



Hur förbättrar man nutritionsrutiner inom äldreomsorgen

Rapport från ett implementeringsprojekt

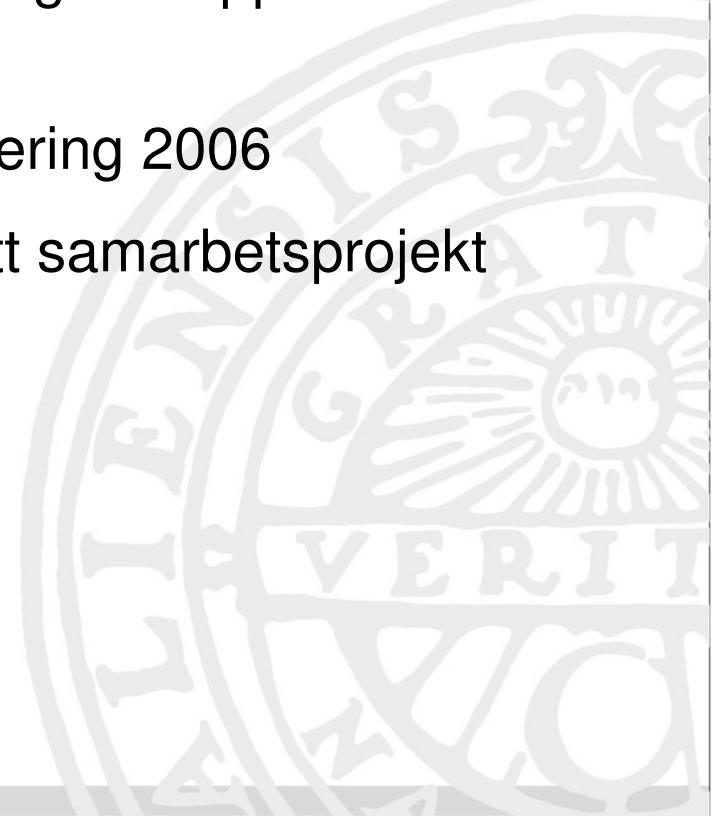
Johanna Törmä

Leg. dietist, Med dr.

Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap

Implementering av nutritionsriktlinjerna

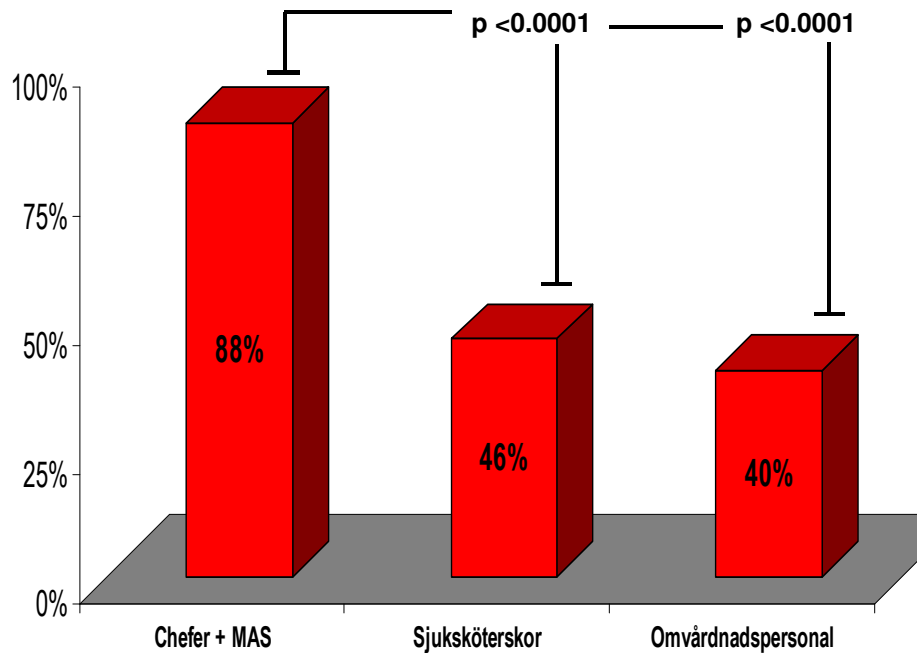
- Ett implementeringsprojekt av de lokala nutritionsriktlinjerna i Uppsala kommun
- Riktlinjer för nutrition inom äldreomsorgen i Uppsala kommun sedan 2000
- Revidering och beslut om implementering 2006
- Start av MuMs-projektet juni 2007, ett samarbetsprojekt mellan kommunen och universitetet



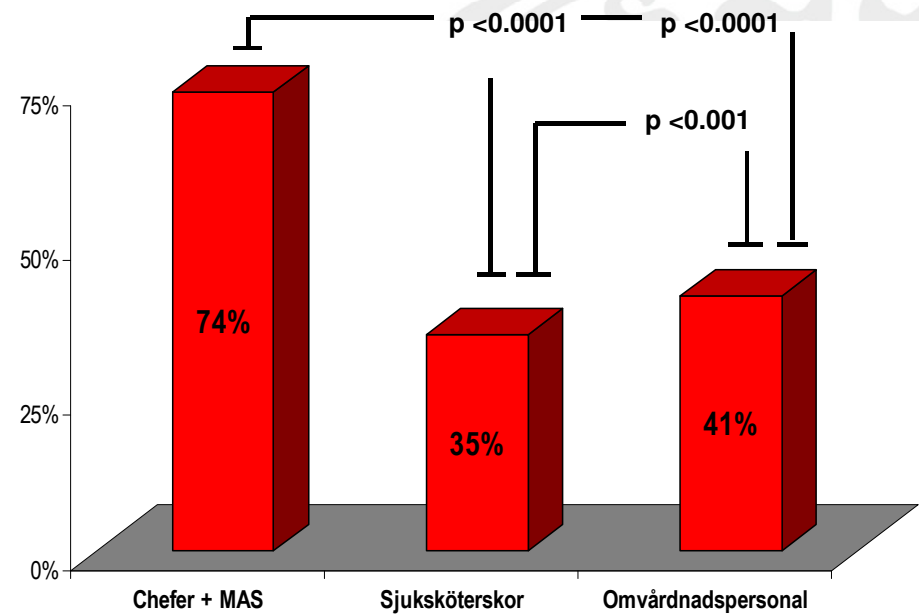
Kännedom och användande av riktlinjerna

Nulägesanalys (enkätundersökning)

Kännedom (52%)



Efterlevnad (45%)



Implementering är en process

... inte en händelse!

1. Kunskap
2. Övertygelse
3. Beslut
4. Implementering
5. Bekräftelse

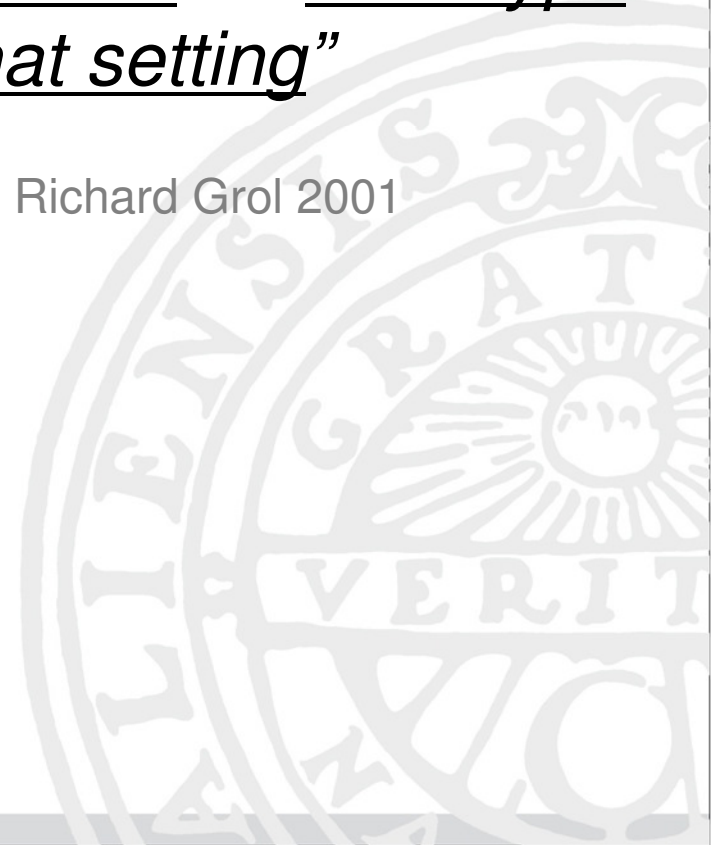
Implementering



- Definition implementering
”Aktiva och planerade ansträngningar för att en ny metod ska användas som ordinarie metod i en organisation
 - Definition spridning
”Aktiva och planerade ansträngningar för att övertyga målgrupper att införa en ny metod”
- Greenhalgh et al. Milbank Quarterly 2004
- Saknas kunskap kring *hur* man ska implementera för att åstadkomma en verklig förändring i praktiken

“We particularly lack a good understanding of which approach is most appropriate for what type of improvement in what setting”

Richard Grol 2001



Varför så komplext?

En interaktion mellan

Överensstämmelse
Lättanvänd

Metoden

Relevant
Anpassningsbar
Fördelar

Åsikter
Motivation
Värderingar

Mottagarna

Kunskap
Förståelse
Attityder

Kultur
Ledning
Tid
Ekonomi

Kontexten

Stöd Samhället
Förankring
Personal

Syfte

Delarbeten i avhandlingen



Att utvärdera effekterna av två metoder vid införande av de lokala nutritionsriktlinjerna

- på ***personalen*** avseende **måltidsrutiner** och **måltidsmiljö**
- på ***de äldre*** avseende **näringstillstånd**, **funktionsförmåga**, **minnesförmåga** och **hälsorelaterad livskvalitet**
- på den **organisatoriska kontexten** och de **individuella faktorerna** hos personalen.

Implementeringsmetoderna

- återkoppling
- utbildning
- stöd/vägledning
- möjlighet till reflektion
- sätta upp mål
- tid

Ett års extern
handledning
(Handledning)



Utfall?

Tre timmars
utbildningsinsats
(Utbildning)



Utfall?

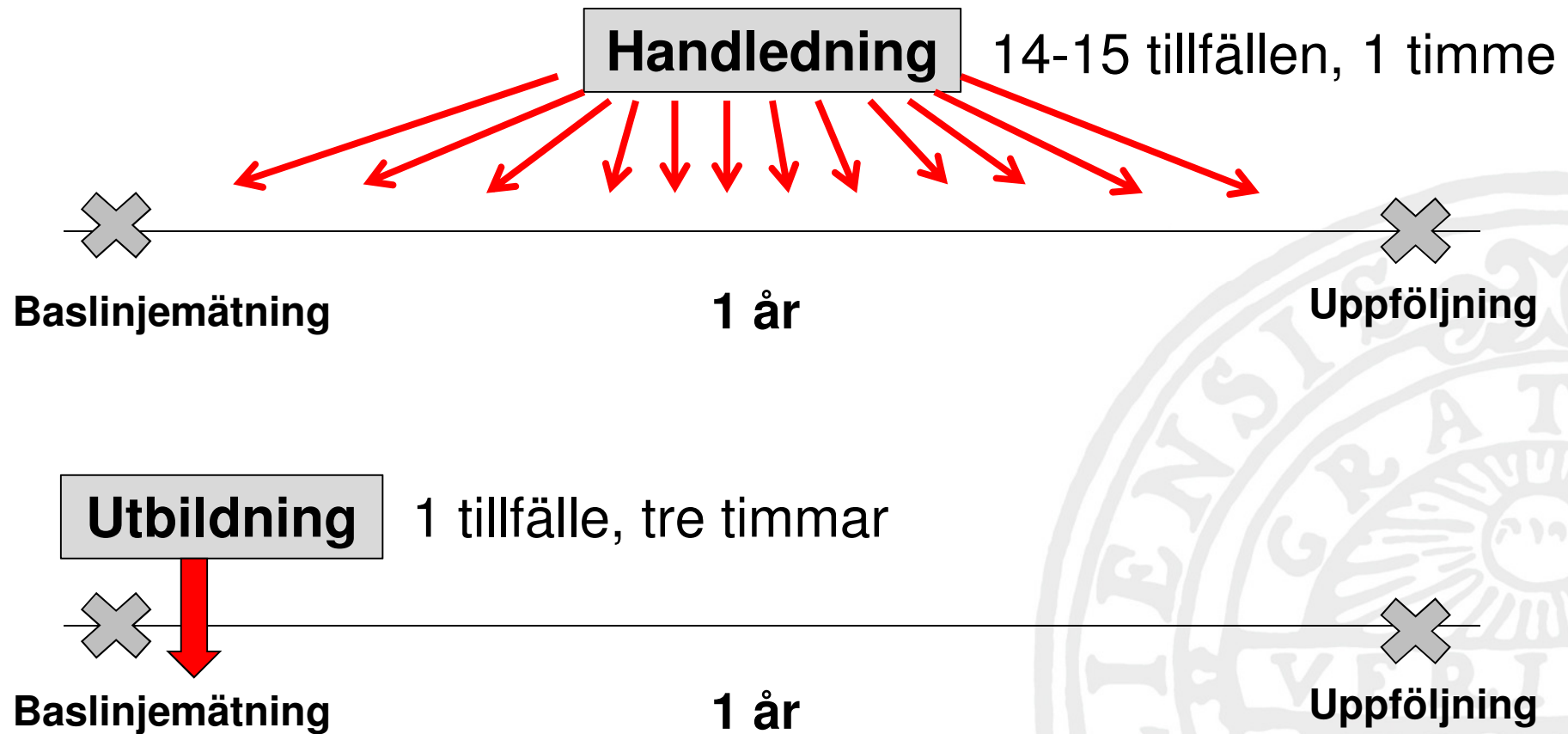
Team

- Båda metoderna (handledning och utbildning) riktade sig till team, bestående av:
 - Enhetschef
 - Sjuksköterska
 - Vårdpersonal (kostombud)

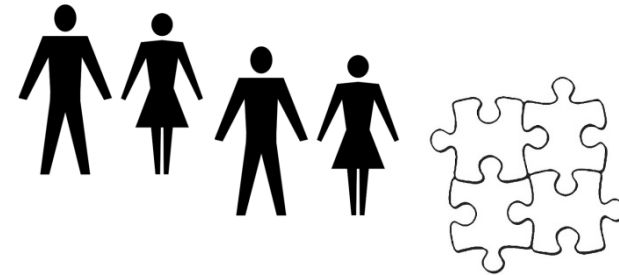


- Båda metoderna genomfördes av erfaren dietist

Antal tillfällen



Material & metod



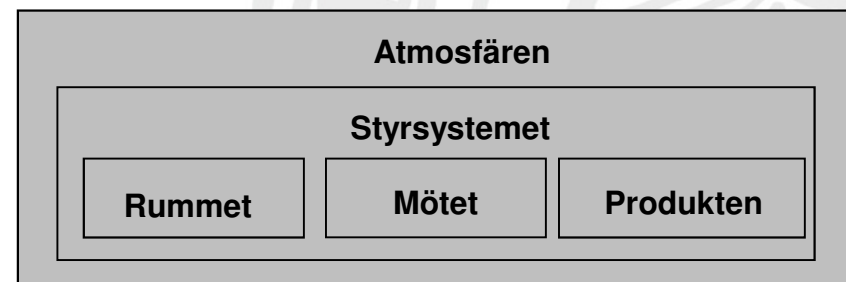
Effekt på personalen

➤ Måltidsobservationer

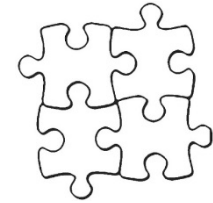
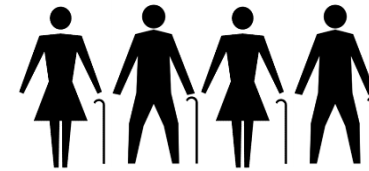
- En strukturerad observationsblankett och måltidsnorm utvecklades
- Litteratur/Riktlinjerna/FAMM (Five Aspects Meal Model)
- VAS-skalar (“inte alls” till “mycket stor omfattning”)
- Endast lunchmåltider under vardagar observerades
- 47 observationer

➤ Kostregistreringar

- Tre-dagars uppskattade registreringar utförda av personal
- 109 kostregistreringar



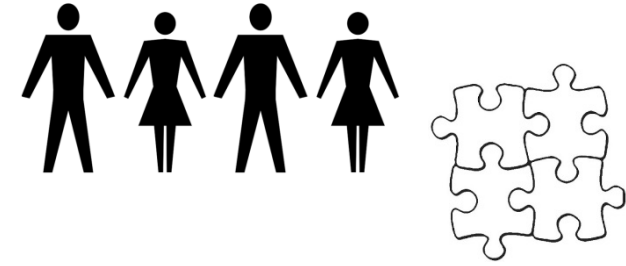
Material & metod



Effekten på de äldre

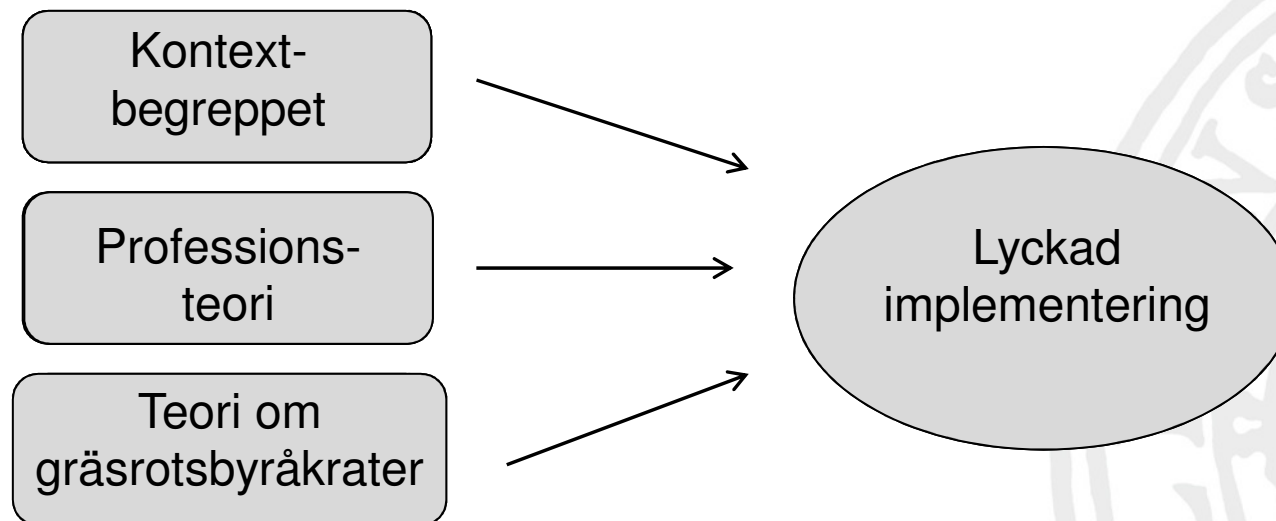
- **Näringstillstånd:** Mini Nutritional Assessment-Short Form (MNA-SF, 0-14p)
- **Funktionsförmåga:** ADL Barthel Index (BI, 0-20p)
- **Minnesförmåga:** Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ, 0-10p)
- **Hälsorelaterad Livskvalitet:** EQ-5D index (0-1)
- **Samsjuklighet:** Charleson´s Comorbidity Index (CCI, 0-37)
- **Blodprover:** albumin, CRP, insulin-like growth factor 1 (IGF-1), kreatinin och Cystatin C

- 101 personer
- Minnestestet (SPMSQ) genomfördes på 46 kommunicerbara äldre



Effekten på den organisatoriska kontexten och de individuella faktorerna hos personalen

- Enkätundersökning
- 118 enkäter



Möjlig förbättring av måltidsmiljön i handledningsgruppen

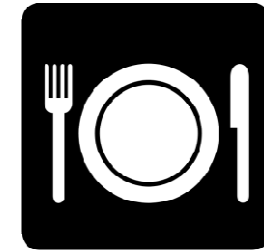
Avseende:

- Dukning ($p=0.03$)
- Erbjudande av måltidsdryck ($p=0.02$)
- Sociala kontakter mellan personal och de äldre ($p=0.02$)
- Mindre störande ljud från köket ($p=0.01$)





Inga tydliga förändringar på måltidsrutiner



Variabel	Riktlinjerna	EF/ EOV	n	Baslinje	Uppföljning	Förändring	p förändring
Erbjuden mängd vätska (ml/kg/dag), median (IQR)	30 ml/kg/dag	EF	25	22.0 (6.6)	20.2 (7.8)	-1.8 (6.7)	0.15
		EOV	18	24.1 (6.3)	20.2 (10.4) *	-4.6 (7.7)	
Nattfasta, median (IQR)	<11 timmar	EF	61	14.3 (2.0)	14.0 (1.5)	0.1 (1.6)	0.57
		EOV	48	13.5 (2.5)	13.6 (2.7)	0.08 (3.5)	
Antal måltider, medel (SD)	5-6/dag	EF	61	3.8±0.9	3.8±0.8	-0.07±0.8	0.02
		EOV	48	4.3±0.6	3.8±0.7*	-0.4±0.8	

Inte heller några tydliga förändringar på typ av mellanmål, dryckeskvalitet, mellanmålskvalitet!

Ingen förändring på näringstillstånd eller funktionsförmåga

Table 2

Between-group differences regarding pre-post changes i.e., a comparison between the baseline and follow-up values in the EF vs. EOY groups

	EF	n	EOY	n	p*
Mini Nutritional Assessment-Short Form (MNA-SF, 0-14), mean ± SD	-0.3 ± 2.8	55	-0.3 ± 2.8	46	0.92
Body mass index (BMI), kg/m ² mean ± SD	0.1 ± 2.5	55	0.4 ± 2.6	46	0.56
Weight, kg mean ± SD	0.3 ± 6.4	55	0.9 ± 7.3	46	0.64
ADL Barthel Index (BI, 0-20), median (IQR)	-1.0 (4.0) †	55	-2.0 (6.0) †	46	0.12
Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ, 0-10), median (IQR)	-1.0 (3.0) †	24	-2.0 (3.0) †	22	0.008
EQ-5D VAS (0-100), mean ± SD	-2.0 ± 19.5	52	-5.6 ± 20.7	43	0.38
EQ-5D index (0-1), mean ± SD	-0.02 ± 0.4	54	-0.1 ± 0.4 †	44	0.11
P-CRP (mg/L), median (IQR)	0.07 (4.4)	30	1.6 (5.6) †	30	0.06
P-creatinine (μmol/L), median (IQR)	2.0 (19.0)	30	4.0 (11.0) †	30	0.29
GFR (mL/min/1.73 m ²), median (IQR)	-2.5 (13.0)	30	-7.0 (8.0) †	30	0.07
P-albumin (g/L), median (IQR)	0.5 (7.0)	30	-2.5 (5.0) †	30	0.01
P-IGF-1 (μg/L), mean ± SD	16.9 ± 39.8 †	28 ‡	9.9 ± 33.7	30	0.47
P-25-OHD (nmol/L), median (IQR)	0.55 (17.8)	30	1.2 (22.0)	30	0.67
Parenteral nutrition	-	-	-	-	-

EF=External facilitator, EOY=Educational outreach visit, SD=Standard deviation, IQR=Interquartile range, ADL=Activities of daily living, VAS=Visual analogue scale, CRP=C-reactive protein, GFR=Glomerular filtration rate calculated by cystatin C (mL/min/1.73 m² body surface), IGF-1=Insulin-like growth factor 1, 25-OHD=25-hydroxyvitamin D; * Between-group differences; t-test for normally distributed data and Mann-Whitney U-test for non-normally distributed data; † Within-group differences, p<0.05; ‡ Two blood samples were excluded due to hemolysis, which may have resulted in artificially low values

Fördröjd försämring i minnesförmåga kopplat till handledningsgruppen

Table 3
Relationship between a change in cognitive status and other relevant predictors

Predictors	Adjusted R ²	Adjusted p †
Intervention group (EF/EOV)	0.14	0.01
MNA-SF change	0.03	0.07
Sex (male/female)	0.04	0.22

† Multiple linear regression analyses with intervention group assignment, change in nutritional status, and sex as predictors of cognitive status change as defined by SPMSQ scores



Enkätfrågor – konfirmatorisk faktoranalys

Beskrivning av frågorna		St. faktor laddning
KAN		
F1	I vilken omfattning anser Du att det finns redskap (ex. köksredskap, bedömningsinstrument, vågar, hjälpmedel) för att kunna arbeta efter nutritionsriktlinjerna?	0.62
F2	I vilken omfattning anser Du att Du har tid att arbeta efter nutritionsriktlinjerna?	0.70
F3	I vilken omfattning upplever Du stöd från Din ledning för att arbeta efter nutritionsriktlinjerna?	0.80
F4	I vilken omfattning anser Du att det finns en tydlig ansvarsfördelning mellan yrkeskategorierna kring nutrition, mat och måltider?	0.54
VILL		
F5	Jag vill arbeta efter nutritionsriktlinjerna, men möter motstånd från mina arbetskamrater.	0.58
F6	Att arbeta efter riktlinjer innebär att mina egna kunskaper och erfarenheter inte tas tillvara.	0.59
F7	Riktlinjer fungerar endast i teorin , inte i praktiken.	0.70
F8	Att införa riktlinjer är jobbigt	0.67
FÖRSTÅ		
F9	Riktlinjer syftar till att vägleda och utbilda personalen	0.76
F10	Mat- och näringsproblem är vanligare bland äldre på grund av sjukdom.	0.45
F11	Brist på energi och protein är en vanlig orsak till undernäring bland äldre	0.51
F12	Vem skall ha A-kost ?	0.64

Förändring över tid i de latenta variablerna Kan, Vill, Förstå - strukturella ekvationsmodeller

Handledning	Medelvärde av den latenta variabeln vid uppföljningen (SE)	p
Kan	0.554 (0.133)	0.000
Vill	0.177 (0.076)	0.020
Förstå	0.272 (0.193)	0.158
Utbildning		
Kan	0.102 (0.138)	0.459
Vill	0.237 (0.133)	0.075
Förstå	0.138 (0.203)	0.496

***KAN* och *VILL* förbättrades i
handledningsgruppen**

Slutsatser i avhandlingen

- Att implementera nutritionsriktlinjer genom extern handledning under ett år, tycks, jämfört med mer traditionella utbildningsinsatser vara mer effektivt
 - för att förbättra måltidsmiljön
 - förenad med positiva effekter på minnesförmågan bland äldre på äldreboenden
 - ge bättre förutsättningar för förändring bland personalen



Lärdomar från projektet



1. Tid att göra en ordentlig förberedelse (kartläggning, förutsättningar, motivation)
2. Olika identifierade hinder för en optimal nutritionsvård motiverar en mångfacetterad strategi med olika aktiviteter (kunskapsbrister – utbildning, attitydförändring – social interaktion/diskussioner)
3. Ett annat identifierat hinder är otydlig ansvarsfördelning varför implementeringsinsatser bör riktas mot ansvarsområde (ssk – nutrition, omvårdnadspersonal – måltider).
4. Återkoppling från verksamheten/praktisk träning/möjlighet till reflektion kan vara ett effektivt sätt att kritiskt utvärdera befintlig praxis som sedan motiverar en förändring.
5. Att inte involvera hela personalgruppen är ett vanligt tillvägagångssätt på grund av resurser och logistik, men man bör ha en plan för att sprida kunskapen till hela personalgruppen.
6. Att involvera ledarskapet samt användarna av kunskaper (dvs. personalen) *tidigt* i implementeringsprocessen.
7. Att vara flexibel, skapa relationer och förtroende är viktigt. Genom att få personalen att uppleva ett behov av förändring och få förändringen att uppfattas att komma från personalen själv skapar man mottagarstrukturer för efterlevnaden.



UPPSALA
UNIVERSITET

*Respekt för att det tar tid och
energi att sluta göra som förut!*

Tack för att Ni lyssnat!

johanna.torma@pubcare.uu.se

