göteborgs Stad deltog i granskningen under våren 2009.

Majorna: Granskningarna fördelades över äldreboende, korttidsboende och hemsjukvård.

Resultat

Granskningen visar att patientens problem och resurser framgår i status under sökordet nutrition i de flesta patientjournaler som även innehöll uppgifter om regelbundna viktkontroller och/eller BMI värden.

Däremot saknades riskbedömningar för hälften av patienterna. Endast en tredjedel av riskbedömningarna var kompletterade med något specialinstrument, t.ex. MNA (Mini Nutritional Assessment).

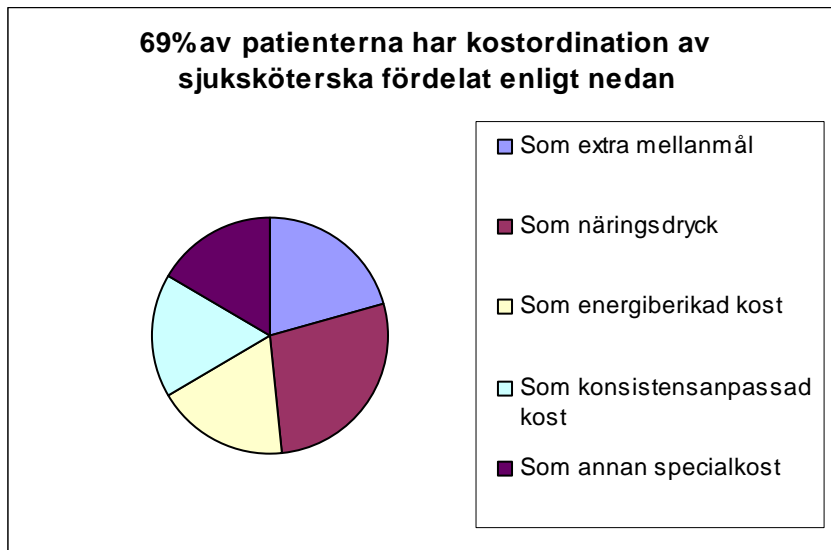
Majorna: Stämmer helt överens med resten av ingående stadsdelar.

Riskbedömning på alla patienter görs inte i någon stadsdel.

Vårdplan för nutritionsproblemet var upprättad i lite mer än hälften av de granskade patientjournalerna. En enklare typ av vårdplan kunde i vissa fall återfinnas i status eller i löpande anteckningar. Dessa enkla vårdplaner innehöll endast problem och åtgärd.

Majorna: I två tredjedelar av de granskade patientjournalerna fanns någon typ av vårdplan för nutrition.

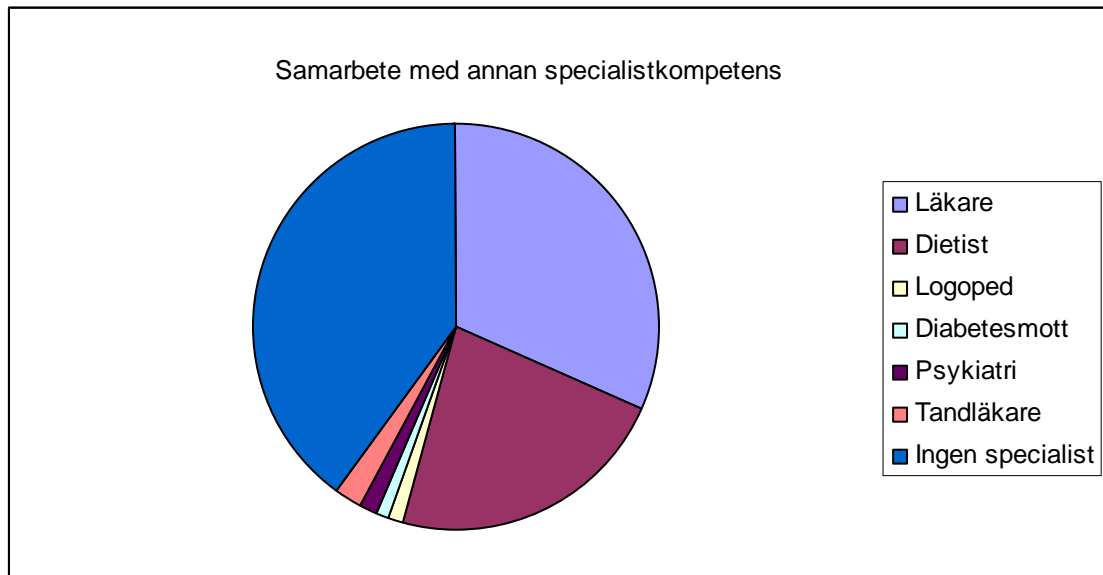
Kostordinationer fanns i nästan alla patientjournaler varav flertalet var ordinerade av sjuksköterska. Flertalet ordinationer var gjorda i samråd med patient/närstående. Sjuksköterskans kostordinationer var fördelade enligt nedan. En patient kan ha flera olika ordinationer och en tredjedel av patienterna hade fler än en ordinerad åtgärd.



Vid intervjuerna framkom att ordinationer, instruktioner och samverkan i huvudsak skedde muntligt och på möten. Sjuksköterskan hade dokumenterat sina instruktioner och ordinationer till vårdpersonalen i två tredjedelar av patientjournalerna men få av sjuksköterskorna lämnade skriftliga ordinationer och instruktioner till berörd personal och chef.

Samarbete med arbetsterapeut och/eller sjukgymnast fanns beskrivet för en tredjedel av patienterna. Samarbete med andra specialistkompetenser förekom lika ofta, och i störst utsträckning var kontakt med läkare och dietist beskriven. Övriga konsulterade specialistkompetenser var logoped, diabetesmottagning, psykiatri och tandläkare.

Majorna: Kostordinationer fanns dokumenterade i 75 % av de granskade journalerna. Vikt och BMI följdes regelbundet upp i 83 % av journalerna och samråd med patient och närstående finns beskriven i 67 %. I övrigt tangerar Majorna de andra ingående stadsdelarna.



Analys

Sjuksköterskorna valde själva ut vilka patientjournaler som skulle granskas och i de allra flesta fanns dokumenterade problem i status men riskbedömningar fanns endast i hälften. Inte i någon stadsdel görs riskbedömningar på alla patienter.

Vid intervjuer framkom att sjuksköterskor ofta gör ett eget urval utifrån klinisk bedömning och rapporter från omsorgspersonal. Detta kan innebära att alla patienter i riskzonen inte identifieras och de åtgärder som krävs inte vidtas i tid. Riktlinjer/rutiner för att förebygga felnäring/undernäring med bl. a instruktioner för riskbedömning för alla patienter finns i flera av de granskade stadsdelarna men detta märktes endast delvis i resultatet.

Sjuksköterskan har ett nutritionsansvar, vilket även innebär att initiera, samla in och dokumentera aktuella uppgifter. Vikt och/eller BMI följdes på två tredjedelar av patienterna men dokumenterades inte alltid i patientjournalen. Hur ser det ut med tillgång till möjligheten att väga personer som t ex till största delen sängliggande? Kan svårigheter med själva vägningen eller uträkningen av BMI vara förklaringen till att man inte mäter detta med regelbundenhet på alla?

Vid intervjuerna framkom att sjuksköterskorna hade kännedom om nutritionsproblem, samverkade med andra specialistkompetenser och gav ordinationer och instruktioner till omsorgspersonal men detta dokumenterades inte alltid i patientjournalen. Kan detta vara anledningen till att så få kompletta vårdplaner var upprättade? Om en planering för vården saknas blir effekterna av utförda åtgärder svåra att följa och utvärdera.

Sjuksköterskorna samarbetar i högre grad med läkare, sjukgymnast och arbetsterapeut gällande nutritionsproblematik än dietist. Frågan är om det är tillgängligheten till dietist inom kommunen som är förklaringen till detta?

Reflektion

Vi har valt att redovisa granskningsresultat utifrån hela det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret och inte göra någon skillnad mellan olika boendeformer eller stadsdelar. Informationsbrevet som skickades ut inför granskningen, med ett definierat syfte, innebar att sjuksköterskorna fick insikt om sitt nutritionsansvar.

En aktualisering av gällande riktlinjer och rutiner har skett i några stadsdelar. I vissa andra har nya rutiner och riktlinjer tagits fram. Att granska en journal tillsammans med sjuksköterskan möjliggör en reflektion kring sjuksköterskans dokumentation – både för granskaren och för den som blir granskad.

Slutsats

Detta var bra

- Ordinationer var i mycket stor utsträckning gjorda i samråd med patient/närstående
- Nutritionsåtgärder var varierade
- Struktur för samverkan med omsorgspersonal fanns hos nästan alla verksamheter

Detta behöver förbättras

- När det finns ett specifikt omvårdnadsproblem ska det finnas en planering för vården som även innehåller struktur för hur och när uppföljning ska ske
- Ordinationer och instruktioner till personal ska även göras skriftligt
- Man använder sig i liten utsträckning av riskbedömningsinstrument som komplement till ordinationer och utvärderingar
- Samarbetet med sjukgymnast, arbetsterapeut, dietist och andra specialistkompetenser kan utvecklas mer

Majorna: Man använder inte MNA-SF utom på några enheter. Det är det riskbedömningsinstrument man rekommenderar för de personer över 65 år som vi har i den kommunala hälso- och sjukvården och detta är ett förbättringsområde. De slutsatser som drogs gemensamt stämmer väl överens med Majorna.

Granskning – lärande. Jämförelse mellan stadsdelar. Utbyte av goda exempel

Eva Dornerus	Kajsa Marklund	Doris Söderman	Pia Andreasson	Emma Rabe	Vivi-Anne Ogeman	Carin Selerud		
Bergsjön	Centrum	Gunnared	Kortedala	Majorna	Biskopsgården	Torslanda	Örgryte	Härlanda