

MASTEROPPGAVE

Samfunnsernæring

MAME 5910

En kartlegging av implementering av retningslinjer fra
pasientsikkerhetsprogrammet i overganger mellom institusjoner

Linn Borgundvaag

Fakultet for helsefag

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Mai 2019



Forord

Det siste året har vært spennende, samtidig som det har vært krevende og utfordrende. Arbeidet med masteroppgaven har vært utrolig lærerikt og det føles bra, men samtidig vemodig å levere. Jeg er stolt over oppgaven, da dette året har bydd på en del utfordringer.

Jeg vil rette en stor takk til min veileder Asta Bye, for god hjelp og oppfølging gjennom hele perioden. Takk for at du har vært så mye tilgjengelig og for motivasjon gjennom hele året. Takk for at du har inkludert meg i forskergruppen ”Aldring, Helse og Velferd”, som har kommet med gode innspill underveis. Jeg vil også takke Lars Kristiansen som dro hele prosjektet i gang og hadde tro på meg. Takk til de ansatte ved helsehuset for at dere har vært så imøtekommende og hjelpsomme.

Takk til mine medstudenter, som har delt oppturer og nedturer ved å skulle skrive en masteravhandling. Spesielt takk til Synne og Maria for gode innspill, støtte, diskusjon og ikke minst for avbrekk med trening, turer og hyggelige kvelder. Takk til mine venner for god støtte og sosiale avbrekk i denne prosessen.

Til slutt vil jeg takke min familie og kjæreste. Takk for at dere hele tiden har hatt troen på meg, lyttet og beroliget meg i stressende perioder.

Oslo, 15.05.2019

Linn Borgundvaag

Sammendrag

Bakgrunn

Helsehus kan defineres som et forsterket tilbud av sykehjem og omfatter pleie, opptrening, rehabilitering og etterbehandling. Opphold på helsehus tilbys i stor grad personer over 65 år og pasientene kan komme fra sykehus og hjemmesykepleie. Studier viser at det kan være utfordrende å håndtere ernæringsproblemer når pasienter overføres mellom ulike nivå i helsevesenet. Forebygging og behandling av underernæring er et av flere innsatsområder under pasientsikkerhetsprogrammet og danner kunnskapsgrunnlaget for tiltakspakken for forebygging og behandling av underernæring. Tiltakspakken består av fire tiltak; gjør en risikovurdering, gjennomfør individuell kartlegging, gi tilstrekkelig ernæring og viderefør informasjon.

Hensikt

I denne studien ønsker vi å kartlegge om retningslinjene fra pasientsikkerhetsprogrammet er implementert i et helsehus.

Metode

Utvalget besto av 27 pasienter fra rehabilitering, avklaring og korttidsenheten ved et helsehus plassert sentralt på Østlandet. Pasienter ved helsehuset ble screenet for ernæringsmessig risiko ved hjelp av MNA innen 48 timer etter innleggelse og ved avreise. Et spørreskjema ble brukt for å kartlegge holdninger blant helsepersonell og hvilke tiltak som settes i gang fra tiltakspakken. Gjennomgang av pasientjournaler ble gjort med et journalgranskingskjema.

Resultat

En betydelig andel av studiepopulasjonen var i risiko for underernæring (44%) og underernærte (30%) ved innkomst til helsehuset. Journalgranskingen viste mangelfull dokumentasjon av ernæringsrelatert informasjon, fra både sykehus og helsehus. Vekt var sjeldent registeret, ingen av de inkluderte pasientene hadde fått opprettet en ernæringsplan og tiltakene manglet som regel begrunnelse. Gjennomsnittlig totalskår for alle journaler var 4,33. Spørreskjemaet viste at de ansatte selv mente at de i stor grad har gjennomført tiltakene medspising, berikning og ekstra kveldsmåltid. Resultatene viste også at de ansatte opplevde en del utfordringer ved igangsetting av ernæringstiltakene fra tiltakspakken.

Konklusjon

Resultatene fra denne studien kan antyde at tiltakspakken for forebygging og behandling av underernæring ikke er godt nok implementert i et helsehus.

Abstract

Background

Intermediate care can be defined as an extended offer of nursing homes. Intermediate care includes care, training, rehabilitation and post-treatment. It is largely offered to people over the age of 65. Studies show that managing nutritional problems can be challenging when patients are transferred between different levels of health care. Prevention and treatment of malnutrition is one several areas of intervention during the patient safety program and forms the basis of knowledge for the action package for prevention and treatment of malnutrition. The action package consists of four measures; make a risk assessment, conduct an individual mapping, provides adequate nutrition and continuation of information.

Aim

In this study, we want to investigate whether the guidelines from the patient safety program have been implemented in an intermediate care center.

Methods

The selection of participants consisted of 27 patients from rehabilitation, clarification and the short-term unit at an intermediate care center located centrally in Eastern Norway. The patients were screened for nutritional risk using MNA within 48 hours of admission and at departure. Review of the patient journals was done using a journal review form. In addition, a questionnaire was used to map attitudes among health personnel and which measures that were initiated from the package of measures.

Results

The results from the screening showed that a significant proportion of the study population was at risk for malnutrition (44%) and undernourished (30%) at arrival. The journal review showed insufficient documentation of nutrition-related information, from both hospitals and health centers. The average total score for all records was 4.33. The questionnaire showed that the employees felt that they largely had implemented the measures, but experienced several challenges when initiating nutrition measures.

Conclusion

The results of this study may suggest that the action package for prevention and treatment of malnutrition is not well implemented in an intermediate care facility.

Innhold

INTRODUKSJON	1
HENSIKT	3
PROBLEMSTILLING OG FORSKNINGSSPØRSMÅL	3
TEORI	4
HELSEHUS	4
FOREBYGGING OG BEHANDLING AV UNDERERNÆRING	5
NASJONALE FAGLIGE RETNINGSLINJER	5
TILTAKSPAKKE FOR FOREBYGGING OG BEHANDLING AV UNDERERNÆRING	5
ÅRSAKER TIL OG IDENTIFISERING AV UNDERERNÆRING HOS ELDRE	7
SCREENINGVERKTØY	8
MNA	8
DIAGNOSTISERING AV UNDERERNÆRING	9
DOKUMENTASJONSPLIKT OG JOURNALER	10
FORVENTET EFFEKT AV SYSTEMATISK KARTLEGGING OG BEHANDLING	10
LOVER OG FORSKRIFTER FOR HELSEPERSONELL	11
METODE	14
STUDIETS DESIGN OG UTVALG	14
UTVALG	14
INNSAMLING OG ANALYSE AV DATAMATERIALET	15
KARTLEGGING AV ERNÆRINGSMESSIG RISIKO	15
GJENOMFØRING AV SCREENINGUNDERSØKELSEN	15
SPØRRESKJEMA	16
DATAINNSAMLING FRA SPØRRESKJEMAENE	16
JOURNALGRANSKINGSSKJEMAET	17
FIGUR 1: JOURNALGRANSKINGSSKJEMA	18
RELABILITET OG VALIDITET	18
STATISTISKE ANALYSER	19
GODKJENNINGER OG ETISKE BETRAKTNINGER	19
RESULTATER	21
OPPSUMMERING AV RESULTAT FRA ARTIKKEL	21
DETALJERT RESULTAT FRA MNA-KARTLEGGING	22
UTVALGETS KROPPSMASSEINDEKS	22
GJENOMFØRBARHET	25
HENSIKTMESSIGHET, HOLDNINGER OG AKSEPT	26
DISKUSJON	28
VIKTIGE FUNN	28
METODE	29
PASIENTER	29
HELSEPERSONELL	29
MÅLEINSTRUMENT	30
STATISTISKE BETRAKTNINGER	32
DISKUSJON AV RESULTATER	32
SAMLET KONKLUSJON PÅ ARTIKKEL OG FORDYPNINGSDEL	36

Tabeller og figurer

Fordypningsdel

Tabell 1: Inklusjonskriterier for studiens utvalg	14
Figur 1: Journalgranskingskjema side 1 av 2	18
Figur 2: Kroppsmasseindeks inndelt i 4 kategorier vist som prosentandeler	22
Tabell 2: MNA-kartlegging ved innkomst og utreise fra helsehuset	24
Tabell 3: Grad av gjennomførbarhet	25
Tabell 4: Hensiktsmessighet, holdninger og aksept	26

Artikkel

Tabell 1: Inklusjonskriterier for studiens utvalg	5
Figur 1: Journalgranskingskjema side 1 av 2	7
Tabell 2: Foreslått effektstørrelse av r	9
Figur 2: Oversikt over rekruttering av deltagere	11
Tabell 3: Demografiske data av pasientene	12
Tabell 4: Ernæringstilstand vurdert med MNA	13
Tabell 5: Karakteristikk av respondentene	13
Tabell 6: Gjennomføring av tiltakene, "I hvilken grad har du gjennomført tiltak?"	14
Figur 3: utfordringer ved gjennomføring av tiltak	15
Tabell 7: Holdningsutsagn fra spørreskjemaet	16
Tabell 8: Gjennomsnittskårer fra journalgranskingen	65
Figur 4: Resultat fra journalgransking	17
Tabell 9: Ernæringsrelatert informasjon ved utreise fra helsehus	18

Vedlegg

Vedlegg 1: REK-godkjenning

Vedlegg 2: NSD-godkjenning

Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring pasient

Vedlegg 4: Mini Nutritional Assessment (MNA)

Vedlegg 5: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring ansatt, spørreskjema

Vedlegg 6: Journalgranskingskjema

Liste over forkortelser

BMI = Body Mass Index

D-Catch = Dutch-Catch

Df= frihetsgrader

ESPEN guidelines = Guidelines for Nutrition Screening

ICD-10 = Den internasjonale statistiske klassifikasjonen for sykdommer og beslektede helseproblemer

ICPC-T05 = Internasjonal klassifisering for diagnose i primærhelsetjenesten

ICPC2-kode T05 = Ernæringsproblem hos voksen

ICD-10 E.46 = Ernæringsmessig risiko

ICD-10 E.44 = Moderat underernæring

ICD-10 E.43 = Alvorlig underernæring

KMI =Kroppsmasseindeks

Mean ± SD = Gjennomsnitt ± Standardavvik

MNA = Mini Nutritional Assessment (kartleggingsverktøy for å vurdere ernæringsstatus)

MUST = Malnutrition Universal Screening Tool (kartleggingsverktøy for å vurdere ernæringsstatus)

N= Antall enheter

N-Catch = Norwegian-Catch

NRS 2002 = Nutrition Risk Screening 2002 (kartleggingsverktøy for å vurdere ernæringsstatus)

P = P-verdi måler signifikansnivået

R = Pearsons r

SPSS = Statistical Package for the Social Science

Introduksjon

Flere internasjonale og nasjonale studier viser at mange syke eldre mennesker kan være i risiko for underernæring og underernærte (Eide, Benth, Sortland, Halvorsen & Almendingen, 2015; Jacobsen, Brovold, Bergland & Bye, 2016; Kaiser et al., 2010). Det anslås at hver tredje pasient/beboer i sykehjem og hver fjerde mottaker av hjemmetjenester er underernært eller i risiko for underernæring (Helsedirektoratet, 2018). Underernæring kan defineres som en ernærings situasjon der mangel på energi, protein og/eller andre næringsstoffer forårsaker en målbar ugunstig effekt på kroppssammensetning og funksjon (Helsedirektoratet, 2018). Underernæring øker risiko for komplikasjoner, det reduserer livskvalitet, reduserer motstandsdyktighet mot infeksjoner, forsinker rekonvalesensen og øker dødeligheten (Guttormsen et al., 2010). Årsakene til underernæring kan være mange, men en viktig årsaksfaktor er at energibehovet avtar med økende alder, mens behovet for ulike vitaminer og mineraler i kroppen forblir uendret eller til og med høyere (Guttormsen et al., 2010). Et redusert matinntak som følge av dette, kan derfor føre til økt risiko for underernæring. Mange eldre mennesker opplever også redusert appetitt av andre grunner. Sykdom og medisinsk behandling kan gi nedsatt matlyst, sammen med munn og svelgproblematikk, forstoppelse og diare (Nasjonalt råd for ernæring, 2017).

Underernæring utvikler seg når et ernæringsproblem ikke blir identifisert og kan oppstå som en konsekvens av en sykdom eller sykdomstilstand. Man kan ikke alltid se hvem som er i ernæringsmessig risiko og det er derfor viktig å fange opp risiko for underernæring tidlig i forløpet og sette i gang tiltak før underernæring oppstår (Helsedirektoratet, 2018). Det er publisert en mengde rapporter de siste tiårene om hvordan ernæringsproblemer i primær- og sekundærhelsetjenesten skal løses, men likevel er det et stort potensiale for forbedring (Nasjonalt råd for ernæring, 2017). Reformen Leve hele livet er en kvalitetsreform for eldre, som består av konkrete og utprøvde løsninger på områder hvor det ofte svikter for eldre i dag (Regjeringen, 2017-2018). Mat og måltider, helsehjelp og sammenheng i tjenestene er noen av dem. Innenfor mat og måltider oppsummeres noen av hovedutfordringene som manglende systematisk oppfølging, få måltider, lite mangfold og valgfrihet. For å møte disse utfordringene foreslås det flere løsninger, en av dem er systematisk ernæringsarbeid som handler om å følge opp den enkeltes ernæringsbehov for å unngå under- og feilernæring. Eldre i helse- og omsorgsinstitusjoner må dermed kartlegges for ernæringsmessig risiko, som krever nok tid og riktig kompetanse (Regjeringen, 2017-2018). Det kreves gode rutiner for å

ivareta den enkeltes ernæringsstatus i pasientforløpet. Helsedirektoratet har siden 2009 anbefalt at alle pasienter skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse og deretter jevnlig. De nasjonale faglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring skal bidra til å sikre god kvalitet ved oppfølging av underernærte og pasienter i ernæringsmessig risiko (Guttormsen et al., 2010). Forebygging og behandling av underernæring er også et av flere innsatsområder under det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet (2014-2018). Det overordnede målet for pasientsikkerhetsprogrammet er å redusere pasientskader ved hjelp av målrettede tiltak i hele helsetjenesten. Det er utviklet spesifikke tiltakspakker for sykehus, sykehjem og hjemmetjeneste.

I det siste 10-året er det etablert såkalte helsehus i kommuner i Norge (Garåsen, 2008). Et helsehus kan defineres som et forsterket tilbud av sykehjem som innebærer økt kompetanse og ressurser av faggrupper. Siden ernæringsproblem blant eldre er så omfattende dokumentert i de andre nivåene i helsetjenesten kan en også forvente at dette er et problem blant pasientene som får innvilget opphold i kommunale helsehus. Jeg har ikke kjennskap til at det er gjennomført studier for å kartlegge forekomst av risiko for underernæring eller underernæring i et helsehus. Det vil være interessant å gjøre en vurdering av ernæringsstatus ved innkomst til helsehuset og ved avreise. Da et innvilget opphold skal gi pleie og opptrening til pasient, samt forberedelse på en eventuell hjemreise til eget hjem. Ernæringsbehandling bør anses som en nødvendig del av behandlingstilbudet, da en god ernæringspraksis kan være avgjørende for sykdomsforløpet. Tiltakene i pasientsikkerhetsprogrammet bør derfor være en naturlig del av måten helsepersonell arbeider på.

Hensikt

Hensikten med denne masteroppgaven var å undersøke hvordan pasientsikkerhetsprogrammets tiltak for å forebygge og behandle underernæring var implementert i et helsehus. Spesifikt ønsket jeg å undersøke hvordan ernæringsproblematikk håndteres når eldre pasienter overføres til helsehus fra hjemmet eller sykehus og deretter fra helsehus til hjemmesykepleie. I tillegg ønsket jeg å kartlegge holdninger til og igangsetting av tiltak for å forebygge/behandle underernæring blant helsepersonell ansatt ved et helsehus.

Problemstilling og forskningsspørsmål

Følgende problemstilling og forskningsspørsmål er utarbeidet,

Hvordan håndteres ernæringsproblematikk når eldre pasienter overføres til helsehus fra hjemmet eller fra sykehus og deretter fra helsehus til hjemmesykepleie.

1. Hvor stor andel av eldre mennesker over 65 år som legges inn på et helsehus er i risiko for underernæring?
2. Hvor mange er i ernæringsmessig risiko når de skrives ut?
3. Hvilke rutiner har helsehuset for å måle ernæringsmessig risiko?
4. Hvilke verktøy brukes for å måle ernæringsmessig risiko?
5. Hva slags ernæringstiltak fra tiltakspakken settes i gang på helsehuset?
6. Hva slags informasjon sendes med fra helsehus til hjemmesykepleie?
7. Hvilken informasjon følger pasienten i ernæringsmessig risiko når de kommer fra sykehus eller hjemmesykepleie?

Oppgavens oppbygning

Mastergradsoppgaven ble skrevet som en artikkel. Oppgaven vil bestå av en innledende teoretisk fordypningsdel og en artikkel til slutt.

Teori

Helsehus

Helsehus kan defineres som et forsterket tilbud av sykehjem som innebærer økt kompetanse og ressurser av leger, fysioterapeuter, ergoterapeuter, sykepleiere og andre faggrupper. Et helsehus er en samlokalisering av spesialiserte helsetjenester. Årsaken til samlokalisering er tanken om at det vil være lettere å imøtekomme samhandlingsreformens nye krav til samarbeid, faglig robusthet, kvalitet og tempo (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Hovedoppgavene ved et helsehus omfatter pleie, opptrening, rehabilitering og etterbehandling. Målet til et helsehus er å unngå unødvendige innleggelse i sykehus og i større grad ta hånd om pasientene i primærhelsetjenesten i kommunen (Garåsen, 2008). Alle enhetene på helsehuset arbeider etter et helhetlig pasientperspektiv hvor man ser sykdom og god helse som et samspill mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer.

Det finnes ulike enheter ved et helsehus. Pasienter som kommer fra sykehus, kan få et opphold på avklaringsenheten inntil 14 dager. Avklaringsenheten skal finne riktig kommunalt behandlingsnivå i etterkant av et sykehusopphold. Pasienten vil fortløpende bli vurdert og tildelt enten korttidsopphold, rehabiliteringsopphold eller pasienten vurderes å kunne skrives ut til hjemmet. Avklaringsavdelingen preges av et høyt tempo for inn og utskrivelser samt tett kontakt med hjemmetjeneste, pårørende og andre parter.

Korttidsavdelingen er for dem som trenger opptrening og/eller som skal komme seg etter sykdom/skade eller pasienter som er akutt syke eller døende. I denne enheten gis det behandling og omsorg til pasienter som ofte trenger mye hjelp grunnet et sammensatt sykdomsbilde. Enheten ønsker å fokusere på utredning og avklaring av pasientens funksjonsnivå.

Rehabiliteringsenheten er for personer som grunnet funksjonstap trenger hjelp til å gjenvinne tidligere ferdigheter (Skien kommune, 2018). Rehabiliteringsenheten arbeider med å forebygge fremfor å reparere. På rehabiliteringsenheten jobbes det tverrfaglig i team med alle pasienter. Teamet består av helsefagarbeider, vernepleier, ergoterapeut, sykepleier, fysioterapeut og lege.

Forekomsten av underernæring blant eldre som får opphold på helsehus er ikke kjent. Det kan imidlertid forventes ut i fra forekomsten av risiko for underernæring og underernæring hos eldre generelt, at en betydelig andel av pasientene ved et helsehus kan finne seg i disse to gruppene. Underernæring blant eldre er en pågående utfordring blant helse- og omsorgssektoren. En forventet eldrebølge grunnet lenger levealder blant eldre

mennesker også for dem med kronisk sykdom, har resultert i et økt antall eldre og syke. Dette bidrar til et større antall pasienter som er risiko for sykdomsrelatert underernæring (Nasjonalt råd for ernæring, 2017).

Forebygging og behandling av underernæring

Nasjonale faglige retningslinjer

I 2009 ga helsedirektoratet ut Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Helsedirektoratet ønsker med disse å bidra til å sikre god kvalitet ved forebygging og behandling av underernæring. Målet med retningslinjene er at underernærte og personer i ernæringsmessig risiko blir identifisert og får en målrettet ernæringsbehandling. Målgruppen for retningslinjer er helsepersonell som jobber med voksne og eldre i hele spesialist – og primærhelsetjenesten, samt ledelsen ved de aktuelle virksomheter i helsetjenesten. Retningslinjene omfatter årsaker, forekomst og konsekvenser av underernæring, samt effekten av ernæringsbehandling rettet mot pasienter som er innlagt på sykehus, sykehjem og andre tilsvarende institusjoner i pleie og omsorgstjenesten. For å styrke ernæringsarbeidet i og utenfor helseinstitusjonene er det viktig med kompetanse, ledelsesforankring, definerte ansvarsforhold og samhandling (Guttormsen et al., 2010). Ved å implementere fire enkle tiltak vil mye være vunnet:

- Å vurdere ernæringsmessig risiko
- Å gi personer i ernæringsmessig risiko målrettet ernæringsbehandling
- Å dokumentere ernæringsstatus og –tiltak i pasientens journal og epikrise
- Å videreformidle dokumentasjonen til neste omsorgsnivå

Det krever ressurser å behandle alvorlig underernæring, dermed er det hensiktsmessig å identifisere pasienter i risiko for underernæring tidlig i forløpet slik at forebyggende tiltak kan igangsettes (Nasjonalt råd for ernæring, 2017).

Tiltakspakke for forebygging og behandling av underernæring

Det femårige, nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet (2014-2018), skal redusere pasientskader ved hjelp av målrettede tiltak i hele helsetjenesten. Programmet er et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, og viderefører arbeidet som ble startet under pasientsikkerhetskampanjen (2011-2013). Programmet skal bidra til god ernæringspraksis og bygge varige strukturer for ernæringsarbeid i helsetjenesten (Nasjonalt råd for ernæring, 2017). Pasientsikkerhetsprogrammet har tre, overordnende målsettinger:

- Redusere pasientskader
- Bygge varige strukturer for pasientsikkerhet
- Forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten

Forebygging og behandling av underernæring er et av flere innsatsområder under pasientsikkerhetsprogrammet. Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring danner kunnskapsgrunnlaget for valgte tiltak. Under pasientsikkerhetsprogrammet finnes det tiltakspakker for sykehus, sykehjem og hjemmetjeneste til forebygging og behandling av underernæring. Målgruppen for tiltakspakken rettet mot sykehjem er voksne over 18 år som er innlagt både på korttidsavdeling og langtidsavdeling. Tiltakspakken består av fire tiltak som bidrar til forebygging og behandling av underernæring; gjør en risikovurdering, gjennomfør individuell kartlegging, gi tilstrekkelig ernæring og viderefør informasjon (Helsedirektoratet, 2018).

Tiltak 1: Gjør en risikovurdering.

Risikovurderingen gjøres ved å bruke et anbefalt validert verktøy for identifisering av ernæringsmessig risiko. Ved innkomst til sykehjem skal alle pasienter vurderes for risiko innen en uke etter innleggelse. Hvis pasienten er utenfor risiko, skal pasienten vurderes videre ukentlig eller månedlig. I tillegg til bruk av validerte verktøy er det hensiktsmessig å se om pasienten har hatt et ufrivillig vekttap de siste 3 måneder. Det vil være viktig å kartlegge om matinntaket har vært redusert den siste uken og om det forventes et videre redusert inntak av mat.

Tiltak 2: Gjennomfør en individuell kartlegging.

Individuell kartlegging av pasient er avgjørende for å sette i gang riktige tiltak. Her vil vurdering av ernærings situasjonen være viktig, for en eventuell videre henvendelse. Et annet vesentlig punkt innenfor tiltaket er å identifisere hvorfor matinntaket har blitt redusert. Det vil også være nødvendig å kartlegge energibehovet til pasient.

Tiltak 3: Gi tilstrekkelig ernæring.

Funnene i tiltakene gir grunnlaget for en ernæringsplan. Planen bør tar for seg pasientens ernæringsstilstand, mål for ernærings tiltaket og en plan for videre evaluering. Det daglige energibehovet skal regnes ut og det bør vises en status over pasientens matinntak og spesifikke tiltak rettet mot individets mål.

Tiltak 4: Viderefør informasjon.

Resultat fra tiltakene skal dokumenteres i journal og medisinsk – og sykepleiefaglige overflyttingsdokumenter. Pasienten gis diagnosekode ICPC2-kode T05 *ernæringsproblem hos voksen*. Diagnosekode skal inngå i epikrise (Helsedirektoratet, 2018).

Årsaker til og identifisering av underernæring hos eldre

Det kan være ulike årsaker til underernæring blant eldre, men sykdomsrelatert underernæring er vist å være den mest fremtredende årsaken (Guttormsen et al., 2010). Mangel på kunnskap, engasjement, interesse og samarbeid mellom faggrupper kan være mulige forklaringsfaktorer. Det er viktig at helsepersonell vurderer ernæringsmessig risiko raskt etter innleggelse og kartlegger tiltak deretter. Vektendring over tid, kroppsmasseindeks (KMI), eller en kombinasjon av disse er de enkleste mål på endring i ernæringsstatus. Et ufrivillig vekttap på over 10% siste halvår gir økt risiko for sykdom og komplikasjoner og blir regnet som et alvorlig vekttap (Guttormsen et al., 2010). I de nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring er det anbefalt at alle pasienter som blir lagt inn på sykehus skal kartlegges for ernæringsmessig risiko ved innleggelse og deretter ukentlig. Ved sykehjem og institusjoner skal personer bli vurdert for ernæringsmessig risiko ved innleggelse og deretter månedlig (Guttormsen et al., 2010). Det er utviklet ulike screeningsverktøy som måler ernæringsmessig risiko og underernæring. Screeningverktøy blir brukt mange steder i helsevesenet og kan defineres som undersøkelser som tilbys øyensynlig friske personer for å oppdage et spesielt fenomen eller en sykdom (Gjerlaug, Harviken, Uppsata & Bye, 2016). I 2002 kom ESPEN Guidelines for Nutrition Screening som viser hvordan pasienter i ernæringsmessig risiko kan oppdages (Kondrup, Allison, Elia, Vellas & Plauth, 2003). Tidlig identifisering av personer i ernæringsmessig risiko gjør det mulig å iverksette tiltak før underernæring oppstår. Underernæring får ofte utvikle seg fordi problemet ikke blir identifisert (Kubrak & Jensen, 2007).

God ernæringspraksis innebærer kartlegging, vurdering og dokumentasjon av pasientens ernæringsstatus, vurdering av matinntak i forhold til behov og igangsetting av målrettede ernæringstiltak som oppfølging og evaluering (Helsedirektoratet, 2012). Ved kartlegging av pasientens ernæringsstatus skal matinntak, vekt, høyde og vektutvikling kartlegges. Ernæringsrelaterte faktorer som kan påvirke matinntaket og energibehovet skal også vurderes, da dette anses som en nødvendig del av behandlingsforløpet (Guttormsen et al., 2010; Helsedirektoratet, 2012). ESPEN guidelines for Nutrition Screening fokuserer på

fire hovedpunkter ved risikovurdering. Det første punktet ser på tilstanden nå, som innebærer måling av høyde og vekt for å regne ut KMI. Antropometriske målinger som vekt og KMI vil ikke fange opp alle som er i risiko. En registrering av mat- og drikkeinntak vil derfor være nyttig for å fange opp pasientene som vil kunne falle på utsiden (Helsedirektoratet, 2012). Videre ser man på vekttap for å kartlegge om tilstanden er stabil. Generelt regnes et ufrivillig vekttap på over 5% de siste tre månedene som betydelig for ernæringsmessigstatus (Guttormsen et al., 2010; Helsedirektoratet 2012; Kondrup et al., 2003). Steg tre tar for seg om situasjonen vil forverre seg, ved å se på matinntaket. Det siste steget, som er mest relevant på sykehus, innebærer å undersøke om pasientens sykdomstilstand kan føre til rask endring i ernæringsstatus (Kondrup et al., 2003).

Screeningverktøy

Det er utviklet en rekke verktøy for å kartlegge ernæringsmessig risiko. I litteraturen omtales kartlegging av ernæringsmessig risiko som ernæringscreening (Gjerlaug et al., 2016). Screening er definert av World Health Organization som *bruken av enkle tester i en frisk populasjon som har som hensikt å identifisere individer med sykdom som ikke enda har utviklet symptomer* (World Health Organization [WHO], udatert, avsn. 3). I 2010 avdekket helsetilsynet brudd på krav om rutiner ved forebygging og behandling av underernæring i flere kommuner (Sjøen & Thoresen, 2012). Ved bruk av screeningverktøy kan pasienter i risiko enklere oppdages. Blant de mest brukte screeningsverktøyene, som er anbefalt i de nasjonale retningslinjene, er Mini Nutritional Assessment (MNA), Nutrition Risk Screening 2002 (NRS-2002) og Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) (Guttormsen et al., 2010). Felles for disse er hovedsakelig vekt, høyde og vektendring over tid. I ESPEN's retningslinjer anbefales det at MNA brukes ved screening av eldre, at NRS-2002 brukes ved screening på sykehus og at MUST brukes ved screening av voksne i den generelle befolkningen (Kondrup et al., 2003).

MNA

For eldre er MNA et godt validert verktøy for å vurdere ernæringsmessig risiko (Gjerlaug et al., 2016). Dette er et ernæringscreeningsverktøy for både primær- og spesialhelsetjenesten, som brukes for å identifisere eldre pasienter som er i risiko for underernæring. Verktøyet ble utviklet tidlig på 1990 tallet av Nestlé Nutrition og ledende internasjonale geriatere i Sveits (Bauer, Kaiser, Anthony, Guigoz, & Sieber, 2008). Ernæringscreening ved bruk av MNA inkluderer fysiske og mentale aspekter, som gjør at det egner seg godt for sårbare eldre og for

å oppdage underernæring tidlig i forløpet (Kondrup et al., 2003). Verktøyet består av enkle målinger og spørsmål, som gjør at kartlegging av ernæringstilstand ikke er en tidkrevende prosess (Kondrup et al., 2003; Vellas et al., 1999).

Diagnostisering av underernæring

Ved diagnostisering av underernæring brukes ICD-10 koder som er den internasjonale statistiske klassifikasjonen for sykdommer og beslektede helseproblemer (Direktoratet for e-helse, 2019). ICD-10 skiller mellom ernæringsmessig risiko (E46), moderat og alvorlig underernæring (hhv. E44 og E43). Den internasjonale klassifikasjonen for diagnoser i primærhelsetjenesten (ICPC) er T05: Ernæringsproblem hos voksen. Diagnosekodene baseres på KMI, vekttap, matinntak og grad av sykdom (Nasjonalt råd for ernæring, 2017; Guttormsen et al., 2010). Nedenfor vil jeg presentere kodene for underernæring og kriteriene satt for diagnose (Direktoratet for e-helse, 2019):

E.46: Ernæringsmessig risiko: for bruk av koden kreves minst ett av følgende kriterier oppfylt:

- NRS 2002: skår 3 eller mer
- MUST: skår 2 eller mer
- MNA del 1 av fullversjon, skår 11 eller mindre

E.44: Moderat underernæring: For bruk av koden kreves minst ett av følgende kriterier oppfylt:

- ufrivillig vekttap over 10% siste 3-6 måneder eller over 5% vekttap siste 2 måneder
- KMI <18,5 kg/m² (over 70 år: KMI <20)
- KMI <20 kg/m² (>65 år: KMI <22) og samtidig et ufrivillig vekttap på 5% siste 6 måneder,
- Matinntak under halvparten av beregnet behov siste uke ved samtidig akutte/kroniske inflammasjonstilstander.

E.43: Alvorlig underernæring: for bruk av koden kreves minst ett av følgende kriterier oppfylt:

- 15% ufrivillig vekttap siste 3-6 måneder eller mer enn 5% ufrivillig vekttap siste måned,
- KMI <16 (>70 år: KMI: <18,5)
- KMI <18,5 (>70 år: KMI <20) og i tillegg et ufrivillig vekttap på > 5% siste 3 måneder.

Det er viktig at disse opplysningene dokumenteres i journal slik at ernæringsrelatert

informasjon blir videreført til annet helsepersonell og institusjoner.

Dokumentasjonsplikt og journaler

Helsepersonell er lovpålagt dokumentasjon i journal (jf. Helsepersonelloven kap. 8). En journal er et arbeidsdokument for helsepersonell som yter helsehjelp, og skal bidra til en forsvarlig pasientbehandling (Helsepersonelloven, 1999). I en journal beskrives den pleien og omsorgen som er gitt til pasient og gir derfor en oversikt over det som har blitt gjort. Journalen kan dermed ses på som kommunikasjon mellom helsepersonell og institusjoner. Ved avsluttet behandling skal en sammenfattende redegjørelse (epikrise) for årsak, utvikling og behandling av sykdom sendes videre med pasient (Store Norske Leksikon, 2019). Således er det viktig å bevisstgjøre viktigheten av god journalføring, ved at epikrisen skal gi et omfattende bilde av sykdomsforløpet (Ehnfors et al., 2015). Journalgransking er en kvalitetsvurdering av det som dokumenteres rundt pasientens tilstand og den pleien som er gitt. Det kan være ulike hensikter bak en journalgransking, blant annet kompetanseheving eller en evaluering og forbedring av innholdet i journalen. Hvor høye krav det stilles til en journalgransking varierer. I Norge finnes det ulike journalsystem, men det er et fellestrekk at de ikke er spesielt tilrettelagt for ernæringsdokumentasjon (Nasjonalt råd for ernæring, 2017). Resultater fra kartlegging av status, ernæringsrettede tiltak og mål blir ofte lagret ulike steder, som kan gjøre dokumentasjonsprosessen utfordrende. Bedre rutiner og systemer for dokumentasjon vil lette samhandling og bidra til kontinuitet i behandlingen ved overflytting av pasienten (Eide, Halvorsen & Almendingen, 2014). Under forutsetninger og prinsipper i de nasjonale retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring står det at dokumentasjon om ernæringsstatus og –behandling skal implementeres i gjeldende dokumentasjonssystemer og videreføres når pasienten overføres til et annet omsorgsgjeld (Guttormsen et al., 2010). Det at journaler ikke er godt nok tilrettelagt for rapportering av ernæring kan gjøre implementering av retningslinjer vanskelig (Nasjonalt råd for ernæring, 2017).

Forventet effekt av systematisk kartlegging og behandling

En god ernæringspraksis kan være avgjørende for pasienter i risiko for underernæring. Tall fra Danmark, Nederland, Storbritannia og USA viser nytten av målrettet ernæringsbehandling (Guttormsen et al., 2010). Studiene viste en reduksjon i liggetid på sykehus med minimum 20% for pasienter som ble vurdert og behandlet for underernæring. Gode rutiner i møte med

pasient i å identifisere ernæringsmessig risiko tidlig vil være viktig, da en god ernæringsstatus er assosiert med mindre sykkelighet og kortere sykehusopphold. En god ernæringsstatus gir lavere risiko for reinnleggelser, også etter justering for alder og sykkelighet (Nasjonalt råd for ernæring, 2017).

En nedprioritert ernæringspraksis gir helseøkonomiske konsekvenser. Underernæring øker risikoen for komplikasjoner, reduserer motstand mot infeksjoner, forverrer fysisk og mental funksjon, gir redusert livskvalitet, forsinker rekonvalesens og gir økt dødelighet (Guttormsen et al., 2010; Stratton, Elia & Green, 2003). Det er vist at liggetiden til en underernært pasient kan være opptil tre ganger så lang i forhold til en velernært pasient. Tall fra 2007 viser at målrettet ernæringsbehandling er anslått å redusere antall innlagte døgn, som kan gi kostnadsbesparelser på omtrentlig en halv milliard norske kroner årlig (Helsedirektoratet, 2012). Det er vist at 10-60% av pasienter som legges inn på sykehus og sykehjem er underernærte (Helsedirektoratet, 2012). Dette øker behovet for hjemmetjenester, legebesøk og reinnleggelser (Guttormsen et al., 2010). En annen beregning utført av The British Association for Parenteral and Enteral Nutrition har beregnet at behandling av pasienter med ernæringsvikt koster over 7 milliarder pund per år i Storbritannia, som tilsvarer rundt 10% av de totale helsekostnadene (Guttormsen et al., 2010; Elia, 2006). Riktig ernæringsbehandling vil gi økonomiske og helsemessige gevinster, i form av bedret livskvalitet og overlevelse hos en rekke sykdomsgrupper (Stratton et al., 2003). Det er vist at bruk av validerte screeningsverktøy på sykehus er knyttet til bedre ernæringsbehandling og en lavere forekomst av underernæring (Eggleer, Halfens & Lohrmann, 2017). Imidlertid viser en kunnskapsoppsummering av screeningverktøy for forbedring av profesjonell praksis at det er behov for mer forskning rundt effekten av ernæringscreening (Omidvari, Vali, Murray, Wonderling & Rashidian, 2013). Til tross for dette anbefales det å utføre en ernæringscreening, på grunn av konsekvensene rundt risiko for underernæring og underernæring. Resultatene fra kunnskapsoppsummering fant ingen tegn på effekt for ernæringscreening, og kan derfor ikke gi anbefalinger i praksis basert på funnene. Revisjonen foreslår at screeningprogrammer bør videre utformes og gjennomføres, samt at ressurser bør mobiliseres for å øke finansering til forskning på området (Omidvari et al. 2013).

Lover og forskrifter for helsepersonell

Det er viktig at helsepersonell har tilstrekkelig kompetanse også innenfor ernæring, slik at de har kunnskapen til å imøtekomme pasientens behov (Guttormsen et al., 2010). Under ulike

lover og forskrifter for helsepersonell finner man ulike krav til arbeid, som vil si at helsepersonell har mye de skal forholde seg til. Helsepersonelloven gjelder helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp. Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell (Lov om helsepersonell, §1). Under kapittel 2 §4 finner man krav om forsvarlighet. Forsvarlighetskravet går ut på at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner (jf. Helsepersonelloven § 4). Når helsepersonell opptrer forsvarlig vil pasienten få god og omsorgsfull hjelp. Forsvarlighetskravet i helsepersonelloven §4 er en rettslig standard, det betyr at innholdet i forsvarlighetskravet vil endre seg over tid, i tråd med det som til enhver tid er anerkjent praksis. Forsvarlig helsehjelp innebærer at hver pasient har krav på helsehjelp som er individuelt tilpasset tilstanden og situasjonen (Guttormsen et al., 2010). Dette betyr at pasienter har krav på individrettede tiltak i forhold til en ernærings situasjon, samt god omsorg og oppfølging. Jevnlig oppfølging av ernæringsmessig status og riktig igangsetting av tiltak er viktig for en pasient som er i risiko for underernæring eller underernært, ved at tilstanden kan utvikle seg over tid. Kvalitetsforskriften kan ses på som en utdypning av forsvarlighetskravet. Forskriften skal sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester får sikret sine grunnleggende behov som tilstrekkelig ernæring, samt et variert og helsefremmende kosthold (jf. Helsepersonelloven). Under kapittel 8 §39-47 finner man plikt til dokumentasjon. Forskriftens innhold gir nærmere regler om dokumentasjonsplikt, herunder krav til innhold i pasientjournaler, samt plikter og krav til føring, retting, sletting, oppbevaring, overføring, tilgang til og tilintetgjøring av journal (jf. Helsepersonelloven kap.8). Formålet med loven er at helseopplysninger skal behandles på en måte som gjør dem raskt tilgjengelige for de ansatte. Pasientjournalen er først og fremst et arbeidsdokument for helsepersonell som yter helsehjelp, og skal bidra til en forsvarlig pasientbehandling (Helsepersonelloven, 1999). I 2015 ble det et krav om føring av elektronisk pasientjournal for helsepersonell (Forskrift om IKT-standarder i helse og omsorg, 2015). En elektronisk pasientjournal skal øke kvaliteten på dokumentasjonen og gjøre den mer tilgjengelig (Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp, pasientjournalloven 2014). Det er viktig at dokumentasjonen utføres systematisk, ved at den dokumenterte informasjonen ses på som kommunikasjon mellom helsepersonell (Vee & Hestetun, 2009). Dokumentasjonen i pasientjournalen skal få frem helsepersonellets vurderinger og handlinger (Dahl & Skaug, 2011). Ernæring skal være en integrert del av behandlingstilbudet i helse- og omsorgstjenesten (Findalen & Arsky, 2012). Helseforetakene og kommunene skal bidra til at helsepersonell i tjenesten får tilstrekkelig

opplæring om ernæring (Guttormsen et al., 2010).

Metode

Studiets design og utvalg

I denne studien er det gjennomført en prospektiv observasjonsstudie blant pasienter innlagt på et helsehus sentralt plassert på Østlandet i en definert periode. Pasienter ved helsehuset ble screenet for ernæringsmessig risiko ved innkommst til helsehuset og ved avreise. Det ble også gjennomført en kartlegging av holdninger og igangsatte tiltak blant helsepersonell ved helsehuset ved hjelp av en spørreundersøkelse. I tillegg ble det gjennomført en journalgransking for å se hvordan ernæringsproblematikk ble dokumentert og håndtert i forbindelse med overganger mellom institusjoner.

Utvalg

Inklusjonskriterier for studiens utvalg er vist i tabell 1. Pasientene ble fortløpende inkludert ved innkommst til helsehuset. I samarbeid med helsepersonell ved de ulike avdelingene på huset ble det opprettet kontakt etter studiens inklusjonskriterier. Potensielle deltagere ble informert om studien ved et informasjonsskriv og skrev videre under på et samtykkeskjema ved deltagelse. Pasienter fra tre enheter ved helsehuset har blitt inkludert i studien. Det endelige utvalget besto av 27 pasienter fra 7 ulike avdelinger innenfor rehabilitering, korttid og avklaring. Prosjektets inklusjonskriterier var samtykkekompetente eldre mennesker over 65 år innlagt på et helsehus. De inkluderte deltagerne var pasienter som kom fra enten sykehus eller eget hjem i løpet av 48 timer. Pasientene måtte forstå og skrive norsk. Deltakerne måtte selv gi samtykke og det ble lagt vekt på at pasienten var samtykkekompetent. Samtykkekompetanse innebærer at pasienten er kognitivt tilregnelig (lovdata, pasient- og brukerrettighetsloven §4-3 første ledd). Mennesker under 65 år og pasienter uten samtykkekompetanse er ekskludert fra studien. Pasienter som kun har gjennomført første kartlegging og reist videre til sykehjem eller sykehus ble ekskludert fra studien.

Tabell 1: Inklusjonskriterier for studiens utvalg

Inklusjonskriterier
Pasienter innlagt på korttidsavdeling, rehabilitering eller avklaringsenheten innen 48 timer tidligere
Alder >65 år
I stand til å kunne gi et reelt informert samtykke (inneha samtykkekompetanse)
Pasienter som skrives ut direkte til hjemmet

Innsamling og analyse av datamaterialet

Kartlegging av ernæringsmessig risiko

Det er utviklet flere verktøy for å måle ernæringsmessig risiko. I denne studien ble det valgt å benytte MNA på bakgrunn av anbefalinger i Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (Guttormsen et al., 2010), som anbefaler at pasienter ved sykehjem skal vurderes for ernæringsmessig risiko innen en uke etter innleggelse. Er pasienten er utenfor risiko, skal pasienten vurderes ukentlig eller månedlig for risiko (Guttormsen et al., 2010).

Gjennomføring av screeningundersøkelsen

MNA-skjemaet består av to deler med tilsammen 18 spørsmål. Del 1 består av 6 spørsmål som tar for seg gradering av matinntak, vekttap, neuropsykologiske problemer og KMI og gir en maksimal skår på 14 poeng. Pasienter som skårer under 11 på del 1 kategoriseres som å være i risiko for underernæring og del 2 skal fylles ut. Denne delen inneholder 12 spørsmål som tar for seg boligforhold, medikamentbruk, forekomst av sår, daglige måltider, protein-, væske- og frukt og grøntinntak, grad av hjelp til inntak av mat, syn på egen helse og ernæringstilstand i forhold til jevnaldrende og antropometriske målinger. Del 1 og del 2 gir sammen maksimalt en skår på 30. På bakgrunn av totalskår kategoriseres pasienten som underernært, i risiko for underernæring eller normal ernæringsstatus. Underernært betegnes av en skår under 17 poeng, 17 til 23,5 poeng viser til risiko for underernæring og 24-30 betegnes som normal ernæringsstatus.

Innledningsvis registreres demografiske variabler som kjønn, alder, høyde og vekt. KMI beregnes og dette krever riktig mål av høyde og vekt. Måling av høyde ble gjort ved bruk av et målebånd, hvor pasient sto inntil en vegg uten sko. Selvrapporing av høyde ble brukt for de pasientene som det ikke var mulig å måle høyde på. Vekt av pasient ble enten målt sittende på en vektstol eller stående på en vekt, uten sko og yttertøy. Overarmomkrets og leggomkrets ble målt med et målebånd. Midtpunkt av avstanden mellom skulder og albueknokke ble målt ved måling av overarmsomkrets og tykkeste punkt på legg ble målt ved leggomkrets. Mål av både legg og overarm ble utført tre ganger slik at målingen ble mest mulig nøyaktig. Videre ble undersøkelsen utført ved å stille spørsmål til pasienten. Ved spørsmål som pasient ikke kunne svare på, ble spørsmålet videre rettet til pasientens omsorgsyter.

Spørreskjema

Spørreskjema som ble benyttet i denne studien var et eksisterende spørreskjema reliabilitetstestet i en tidligere masteroppgave (Halleland, 2015). Spørreskjemaet var rettet mot de ansatte på helsehuset og hensikten var å fange opp utfordringer i forhold til gjennomføring av tiltakene fra tiltakspakken, i hvilken grad tiltakene ble utført, og hvordan gjennomføringen av ernæringstiltakene fungerte for ansatte og pasientene. Spørreskjemaet som ble brukt inneholdt åpne og lukkede spørsmål. Hensikten bak de åpne spørsmålene var å fange opp holdninger, oppfatninger eller meninger som ellers ikke ville kommet frem.

Spørreskjemaet var delt inn i 4 deler, bakgrunnsinformasjon, gjennomføring av tiltak, kunnskap og holdninger og utfordringer ved innføring av tiltak. Totalt bestod spørreskjemaet av 30 spørsmål. Svaralternativene var likertskalerte, som vil si at svaret på hvert enkelt spørsmål graderes på en skala. I tillegg til dette var alternativet *vet ikke* inkludert.

Det var tre bakgrunns spørsmål i spørreskjemaet til de ansatte, spørsmålene var knyttet til aldersgruppe, kjønn og utdanningsnivå. I del 2 var det syv spørsmål knyttet til bruk av tiltakspakke for forebygging og behandling av underernæring. Svaralternativene knyttet til denne delen var likertskalerte med verdien 1-5, hvor 1 = *i svært liten grad/svært lite gjennomførbart*, 2 = *i liten grad/lite gjennomførbart*, 3 = *verken/eller*, 4 = *i stor grad/ganske gjennomførbart*, 5 = *i svært stor grad/svært godt gjennomførbart*, 6 = *Ikke aktuelt/vet ikke*. Del av 3 spørreskjemaet inneholdt sytten spørsmål om kunnskap og holdninger blant de ansatte, knyttet til ernæringstiltakene og ernæringsproblemer. De likertskalerte svaralternativene for holdningsutsagnene hadde verdiene 1-5, hvor 1 = *helt uenig*, 2 = *nokså uenig*, 3 = *verken/eller*, 4 = *nokså enig* og 5 = *helt enig*. Svaralternativet *ikke aktuelt/vet ikke* hadde verdien 6. Den fjerde delen av spørreskjemaet bestod av tre åpne spørsmål rundt utfordringer knyttet til gjennomføring av tiltakene fra pasientsikkerhetsprogrammet for forebygging og behandling av underernæring.

Datainnsamling fra spørreskjemaene

Spørreskjemaet til de ansatte ble lagt tydelig frem på avdelingens dokumentasjonsrom fra oppstart av prosjektet i oktober 2018 og ble samlet inn ukentlig frem til første uken i januar 2019. Totalt ble spørreskjemaene lagt frem på syv avdelinger. De ansatte ble informert om prosjektet og spørreskjemaet på morgenmøte ved vaktskiftet hver morgen. Spørreskjemaene ble gitt i papirform, sammen med et informasjonsskriv om prosjektet og et samtykkeskjema

som den ansatte måtte skrive under på. Skrivet tok for seg konfidensialitet og frivillig deltakelse. Alle opplysninger om de ansatte ble behandlet konfidensielt og anonymisert og det var ikke mulig for forsker å vite hvem som svarte på spørreskjemaet. De fleste av besvarelsene ble gjort på helsehuset, men noen tok det med seg og deretter returnerte det til dokumentasjonsrommet på avdelingen.

Journalgranskingskjemaet

Journalgranskingskjemaet som ble benyttet i denne oppgaven er et måleverktøy for kvaliteten og kvantiteten på ernæringsrelatert dokumentasjon i journaler. Skjemaet ble utarbeidet i 2015 under et ernæringsprosjekt kalt *Helse og omsorg*. Skjemaet ble brukt for å vurdere innhold i sykepleiejournaler og bygger på en norsk versjon (N-Catch) av journalgranskingskjemaet D-Catch (Eide et al., 2014; Paans, Sermeus, Nieweg & Van Der Schans, 2010). D-Catch ble utviklet i 2007-2008 og er regnet som et valid og reliabelt verktøy for å granske sykepleiedokumentasjon i journaler på sykehus (Pans et al., 2010). Journalgranskingskjemaet brukt i denne studien ble bearbeidet for å vurdere ernæringsdokumentasjon av Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester ved Kari Anette Os. Skjemaet hadde ikke tidligere gjennomgått validitets- og reliabilitetstesting, men ble benyttet av sykepleiestudenter for å granske ernæringsdokumentasjon i journal i forbindelse med praksis. Journalgranskingskjemaet ble videre reliabilitetstestet i en tidligere masteroppgave, hvor man ut i fra resultatene kan anta at journalgranskingskjemaet kan være et reliabelt verktøy for å granske ernæringsrelatert informasjon i journaler (Gaustadnes & Høyem, 2018). I granskingskjemaet legges det vekt på fem områder med utgangspunkt i henhold til Journalforskriften (Forskrift om pasientjournal, 2000), samt at det ble tatt utgangspunkt i Veileder for sykepleiedokumentasjon utgitt av Norsk Sykepleieforbunds forum for IKT og Dokumentasjon (Sykepleiernes forum for IKT og Dokumentasjon, 2007). De fem områdene ble vurdert med ulike kriterier for å oppnå en skår mellom 0 til 2. I forkant av granskingen ble det gjort endring på journalgranskingskjemaet, slik at det ble tilpasset tiltakene fra tiltakspakken for forebygging og behandling av underernæring, dermed vil denne studien være en pilottest for granskingskjemaet. Under kartleggingsområde ble ernæringscreening lagt til, da tiltakspakken viser til at alle pasienter skal vurderes for ernæringsmessig risiko innen en uke etter innleggelse. Under tiltak ble ernæringsplan lagt til og under rapport ble diagnosekode lagt til, da dette presiseres under tiltakspakken.

Under kartlegging undersøkes det om vekt er registrert ved innkomst og om det videre er registret jevnlig. Sykepleiesammenfatningen skal gi et oppdatert bilde av pasienten og det

vil bli vurdert om brukerens behov og ressurser i forhold til ernæring kommer frem og om det er gjort en risikovurdering av pasient ved innkomst. Området ressurser skal avspeile et eventuelt ernæringsproblem og kan beskrive om pasienten klarer å spise selv og/eller om matlysten er nedsatt. Mål og tiltak tar for seg om pasienten har spesifikke mål for ernæringsoppfølgingen under institusjonsoppholdet og om tiltakene er begrunnet og knyttet opp mot målene. Det vil også vurderes om det er opprettet en ernæringsplan. Området rapport vurderer de daglige rapportene av observasjoner av brukerens tilstand. Det vil vurderes om tiltaksplan blir fulgt opp og om effekt av tiltak mot oppsatte mål beskrives. Det vil også undersøkes om det er gitt diagnosekode sammen med et resultat av ernæringscreeningen.

Skjema 1: Vurderingsskjema - Journalgjennomgang – ernæring

Område	Kriterier 2 poeng	Kriterier 1 poeng	Kriterier 0 poeng	Poeng:
Kartlegging	Vekt er registrert månedlig <i>Eller:</i> Vekt er IKKE registrert, og det er begrunnet hvorfor	Vekt registrert, men ikke månedlig	Vekt er ikke registrert	
	Brukerens behov og ressurser ift til ernæring fremkommer i sammenfatningen som er oppdatert i løpet av de siste 3 mnd	Ernæring er med i sammenfatning, men: <ul style="list-style-type: none"> • behov og ressurser kommer ikke tydelig frem • <i>eller:</i> sammenfatning er ikke oppdatert (eldre enn 3 mnd) 	Ernæring er ikke med i sammenfatningen	
	Ernæringscreening – Alle pasienter vurderes for ernæringsmessig risiko innen ett døgn eller innen en uke etter innkomst til sykehjemmet, Vurderingen bør minimum inneholde: <ul style="list-style-type: none"> • Har pasienten hatt ufrivillig vekttap de siste 3 månedene? • Har pasienten hatt redusert matinntak siste uke? • Forventes det reduksjon i matinntak eller økt energibehov på grunn av sykdom eller behandling. 	Screening er registrert, men det fremkommer ikke hvordan screening er gjort og/eller at det ikke er gjort innen en uke	Det er ikke gjort en risikovurdering	
Ressurser	Ressurser avspeiler hele pasientens ernæringsproblem og er relatert til tiltaket	Ressurser er beskrevet, men: <ul style="list-style-type: none"> • avspeiler ikke hele pasientens ernæringsproblem • <i>eller:</i> er ikke relatert til tiltaket 	Ressurser er ikke beskrevet	
Mål	Mål er relatert til tiltaket og beskriver ønsket tilstand for brukeren	Mål er beskrevet, men: <ul style="list-style-type: none"> • er ikke relatert til tiltaket • <i>eller:</i> beskriver ikke ønsket tilstand for brukeren 	Mål er ikke beskrevet	
Tiltak	Bakgrunn for tiltaket kommer frem, og sier hva som skal gjøres, når og hvordan.	Tiltaket er beskrevet, men mangler ett eller flere av kriteriene: <ul style="list-style-type: none"> • bakgrunn • hva skal gjøres/hvordan det skal gjøres 	Tiltaket mangler helt, eller mangler alle kriterier: <ul style="list-style-type: none"> • begrunnelse 	

Læringskvalitet Journalgjennomgang ernæring. Oppdatert skjema 28/4 2017

Figur 1: Journalgranskingskjema side 1 av 2

Gjennomføring av journalgranskning

Etter screeningundersøkelse av pasient ble journal vurdert ved bruk av journalgranskingskjemaet. Tiden ble tatt ved hver journalgranskning, slik at det kunne beregnes en gjennomsnittlig granskningstid. I journalen ble det gjennomgått utreiserapport og epikrise fra sykehuset. Ved avreise fra helsehuset og etter gjennomført screening to ble pasientenes journaler gjennomgått enda en gang hvor utreiserapport og epikrise fra helsehuset ble gjennomgått. Skårene fra granskningen ble ført direkte inn i journalgranskingskjemaet (vedlegg 6). Ved avslutning av datainnsamling ble alle journaler gjennomgått på nytt.

Relabilitet og validitet

Validitet handler i korte trekk om et måleinstrument måler det det er ment å måle (Nunnally,

1967; Svensson, Hjartåker & Laake, 2007). Screeningverktøyet som er blitt benyttet i denne oppgaven er et godt validert verktøy for eldre (Gjerlaug et al., 2016). Spørreskjemaet som ble benyttet i denne oppgaven var et eksisterende spørreskjema som har blitt reliabilitetstestet i en tidligere masteroppgave (Halleland, 2015). Spørreskjemaet har ikke blitt validert, med unntak av seks holdningsutsagn som ble hentet fra en tidligere validert studie (Halleland, 2015; Christensson & Bachrach-Lindstrom, 2009). Journalgranskingskjemaet som er blitt benyttet i denne oppgaven er et måleverktøy for kvaliteten og kvantiteten på den ernæringsrelaterte dokumentasjonen i journaler. Skjemaet er reliabilitetstestet fra tidligere masteroppgave (Gaustadnes & Høyem, 2018). Reliabilitet sier noe om konsistens eller stabilitet i målinger (Store norske leksikon, 2018). Ut i fra de tidligere resultatene kan man anta at journalgranskingskjemaet kan være et reliabelt verktøy for å granske ernæringsrelatert informasjon i journaler (Gaustadnes & Høyem, 2018).

Statistiske analyser

De statistiske analysene ble gjennomført i Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 14 (IBM Corp., Armonk, NY, USA). Resultatene fra MNA-screening 1 og 2, samt spørreskjemaet og journalgranskingskjemaet ble lagt inn manuelt. En del av variablene ble endret i forkant av de statistiske analysene ved at svaralternativer ble slått sammen fra seks til fire svarkategorier. Svaralternativene *i svært liten grad* og *i liten grad* ble slått sammen til *i liten grad*. Svaralternativene *i stor grad* og *i svært stor grad* ble slått sammen til *i stor grad*. Hensikten var å slå sammen verdier til mer hensiktsmessige kategorier.

Deretter ble det utført deskriptiv statistikk for å beskrive utvalget av pasienter og for å undersøke hvordan svarene fra spørreskjemaet til de ansatte var fordelt på de ulike svaralternativene. Nominale og kategoriske variabler ble beskrevet med antall enheter (n), og prosentfordelinger. Kontinuerlige variabler ble beskrevet med gjennomsnitt og standardavvik. De statistiske analysene som ble benyttet ble valgt med bakgrunn av at store deler av dataene ikke var normalfordelte, i tillegg til at utvalget var lite. Ikke-parametriske tester skal i hovedsak benyttes når utvalget er lite og ved skjevfordelte data (Pallant, 2013).

Godkjenninger og etiske betraktninger

Studien er registret hos NSD, Norsk Senter for forskningsdata med prosjektnummer 952363 (vedlegg 2). Det ble også søkt om godkjenning fra REK, Regionale Komiteer for Medisinsk

og Helsefaglig Forskning, men dette var ikke nødvendig da prosjektet ikke omfattes av helseforskningslovens virkeområde (vedlegg 1). Det ble innhentet samtykke fra alle pasienter og ansatte om deltakelse i studien. Det ble utviklet et informasjonsskriv til pasienter og ansatte ved helsehuset som ble inkludert i studien (vedlegg 3 og 5). Skrivet tok for seg konfidensialitet og frivillig deltakelse. Eldre kan ses på som en sårbar gruppe og forskningen kan da innebære flere utfordringer, med tanke på blant annet en høy alder og forekomst av sykdom. Deltagerne ble tydelig informert om studiens hensikt, som ville kunne gi den enkelte pasient ekstra oppmerksomhet rundt et eventuelt ernæringsproblem og videre erfaringer som ville kunne hjelpe andre i ernæringsmessig risiko. Det ble innhentet særskilt samtykke fra pasient til å gå gjennom deres pasientjournal. Alle opplysninger om de ansatte og pasient ble behandlet konfidensielt og anonymisert, og det vil ikke være mulig å identifisere deltaker i resultatene av studien.

Resultater

I denne delen presenteres en oppsummering av resultat fra artikkel, utvalgets kroppsmasseindeks, resultat fra MNA-kartlegging, og resultat fra spørreundersøkelsen rettet mot de ansatte på helsehuset

Oppsummering av resultat fra artikkel

I artikkelen ønsket jeg å undersøke forekomst av underernæring og risiko for underernæring blant pasienter som innvilges opphold på et helsehus, om pasientsikkerhetsprogrammets tiltak for å forebygge og behandle underernæring var implementert og hvordan ernæringsinformasjon viderefremmes til neste nivå i helsevesenet når pasienten skrives ut.

Resultatene viste at 44% av studiepopulasjonen var i risiko for underernæring ved innkomst til helsehuset og 30% var underernærte. I løpet av oppholdet minsket gruppen med risiko for underernæring med 11% og gruppen med normal ernæringsstatus økte med 15%. Fordelingen av ernæringsstatus hos pasienten ved innkomst var signifikant forskjellige fra fordelingen ved utreise ($p=.001$).

Spørreskjemaet som skulle fange opp hvilke tiltak de ansatte hadde satt i gang viste at 76% hadde gjennomført medspising og berikning av maten, 45% hadde gjennomført ekstra kveldsmåltid og 59 % hadde gjennomført alle tre ernæringstiltakene. Samtidig svarte mange at de opplevde utfordringer ved gjennomføring av tiltakene, 24% opplevde medspising som utfordrende, for ekstra kveldsmåltid var tallet 21% og 10% for berikning av mat. Mangel på kunnskap, tid og ressurser samt motstand fra pasient var de vanligste utfordringene.

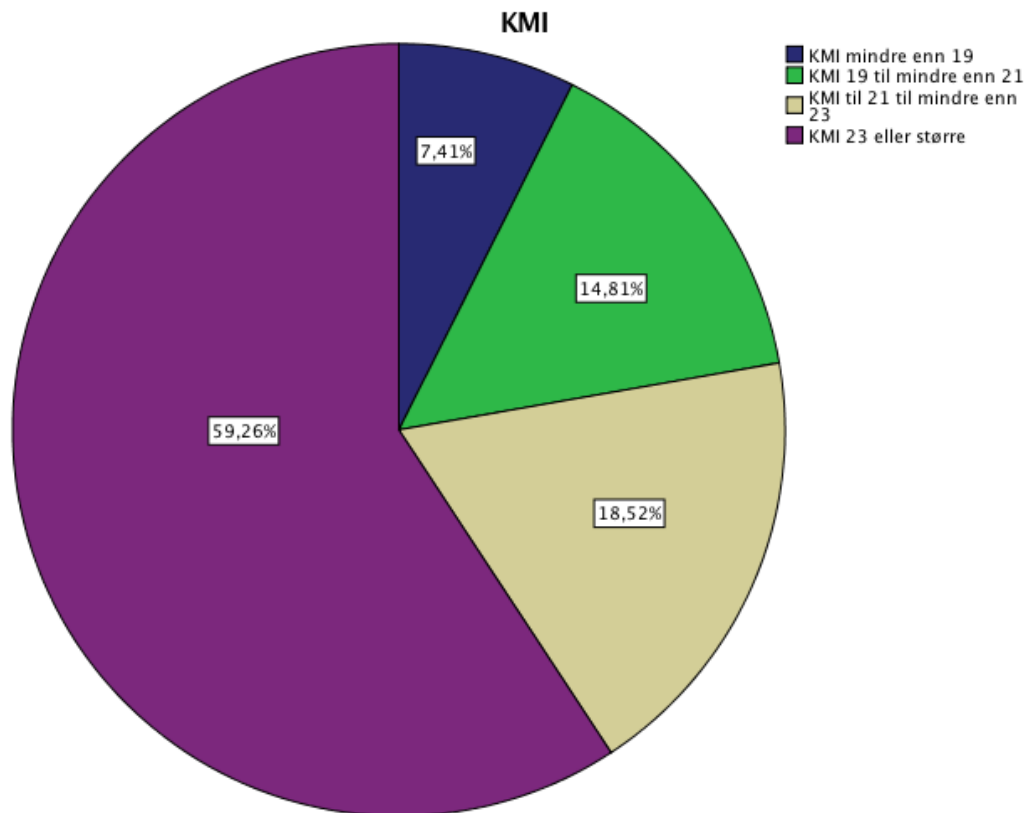
Journalgranskingen viste mangelfull dokumentasjon av ernæringsrelatert informasjon, både fra sykehus og helsehus, ved innkomst og avreise fra helsehuset. Vekt av pasient var sjeldent registrert, få av pasientene hadde ernæringsrelaterte mål og målene var ofte lite informative og vanskelig å forstå. Ingen av pasientene hadde fått opprettet en ernæringsplan og tiltakene som var opprettet manglet som regel begrunnelse.

Jeg konkluderer med at en betydelig andel av de som kom inn på helsehuset i løpet av en periode på tre måneder var underernærte eller i risiko for underernæring. Videre indikerte resultatene at tiltakspakken for forebygging og behandling av underernæring ikke var godt nok implementert i helsehuset. Resultatene fra denne studien indikerer at det bør forskes mer på håndtering av ernæringsproblem i helsehus, siden denne studien er for liten til å kunne generalisere resultatene til andre helsehus i Norge.

Detaljert resultat fra MNA-kartlegging

Utvalgets kroppsmasseindeks

Figur 2 viser utvalgets kroppsmasseindeks inndelt i 4 kategorier vist som prosentandeler. Kroppsmasseindeks <19, kroppsmasseindeks 19- <21, kroppsmasseindeks 21-<23 og kroppsmasseindeks >23. Inndelingen av KMI er basert på screeningverktøyet MNA som er validert for eldre mennesker over 65 år.



Figur 2: Kroppsmasseindeks inndelt i 4 kategorier vist som prosentandeler

Utvalgets fordeling av kroppsmasseindeks var likt ved screening 1 og 2, derfor vises det kun en figur for fordelingen av KMI. Det fremkommer at 59% av deltagerne hadde en KMI >23, under kategorien normalvekt. Totalt 19 % hadde en KMI mellom 21-23 og 15 % hadde en KMI mellom 19-21 som også ligger under kategorien normalvektig, men indikerer en risiko for undervekt. De resterende 7 % hadde en KMI innenfor <19 som indikerer undervekt.

MNA-kartlegging

Tabell 2 viser en detaljert oversikt over resultatene av MNA kartleggingen ved innkomst og utreise, del 1 og 2.

Tabell 2: MNA-kartlegging ved innkomst og utreise fra helsehuset

MNA del 1				
		Innleggelse	Utreise	
		n=27	n=27	
Karakteristikk	Svaralternativ	n(%)	n(%)	p-verdi*
Redusert matinntak	Alvorlig nedsatt appetitt	10 (37)	6 (22)	p=.002
	Moderat nedsatt appetitt	6 (22)	8 (30)	
	Ikke nedsatt appetitt	11 (41)	13 (48)	
Vekttap siste 3 mnd.	>3 kg	6 (22)	1 (4)	p=.032
	vet ikke	6 (22)	6 (22)	
	1-3 kg	8 (30)	5 (19)	
	ikke vekttap	7 (26)	15 (56)	
Mobilitet	Sengeliggende/sitter i stol	8 (30)	4 (15)	p=.001
	Går ikke alene	19 (70)	23 (85)	
	Går ute	-	-	
Psykologisk stress/akutt sykdom	Ja	27 (100)	26 (96)	-
	Nei	-	1 (4)	
Neuropsykologiske lidelser	Mild demens	3 (11)	4 (15)	p=.00
	Ingen psykologiske lidelser	24 (90)	23 (85)	
Body Mass Index	BMI > mindre enn 19	2 (7)	2 (7)	-
	BMI 19 til > 21	4 (15)	4 (15)	
	BMI 21 til > 23	5 (19)	5 (19)	
	BMI 23 eller <	16 (59)	16 (59)	
MNA del 2				
Bor i egen bolig	Ja	27 (100)	27 (100)	-
>3 reseptbelagte medisiner per dag	Ja	23 (85)	22 (82)	p=.00
Trykksår/hudsår	Ja	13 (48)	12 (44)	p=.00
Måltider per dag	1 måltid	1 (4)	1 (4)	p=.071
	2 måltid	3 (11)	7 (26)	
	3 måltid	23 (85)	19 (70)	
Utvalgte markører for proteininntak	Minst en porsjon melkeprodukter pr dag	5 (19)	5 (19)	
	To porsjoner per dag	6 (22)	8 (30)	
	Tre porsjoner per dag	16 (59)	14 (52)	

To eller flere porsjoner frukt eller frukt eller grønt	Ja	3 (11)	2 (7)	p=.145
	Nei	24 (89)	25 (93)	
Væskeinntak	< 3 kopper	5 (19)	7 (26)	p=.000
	3-5 kopper	13 (48)	12 (44)	
	>5 kopper	9 (33)	8 (30)	
Matinntak	Ikke i stand til å spise uten hjelp	3 (11)	1 (4)	p=.000
	Spiser selv med vanskeligheter	10 (37)	12 (44)	
	Spiser selv uten vanskeligheter	14 (52)	14 (52)	
Eget syn på ernæringsmessig status	Ser på selv som underernært	3 (11)	2 (7)	p=.000
	Er usikker på ernæringsmessig tilstand	10 (37)	11 (41)	
	Ser ikke på selv seg som underernært	14 (52)	14 (52)	
Hvordan vurderer pasienten sin helse med jevnaldrende	Ikke like bra	9 (33)	6 (22)	p=.07
	Vet ikke	8 (30)	10 (37)	
	Like bra	6 (22)	9 (33)	
	Bedre	4 (15)	2 (7)	
Overarmomkrets	<21 cm	3 (11)	5 (19)	p=.000
	21-22 cm	5 (19)	4 (15)	
	>22 cm	19 (70)	18 (67)	
Leggomkrets	<31 cm	8 (30)	8 (30)	-
	>31 cm	19 (70)	19 (70)	

*=chi-square

Tabell 2 del 1 viser at 40 % av pasientene ikke hadde en nedsatt appetitt ved innleggelse og at kategorien hadde steget 8% ved utreise. Kartleggingen viste at 30% av deltagerne hadde gått ned 1-3 kg de siste 3 månedene ved innleggelse, ved utreise var tallet 18%. Ved den første kartleggingen var 70% av pasientene i stand til å gå ut av seng/stol alene, ved andre kartlegging hadde dette økt til 85%. Alle de inkluderte pasientene hadde opplevd psykologisk stress/akutt sykdom i løpet av de siste 3 måneder. Del 2 av kartleggingen viste at 85% av pasientene hadde brukt mer enn tre typer reseptbelagte medisiner per dag, ved avreise hadde dette sunket med 3%. Totalt 48% av pasientene hadde trykksår/hudsår ved første kartlegging, 44% ved andre kartlegging. I forhold til inntak av mat og drikke, rapporterte 85% at de spiste 3 fullstendige måltider per dag og 48% mente at de fikk i seg 3-5 kopper væske per dag, tallene ved andre kartlegging viste henholdsvis 70% og 44%. Over halvparten (52%) av de inkluderte deltagerne mente at de spiste uten vanskeligheter, som var likt på begge tidspunkt. De antropometriske målingene overarmomkrets og leggomkrets viste at 70 % hadde en overarmomkrets større en 22 cm ved innkomst og at 70% hadde en leggomkrets på over 31 cm, ved andre kartlegging var tallene 67% og 70%.

Resultat fra spørreskjema rettet mot de ansatte ved helsehuset

Gjennomførbarhet

Tabell 3 viser en oversikt over hvilken grad av gjennomførbarhet de ansatte opplevde ved de ulike tiltakene fra tiltakspakken.

Tabell 3: Grad av gjennomførbarhet. *I hvilken grad opplevde du tiltak som gjennomførbart?*

	Lite gjennomførbart n(%)	Verken/eller n(%)	Godt gjennomførbart n(%)	Ikke aktuelt/vet ikke n(%)
Ekstra kveldsmåltid?	6 (21)	2 (7)	18 (62)	3 (10)
Medspisning?	3 (10)	1 (3)	22 (76)	2 (7)
Berikning	0	2 (7)	25 (86)	2 (7)

Tabell 3 gir en oversikt over de ansattes vurdering av tiltakenes gjennomførbarhet.

Resultatene viste at 62% syntes at tiltaket ekstra kveldsmåltid var godt gjennomførbart, 76% syntes tiltaket medspisning var godt gjennomførbart og 86% syntes tiltaket om berikning av mat var et godt gjennomførbart tiltak.

Hensiktsmessighet, holdninger og aksept

Tabell 4 presenterer tolv utsagn som tar for seg respondentenes hensiktsmessighet, holdninger og aksept.

Tabell 4: Hensiktsmessighet, holdninger og aksept

Holdningsutsagn	Uenig	Verken/eller	Enig	Ikke aktuelt/ vet ikke
Opplevelsen av tiltakenes hensiktsmessighet				
Jeg opplever ”ekstra måltid” som et hensiktsmessig tiltak (1)	1 (4)	1 (4)	23 (92)	-
Jeg opplever ”medspising” som et hensiktsmessig tiltak (2)	-	-	25 (100)	-
Jeg opplever ”berikning” som et hensiktsmessig tiltak (3)	-	-	23 (96)	1 (4)
Holdninger				
Jeg syntes det er meningsløst å vurdere kroppsvekt for alle brukere (4)	16 (67)	3 (13)	3 (13)	2 (8)
Det er tilstrekkelig å måle kroppsvekt av brukere som legen ønsker oppfølging på (5)	15 (63)	2 (8)	7 (29)	-
Brukere som lider av overvekt skal alltid ha lav-kalori mat (6)	9 (38)	9 (38)	5 (21)	1 (4)
Underernæring er ikke vanlig blant eldre i kommunal omsorg (7)	19 (79)	-	3 (13)	2 (8)
Det er ikke nødvendig med noen spesiell kunnskap når man skal hjelpe en bruker å spise (8)	23 (96)	-	1 (3)	-
Det er umulig å individualisere tidspunkt for måltider (9)	16 (67)	6 (25)	2 (8)	-
Aksept				
Mitt inntrykk er at brukerne benyttet seg av tiltaket ”ekstra kveldsmåltid” (10)	5 (20)	6 (24)	10 (40)	4 (16)
Mitt inntrykk er at brukerne benyttet seg av tiltaket	-	4 (17)	19 (79)	1 (4)

”medspising” (11)				
Mitt inntrykk er at brukerne benyttet seg av tiltaket	2 (8)	2 (8)	19 (79)	1 (4)
”berikning” (12)				

De tre første holdningsutsagnene som tar for seg opplevelsen av tiltakenes hensiktsmessighet var forholdsvis like og respondentene opplever ernærings tiltakene som hensiktsmessige.

Holdningsutsagn 4-9 tar for seg ulike holdninger blant de ansatte, hvor 67% var uenig i at det er meningsløst å vurdere kroppsvekt for alle brukere. Videre var 63% uenig i at det er tilstrekkelig å måle kroppsvekt av brukere som legen ønsker oppfølging på. Hele 79 % var uenig i at underernæring er ikke vanlig blant eldre i kommunal omsorg og 96 % var uenig i at det er ikke nødvendig med noen spesiell kunnskap når man skal hjelpe en bruker å spise.

Videre var 67% uenig i at det er umulig å individualisere tidspunkt for måltider. De tre siste holdningsutsagnene (10-12) omhandlet aksept blant de ansatte. En stor andel av respondentene var enig i at brukerne benytter seg av ernærings tiltakene.

Diskusjon

I dette kapitlet vil metoden som er benyttet diskuteres. Videre vil to aspekter fra resultatene diskuteres: hvilke faktorer har vært utslagsgivende for en bedring av ernæringsstatus og hvilke holdninger har de ansatte i forhold til igangsetting av tiltak for å forebygge/behandle underernæring. Studiens begrensninger vil presenteres avslutningsvis.

Viktige funn

Resultatene viste at 44% av pasienter over 65 år som ble lagt inn på et helsehus i løpet av en periode på tre måneder var i risiko for underernæring ved innkomst og 30% var underernærte. Pasientene i ernæringsmessig risiko ble ikke fanget av opp av helsepersonell ved helsehuset, da ernæringskartleggingsverktøy ikke var i bruk. I løpet av oppholdet minsket gruppen med risiko for underernæring og gruppen med normal ernæringsstatus økte. Bedring av ernæringsstatus kan trolig forklares ut i fra resultatene av MNA-kartleggingen som ble gjennomført ved innkomst og avreise fra helsehuset. Det ble sett en forbedring av appetitt ved avreise fra helsehuset, i tillegg til en økning på 20% blant pasientene som satt seg i kategorien ikke vekttap ved andre kartlegging.

Resultatene viste at det ikke ble utført en individuell kartlegging av pasient, som resulterte i en mangel på individrettede tiltak hos pasientene i ernæringsmessig risiko. Samtidig rapportere de ansatte likevel at de hadde satt i gang en rekke tiltak foreslått i tiltakspakken for sykehjem, 76% hadde gjennomført medspising og berikning av maten og 45% hadde i stor grad gjennomført tiltaket ekstra kveldsmåltid. De ansatte vurderte de tre tiltakene som godt gjennomførbare. Likevel kom det frem en del utfordringer blant de ansatte ved ernæringstiltakene fra tiltakspakken. Mangel på kunnskap hos de ansatte, motstand fra pasient, mangel på ressurser og tid var utfordringene nevnt av flest ansatte. I spørreundersøkelsen rettet mot de ansatte kom det frem at 29% mente at det var tilstrekkelig å kun måle kroppsvekt av brukere som legen ønsket oppfølging på og 21% mente at overvektige pasienter alltid skulle ha lavkalori mat, resultatene kan tolkes som at kunnskapsnivået blant de ansatte ikke var tilstrekkelig. Videre viste en systematisk journalgransking at ernæringsrelatert informasjon manglet eller var mangelfull både fra sykehus og hjemmesykepleie ved innkomst til helsehuset, og ved avreise.

Diskusjon av metode

Pasienter

Studiens inklusjonskriterier ga mulighet til et høyt antall pasienter på de utvalgte enhetene ved helsehuset. Det endelige utvalget av pasienter består dermed av alle tilgjengelige pasienter etter studiens inklusjonskriterier i tidsperioden, som styrker utvalgets representativitet. Inklusjonskriteriene for studiens utvalg (se tabell 1) ble satt da det var ønskelig å undersøke hvor stor andel av pasientene som ble lagt inn på helsehuset som var i risiko for underernæring ved innkomst. En begrensning var at allerede innlagte pasienter ikke fikk muligheten til å delta, som kan ha ført til at pasienter i ernæringsmessig risiko ikke fikk ekstra oppmerksomhet rundt et eventuelt ernæringsproblem. Videre gjorde inklusjonskriteriet om avreise til eget hjem at fem pasienter ble ekskludert fra studien, men dette betraktes ikke til å påvirke resultatene i stor grad. En annen begrensning var at pasienten måtte kunne kommunisere på norsk, dette førte til at enkelte pasienter med utenlandsk opprinnelse ble ekskludert fra studien, da det ville vært krevende for både pasient og forsker å gjennomføre en kartlegging av ernæringsmessig risiko.

For å følge pasienter over tid ble det valgt å gjennomføre en prospektiv undersøkelse. Studiens tidsperiode var kort, som fører til at resultatene kun kan si noe om utvalget på gitt tidspunkt og det er derfor vanskelig å si om resultatene ville blitt de samme ved et annet tidspunkt. Samtidig vil utvalgsstørrelsen på studien være en begrensning for overførbarheten, da dette vil true den eksterne validiteten og påvirke hvilke slutninger man kan ta ut fra studiens resultater.

Helsepersonell

Helsepersonell ved helsehuset var også deltakere i studien gjennom et spørreskjema. Utvalget var bekvemt tilgjengelige, som vil si at det besto av ansatte på et bestemt helsehus. Dette gjør at utvalget ikke kan ses på som et tilfeldig utvalg av hele populasjonen og helsepersonellets holdninger og meninger kan derfor ikke generaliseres til å gjelde alt helsepersonell. Fordeler ved spørreskjema er at det er billig og enkelt å gjennomføre, ulemper kan være en økt risiko for metodefeil i form av seleksjonsskjevhet, ved forskjell mellom dem som svarte på spørreskjemaet og dem som ikke svarte. Deltakeroppslutningen blant de ansatte var lav, da det var 146 ansatte på helsehuset i tidsperioden og kun 29 spørreskjema ble utfyllt. En mulig forklaring kan være at kun ansatte med interesse for ernæring har tatt seg tid til å svare. Spørreskjemaene ble lagt tydelig frem ukentlig på avdelingens dokumentasjonsrom og ble

nevnt ved vaktskift hver morgen. Bakgrunn for den lave deltakeroppslutningen kan trolig henge sammen med at det var mange deltidsansatte på institusjonen, som kan føre til at ikke alle ansatte ble informert om studien eller at dette ble nedprioritert. En annen forklaring kan henge sammen med manglende interesse, kunnskap og kompetanse innenfor ernæring, som er påpekt i tidligere studier (Mowe et al., 2006, 2008). Det kan også antas at noen respondenter kan ha unnlatt å svare, da det kan føles mer tidskrevende å svare på et spørreskjema, enn det egentlig er.

Måleinstrument

Når en skal velge måleinstrumenter i forskning så er det viktig å benytte instrumenter med høy validitet og reliabilitet, for å sikre at vi måler det vi tror vi måler og at måleverktøyet gir et presist svar (Nutbeam & Bauman, 2006; Kimberlin & Winterstein, 2008). I en masterstudie er det derfor viktig å bruke allerede utprøvde og ferdigutviklede skjema. I tillegg til ar validitet handler om at måleinstrumentet måler det det er ment å måle (Nunnally, 1967; Svensson, Hjartåker & Laake, 2007) så handler det også om i hvilken grad en kan trekke gyldige slutninger i forhold til det man har som hensikt å undersøke (Skog, 2004). Reliabilitet sier noe om hvor konsistent ulike målinger er (Anastasi, 1961), og i hvilken grad resultatene kan etterprøves. Reliabilitet kan vurderes på forskjellige måter og utgjør flere områder i forskningsprosessen. Det tar for seg blant annet stabiliteten til ulike mål på ulike tidspunkt (test-retest reliabilitet) og evaluering av ulike observatørens skårer ved bruk av like måleinstrument (inter-rater reliabilitet) (Kimberlin & Winterstein, 2008).

For eldre er MNA et godt validert verktøy for å vurdere ernæringsmessig risiko (Gjerlaug et al., 2016). En studie hvor målet var å identifisere screeningverktøy egnet for å avdekke risiko for underernæring hos hjemmeboende eldre, viste at MNA er egnet til å avdekke ernæringsmessig risiko hos eldre i langtidsinstitusjon og blant hjemmeboende eldre (Gjerlaug et al., 2016). Beregning av kroppsmasseindeks krever riktige mål av høyde og vekt og kan være utfordrende for en eldre pasient (Gavriilidou, Pihlsgård & Elhmståhl, 2014; Hickson & Frost, 2003). Balanse, mobilitet og amputasjon var relevante utfordringer blant de inkluderte pasientene. Måling av høyde ble gjort ved bruk av et målebånd og selvrapporing av høyde ble brukt for de pasientene som det ikke var mulig å måle. Dermed kan det ha oppstått feilkilder rundt overestimering av høyde, da den avtar med alder (Mowe, 2002). Dette betraktes ikke til å bidra til bias, da selvrapporing kun ble utført på en liten andel av pasientene. MNA-kartleggingen inkludert de antropometriske målingene ble utført av samme

person, som kan styrke målingene. Det kan likevel forekomme feil, da det ikke kan sies at alle målingene ble utført 100% likt.

En fordel med MNA er at det er pasientvennlig og lite kostbart i bruk, samt raskt å gjennomføre (ca. 15 minutter). En begrensning ved verktøyet er at det ikke egner seg like godt for eldre med kognitiv svikt og andre funksjonstap, da brukeren selv skal svare på spørsmål under screeningen (Poulia et al., 2012). De inkluderte deltagerne i denne studien ble vurdert som tilregnelige og faller derfor ikke under fellesbetegnelsen for demens.

Spørreskjema som helsepersonell besvarte i denne studien var et eksisterende spørreskjema reliabilitetstestet i en tidligere masteroppgave (Halleland, 2015). Det ble her gjort en vurdering av spørreskjemaets reliabilitet ved bruk av Cronbach's alpha (CCA), for å måle indre konsistens og for å se om det var sammenheng mellom utsagnene. Coefficient Cronbach's Alpha er den meste brukte metoden for å måle indre konsistens i et spørreskjema (Friborg, 2010). Resultatet viste et tilfredsstillende høyt gjennomsnitt for CCA for de ulike konstruktene og det kan derfor antas at spørreskjemaet måler ulike aspekter av samme fenomen (Friborg, 2010). Spørreskjemaet har ikke blitt validert, med unntak av seks holdningsutsagn som ble hentet fra en tidligere validert studie (Halleland, 2015; Christensson & Bachrach-Lindstrom, 2009).

En utfordring ved bruk av spørreskjema kan være om respondentene svarer oppriktig eller om de svarer ut ifra hva de tror er det beste alternativet. Med andre ord er det utfordrende å vite om resultatene belyser virkeligheten. Spørreskjemaet ble utdelt og besvart i papirform, som trolig kan påvirke respondenter til å avstå fra utfylling, ved at det kan føles tidskrevende. Innsamling av papirdata resulterte i en større jobb for forsker, ved manuell innleggelse av data i statistikkprogrammet SPSS. Dette øker sjansen for tastefeil og kan svekke reliabiliteten. En nettbasert undersøkelse ville kunne forenklet prosessen for både respondent og forsker, ved at taledataene overføres direkte til SPSS med 100% nøyaktighet. Det kan tenkes at dette mulig vil kunne bidra til en høyere svarprosent og økt studiens reliabilitet (Ringdal, 2013).

Journalgranskingsskjemaet som ble benyttet i studien baseres på N-Catch, som er reliabilitetstestet og validitetstestet tidligere. Det kan likevel ha oppstått endringer som svekker validiteten og reliabiliteten, da situasjonen som verktøyet brukes i påvirker validiteten (Nunnally, 1967). Derfor kan ikke testingen som er utført på N-Catch overføres til granskingsskjemaet som er benyttet i denne studien og resultatene bør tolkes med dette i betraktning. Det er behov for videre reliabilitets- og validitetstesting, selv om journalgranskingsskjemaet ble benyttet i en tidligere masteroppgave (Gaustad & Høyem,

2018). Verktøyet er ikke validitetstestet eller reliabilitetstestet i et helsehus, som trolig kan være en svakhet.

Statistiske betraktninger

De statistiske analysene som ble benyttet ble valgt på bakgrunn av at store deler av dataene ikke var normalfordelte, i tillegg til at utvalget var lite. Ikke-parametriske tester skal i hovedsak benyttes når utvalget er lite og ved skjevfordelte data (Pallant, 2013). Det var hovedsakelig resultatene fra MNA-kartleggingen ved innkomst og avreise som ble inkludert i de statistiske analysene. Etersom studiens formål var å gjøre en kartlegging av implementering av retningslinjer, var det derfor ikke hensiktsmessig å gjøre videre analyse av resultatene fra journalgranskingen og spørreskjemaet. Pearsons chi-square ble benyttet for å undersøke forskjell mellom områder i MNA-kartleggingen fra første til andre kartlegging. Det ble funnet signifikante funn, til tross for en veldig liten endring mellom fordelingen på de to tidspunktene. Resultatene må dermed tolkes med dette i betraktning.

Diskusjon av resultater

Det ble sett en tendens til bedring av ernæringsstatus ved avreise fra helsehuset hos de inkluderte pasientene. MNA-kartleggingen som ble gjort inkluderer både fysiske og mentale faktorer, som er kjent for å påvirke ernæringsstatus hos eldre (Kaiser et al., 2010; Kondrup et al., 2003; Saletti, et al., 2000; Suominen et al., 2005). En bedring av ernæringsstatus kan derfor trolig forklares ut i fra funn ved MNA-kartleggingen. Totalt 37% av pasientene hadde en alvorlig redusert appetitt ved innkomst og ved avreise var kategorien redusert med 15%. En studie gjennomført av Pilner & Bell (2009) hevder at det å spise sammen med flere øker matinntaket, da tiden rundt selve måltidet blir lenger. Videre ble det sett en økning på 20% blant pasientene som satt seg i kategorien *ikke vekttap* ved andre kartlegging. Det er vist i studier at enslige og aleneboende som ikke har sosialt samvær rundt måltidene er i økt risiko for underernæring (Engedal, 2011; Locher et al., 2008; Tomstad, 2012). Dette bekreftes videre av MNA-kartleggingen som viste en økning av pasientene som spise to måltider om dagen (15%), sammen med en økning på 8% av to proteinrike porsjoner per dag. Man kan hevde at tilgjengeligheten av helsepersonell og fellesskapet rundt faste måltider kan øke trivsel og matlyst hos innlagte pasienter ved helsehuset. De nevnte faktorene kan trolig være utslagsgivende i forhold til bedring av ernæringsstatus, til tross for mangel på kompetanse og rutiner angående ernæringsarbeidet.

KMI er akseptert som et verktøy for objektivt å vurdere underernæring (Stratton et al., 2003). Inndelingen av KMI i denne studien er basert på screeningverktøyet MNA, som fører til at cut-off verdiene som brukes til å vurdere kroppsmasseindeks er høyere enn verdiene ved vanlig KMI-inndeling. Utvalgets KMI ble delt inn i fire kategorier som var like ved inntak og utreise fra helsehuset, det ble derfor ikke sett en endring av ernæringsstatus ved bruk av kroppsmasseindeks som måleinstrument. KMI kategoriserte 34% av utvalget i kategorien som indikerte en risiko for undervekt og 7% i kategorien underernært. Resultatene fra MNA-kartleggingen viste derimot et høyere antall pasienter i begge kategorier, henholdsvis 44% og 30%. MNA-kartleggingen viste videre en tendens til bedring av ernæringsstatus ved avreise, som KMI ikke gjorde. En studie av Bavelaar et al., (2007) viser liknende funn på sykehus ved bruk av både KMI og screeningverktøy. Dette kan tyde på at bruk av KMI som måleverktøy kan være uheldig i forhold til kartlegging av ernæringsmessig risiko hos enkeltindivider. En svakhet med KMI som måleverktøy er at det ikke tar hensyn til kjønn, alder eller kroppssammensetning som gjør at verktøyet egner seg bedre på et samfunnsnivå enn individnivå (Folkehelseinstituttet, 2015). I denne studien er det justert for alder ved bruk av KMI, da kategoriene baseres på MNA. Videre kom det frem i samtale med de ansatte at screeningverktøy ikke ble tatt i bruk ved helsehuset, men at KMI kunne bli brukt enkelte ganger ved et synlig eller medisinsk behov for ernæringsbehandling. Det kan ses i sammenheng med studien til Eide et al. (2015) som viser at ernæringspraksis blir gitt lite oppmerksomhet ved sykehus, da andre oppgaver enn mat og ernæring blir prioritert. Studien viser at ernæring først kommer i fokus dersom det var en nødvendig del av behandlingstilbudet. Man kan hevde at dette er u hensiktsmessig da ernæringsbehandling bør anses som en nødvendig del av behandlingstilbudet. Samtidig viser resultatene fra MNA at bruk av screeningverktøy kan muliggjøre tidlig identifisering av pasienter i ernæringsmessig risiko. Likevel praktiserte de ansatte ikke bruk av validerte screeningsverktøy, noe som kan medføre at det vil være utfordrende å oppdage pasienter i ernæringsmessig risiko ved inntak til helsehuset. I følge Nasjonalt råd for ernæring (2017) kan mangel på ledelse og ansvarfordeling rundt ernæringsarbeidet trolig bidra til en utilstrekkelig praksis, da dette er en viktig forutsetning for integrering av god ernæringspraksis. Det hevdes at dette kan gjøres ved innføring av ernæringsstrategier, herunder å øke kunnskapsnivået til personell og innføre bruk av diagnoseverktøy (Guttormsen et al., 2010).

Noe av hensikten med spørreskjemaet rettet mot de ansatte var å fange opp holdninger i forhold til igangsetting av tiltak for å forebygge og behandle underernæring. Resultatene viste at de ansatte opplevde ernæringstiltakene medspising, ekstra kveldsmåltid og berikning

av maten som hensiktsmessige. På denne måten kan det virke som at ernæringsarbeidet fungerte godt på helsehuset, men mangel på identifisering av hvorfor matinntaket var redusert vil være viktig for å avgjøre alvorlighetsgrad og tilpasse tiltak heretter. Dersom dette ikke gjøres kan det være vanskelig å gi en målrettet ernæringsbehandling, da personer i ernæringsmessig risiko skal ha en individuell ernæringsplan (Helsedirektoratet, 2018). Det kan underbygges av retningslinjene til Helsedirektoratet for forebygging og behandling av underernæring (2012) som viser at ernæringsarbeidet krever at tiltak tilrettelegges ut ifra individuelle behov. Helsepersonell har derfor en viktig rolle i å identifisere pasienter i ernæringsmessig risiko og videre gjennomføre en individuell kartlegging. Det fremkommer fra en tidligere studie at helsepersonell rapporterer usikkerhet med hensyn til vurdering av ernæringsstatus og beregning av behov og næringsinntak. Samtidig vises det også usikkerhet rundt konsekvensen av et lavt matinntak for pasienter (Eide, Šaltute Benth, Sortland, Halvorsen & Almendingen, 2016). Disse faktorene kan ses på som utfordrende for helsepersonell og kan tolkes som en mulig forklaring på hvorfor ernæringsarbeidet på helsehuset ikke er i fokus.

Det fremkom av resultatene at en betraktelig andel av de ansatte (67%) mente det var viktig å vurdere kroppsvekt for alle pasienter, derimot kom det også frem at nærmere en tredjedel (29%) mente det var tilstrekkelig å kun veie pasientene som legen ønsket oppfølging på. Det anbefales å gjøre en risikovurdering innen en uke etter innleggelse og deretter ukentlig/månedlig, som innebærer å ta vekt av pasient (Helsedirektoratet, 2018). Det er dermed ønskelig å veie alle pasienter jevnlig, for å kartlegge en eventuell ernæringsmessig risiko. Det vises i studier fra Norge og andre land at sykepleiere ofte føler de står alene om ernæringsarbeidet, som fører til en nedprioritering hvis det ikke blir etterspurt spesifikt (Nasjonalt råd for ernæring, 2017). Dette kan være noe uheldig da det kreves gode rutiner for å ivareta den enkeltes ernæringsstatus i pasientforløpet. Studiens funn sammen med internasjonale og nasjonale studier viser at mange syke eldre mennesker kan være i risiko for å utvikle underernæring og allerede underernærte ved innkomst til en helse- og omsorgsinstitusjon (Eide et al. 2015; Jacobsen et al. 2016; Kaiser et al. 2010). Dette underbygger viktigheten av en målrettet ernæringsbehandling hvor pasienter veies og evalueres for ernæringsmessig risiko jevnlig. Behovet for økt ernæringsfaglig kompetanse har blitt dokumentert i sentrale, offentlige rapporter siden 1970-tallet (Helsedirektoratet, 2012). Likevel er det vist et stort gap mellom klinisk praksis og ønsket praksis i ernæringsarbeidet i helse- og omsorgssektoren, som gjenspeiles videre i studiens funn.

Det fremkom av spørreskjemaets resultater at de ansatte trolig erkjenner viktigheten av ernæringskunnskap, da nesten alle (96%) mente at kunnskap var nødvendig for å hjelpe en bruker å spise og at det var mulighet for å individualisere tidspunkt for måltider (67%). Likevel ble ernæringspraksis på helsehuset viet lite oppmerksomhet ved innkomst, i løpet av oppholdet og ved avreise. Det er vist liknende funn på sykehus i en studie av Bavelaar et al. (2007), hvor vurdering av ernæringsstatus og videre intervensjon ikke ble tilstrekkelig utført av medisinsk- eller sykepleiepersonell på noe tidspunkt av sykehusoppholdet. Europarådets rapport fra 2002 (Council of Europe, 2002) peker videre på fem barrierer som hindrer god ernæringspraksis;

1. Mangel på tilstrekkelig opplæring i ernæringsfaget blant alle helsepersonellgrupper
2. Mangel på samarbeid mellom ulike personellgrupper
3. Mangel på klart ansvarsfordeling i forhold til planlegging og gjennomføring av ernæringsbehandling
4. Mangel på brukermedvirkning
5. Mangel på engasjement fra ledelsen

En kan hevde at disse utfordringene rundt ernæring fremtrer på lik linje i et helsehus i dag. For det første kan manglende kompetanse blant helsepersonell være med på å forklare hvorfor tiltakspakken for forebygging og behandling av underernæring ikke er implementert. For det andre kan mangel på ledelse og ansvarsfordeling rundt ernæringsarbeidet bidra til en utilstrekkelig praksis, da dette er en viktig forutsetning for integrering av god ernæringspraksis (Nasjonalt råd for ernæring, 2017).

Selv om det ikke finnes forskning knyttet til forekomst av underernæring og implementering av retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring i et helsehus, vil jeg hevde at studiens funn likevel samsvarer med studier som tar for seg forekomst av underernæring hos eldre pasienter i helse- og omsorgsektoren. Mine funn føyer seg inn i rekken av studier som viser til ernæringsproblematikk blant eldre de siste ti-årene.

Samlet konklusjon på artikkel og fordypningsdel

I denne studien har jeg i artikkelen undersøkt forekomst av underernæring og risiko for underernæring blant pasienter som innvilges opphold på et helsehus, om pasientsikkerhetsprogrammets tiltak for å forebygge og behandle underernæring var implementert og hvordan ernæringsinformasjon videreformidles til neste nivå i helsevesenet når pasienten skrives ut.

I artikkelen kom det frem at en betydelig andel av studiepopulasjonen var i risiko for underernæring og underernærte ved innkomst til helsehuset. Journalgranskingen viste mangelfull dokumentasjon av ernæringsrelatert informasjon, fra både sykehus og helsehus. Spørreskjemaet viste at de ansatte selv mente at de i stor grad har gjennomført tiltakene *medspisning, berikning og ekstra kveldsmåltid*. Resultatene viste også at de ansatte opplevde en del utfordringer ved igangsetting av ernæringstiltakene fra tiltakspakken. Funnene fra denne studien kan ikke generaliseres på grunn av utvalgsstørrelsen og må derfor tolkes med dette i betraktning.

Videre har jeg i artikkel og masteroppgavens fordypningsdel undersøkt hvordan ernæringsproblematikk håndteres i overganger mellom institusjoner, når eldre pasienter overføres fra hjemmet eller fra sykehus og deretter fra helsehus til hjemmesykepleie.

Ut fra MNA-kartleggingen, beskrevet i fordypningsdelen, kan en se at pasientene har fått en bedret appetitt, som trolig kan forklares ut i fra fellesskapet rundt faste måltider som vil kunne øke trivsel og matlyst hos innlagte pasienter. De nevnte faktorene kan trolig være utslagsgivende i forhold til bedring av ernæringsstatus hos pasienter i ernæringsmessig risiko, til tross for mangel på kompetanse og rutiner angående ernæringsarbeidet. Fra resultatene av spørreskjemaet kan det virke som manglende kompetanse blant helsepersonell kan være med å forklare hvorfor tiltakspakken for forebygging og behandling av underernæring ikke er implementert. Resultatene indikerer at utfordringene rundt ernæring dokumentert i helse- og omsorgssektoren fremtrer på lik linje i et helsehus i dag. Videre forskning og kartlegging av implementering av retningslinjer for å forbygge underernæring i et helsehus anbefales, da nytteverdien av en god ernæringspraksis hevdes å være stor.

KILDER:

- Anastasi, A. (1961). *Psychological testing* (2. utg.). New York: Macmillan.
- Bauer, J. M., Kaiser, M. J., Anthony, P., Guigoz, Y. & Sieber, C. C. (2008). The Mini Nutritional Assessment®—Its History, Today's Practice, and Future Perspectives. *Nutrition in Clinical Practice*, 23(4), 388-396. doi: 10.1177/0884533608321132
- Bauman, A. & Nutbeam, D. (2006). *Evaluation in a nutshell: a practical guide to the evaluation og health promotion programs*. Sydney: McGraw-Hill.
- Bavelaar, J.M., Otter, C.D., Van bodegraven, A.A., Thijs, A. & Van Bokhorst-de van der Schueren, M.A.E., (2007). Diagnosis and treatment of (disease-related) in-hospital malnutrition: The performance of medical and nursing staff. *Clinical Nutrition*, 27, 431-438. doi: 10.1016/j.clnu.2008.01.016
- Bostrøm V. (2011). *Nasjonal pasientsikkerhetskampanje. I trygge hender på Nygård*. Kunnskapssenteret, nasjonal enhet for pasientsikkerhet. Hentet fra https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsområder/_attachment/510?_download=false&_ts=13317209905
- Christensson, L. & Bachrach-Lindstrom, M. (2009). Adapting ”the staff attitudes to nutritional nursing care scale” to geriatric nursing care. *JNHA-The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 13(2), 102-107.
- Council of Europe. (2002). *Food and nutritional care in hospitals: How to prevent undernutrition*. Strasbourg. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11534942>
- Dahl, K. & Skaug, E.-A. (2011). *Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie. I grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov: (2 utg., Bind 2, s.-15-58)*. Oslo Gyldendal akademisk
- Direktoratet for e-helse, (2019). *ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 2019*. (IE-1042). Hentet fra <https://ehelse.no/Documents/Helsefaglig%20kodeverk/Tekstdokument%20ICD-10%20Den%20internasjonale%20statistiske%20klassifikasjonen%20av%20sykdommer%20og%20beslektede%20helseproblemer%202019.pdf>

- Drageset, S. & Ellingsen, S. (2009). Forståelse av kvantitativ helseforskning – en introduksjon og oversikt. *Nordisk Tidsskrift for helseforskning*
- Eglseer, D., Halfens, R. J. G. & Lohrmann, C. (2017). Is the presence of a validated malnutrition screening tool associated with better nutritional care in hospitalized patients? *Nutrition*, 37, 104-111. doi: 10.1016/j.nut.2016.12.016
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A., Thorell-Ekstrand, I., Thorbjørnsen, K. M., Fossum, M. & Rotegård, A. K. (2015). *Nye VIPS-boken: Velvære, integritet, profylakse, sikkerhet*. Oslo: Cappelen Damm akademisk
- Eide, H. D., Halvorsen, K. & Almendingen, K. (2014). Barriers to nutritional care for the undernourished hospitalised elderly: Perspectives of nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 24(5-6):696-706. doi: 10.1111/jocn.12562
- Eide, H. K., Šaltute Benth, J., Sortland, K., Halvorsen, K. & Almendingen, K. (2015). Prevalence of nutritional risk in the non-demented hospitalised elderly: a cross-sectional study from Norway using stratified sampling. *Journal of nutritional science*, 4, e18. doi: 10.1017/jns.2015.8
- Eide, H. K., Šaltute Benth, J., Sortland, K., Halvorsen, K. & Almendingen, K. (2016). Are Nutritional Care Adequate for Elderly Hospitalized Patients? A Cross-Sectional Study. *SAGE Open*, 6(4). doi: 10.1177/2158244016682060
- Elia, M. (2006). Nutrition and health economics. *Nutrition*, 22(5), 576-578.
- Engedal, K. (2011). Living arrangements, Social networks, Health, Mobility, and balance of older women. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 29(2), 12p. Doi: 10.3109/02703181.2010.541987
- Findalen, A. & Arsky, G. (2012). *Kosthåndboken; veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet
- Folkehelseinstituttet, (2015). *Kroppsmasseindeks (KMI) og helse*. Hentet fra <https://www.fhi.no/fp/overvekt/kroppsmasseindeks-kmi-og-helse/>
- Forde, R., Pedersen, R., Nordtvedt, P. & Aasland, O.G. (2006). Enough resources to the care of the elderly? *Tidsskrift Norske Legeforening*, 126(15):1913-6. Tilgjengelig fra: PM:16915313

- Forskrift om IKT-standarder i helse og omsorg. (2015). *Forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-07-01-853>
- Forskrift om pasientjournal. (2000). *Forskrift om pasientjournal*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1385>
- Friborg, O. (2010). Klassisk testteori og utvikling av spørreinstrumenter. I. M. Martinussen (Red.). *Kvantitativ metodologi for samfunns- og helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget
- Garåsen, H. (2008). Etterbehandling, ferdigbehandling og sluttbehandling. *Tidsskriftet, den norske legeforening*. 128:2096
- Gaustadnes, L.M. & Høyem, M.H. (2018). *Dokumentasjon av ernæringsrelatert informasjon-gransking av pasientjournaler til eldre i ernæringsmessig risiko*. (Masteroppgave). Oslo: OsloMet
- Gavriilidou, N., Pihlsgård, M. & Elmståhl, S. (2014). High degree of BMI misclassification of malnutrition among Swedish elderly population: Age-adjusted height estimation using knee height and demispan. *European journal of clinical nutrition*, 69(5), 565-571.
- Gjerlaug A. K., Harviken, G., Uppsata S., & Bye, A. (2016). Egnede verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre. *Sykepleien Forskning*, 11(2): 148-156, 2016.
- Guigoz, Y. (2006). The Mini Nutritional Assessment (MNA®) review of the literature-what does it tell us? *The Journal of Nutrition Health and Aging*, 10(6), 466-485.
- Guttormsen, A. B., Hensrud, A., Irtun, Ø., Mowé, M., Wergeland Sørbye, L., Thoresen, L. & Berge Smedshaug, G. (2010). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Halleland, A (2015). *Kan enkle ernæringstiltak bedre ernæringsstatus blant hjemmeboende eldre?* (Masteroppgave). Oslo: OsloMet
- Halvorsen, K., Eide, H. K., Sortland, K. & Almendingen, K. (2016). Documentation and communication of nutritional care for elderly hospitalized patients: Perspectives of nurses and undergraduate nurses in hospitals and nursing homes. *BMC Nursing*, 15(1). doi: 10.20982/tqmp.08.1.p023

- Haugan, B., Oppheim, A. E., Tettum, B., Woldstad, K., Mikkelsen, J. & Rotegård, A. K. (2010). *N-Catch: Instrument for granskning av sykepleie i elektronisk pasientjournal (EPJ)*. Oslo Universitetssykehus.
- Helsedirektoratet (2018). *Tiltakspakke for forebygging og behandling av underernæring (sykehjem)*. (IS-2597). Hentet fra http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsområder/_attachment/4181?_download=false&_ts=163689b43d5
- Helsedirektoratet, (2012). *Kosthåndboken, veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/51/Kosthaandboken-IS-1972.pdf>
- Helsedirektoratet (2012). *Ernæringskompetanse i helse og omsorgstjenesten. Oppdrag fra helse og omsorgsdepartementet 2009-2012*. (IS-2032). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/41/Erneringskompetanse-i-helse-og-omsorgstjenesten-oppdrag-fra-helse-og-omsorgsdepartementet-2009-2012-IS-2032.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet, (2014). *Samhandlingsreformen i kortversjon*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen-i-kortversjon1/id650137/>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hickson, M. & Frost, G. (2003). A comparison of three methods for estimating height in the acutely ill elderly population. *Journal of human nutrition and dietetics*, 16(1), 13-20.
- Instefjord, M. H., Aasekjaer, K., Espehaug, B. & Graverholt, B. (2014). Assesment of quality in psychiatric nursing documentation – a clinical audit. *BMC nursing*, 13(1). doi: 10.1186/1472-6955-13-32
- Jacobsen, E. L., Brovold, T., Bergland, A., & Bye, A. (2016). Prevalence of factors associated with malnutrition among acute geriatric patients in Norway: a cross-sectional study. *BMJ open*, 6(9), e011512.
- Johannessen, A. (2009). *Introduksjon til SPSS (4. utg.)*. Oslo: Abstrakt forlag

- Johnsen, R. L. & Morgan, G. B. (2016). *Survey scales: A guide to development, analysis, and reporting*. New York: The Guilford press.
- Kaiser, M. J., Bauer, J. M., Rämisch, C., Uter, W., Guigoz, Y., Cederholm, T. & Maggio, M. (2010). Frequency of malnutrition in older adults: a multinational perspective using the mini nutritional assessment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(9), 173-1738.
- Kimberlin, L. C. & Winterstein, G. A. (2008). Validity and reliability of measurement instruments used in research. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 65(23), 2276-2284. doi: 10.2146/ajhp070364
- Kubrak, C. & Jensen, L. Malnutrition in acute care patients: a narrative review. (2007). *International journal of nursing studies*, 44(6):1036- 1054
- Kondrup, J., Allison, S., Elia, M., Vellas, B. & Plauth, M. (2003). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clinical nutrition*, 22(4), 415-421. doi: 10.1016/S0261-5614(03)00098-0
- Locher, J.L., Ritchie, C.S., Robinson, C.O., Roth, D.L., West, D.S., & Burgio, K.L. (2008). Multidimensional Approach to Understanding Under- Eating in Homebound Older Adults: The importance of Social factors. *The Gerontologist* 48(2), 223-234.
- Mosdøl, A. & Brunner, E. (2005). *The science of epimemiology*. I C. Geissler & H. Powers (Red.), *Human nutrition* (11. Utg). London/Sheffield: Elsevier
- Mowe, M. (2002). Behandling av underernæring hos eldre pasienter. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 122(8), 815-818.
- Mowe, M., Bohmer, T. & Kindt, E. (1994). Reduced nutritional status in an elderly population (>70 y) is probable before disease and possibly contributes to the development of disease. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 59(2), 317-24. Tilgjengelig fra: PM:8310980
- Mowe, M. & Bohmer, T. (1991). The prevalence of undiagnosed protein-calorie unedrnutrition in a population of hospitalized elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society* 39(11), 1089-92. Tilgjengelig fra: PM:1753047
- Mowe M, Bosaeus I, Rasmussen HH, Kondrup J, Unosson M, Irtun O. (2006). Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: a questionnaire based survey. *Clinical Nutrition*, 25(3), 524-32. Tilgjengelig fra: PM:16701921
- Mowe, M., Bosaeus, I., Rasmussen, H. H., Kondrup, J., Unosson, M., Rothenberg, E. & Irtun, Ø. (2008). Insufficient nutritional knowledge among health care workers? *Clinical nutrition*, 27(2), 196-202.

- Nasjonalt råd for ernæring. (2017). *Sykdomsrelatert underernæring: Utfordringer, muligheter og anbefalinger*. Hentet fra http://www.ernaeringsradet.no/wp-content/uploads/2017/01/Sykdomsrelatert-underernæring_IS-0611.pdf
- Nunnally, J. C. (1967). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.
- Nøst, T. H., Tettum, B. I., Frigstad, S. A., Woldstad, K., Haugan, B., Oppheim, A. E. & Rotegård, A. K. (2015). D-Catch blir norsk. *Tidsskriftet sykepleien*(5), 42-45.
- Nøst, T. H., Frigstad, S. A. & André, B. (2017). Impact of an education intervention on nursing diagnoses in free-text format in electronic health records: A pretest-posttest study in a medical department at a university hospital. *Nordic Journal of Nursing Research*, 37(2), 100-108. doi: 10.1177/2057158516668081
- Omidvari, A. H., Vali, Y., Murray, S. M., Wonderling, D. & Rashidian, A. (2013). Nutritional screening for improving professional practice for patient outcomes in hospital and primary care settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(6). doi: 10.1002/14651858.CD005539.pub2
- Paans, W., Sermeus, W., Nieweg, R. M. B. & van Der Schans, C. P. (2010). D-Catch instrument: Development and psychometric testing of a measurement instrument for nursing documentation in hospitals. *Journal of advanced nursing*, 66(6), 1388. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05302.x
- Pallant, J. (2016). *SPSS Survival Manual: A step by step Guide to Data Analysis Using SPSS Program (6th ed.)*. London, UK: McGraw-Hill Education
- Pilner, P. & Bell, R. (2009). A table for one: the pain and pleasure of eating alone. I. H. L. Meiselman (Red.), *Meals in science and practice: interdisciplinary research and business application*. (S.169-185) Cambridge: Woodhead Publishing Limited.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (9. Utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Poulia, K. A., Yannakoulia, M., Karageorgou, D., Gamaletsou, M., Panagiotakos, D. B., Sipsas, N. V. & Zampelas, A. (2012). Evaluation of the efficacy of six nutritional screening tools to predict malnutrition in the elderly. *Clinical Nutrition*, 31(3), 378-385.
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold: Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (3.

utg.). Bergen: Fagbokforlaget

Ross, L. J., Mudge, A. M., Young, A. M. & Banks, M. (2011). Everyone's problem but nobody's job: staff perceptions and explanations for poor nutritional intake in older medical patients. *Nutrition & Dietetics*, 68(1), 41-46.

Saletti, A., Lindgren, E. Y., Johansson, L. & Cederholm, T. (2000). Nutritional status according to mini nutritional assessment in an institutionalized elderly population in Sweden. *Gerontology*, 46(3), 139-145.

Sjøen, R.J. og Thoresen, L. (2012). *Sykepleierens ernæringsbok*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Skien Kommune, (2018). *Skien helsehus*. Hentet fra <https://www.skien.kommune.no/skien-kommune/helse-og-velferd/skien-helsehus/>

Skog, O.J. (2004). *Å forklare sosiale fenomener; en regresjonsbasert tilnærming*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Store norske leksikon, (2018). Validitet. Hentet fra <https://snl.no/validitet>

Store norske leksikon, (2018). Reliabilitet. Hentet fra <https://snl.no/reliabilitet>

Store norske leksikon, (2019). Epikrise. Hentet fra <https://snl.no/epikrise>

Stratton, R. J., Elia, M. & Green, C. J. (2003). *Disease related malnutrition: An evidence base approach to treatment*. Wallingford, United Kingdom: CABI publishing

Svensson, E., Hjartåker, A. & Laake, P. (2007). Hva skal måles og hvordan? I P. Laake (Red.), *Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Suominen, M., Muurinen, S., Routasalo, P., Soini, H., Suur-Uski, I., Peiponen, A., . . . Pitkala, K. (2005). Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing homes in Helsinki. *European Journal of Clinical Nutrition*, 59(4), 578-583

Sykepleiernes forum for IKT og Dokumentasjon. (2007). *Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal* (3. utg.).

Sørbye LW., (2003). Hjemmetjenester til eldre i Bærum og Ullern. Sammenlignende data fra AdHOC studiet. Oslo: diakonhjemmet høyskole.

- Tangvik, R. J., Tell, G. S., Guttormsen, A. B., Eisman, J. A., Henriksen, A., Nilsen, R. M. & Ranhoff, A. H. (2015). Nutritional risk profile in a university hospital population. *Clinical Nutrition*, 34(4), 705-711. doi: 10.1016/j.clnu.2014.08.011
- Todorovic, V., Russel, C., Stratton, R., Ward, J. & Elia, M. The MUST Explanatory Booklet. A guide to the malnutrition Universal Screening Tool (MUST) for adults. *The British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN)* 2011, 1023927
- Tomstad, S.T., Soderhamn, U., Espnes, G. A. & Soderhamn, U. (2012). Living alone, receiving help, helplessness, and inactivity are strongly related to risk of undernutrition among older home-dwelling people. *International Journal of General Medicine*(5), 231-240.
- Vee, T. S. & Hestetun, M. (2009). Struktur og rutinar, - naudsynte føresetnader for å sikra sjukepleiedokumentasjonen. *Nordic Journal of Nursing Research*, 29(3), 50-52.
- Vellas, B., Guigoz, Y., Garry, P.J., Nourhashemi, F., Bennahum, D., Lauque, S. & Albarede, J. L. (1999). The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition*, 15(2), 116-122. Doi: 10.1016/S0899-9007(98)00171-3
- Wilson, J.M.G. & Junger, G. (1968). *Principles and practice of screening for disease*. Geneva: World Health Organization [WHO].
- World Health Organization [WHO]. (2010). ICD-10 Version: 2010. Hentet fra <http://www.who.int/classifications/icd10>

FORSKNINGSARTIKKEL

**Implementering av tiltakspakke for å forebygge
underernæring i et helsehus: En kartleggingsstudie.**

Sammendrag

Bakgrunn

Helsehus kan defineres som et forsterket tilbud av sykehjem. Opphold på helsehus tilbys i stor grad personer over 65 år og pasientene kan komme fra sykehus og hjemmesykepleie. Studier viser at det kan være utfordrende å håndtere ernæringsproblemer når pasienter overføres mellom ulike nivå i helsevesenet. Forebygging og behandling av underernæring er et av flere innsatsområder under pasientsikkerhetsprogrammet og danner kunnskapsgrunlaget for tiltakspakken for forebygging og behandling av underernæring. Tiltakspakken består av fire tiltak; gjør en risikovurdering, gjennomfør individuell kartlegging, gi tilstrekkelig ernæring og viderefør informasjon.

Hensikt

I denne studien ønsker vi å kartlegge om retningslinjene fra pasientsikkerhetsprogrammet er implementert i et helsehus.

Metode

Utvalget besto av 27 pasienter fra rehabilitering, avklaring og korttidsenheten ved et helsehus plassert sentralt på Østlandet. Pasienter ved helsehuset ble screenet for ernæringsmessig risiko ved hjelp av MNA innen 48 timer etter innleggelse og ved avreise. Et spørreskjema ble brukt for å kartlegge holdninger blant helsepersonell og hvilke tiltak som settes i gang fra tiltakspakken. Gjennomgang av pasientjournaler ble gjort med et journalgranskingskjema.

Resultat

En betydelig andel av studiepopulasjonen var i risiko for underernæring (44%) og underernærte (30%) ved innkomst til helsehuset. Journalgranskingen viste mangelfull dokumentasjon av ernæringsrelatert informasjon, fra både sykehus og helsehus. Spørreskjemaet viste at de ansatte selv mente at de i stor grad har gjennomført ernæringstiltak, men at det var en del utfordringer ved igangsetting av ernæringstiltakene.

Konklusjon

Resultatene fra denne studien kan antyde at tiltakspakken for forebygging og behandling av underernæring ikke er godt nok implementert i et helsehus.

Bakgrunn

Forekomsten av underernæring og risiko for underernæring blant eldre mennesker er vist å være høy i flere internasjonale og nasjonale studier (1; 2; 3). Det anslås at hver tredje pasient i norske sykehus er underernært eller i risiko for underernæring (4). Det er antatt at en mer systematisk tilnærming til ernæringsproblemene mange eldre mennesker har, kan resultere i helsemessige gevinster for den enkelte og økonomiske gevinster for samfunnet som helhet. Behovet for implementering av tiltak som er beskrevet i retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring hos eldre antas dermed å være stort (5).

Som en del av det forebyggende arbeidet har helsedirektoratet siden 2009 anbefalt at alle pasienter skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse i spesialist- og primærhelsetjenesten og deretter jevnlig. Forebygging og behandling av underernæring er et av flere innsatsområder under pasientsikkerhetsprogrammet, som har et overordnet mål om å redusere pasientskader ved hjelp av målrettede tiltak i hele helsetjenesten. Det er utviklet spesifikke tiltakspakker for sykehus, sykehjem og hjemmetjeneste, med kunnskapsgrunnlag fra de Nasjonale faglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring. Tiltakspakkene består av fire tiltak; gjør en risikovurdering, gjennomfør individuell kartlegging, gi tilstrekkelig ernæring og viderefør informasjon (4). Det er betraktet som god praksis at helsepersonell vurderer ernæringsmessig risiko raskt etter innleggelse og deretter kartlegger behov for tiltak (6). Risikovurderingen gjøres ved bruk av et anbefalt validert verktøy for identifisering av ernæringsmessig risiko innen en uke etter innleggelse, og deretter ukentlig eller månedlig. Det er vist at bruk av validerte screeningsverktøy på sykehus er knyttet til bedre ernæringsbehandling og en lavere forekomst av underernæring (7). En individuell kartlegging av pasient vil være avgjørende for igangsetting av riktige tiltak. God ernæringspraksis innebærer kartlegging, vurdering og dokumentasjon av pasientens ernæringsstatus, vurdering av matinntak i forhold til behov og igangsetting av målrettede ernæringstiltak som oppfølging og evaluering (8). Funnene fra kartleggingen vil gi grunnlaget for en ernæringsplan. Planen bør tar for seg pasientens ernæringstilstand, mål for ernæringstiltaket og en plan over videre evaluering (4). Resultat fra tiltakene skal dokumenteres i journal og medisinsk – og sykepleiefaglige overflyttingsdokumenter (4). Det er nedfelt i Helsepersonelloven at helsepersonell har plikt til å dokumentere i journal (jf. Helsepersonelloven kap.8). Journalen skal videreføre informasjon mellom institusjoner og kan ses på som et arbeidsdokument for helsepersonell. I tidligere studier er det påpekt at pasientjournaler ikke er hensiktsmessige utformet for ernæringsrapportering noe som gjør

videreføring av informasjon utfordrende og implementering av retningslinjer vanskeligere (10; 11).

I det siste 10-året er det etablert såkalte helsehus i kommuner i Norge, som kan defineres som et forsterket tilbud av sykehjem med spesialiserte helsetjenester. Hovedoppgavene til et helsehus er pleie, opptrening, rehabilitering og etterbehandling. Målet er å unngå unødvendige innleggelse i sykehus og i større grad ta hånd om pasientene i primærhelsetjenesten i kommunen (12). Siden ernæringsproblem blant eldre er så omfattende dokumentert i de andre nivåene i helsetjenesten kan en også forvente at dette er et problem blant pasientene som får innvilget opphold i kommunale helsehus. Jeg har ikke kjennskap til at det er gjennomført studier for å kartlegge forekomst av risiko for underernæring eller underernæring i helsehus. Med bakgrunn i dette ønsker jeg å undersøke forekomst av underernæring og risiko for underernæring blant pasienter som innvilges opphold på et helsehus, om pasientsikkerhetsprogrammets tiltak for å forebygge og behandle underernæring er implementert og hvordan ernæringsinformasjon videreformidles til neste nivå i helsevesenet når pasienten skrives ut.

Metode

Studiens setting

Denne studien ble gjennomført i perioden oktober-desember 2018, blant eldre pasienter som ble innvilget et opphold på et helsehus sentralt på Østlandet. Datainnsamlingen fant sted på syv ulike avdelinger innenfor rehabilitering, korttid og avklaringsenheten.

Utvalg

Inklusjonskriterier for studiens utvalg er vist i tabell 1. Pasientene ble fortløpende inkludert ved innkommst til helsehuset. I samarbeid med helsepersonell ved de ulike avdelingene på huset ble pasienter rekruttert etter studiens inklusjonskriterier. Potensielle deltagere ble informert om studien ved et informasjonsskriv og skrev videre under på et samtykkeskjema ved deltagelse.

Tabell 1: Inklusjonskriterier for studiens utvalg

Inklusjonskriterier
Pasienter innlagt på korttidsavdeling, rehabilitering eller avklaringsenheten innen 48 timer tidligere
Alder >65 år
I stand til å kunne gi et reelt informert samtykke (inneha samtykkekompetanse)
Pasienter som skrives ut direkte til hjemmet
Kommunisere på norsk

Mini Nutritional Assessment (MNA)

Ved innleggelse ble pasientene som samtykket til å delta vurdert med hensyn til risiko for underernæring ved hjelp av screeningverktøyet Mini Nutritional Assessment (MNA). Skjemaet består av to deler med tilsammen 18 spørsmål, del 2 fylles ut ved en MNA del 1 skår under 11. Screeningundersøkelsen samlet gir en maksimal poengsum på 30, og det deles videre inn i 3 kategorier for ernæringstilstand. Underernært betegnes av en skår under 17 poeng, 17 til 23,5 poeng viser til risiko for underernæring og 24-30 betegnes som normal ernæringsstatus.

MNA er et screeningsverktøy for både primær- og spesialhelsetjenesten, som brukes for å identifisere eldre pasienter som er i risiko for underernæring. Verktøyet ble utviklet tidlig på 1990 tallet av Nestlé Nutrition og ledende internasjonale geriater i Sveits (13). MNA betraktes som et godt egnet verktøy for kartlegging av underernæring, ved at det inkluderer både fysiske og mentale faktorer som er kjent for å påvirke ernæringsstatus hos

eldre (3; 14; 15; 16). Verktøyet ble valgt på bakgrunn av de Nasjonale faglige retningslinjenes anbefalinger for forebygging og behandling av underernæring (5).

Spørreskjema

Spørreskjemaet som er benyttet i denne oppgaven er et spørreskjema som har blitt brukt i en tidligere masteroppgave (17). Det ble her gjort en vurdering av spørreskjemaets reliabilitet ved bruk av Cronbach's alpha (CCA), for å måle indre konsistens og for å se om det var sammenheng mellom utsagnene. CCA kan rangeres fra 0 til 1, hvor 0 viser ingen sammenheng og 1 viser fullstendig sammenheng. Grenseverdien for en tilstrekkelig høy CCA er satt til 0,7 eller mer (17). Resultatet viste et gjennomsnitt for CCA på 0,79 for de ulike konstruktene og kan anses som tilfredsstillende høy (>0,70). Spørreskjemaet er reliabilitetstestet, men ikke validert med unntak av seks holdningsutsagn som ble hentet fra en tidligere validert studie (17; 18).

Spørreskjemaet var rettet mot de ansatte på helsehuset og hensikten var å fange opp utfordringer i forhold til gjennomføring av tiltak fra tiltakspakken, i hvilken grad tiltakene ble utført, og hvordan gjennomføringen av ernæringstiltakene fungerte. Spørreskjemaet som ble brukt bestod av 30 spørsmål som omfattet gjennomføring av tiltak, utfordringer ved innføring av tiltak, kunnskap og holdninger. I artikkelen benyttes spørsmålene om utfordringer i forhold til gjennomføring av tiltak, i hvilken grad tiltakene ble utført og hvordan gjennomføringen av ernæringstiltakene fungerte for ansatte og pasientene. Det ble hovedsakelig brukt lukkede spørsmål, men også noen åpne. Svaralternativene på de lukkede spørsmålene var likertskalerte, i tillegg til at alternativet vet ikke var inkludert. Hensikten med de åpne spørsmålene var å fange opp holdninger, oppfatninger og meninger som ellers ikke ville kommet frem. Det ble videre dannet kategorier av resultatene ut i fra de utfordringene som ble nevnt av flest ansatte under de åpne spørsmålene.

Gransking av journaler

For å undersøke hvilken informasjon som følger en pasient i risiko for underernæring i overganger mellom institusjoner, ble det benyttet et journalgranskingskjema.

Granskingskjemaet ble utviklet for å måle kvalitet og kvantitet av ernæringsrelatert dokumentasjon i journaler. Skjemaet ble utarbeidet i 2015 under et ernæringsprosjekt kalt Helse og omsorg av utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester ved Kari Anette Os. Skjemaet ble brukt til å vurdere ernæringsdokumentasjon i journaler på sykehjem og

hjemmesykepleie av sykepleiestudenter og bygger på en norsk versjon (N-Catch) av journalgranskingskjemaet D-Catch (10; 19). D-Catch er regnet som et valid og reliabelt verktøy for å granske sykepleiedokumentasjon i journaler på sykehus (19). Granskingskjemaets reliabilitet er testet i en tidligere masteroppgave (20).

Journalgranskingskjemaet er delt inn i fem områder, kartlegging, ressurs, mål, tiltak og rapport. Områdene ble valgt ut i fra de nasjonale faglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring (5), kriterier til innhold i journal i henhold til Journalforskriften (21), og Veileder for sykepleiedokumentasjon utgitt av Norsk Sykepleieforbunds forum for IKT og Dokumentasjon (22). Ved utvikling av granskingskjemaet ble det fokusert på at de fem områdene skulle være gjenkjennbare i alle journalsystemer.

I forkant av granskingen ble det gjort endring på journalgranskingskjemaet, slik at det ble tilpasset tiltakene fra tiltakspakken for forebygging og behandling av underernæring, dermed vil denne studien være en pilottest for granskingskjemaet. Under kartleggingsområde ble ernæringscreening lagt til, da tiltakspakken viser til at alle pasienter skal vurderes for ernæringsmessig risiko innen en uke etter innleggelse. Under tiltak ble ernæringsplan lagt til og under rapport ble diagnosekode lagt til, da dette presiseres under tiltakspakken.

For hvert kriterium var det mulig å oppnå en skår mellom 0 til 2. Høyeste totalskår mulig å oppnå var 20.

Skjema 1: Vurderingsskjema - Journalgjennomgang – ernæring

Område	Kriterier 2 poeng	Kriterier 1 poeng	Kriterier 0 poeng	Poeng:
Kartlegging	Vekt er registrert månedlig <i>Eller:</i> Vekt er <i>IKKE</i> registrert, og det er begrunnet hvorfor Brukerens behov og ressurser ift til ernæring fremkommer i sammenfatningen som er oppdatert i løpet av de siste 3 mnd	Vekt registrert, men ikke månedlig Ernæring er med i sammenfatning, men: • behov og ressurser kommer ikke tydelig frem • <i>eller:</i> sammenfatning er ikke oppdatert (eldre enn 3 mnd)	Vekt er ikke registrert Ernæring er ikke med i sammenfatningen	
	Ernæringscreening – Alle pasienter vurderes for ernæringsmessig risiko innen ett døgn eller innen en uke etter innkomst til sykehjemmet, Vurderingen bør minimum inneholde: • Har pasienten hatt ufrivillig vekttap de siste 3 månedene? • Har pasienten hatt redusert matinntak siste uke? • Forventes det reduksjon i matinntak eller økt energibehov på grunn av sykdom eller behandling.	Screening er registrert, men det fremkommer ikke hvordan screening er gjort og/eller at det ikke er gjort innen en uke	Det er ikke gjort en risikovurdering	
Ressurser	Ressurser avspeiler hele pasientens ernæringsproblem og er relatert til tiltaket	Ressurser er beskrevet, men: • avspeiler ikke hele pasientens ernæringsproblem • <i>eller:</i> er ikke relatert til tiltaket	Ressurser er ikke beskrevet	
Mål	Mål er relatert til tiltaket og beskriver ønsket tilstand for brukeren	Mål er beskrevet, men: • er ikke relatert til tiltaket • <i>eller:</i> beskriver ikke ønsket tilstand for brukeren	Mål er ikke beskrevet	
Tiltak	Bakgrunn for tiltaket kommer frem, og sier hva som skal gjøres, når og hvordan.	Tiltaket er beskrevet, men mangler ett eller flere av kriteriene: • bakgrunn • hva skal gjøres/hvordan det skal gjøres	Tiltaket mangler helt, eller mangler alle kriterier: • begrunnelse	

Læringsklog kompetanse Journalgjennomgang ernæring. Oppdatert skjema 28/4 2017

Figur 1: Journalgranskingskjema side 1 av 2

Datainnsamling

Gjennomføring av screeningundersøkelsen

MNA screeningen av de inkluderte pasientene ble gjennomført på to tidspunkt. Den første screeningen ble utført innen 48 timer etter pasientens innkomst til helsehuset fra sykehus eller eget hjem. Den andre screeningen ble gjennomført ved avreise fra helsehuset. Verktøyet inneholder antropometriske målinger som kroppsmasseindeks (KMI), overarmsomkrets og leggomkrets (vedlegg 4). Screeningen ble utført sammen med pasient, på beboerens rom. Før MNA-vurderingen ble navn, alder, kjønn, vekt og høyde samlet inn. KMI ble beregnet, som krever riktige mål av høyde og vekt. Måling av høyde ble gjort ved bruk av et målebånd, hvor pasient sto inntil en vegg uten sko. Selvrapporing av høyde ble brukt for de pasientene som det ikke var mulig å måle høyde på. Vekt av pasient ble enten målt sittende på en vekststol eller stående på en vekt, uten sko og yttertøy. Overarmomkrets og leggomkrets ble målt med et målebånd. Midtpunktet av avstanden mellom skulderen og albueknoken ble målt ved måling av overarmsomkrets og det tykkeste punktet på leggen ble målt ved leggomkrets. Mål av både legg og overarm ble utført tre ganger slik at målingen ble mest mulig nøyaktig. Videre ble undersøkelsen utført ved å stille spørsmål til pasienten. Ved spørsmål som ikke pasient kunne svare på, ble spørsmålet videre rettet til pasientens omsorgsyter.

Datainnsamling fra spørreskjemaene

Spørreskjemaet ble lagt tydelig frem på avdelingens dokumentasjonsrom fra oppstart av prosjektet i oktober 2018 og samlet inn ukentlig frem til første uken i januar 2019. Totalt ble spørreskjemaet lagt frem på syv avdelinger. De ansatte ble informert om prosjektet og spørreskjemaet på morgenmøte ved vaktskiftet hver morgen. De fleste av besvarelsene ble gjort på helsehuset, mens noen tok det med seg og deretter returnerte det til dokumentasjonsrommet på avdelingen.

Datainnsamling fra journalgranskingen

Etter screeningundersøkelse av pasient ble journal vurdert ved bruk av journalgranskingsskjemaet. Tiden ble tatt ved hver journalgransking, slik at det kunne beregnes en gjennomsnittlig granskingstid. I journalen ble det gjennomgått utreiserapport og epikrise fra sykehuset. Ved avreise fra helsehuset og etter gjennomført screening to ble pasientenes journaler gjennomgått enda en gang hvor utreiserapport og epikrise fra helsehuset ble gjennomgått. Skårene fra granskingen ble ført direkte inn i journalgranskingsskjemaet (vedlegg 6). Ved avslutning av datainnsamling ble alle journaler gjennomgått på nytt.

Datanalyse

De statistiske analysene ble gjennomført i Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Version 14 (IBM Corp., Armonk, NY, USA). Resultatene fra MNA-kartlegging 1 og 2, samt spørreskjemaet og journalgranskingsskjemaet ble lagt inn manuelt. En del av variablene ble endret i forkant av de statistiske analysene ved at svaralternativer ble slått sammen fra seks til fire svarkategorier. Svaralternativene *i svært liten grad* og *i liten grad* ble slått sammen til *i liten grad*. Svaralternativene *i stor grad* og *i svært stor grad* ble slått sammen til *i stor grad*. Hensikten var å slå sammen verdier til mer hensiktsmessige kategorier, grunnet få svar på enkelte kategorier.

Deretter ble det utført deskriptiv statistikk for å beskrive utvalget av pasienter og for å undersøke hvordan svarene fra spørreskjemaet til de ansatte var fordelt på de ulike svaralternativene. Nominale og kategoriske variabler er beskrevet med antall enheter (n), og prosentfordelinger. Kontinuerlige variabler er beskrevet med gjennomsnitt og standardavvik. De statistiske analysene som ble benyttet ble valgt på bakgrunn av at store deler av dataene ikke var normalfordelte, i tillegg til at utvalget var lite. Ikke-parametriske tester skal i hovedsak benyttes når utvalget er lite og ved skjevfordelte data (23). Det ble kjørt en Wilcoxon signed rank test for å sammenligne utvalgets ernæringsstatus på to tidspunkt, signifikansnivået ble satt til 5% (p-verdi .05). Pearsons korrelasjon ble anvendt for å undersøke korrelasjoner mellom variabler ved kontinuerlig og naturlig dikotome variabler. Effektstørrelse r er vurdert etter Cohens (1998) kriterier for effekt (r), hvor liten 0,10-0,29= liten effekt, 0,30-0,49= middels effekt og 0,50-1,0 = stor effekt.

Tabell 2: Foreslått effektstørrelse av r

Liten effekt	0,10-0,29
Middels effekt	0,30-0,49
Stor effekt	0,50-1,0

Cohen (1998) kriterier for effekt (r).

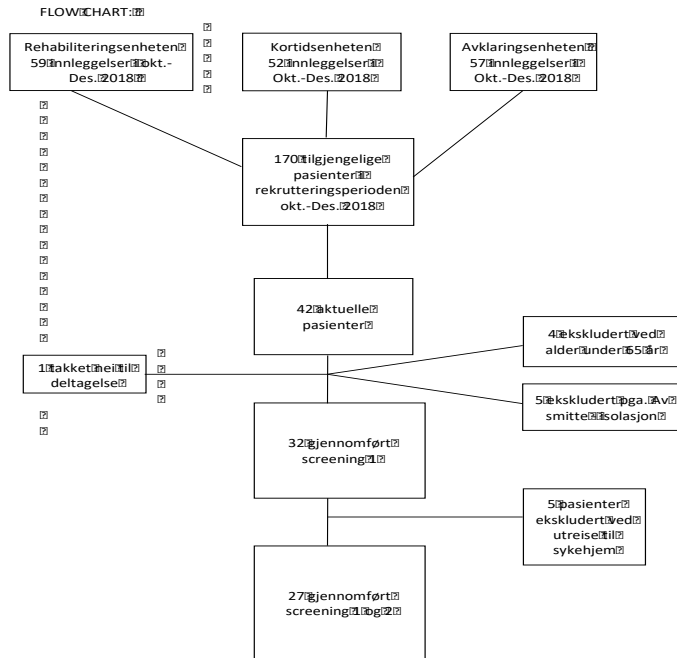
Det ble utført en Pearsons chi-squared test for å undersøke om det var forskjell mellom fordelingen av pasientenes ernæringsstatus ved screening 1 og screening 2.

Etiske betraktninger

Studien er registret hos NSD, Norsk Senter for forskningsdata med prosjektnummer 952363 (vedlegg 2). Det ble også søkt om godkjenning fra REK, Regionale Komiteer for Medisinsk og Helsefaglig Forskning, men dette var ikke nødvendig da prosjektet ikke omfattes av helseforskningslovens virkeområde (vedlegg 1). Det ble utviklet et informasjonsskriv til pasienter og ansatte ved helsehuset som ble inkludert i studien (vedlegg 3 og 5). Skrivet tok for seg konfidensialitet og frivillig deltakelse og ble gitt i papirform. Det ble innhentet samtykke fra alle pasienter og ansatte om deltakelse i studien. Det ble også hentet inn samtykke fra pasient til å gå gjennom deres pasientjournal. Opplysninger om de ansatte og pasient ble behandlet konfidensielt og anonymisert, og det vil ikke være mulig å identifisere deltaker i resultatene av studien.

Resultat

Utvalg



Figur 2: Oversikt over rekrutring av deltagere

I perioden oktober til desember 2018 var det 170 tilgjengelige pasienter ved de tre ulike enhetene rehabilitering, korttid og avklaringsenheten. Av disse var det 42 aktuelle pasienter som møtte inklusjonskriteriet om innkomst til helsehuset innen 48 timer tidligere. Videre ble fire pasienter ekskludert grunnet deres alder under 65 år, fem pasienter ble ekskludert på grunn av isolasjon ved smitte og en pasient takket nei til deltagelse. Det resulterte i et utvalg på 32 pasienter som gjennomførte screening 1. Videre var det ønskelig å screene utvalget på nytt ved avreise fra helsehuset til eget hjem. Totalt ble fem pasienter ekskludert ved avreise, grunnet mangel på inklusjonskriteriet *pasienter som skrives ut direkte til hjemmet*, da de ble sendt videre til sykehjem. Totalt ble 27 pasienter screenet ved innkomst og ved avreise fra helsehuset, disse pasientene representerer det endelige utvalget.

Bakgrunnsdata

Tabell 3 viser en oversikt over de inkluderte pasientene. Fra tabellen fremkommer det at utvalget besto av 16 (59%) kvinner og 11 (41%) menn. Gjennomsnittsalderen på utvalget var 81 år, hvorav 66 år og 93 år var den yngste og eldste deltaker.

Rundt 40% av pasientene hadde en kroppsmasseindeks (KMI/BMI) under 23 ved innleggelse. Gjennomsnittlig liggetid var 18 dager, (8,2) (SD). Det lengste oppholdet var 40 dager og det korteste oppholdet var på 2 dager.

Tabell 3: Demografiske data av pasientene

Karakteristikk	N= 27
Alder år, Gjennomsnitt (SD) range	81.4 (8), (66-93)
	n (%)
Kjønn	
Mann	16 (59)
Kvinne	11 (41)
Antall pasienter fra sykehus	24 (89)
Antall pasienter fra hjemmet	3 (11)
BMI –Screening 1	
<19	2 (7)
19-21	4 (15)
21-23	5 (19)
>23	16 (59)
Liggedøgn	
<14 dager	9 (33)
14-27 dager	15 (56)
>27	3 (11)
Liggedøgn, gjennomsnitt (SD) range	18 (8), 2-40

Kartlegging av ernæringsstatus

Tabell 4 viser resultatene fra MNA-kartleggingen. Det var en forskjell mellom fordelingen av underernærte, i risiko for underernæring og normal ernæringsstatus fra innkomst til utreise ($p \leq .01$).

Kategorien normal ernæringsstatus økte med 15% fra innkomst til utreise. Gjennomsnittsverdien for pasientenes MNA-score ved innkomst var 19.5 (12.5-26). Gjennomsnittsverdien ved utreise var 20,4 (9,5-27). Det var ingen statistisk signifikant

forskjell i score mellom de to tidspunktene, $z=-1.667$, $p<.096$, med en liten effektstørrelse ($r=.23$).

Tabell 4: Ernæringsstilstand vurdert med MNA

Ernæringsstatus MNA	Innkomst	Utreise	<i>p-verdi*</i>
	n=27 n (%)	n= 27 n (%)	
Underernært	8 (30)	7 (26)	
I risiko for underernæring	12 (44)	9 (33)	
Normal ernæringsstatus	7 (26)	11 (41)	p=.001

*chi-square (df=4) =19,34

Det ble utført en analyse av sammenhengen mellom MNA-score og kjønn, alder og antall liggedøgn på begge måletidspunkt. Korrelasjonen viste en tendens til at kvinner hadde lavere MNA-score enn menn (innkomst $r=-.226$, $p=.236$; utreise; $p=-.181$, $p=.367$). Det ble også funnet en svak negativ korrelasjon mellom alder og ernæringscore ved utreise, som viser en tendens til lavere MNA-score ved høyere alder ($r= -.236$, $p= .235$).

Resultat fra spørreskjema

Utvalg

Studiepopulasjonen bestod av 29 ansatte fra helsehuset. Totalt 90% av respondentene var kvinner, 45% av respondentene var i aldersgruppen 30-49 år og hadde en høyskole eller universitetsutdanning fra 0-3 år.

Tabell 5: Karakteristikk av respondentene

		Mann	Kvinne	Total
		N= 3	N= 26	N=29
		Antall (10 %)	Antall (90 %)	Antall (100%)
Alder	18-29 år	1 (3)	9 (31)	10 (35)
	30-49 år	2 (7)	11 (38)	13 (45)
	Over 50 år	0 (0)	6 (21)	6 (21)
Utdanning	Grunnskole	1 (3)	6 (21)	7 (24)
	Videregående	1 (3)	12 (41)	13 (45)
	Høyskole/universitet (0-3 år)	1 (3)	8 (28)	9 (31)
	Høyskole/universitet (4 år eller mer)	-	-	-

Gjennomføring av tiltak fra tiltakspakken

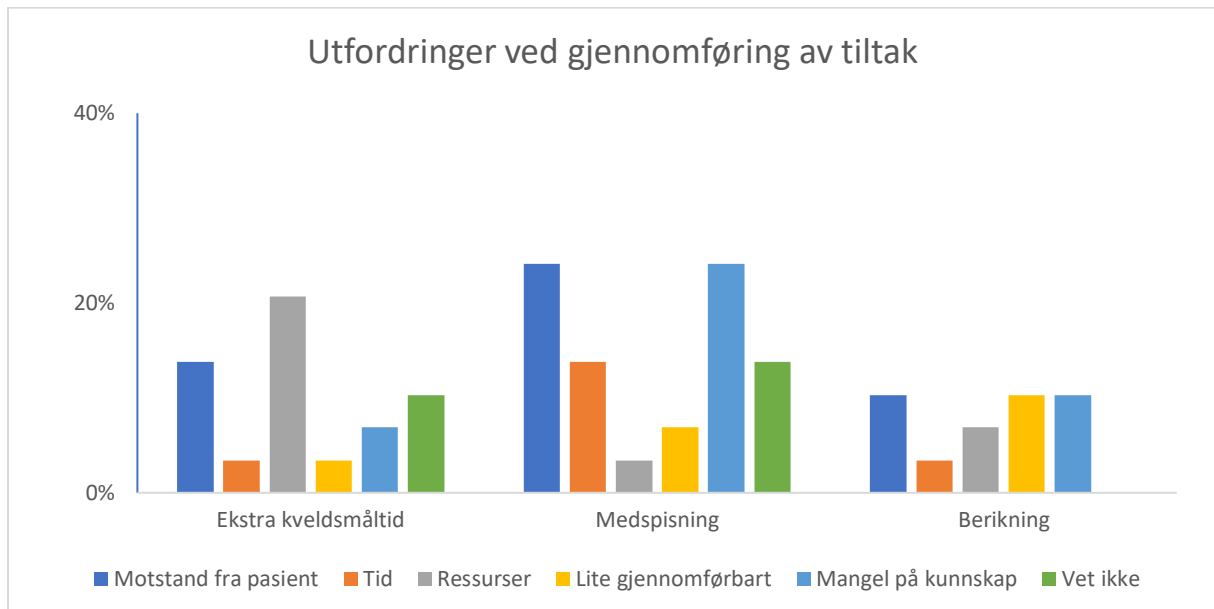
Tabell 6 viser pleiepersonalets respons på spørsmål om i hvor stor grad de hadde gjennomført ulike tiltak fra tiltakspakken. De ansatte svarte at de i stor grad hadde gjennomført både medspising, berikning (76%) og ekstra kveldsmåltid (45%).

Tabell 6: Gjennomføring av tiltakene, "I hvilken grad har du gjennomført tiltak?"

	I liten grad n (%)	Verken/eller n (%)	I stor grad n (%)	Ikke aktuelt/ vet ikke, n (%)
Ekstra kveldsmåltid, medspising og berikning	7 (24)	2 (7)	17 (59)	2 (7)
Ekstra kveldsmåltid	10 (35)	4 (14)	13 (45)	2 (7)
Medspising, spise sammen med brukeren?	4 (14)	2 (7)	22 (76)	1 (3)
Berikning	5 (17)	0	22 (76)	2 (7)

Utfordringer ved gjennomføring av tiltak

Figur 3 viser en oversikt over hvilke utfordringer de ansatte opplevde ved gjennomføring av de tre tiltakene, ekstra kveldsmåltid, medspisning og berikning.



Figur 3: Utfordringer ved gjennomføring av tiltak

Kategoriene som er tatt med i diagram 4 er de kategoriene som ble nevnt mest under de åpne spørsmålene i spørreskjemaet. Det fremkommer at ressurser er den kategorien som ble nevnt av flest ansatte under utfordringer ved gjennomføring av tiltaket ekstra kveldsmåltid (21%). Mangel på kunnskap og motstand fra pasient er de kategoriene som ble nevnt av flest ansatte (24%) under utfordringer ved gjennomføring av tiltaket medspisning. Under utfordringer med tiltaket berikning ble de tre kategoriene motstand fra pasient, lite gjennomførbart og mangel på kunnskap nevnt av flest ansatte (10%).

Holdninger

I tabell 7 presenteres det fem utsagn som tar for seg respondentenes holdninger til tiltak som var foreslått i tiltakspakkens for forebygging og behandling av underernæring. Tabellen viser at 83% av respondentene mente at ernærings tiltakene fra tiltakspakken førte til en bedre ernæringsstatus hos brukerne. Respondentene mente at ernæringsmessig tiltak på helsehuset alltid blir iverksatt ved behov (92%). Totalt 79% syntes at ernæring blir høyt prioritert på avdelingen og 46% mener at bruken av MNA-skjemaet fungerer godt. Videre mente 46% av respondentene at pasientene på helsehuset benyttet seg av alle tiltakene.

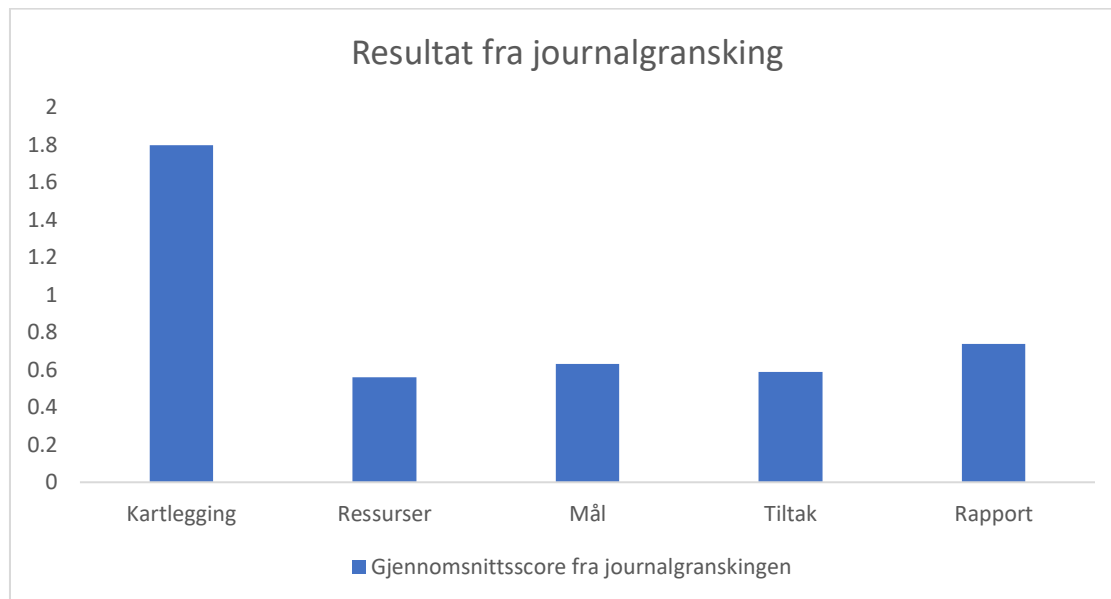
Tabell 7: Holdningsutsagn fra spørreskjemaet

Holdningsutsagn	Uenig	Verken/eller	Enig	Ikke aktuelt/vet ikke
Ernærings tiltakene førte til en bedre ernæringsstatus hos brukerne	-	-	20 (83)	4 (17)
Hos oss blir ernæringsmessige tiltak alltid iverksatt ved behov	1 (4)	1 (4)	22 (92)	-
Jeg syntes ernæring blir høyt prioritert på avdelingen	1 (4)	4 (16)	19 (79)	-
Jeg syntes bruken av MNA skjema fungerer godt	-	3 (13)	11 (46)	10 (42)
Brukerne benyttet seg av alle tiltakene	2 (8)	6 (25)	11 (46)	5 (21)

Resultat fra journalgransking

Informasjon som følger pasienter i ernæringsmessig risiko når de kommer til helsehuset.

Gjennomsnittlig totalskår for alle journaler var 4.33, der 1 og 8 var henholdsvis laveste og høyeste skår. Den høyeste oppnådde totalskår i denne studien var 8, som ble oppnådd av to journaler. Den høyeste totalskåren det var mulig å oppnå var 20 poeng. Figur 4 viser en oversikt over gjennomsnittsskåre fra hvert område av journalgranskingen.



Figur 4: Resultat fra journalgransking

Området kartlegging var det som ble best dekket i journalene, hvor høyeste skår mulig å oppnå innenfor området var seks. Gjennomsnittsskår var 1,8, der 1 og 4 var henholdsvis laveste og høyeste skår. Vekt av pasient var sjeldent registrert, kun ved enkelttilfeller og ikke jevnlig. Ernæring var som oftest en del av sykepleiesammenfatningen og dette punktet var derfor med på å trekke totalskåren av kartleggingsområdet opp. Området ressurs ble som regel kort beskrevet i tiltaksplanen, men avspeilet ikke hele pasientens ernæringsproblem og kunne da være vanskelig å tolke. Høyeste skår mulig å oppnå innenfor ressurser var to, gjennomsnittsskår var 0,56, der 0 og 1 var høyeste og laveste skår. Mål ble beskrevet i tiltaksplan for fåtallet av pasientene som hadde et ernæringsrelatert mål. Målet var ikke beskrevet grundig noe sted i journalen, som gjorde at de ofte var uspesifikke og lite informative. Ingen av de inkluderte pasientene hadde fått opprettet en ernæringsplan, som skal opprettes senest innen en uke etter risikovurdering. Innenfor området mål var høyeste skår mulig å oppnå to, gjennomsnittsskår var 0,63, hvor 0 og 2 var laveste og høyeste skår. Tiltak var som oftest beskrevet under tiltaksplan som kunne ha et eget punkt for ernæring. Tiltakene

manglet som regel begrunnelse og det var ikke beskrevet hva som skal gjøres, når eller hvordan. Et eksempel på tiltak fra tiltaksplan kunne være kost- og drikkeregistering. Under området tiltak var høyeste skår mulig å oppnå fire. Gjennomsnittskår blant journalene var 0,59, hvor 0 og 1 var laveste og høyeste skår. Under det siste området rapport var det lite konkret informasjon å finne. De daglige rapportene var vanskelig å forstå og ga ikke et godt bilde av pasientens daglige inntak. I rapporten kunne det for eksempel stå spist bra til frokost, som ikke gir noe indikasjon på hva bra vil si. Et fåtall av rapportene var knyttet direkte opp mot tiltakene som skulle relateres til målet for ønsket tilstand til brukeren. Høyeste skår mulig å oppnå innenfor området rapport var seks. Gjennomsnittskår var 0,74, hvor 0 og 2 var laveste og høyeste oppnådde skår blant journalene.

Informasjon med ut fra helsehus

Tabell 9 viser at 44% av deltagerens journaler hadde et eget punkt om ernæring og matlaging i utreiserapport/epikrise. I 26% av journalene var ikke ernæring nevnt ved utreise og kun 3 % av journalene hadde spesifikk informasjon rundt et ernæringsproblem. Kun 11% av pasientene hadde fått registrert vekt ved utreise.

Tabell 9: Ernæringsrelatert informasjon ved utreise fra helsehus

Punkter i journal	Antall pasienter N=27	(%)
Ernæring er ikke nevnt	7	26
Eget punkt om ernæring og matlaging	12	44
Eget punkt om ernæring	3	11
Eget punkt om matlaging	1	4
Registrert vekt ved utreise	3	11
Henvendelse til hjemmetjeneste om ernæringstiltak og mål	7	26
Informasjon rundt et ernæringsproblem	3	3

Diskusjon

Forekomst av underernæring

Ved innkomst til helsehuset ble en betydelig del av studiepopulasjonen kartlagt som i risiko for underernæring og underernærte. Flere studier peker på at underernæring er en sentral utfordring for helse- og omsorgssektoren (11; 24; 2; 3). Studier fra Norge viser at om lag hver tredje pasient eller beboer ved sykehus og sykehjem og hver fjerde mottaker av hjemmetjenester er i ernæringsmessig risiko (25; 11). Forekomsten av risiko for underernæring ved innleggelse i det undersøkte helsehuset var til dels høyere enn det som er rapportert for sykehus og sykehjem. Dette tyder på at det er viktig å ha fokus på ernæringsproblematikk også i et helsehus. Helsehus kan ses på som et forsterket tilbud av sykehjem med spesialiserte helsetjenester. Eldrebølgen i årene fremover vil kunne øke omfanget av antall syke eldre (25). Det forventes dermed at underernæring og risiko for å utvikle underernæring kan være en pågående utfordring i helse- og omsorgssektoren, herunder også helsehus.

Resultatene viste en tendens til bedring av ernæringsstatus ved avreise til eget hjem, selv om datainnsamlingen tydet på manglende rutiner rundt ernæring og lite kjennskap til pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker. Tendensen til en bedret ernæringsstatus etter innleggelse kan mulig forklares av at helse- og omsorgsinstitusjoner er heldøgnsinstitusjoner, som fører til at pasienter har helsepersonell tilgjengelig til alle tider. I følge helsedirektoratet (26) viser studier at fellesmåltider sammen med andre, kan føre til økt trivsel og matlyst som vil kunne ha ernæringsmessig betydning for den enkelte. En studie gjennomført av Pilner & Bell (27) hevder at det å spise sammen med flere øker matinntaket, da tiden rundt selve måltidet blir lenger. Samtidig viser også studier at enslige og aleneboende som ikke har sosialt samvær rundt måltidene, er i økt risiko for å utvikle underernæring (28; 29; 30). Trolig kan opphold på helse- og omsorgsinstitusjoner utgjøre en forskjell på matlyst og trivsel blant enkelte pasienter.

Implementering av retningslinjer

Det finnes tiltakspakker for forebygging og behandling av underernæring for sykehjem, hjemmesykepleie og sykehus, men ikke spesifikt for helsehus. Man kan likevel hevde at tiltakspakkene er overførbare til helsehus, ettersom alle pakkene er i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger i Retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (4). Også der anbefales fire ganske like tiltak; gjør en risikovurdering,

gjennomfør individuell kartlegging, gi tilstrekkelig ernæring og viderefør informasjon og retningslinjen er generell for hele helsevesenet.

Resultatene viste at 42% av respondentene svarte på spørsmål om hvordan MNA fungerte til å vurdere ernæringsmessig risiko, at dette ikke var aktuelt eller at de ikke visste hvordan det fungerte. Dette svaret tyder på at det å gjøre en risikovurdering ikke var en del av rutinen på helsehuset, noe som senere ble bekreftet av både ledelsen og ansatte ved helsehuset. I følge de ansatte hadde MNA vært noe i bruk tidligere, men ikke de siste årene. Mowe et al. (6) hevder at det er betraktet som god praksis at helsepersonell vurderer ernæringsmessig risiko raskt etter innleggelse og deretter kartlegger behov for tiltak. Det er vist i flere studier at bruk av validerte screeningsverktøy på sykehus er knyttet til bedre ernæringsbehandling og en lavere forekomst av underernæring (7; 3).

Spørreundersøkelsen som ble gjennomført blant de ansatte på helsehuset viste at en betydelig andel av respondentene mente at ernæring ble høyt prioritert på avdelingen (79%), til tross for at ingen av pasientene hadde blitt vurdert for risiko ved innkomst og dokumentering av ernæringsrelatert informasjon i journal var mangelfull. I motsetning til dette svarte hele 92% av respondentene at ernæringsmessige tiltak alltid ble igangsatt ved behov. Det kan stilles spørsmål ved hvordan behovet for igangsetting av ernæringsmessige tiltak blir vurdert, da en individuell kartlegging av pasient vil være avgjørende for å sette i gang riktige tiltak (4). Man kan ikke alltid se hvem som er i ernæringsmessig risiko og derfor er systematisk kartlegging av faktorer som kan bidra til underernæring viktig slik at tiltak kan settes i gang tidlig og helst før underernæring oppstår (4). Det at ingen pasienter på helsehuset hadde fått opprettet en ernæringsplan er antagelig et resultat av manglende systematisk kartlegging. I tidligere studier er det vist at mangel på kunnskap blant helsepersonell kan være en mulig forklaringsfaktor på hvorfor dette ikke blir gjort (31).

De ansatte på helsehuset oppga at de i stor grad hadde gjennomført både medspising, berikning og ekstra kveldsmåltid, men de oppga utfordringer med en rekke av tiltakene. Funnene samsvarer med Eide et al. (32) og Ross et al. (33) som viser at helsepersonell opplever flere utfordringer ved å sikre ernæringsmessig omsorg til eldre pasienter. Mangel på pleiepersonell, mangel på kunnskap, dårlig tverrfaglig kommunikasjon og mangel på samordnet tilnærming til ernæringspleie var barrierer for ernæringsmessig omsorg. Manglende kunnskap, motstand fra pasient, mangel på tid, lite gjennomførbart og mangel på ressurser var de største utfordringene blant helsepersonell ved gjennomføring av ernæringsrettede tiltak ved helsehuset. Flere studier viser at mangel på ernæringskunnskap gjør det vanskelig å prioritere ernæring i en hektisk arbeidshverdag (34; 31). Dette stemmer i

stor grad med resultatene fra spørreundersøkelsen blant de ansatte ved helsehuset. I tillegg trakk de ansatte frem motstand fra pasient og mangel på tid som viktige faktorer. En norsk studie gjennomført av Aagaard & Grøndahl (35) viser også at tid var den utfordringen som hindret de ansatte i å prioritere ernæringsarbeidet. Med hensyn til motstand fra pasient, så vet en at pasienter som blir innlagt på helsehuset kan ha et omfattende sykdomsbilde som kan påvirke mange faktorer i forbindelse med matlyst og matinntak. Medisinering og ulike diagnoser kan føre til reduksjon av matlyst og opptak av næringsstoffer, samtidig som behovene er økt (11). Dette kan føre til et større krav til sammensetning av kostholdet.

Resultatene fra journalgranskingen viste at dokumentasjon av ernæringsrelatert informasjon ikke var god nok, verken ved innkomst eller utreise. Det er nedfelt i Helsepersonelloven at helsepersonell har plikt til å dokumentere i journal (jf. Helsepersonelloven kap.8). Det at journaler ikke er tilrettelagt for ernæringsrapportering, registrering av matinntak og vektutvikling, gjør journalføringen utfordrende og kan hindre tilstrekkelig dokumentering (11). Det er flere studier som viser til mangelfull dokumentasjon av ernæringsrelatert informasjon i journal (36; 37; 38; 39; 40). Det at dokumentasjonen er mangelfull er bekymringsfullt med tanke på at journaler kan ses på som kommunikasjon mellom institusjoner og er et arbeidsdokument for helsepersonell. Eide et al. (24) viste at det er vanskelig å få informasjon om ernæring fra sykehjem ved innleggelse i sykehus. Det kan da tenkes at dette er en alminnelig utfordring i overganger mellom institusjoner.

Styrker og svakheter

Det er per dags dato ikke gjennomført studier for å kartlegge forekomst av risiko for underernæring og underernæring i et helsehus. Denne studien er dermed den første studien som har blitt gjennomført i et helsehus. En styrke er at ernæringsproblematikk også blir belyst i et helsehus og jeg har benyttet validerte og reliabilitetstestede verktøy for å samle inn data.

En svakhet er at det ikke finnes andre tilsvarende studier å sammenligne med, men studier fra sykehjem, sykehus og hjemmesykepleie kan ses på som overførbare til et helsehus.

Et høyere antall deltagere ville vært ønskelig, da utvalgsstørrelsen påvirker den ytre validiteten. Et økt antall pasienter og respondenter ville kunne gitt mer representative svar (41). Studien ble utført over en kort tidsperiode, som gjør at resultatene kun kan si noe om utvalget på gitt tidspunkt. Dette ses på som en svakhet ved studien, da funnene ikke kan generaliseres.

Poengskårene som har blitt gitt ved gjennomgang av journalene i denne studien er et resultat av en persons tolkning. Det anbefales å være to forskere, da dette fører til en felles vurdering av skårer i journal (42). For å øke resultatenes reliabilitet ble journalene gransket på nytt ved et senere tidspunkt.

En begrensning ved studien er at det kun er journaler som er gått gjennom i forhold til dokumentasjon av ernæringsrelatert informasjon. Andre måter for kommunikasjon kan ha blitt brukt, som telefonsamtale. Det kan også ha vært en begrensning at forsker var til stede ved datainnsamling, da dette kan ha påvirket de ansatte ved helsehuset. Det ble imidlertid ikke merket noe endring blant helsepersonell.

Konklusjon

En betydelig andel av de som kom inn på helsehuset i løpet av en periode på to måneder var underernærte eller i risiko for underernæring. Resultatene fra denne studien indikerte videre at tiltakspakken for forebygging og behandling av underernæring ikke var godt nok implementert i helsehuset og de ansatte opplevde det å sette i gang ernæringstiltak som utfordrende spesielt på grunn av lite tid, mangel på ressurser, dårlig kommunikasjon og motstand fra pasient. Journalførte ernæringsopplysninger var mangelfulle både ved innkomst og utreise. Det bør forskes mer på håndtering av ernæringsproblematikk i helsehus, siden resultatene fra denne lille studien indikerer at utfordringene rundt ernæring i et helsehus er minst like store som helse- og omsorgssektoren forøvrig.

Acknowledgements

Jeg ønsker å takke min veileder Asta Bye for all hjelp og støtte gjennom hele året med masterarbeid. Jeg ønsker også å takke forskergruppa "Aldring, helse og velferd" for gode innspill underveis.

KILDER

1. Eide, H. K., Šaltyte Benth, J., Sortland, K., Halvorsen, K. & Almendingen, K. (2015). Prevalence of nutritional risk in the non-demented hospitalized elderly: A cross-sectional study from Norway using stratified sampling. *Journal of Nutritional Science*, 4, e18. doi: 10.1017/jns.2015.8
2. Jacobsen, E. L., Brovold, T., Bergland, A. & Bye, A. (2016). Prevalence of factors associated with malnutrition among acute geriatric patients in Norway: a cross-sectional study. *BMJ open*, 6(9), e011512.
3. Kaiser, M. J., Bauer, J. M., Rāmsch, C., Uter, W., Guigoz, Y., Cederholm, T., Maggio, M (2010). Frequency of malnutrition in older adults: a multinational perspective using the mini nutritional assesment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(9), 173-1738.
4. Helsedirektoratet. (2018). *Tiltakspakke for forebygging og behandling av underernæring (sykehjem)*. (IS-2597). Hentet fra http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsområder/_attachment/4181?_download=false&_ts=163689b43d5
5. Guttormsen, A. B., Hensrud, A., Irtun, Ø., Mowé, M., Wergeland Sørbye, L., Thoresen, L. & Berge Smedshaug, G. (2010). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Oslo: Helsedirektoratet.
6. Mowé, M. (2002). Behandling av underernæring hos eldre pasienter. *Tidsskriftet for Den norske legeforening*, 8(122), 815-818.
7. Eglseer, D., Halfens, R. J. G. & Lohrmann, C. (2017). Is the presence of a validated malnutrition screening tool associated with better nutritional care in hospitalized patients? *Nutrition*, 37, 104-111. doi: 10.1016/j.nut.2016.12.016
8. Helsedirektoratet. (2012). *Kosthåndboken, veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/51/Kosthaandboken- IS-1972.pdf>
9. Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
10. Eide, H. D., Halvorsen, K. & Almendingen, K. (2014). Barriers to nutritional care for the undernourished hospitalized elderly: Perspectives of nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 24(5-6), 696-706. doi: 10.1111/jocn.12562

11. Nasjonalt råd for ernæring. (2017). *Sykdomsrelatert underernæring: Utfordringer, muligheter og anbefalinger*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra http://www.ernaeringsradet.no/wp-content/uploads/2017/01/Sykdomsrelatert-underern%C3%A6ring_IS-0611.pdf
12. Garåsen, H. (2008). Etterbehandling, ferdigbehandling og sluttbehandling. *Tidsskriftet, den norske legeforening*. 128:2096
13. Bauer, J. M., Kaiser, M. J., Anthony, P., Guigoz, Y., & Sieber, C. C. (2008). The Mini Nutritional Assessment®—Its History, Today's Practice, and Future Perspectives. *Nutrition in Clinical Practice*, 23(4), 388-396. doi: 10.1177/0884533608321132
14. Kondrup, J., Rasmussen, H. H., Hamberg, O. & Stanga, Z. (2003). Nutritional risk screening (NRS 2002): A new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clinical Nutrition*, 22(3), 321-336. doi: 10.1016/S0261-5614(02)00214-5
15. Saletti, A., Lindgren, E. Y., Johansson, L & Cederholm, T. (2000). Nutritional status according to mini nutritional assessment in an institutionalized elderly population in Sweden. *Gerontology*, 46(3), 139-145.
16. Suominen, M., Muurinen, S., Routasalo, P., Soini, H., Suur-Uski, I., Peiponen, A. & Pitkala, K. (2005). Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing homes in Helsinki. *European Journal of Clinical Nutrition*, 59(4), 578-583.
17. Halleland, A. (2015). *Kan enkle ernæringstiltak bedre ernæringsstatus blant hjemmeboende eldre?* (Masteroppgave). Oslo: OsloMet
18. Christensson, L. & Bachrach-Lindstrom, M. (2009). Adapting "the staff attitudes to nutritional nursing care scale" to geriatric nursing care. *JNHA-The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 13(2), 102-107.
19. Paans, W., Sermeus, W., Nieweg, R. M. B. & van Der Schans, C. P. (2010). D-Catch instrument: Development and psychometric testing of a measurement instrument for nursing documentation in hospitals. *Journal of advanced nursing*, 66(6), 1388. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05302.x
20. Gaustadnes, L.M. & Høyem, M.H. (2018). *Dokumentasjon av ernæringsrelatert informasjon- gransking av pasientjournaler til eldre i ernæringsmessig risiko*. (Masteroppgave). Oslo: OsloMet
21. Forskrift om pasientjournal (2000). *Forskrift om pasientjournal*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1385>
22. Sykepleiernes forum for IKT og Dokumentasjon. (2007). *Dokumentasjon av sykepleie i*

- elektronisk pasientjournal* (3. utg.).
23. Pallant, J. (2016). *SPSS Survival Manual: A step by step Guide to Data Analysis Using SPSS Program (6th ed.)*. London, UK: McGraw-Hill Education
 24. Eide, H. K., Šaltute Benth, J., Sortland, K., Halvorsen, K. & Almendingen, K. (2015). Prevalence of nutritional risk in the non-demented hospitalised elderly: a cross-sectional study from Norway using stratified sampling. *Journal of nutritional science*, 4, e18. doi: 10.1017/jns.2015.8
 25. Tangvik, R. J., Tell, G. S., Guttormsen, A. B., Eisman, J. A., Henriksen, A., Nilsen, R. M. & Ranhoff, A. H. (2015). Nutritional risk profile in a university hospital population. *Clinical Nutrition*, 34(4), 705-711. doi: 10.1016/j.clnu.2014.08.011
 26. Helsedirektoratet. (2008). *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. (IS-1592). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/51/Kosthaandboken-IS-1972.pdf>
 27. Pilner, P. & Bell, R. (2009). A table for one: the pain and pleasure of eating alone. I. H. L. Meiselman (Red.), *Meals in science and practice: interdisciplinary research and business application*. (S.169-185) Cambridge: Woodhead Publishing Limited.
 28. Engedal, K. (2011). Living arrangements, Social networks, Health, Mobility, and balance of older women. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 29(2), 12p. doi: 10.3109/02703181.2010.541987
 29. Locher, J. L., Ritchie, C. S., Robinson, C. O., Roth, D. L., West, D. S. & Burgio, K.L. (2008). Multidimensional Approach to Understanding Under-Eating in Homebound Older Adults: The importance of Social factors. *The Gerontologist* 48(2), 223-234.
 30. Tomstad, S .T., Soderhamn, U., Espnes, G. A. & Soderhamn, O. (2012). Living alone, receiving help, helplessness, and inactivity are strongly related to risk of undernutrition among older home-dwelling people. *International Journal of General Medicine*(5), 231-240.
 31. Mowe, M., Bosaeus, I., Rasmussen, H.H., Kondrup, J., Unosson, M. & Irtun, O. (2006). Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: a questionnaire based survey. *Clinical Nutrition*, 25(3):524-32. doi: 10.1016/j.clnu.2005.11.011
 32. Eide, H. D., Halvorsen, K. & Almendingen, K. (2014). Barriers to nutritional care for the undernourished hospitalized elderly: Perspectives of nurses. *Journal of Clinical*

- Nursing*, 24(5-6), 696-706. doi: 10.1111/jocn.12562
33. Ross, L. J., Mudge, A. M., Young, A. M. & Banks, M. (2011). Everyone's problem but nobody's job: staff perceptions and explanations for poor nutritional intake in older medical patients. *Nutrition & Dietetics*, 68 (1), 41-46.
34. Kubrak, C. & Jensen, L. Malnutrition in acute care patients: a narrative review. (2007). *International journal of nursing studies*, 44(6):1036- 1054
35. Aagaard, H. & Grøndahl, V. A. (2013). *Mat og måltider i hjemmesykepleien: Undersøkelse utført for helsedirektoratet* (Oppdragsrapport 4/2013). Hentet fra <http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/148455/1/hefte1-2010-pdf>
36. Halvorsen, K., Eide, H. K., Sortland, K. & Almendingen, K. (2016). Documentation and communication of nutritional care for elderly hospitalized patients: Perspectives of nurses and undergraduate nurses in hospitals and nursing homes. *BMC Nursing*, 15(1). doi: 10.20982/tqmp.08.1.p023
37. Johnsen, K. F., Ehrenberg, A. & Fossum, M. (2014). Dokumentasjon av sykepleie i sykehjem. *Nordic Journal of Nursing Research*, 34(2):27-32
38. Insteffjord, M. H., Aasekjaer, K., Espehaug, B. & Graverholt, B. (2014). Assessment of quality in psychiatric nursing documentation – a clinical audit. *BMC nursing*, 13(1). doi: 10.1186/1472-6955-13-32
39. Carlsson, E., Ehnfors, M., Eldh, A.C. & Ehrenberg A. (2012). Accuracy and continuity in discharge information for patients with eating difficulties after stroke. *Journal of Clinical Nursing*, 21(1-2):21-31.
40. Karlsen, R. & Johnsen, K. (2018). *Strammere journalføring gir bedre pasientoppfølging*. Sykepleien. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2018/04/strammere-journalforing-gir-bedre-pasientoppfolging>
41. Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold; samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (3. Utg.). Bergen: Fagbokforlaget
42. Haugan, B., Oppheim, A. E., Tettum, B., Woldstad, K., Mikkelsen, J. & Rotegård, A. K. (2010). *N-Catch: Instrument for granskning av sykepleie i elektronisk pasientjournal (EPJ)*. Oslo Universitetssykehus.

Vedlegg

Vedlegg 1: REK-godkjenning

Vedlegg 2: NSD-godkjenning

Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring pasient

Vedlegg 4: Mini Nutritional Assessment (MNA)

Vedlegg 5: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring ansatt og spørreskjema til ansatte på helsehuset

Vedlegg 6: Journalgranskingskjema

Vedlegg 1

Komiteen antar for øvrig at prosjektet kommer inn under de interne regler for behandling av pasient-/helseopplysninger som gjelder ved ansvarlig virksomhet. Søker bør derfor ta kontakt med enten forskerstøtteavdeling eller personvernombud for å avklare hvilke retningslinjer som er gjeldende.

Vedtak

Prosjektet omfattes ikke av helseforskningslovens virkeområde, jf. helseforskningslovens § 2. Prosjektet er ikke fremleggelsespliktig, jf. helseforskningslovens § 4 annet ledd.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jf. Forvaltningslovens § 28 flg. Eventuell klage sendes til REK Sør-Øst. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet.

Med vennlig hilsen

Britt Ingjerd Nesheim
professor dr. med.
leder REK sør-øst C

Tor Even Marthinsen
seniorrådgiver

Kopi til: groj@oslomet.no, OsloMet ved øverste administrative ledelse post@oslomet.no

Vedlegg 2

NSD Personvern
18.10.2018 18:25

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 952363 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 18.10.2018 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD ENDRINGER Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger frem til 01.09.2019.

LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a), jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER NSD finner at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen: - om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelige angitte og berettigede formål, og ikke videregbehandles til nye uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER De registrerte vil ha følgende rettigheter i prosjektet åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). Rettighetene etter art. 15-20 gjelder så lenge den registrerte er mulig å identifisere i datamaterialet. NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32) For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Marianne Høgetveit Myhren Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet:

” En kartlegging av implementering av retningslinjer fra pasientsikkerhetsprogrammet i overganger mellom institusjoner”

Bakgrunn og hensikt

Dette er en forespørsel til deg om å delta i en forskningsstudie. Hovedhensikten med studien er å undersøke hvordan pasientsikkerhetsprogrammets tiltak for å forebygge og behandle underernæring er implementert i et helsehus. Spesifikt ønsker vi å undersøke hvordan ernæringsproblematikk håndteres når eldre pasienter overføres til helsehus fra hjemmet eller sykehus og deretter fra helsehus til hjemmesykepleie og pårørende. I denne sammenheng ønsker vi å undersøke hvor stor andel av eldre mennesker over 65 år som legges inn på et helsehus er i risiko for underernæring når de kommer inn og når de skrives ut.

Det er Oslo MET-Storbyuniversitetet som er ansvarlig for denne studien og førsteamanuensis Asta Bye ved universitetet er leder for prosjektet. Den praktiske gjennomføringen foregår på Skien Helsehus i løpet av høsten 2018 og våren 2019.

Hva innebærer studien for deg?

Vi ønsker å undersøke om du er i risiko for underernæring når du kommer inn til helsehuset og ved hjemreise. Dette gjør vi sammen ved at vi sammen fyller inn et spørreskjema som heter ”Mini Nutritional Assessment” (MNA). Spørsmålene du blir bedt om å svare på handler om vekten din, matlyst og om du har en sykdom som påvirker matlysten samt om du kan bevege deg som før. Om denne undersøkelsen viser at du har risiko for underernæring ønsker jeg å undersøke om sykehuset eller hjemmesykepleien har sendt med informasjon om dette til helsehuset. Vi vil også undersøke hvordan helsehuset sender informasjon om et ernæringsproblem videre. For å undersøke dette kan vi trenge tilgang til opplysninger fra din pasientjournal. Opplysningene vil hentes ut av en sykepleier som viderefremidler de til meg som er masterstudent. Svarene vil bli behandlet konfidensielt.

Mulige fordeler og ulemper

Studien medfører ingen ulemper. Fordelen er at du får ekstra oppmerksomhet rundt et eventuelt ernæringsproblem. Erfaringer fra studien vil senere kunne hjelpe andre i ernæringsmessig risiko.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta og du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen nederst på siden.

Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte:

Masterstudent Linn Borgundvaag

Tlf: 92431841, e-post: lborgundvaag@hotmail.com

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien ved å besvare spørreskjemaet som følger på neste side.

Vedlegg 4



Mini Nutritional Assessment MNA®

Etternavn:		Fornavn:		
Kjønn:	Alder:	Vekt, kg:	Høyde, cm:	Dato:

Besvar undersøkelsen (screeningen) ved å fylle inn de riktige poengsifrene. Bruk tallene fra hvert enkelt spørsmål og summer. Hvis oppnådd sum er 11 eller mindre, fortsett med del II for å få en samlet vurdering av ernæringsstilstanden.

Screening, del I

A Har matinntaket gått ned i løpet av de 3 siste månedene pga nedsatt appetitt, fordøyelsesproblemer, vanskeligheter med å tygge eller svelge?
 0 = betydelig redusert matinntak
 1 = noe redusert matinntak
 2 = ingen endring i matinntaket

B Vekttap i løpet av de 3 siste månedene
 0 = vekttap over 3 kg
 1 = vet ikke
 2 = vekttap mellom 1 og 3 kg
 3 = ikke vekttap

C Mobilitet
 0 = sengeleggende / sitter i stol
 1 = i stand til å gå ut av seng / stol, men går ikke ute
 2 = går ute

D Har opplevd psykologisk stress eller akutt sykdom i løpet av de 3 siste månedene?
 0 = ja 2 = nei

E Neuropsykologiske problemer
 0 = alvorlig demens eller depresjon
 1 = mild demens
 2 = ingen psykologiske lidelser

F Body Mass Index (BMI) (vekt kg) / (høyde x høyde)
 0 = BMI mindre enn 19
 1 = BMI 19 til mindre enn 21
 2 = BMI 21 til mindre enn 23
 3 = BMI 23 eller større

Screeningresultat, del I
 (sumtotal maks. 14 poeng)

12 poeng eller mer: Normal - ikke i faresonen - ikke nødvendig å gjennomføre vurderingen, del II

11 poeng eller mindre: Mulig underernæring - fullfør vurderingen, del II

Screening, del II

G Bor i egen bolig (ikke på alders/sykehjem eller sykehus)
 1 = ja 0 = nei

H Bruker mer enn tre typer reseptbelagte medisiner pr dag
 0 = ja 1 = nei

I Trykksår eller hudsår
 0 = ja 1 = nei

J Hvor mange fullstendige måltider spiser pasienten pr dag?
 0 = 1 måltid
 1 = 2 måltider
 2 = 3 måltider

K Utvalgte markører for proteininntak

- Minst en porsjon melkeprodukter (melk, ost, yoghurt) pr dag ja nei
- To eller flere porsjoner belgfrukter eller egg pr uke ja nei
- Kjøtt, fisk eller kylling/ kalkun hver dag ja nei

0.0 = hvis 0 eller 1 ja
 0.5 = hvis 2 ja
 1.0 = hvis 3 ja .

L Spiser to eller flere porsjoner frukt eller grønnsaker pr dag?
 0 = nei 1 = ja

M Hvor mye væske (vann, juice, kaffe, te, melk...) inntas pr dag?
 0.0 = mindre enn 3 kopper
 0.5 = 3 til 5 kopper
 1.0 = mer enn 5 kopper .

N Matinntak
 0 = ikke i stand til å spise uten hjelp
 1 = spiser selv med noe vanskeligheter
 2 = spiser selv uten vanskeligheter

O Eget syn på ernæringsmessig status
 0 = ser på seg selv som underernært
 1 = er usikker på ernæringsmessig tilstand
 2 = ser ikke på seg selv som underernært

P Hvordan vurderer pasienten sin egen helsetilstand sammenlignet med mennesker på samme alder?
 0.0 = ikke like bra
 0.5 = vet ikke
 1.0 = like bra
 2.0 = bedre .

Q Overarmens omkrets (OO) i cm
 0.0 = OO mindre enn 21 cm
 0.5 = OO 21 til 22 cm
 1.0 = OO mer enn 22 cm .

R Leggomkrets (LO) i cm
 0 = LO mindre en 31 cm
 1 = LO 31cm eller større

Screening, del II (maks. 16 poeng) . .

Screening, del I . .

Samlet vurdering, del I + del II (maks. 30 poeng) . .

MNA resultat

17 til 23.5 poeng i fare for underernæring

Mindre enn 17 poeng underernært

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of MNA® - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006; 10: 456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Geront 2001; 56A: M366-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10: 466-487.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners © Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
 Se mer info på: www.mna-elderly.com

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet:

” En kartlegging av implementering av retningslinjer fra pasientsikkerhetsprogrammet i overganger mellom institusjoner”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan pasientsikkerhetsprogrammets tiltak for å forebygge og behandle underernæring er implementert i et helsehus. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Hovedhensikten med studien er å undersøke hvordan pasientsikkerhetsprogrammets tiltak for å forebygge og behandle underernæring er implementert i et helsehus. Spesifikt ønsker vi å undersøke hvordan ernæringsproblematikk håndteres når eldre pasienter overføres til helsehus fra hjemmet eller sykehus og deretter fra helsehus til hjemmesykepleie og pårørende. I denne sammenheng ønsker vi å undersøke hvor stor andel av eldre mennesker over 65 år som legges inn på et helsehus er i risiko for underernæring når de kommer inn og når de skrives ut. Forskningsprosjektet er en masteroppgave.

Det er Oslo MET-Storbyuniversitetet som er ansvarlig for denne studien og førsteamanuensis Asta Bye ved universitetet er leder for prosjektet. Den praktiske gjennomføringen foregår på Skien Helsehus i løpet av høsten 2018 og våren 2019.

Hva innebærer studien for deg?

For å kartlegge holdninger blant helsepersonell og hvilke tiltak som settes i gang er det utviklet et spørreskjema. Spørreskjemaet inneholder spørsmål om hvordan du opplever å sette i gang tiltak for å forebygge og behandle underernæring, om du syntes det er meningsfullt, hvordan tiltakene blir mottatt og hva du mener kan hindre ansatte i å kunne gjennomføre ulike tiltak på en tilfredsstillende måte. For å finne ut av dette, håper jeg at du besvarer spørreskjemaet som er vedlagt. Når du har svart kan du levere det i konvolutten som du finner på dok.rommet. Det er fint om du gjør det innen en uke. Du svarer uten å oppgi navn og opplysningene du gir vil bli behandlet konfidensielt.

Mulige fordeler og ulemper

Studien medfører ingen ulemper. Erfaringer fra studien vil kunne bidra til å bedre behandlingen av pasienter i risiko for underernæring.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta og du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Alle opplysninger om deg vil bli anonymisert. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen nederst på siden. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern- hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 01.08.2019. Personopplysninger som er samlet inn vil bli slettet.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- Innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg
- Å få rettet personopplysninger om deg
- Få slettet personopplysninger om deg
- Få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet) og
- Å sende klage til personvernombudet eller datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke

På oppdrag fra Oslo MET har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personregelverket

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har noen spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Oslo Met ved Asta Bye, på epost (abye@oslomet.no) eller telefon: 67 23 65 15
- Masterstudent Linn Borgundvaag, epost (lborgundvaag@hotmail.com, eller telefon: 92 43 18 41
- NSD- Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
(Asta Bye)

Student
(Linn Borgundvaag)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet: "En kartlegging av implementering av retningslinjer fra pasientsikkerhetsprogrammet i overganger mellom institusjoner", og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i spørreundersøkelsen ved å besvare spørsmål om hvilke ernærings tiltak jeg har bidratt til å sette i gang og om jeg syntes tiltakene er gjennomførbare.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 01.08.2019

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Spørreskjema for ansatte

Kryss av på ett svaralternativ for hvert spørsmål.

1. BAKGRUNNSINFORMASJON

1.2 Hvilken aldersgruppe tilhører du?

18-29 år 30-49 år Over 50 år

1.4 Kjønn?

Mann Kvinne

1.5 Siste fullførte utdanningsnivå?

Grunnskole Videregående Høyskole/universitet (0-3 år)

Høyskole/universitet (4 år eller mer)

2. BRUK AV TILTAKSPAKKE FOR FOREBYGGING OG BEHANDLING AV UNDERERNÆRING

I spørsmålene som følger ber jeg deg som ansatt om å fortelle hvordan tiltakene fra pasientsikkerhetsprogrammet; gjør en risikovurdering, gjennomfør individuell kartlegging, gi tilstrekkelig ernæring og viderefør informasjon, ble tatt i bruk for å forebygge og behandle underernæring

2.1 I hvilken grad har du gjennomført **samtlig**e tiltak (ekstra kveldsmåltid, medspising og berikning) i løpet av de siste to måneder?

1. I svært liten grad
2. I liten grad
3. Verken/eller
4. I stor grad
5. I svært stor grad
6. Ikke aktuelt/vet ikke

2.2 I hvilken grad gjennomførte du tiltaket «ekstra kveldsmåltid»?

1. I svært liten grad
2. I liten grad
3. Verken/eller

- 4. I stor grad
- 5. I svært stor grad
- 6. Ikke aktuelt/vet ikke

2.3 I hvilken grad gjennomførte du tiltaket «medspising» (at du spiste måltidet sammen med brukeren)?

- 1. I svært liten grad
- 2. I liten grad
- 3. Verken/eller
- 4. I stor grad
- 5. I svært stor grad
- 6. Ikke aktuelt/vet ikke

2.4 I hvilken grad gjennomførte du tiltaket «berikning» (at du tilførte måltidet ekstra energi ved å tilsette olje, smør, fløte, egg eller liknende)?

- 1. I svært liten grad
- 2. I liten grad
- 3. Verken/eller
- 4. I stor grad
- 5. I svært stor grad
- 6. Ikke aktuelt/vet ikke

2.5 I hvilken grad opplevde du tiltaket «ekstra måltid» som gjennomførbart?

- 1. Svært lite gjennomførbart
- 2. Lite gjennomførbart
- 3. Verken/eller
- 4. Ganske gjennomførbart
- 5. Svært godt gjennomførbart
- 6. Ikke aktuelt/vet ikke

2.6 I hvilken grad opplevde du tiltaket «medspising» som gjennomførbart?

1. Svært lite gjennomførbart
2. Lite gjennomførbart
3. Verken/eller
4. Ganske gjennomførbart
5. Svært godt gjennomførbart
6. Ikke aktuelt/vet ikke

2.7 I hvilken grad opplevde du tiltaket «berikning» som gjennomførbart?

1. Svært lite gjennomførbart
2. Lite gjennomførbart
3. Verken/eller
4. Ganske gjennomførbart
5. Svært godt gjennomførbart
6. Ikke aktuelt/vet ikke

3. KUNNSKAP OG HOLDNINGER

Her skal du som ansatt i hjemmetjenesten ta stilling til en rekke utsagn. Kryss av i hvilken grad du er enig eller uenig i utsagnet.

UTSAGN	Helt uenig	Nokså uenig	Verken/ eller	Nokså enig	Helt enig	Ikke aktuelt/ vet ikke
<i>Jeg opplever «ekstra måltid» som et hensiktsmessig tiltak.</i>						
<i>Brukerne benyttet seg av tiltaket «ekstra måltid».</i>						
<i>Jeg opplever «medspising» som et hensiktsmessig tiltak.</i>						
<i>Brukerne benyttet seg av tiltaket «medspising».</i>						
<i>Jeg opplever «berikning» som et hensiktsmessig tiltak.</i>						

<i>Brukerne benyttet seg av tiltaket «berikning».</i>						
<i>Tiltakene (gjør en risikovurdering, gjennomfør en individuell kartlegging, gi tilstrekkelig ernæring, viderefør informasjon)) førte til bedre ernæringsstatus hos brukerne.</i>						
<i>Hos oss blir ernæringsmessige tiltak alltid iverksatt ved behov.</i>						
<i>Jeg synes ernæring blir høyt prioritert på avdelingen.</i>						
<i>Jeg synes bruken av MNA-skjema fungerer godt.</i>						
<i>Jeg synes det er meningsløst å vurdere kroppsvekt for alle brukerne.</i>						
<i>Det er tilstrekkelig å måle kroppsvekt av brukere som legen ønsker oppfølging på.</i>						
<i>Brukere som lider av overvekt skal alltid ha lavkalori mat.</i>						
<i>Underernæring er ikke vanlig blant eldre i kommunal omsorg.</i>						
<i>Det er ikke nødvendig med noen spesiell kunnskap når man skal hjelpe en bruker å spise.</i>						
<i>Det er umulig å individualisere tidspunkt for måltider.</i>						
<i>Brukerne benyttet seg av alle tiltakene (ekstra måltid, medspising, berikning).</i>						

4. UTFORDRINGER KNYTTET TIL GJENNOMFØRING AV TILTAK FRA PASIENTSIKKERHETSPROGRAMMET FOR FOREBYGGING OG BEHANDLING AV UNDERERNÆRING.

Her skal du som ansatt på helsehuset besvare noen spørsmål knyttet til hvilke utfordringer du opplevde ved gjennomføring av tiltakene for forebygging og behandling av underernæring fra pasientsikkerhetsprogrammet. **Det er svært viktig at du besvarer disse spørsmålene, dersom du har noen innspill.**

4.1 Hva er, etter din mening, den største hindringen/de største hindringene for å gjennomføre tiltaket «ekstra måltid» på en tilfredsstillende måte? Dersom du ikke opplevde noen hindringer, skal du ikke svare på dette spørsmålet.

Åpent svar:

4.2 Hva er, etter din mening, den største hindringen/de største hindringene for å gjennomføre tiltaket «medspising» på en tilfredsstillende måte? Dersom du ikke opplevde noen hindringer, skal du ikke svare på dette spørsmålet.

Åpent svar:

4.3 Hva er, etter din mening, den største hindringen/de største hindringene for å gjennomføre tiltaket «berikning» på en tilfredsstillende måte? Dersom du ikke opplevde noen hindringer, skal du ikke svare på dette spørsmålet.

Åpent svar:

Vedlegg 6

HELSE OG OMSORG

Skjema 1: Vurderingsskjema - Journalgjennomgang – ernæring

Område	Kriterier 2 poeng	Kriterier 1 poeng	Kriterier 0 poeng	Poeng:
Kartlegging	Vekt er registrert månedlig <i>Eller:</i> Vekt er <i>IKKE</i> registrert, og det er begrunnet hvorfor	Vekt registrert, men ikke månedlig	Vekt er ikke registrert	
	Brukerens behov og ressurser ift til ernæring fremkommer i sammenfatningen som er oppdatert i løpet av de siste 3 mnd	Ernæring er med i sammenfatning, men: <ul style="list-style-type: none"> • behov og ressurser kommer ikke tydelig frem • <i>eller:</i> sammenfatning er ikke oppdatert (eldre enn 3 mnd) 	Ernæring er ikke med i sammenfatningen	
	Ernæringscreening – Alle pasienter vurderes for ernæringsmessig risiko innen ett døgn eller innen en uke etter innkomst til sykehjemmet, Vurderingen bør minimum inneholde: <ul style="list-style-type: none"> • Har pasienten hatt ufrivillig vekttap de siste 3 månedene? • Har pasienten hatt redusert matinntak siste uke? • Forventes det reduksjon i matinntak eller økt energibehov på grunn av sykdom eller behandling. 	Screening er registrert, men det fremkommer ikke hvordan screening er gjort og/eller at det ikke er gjort innen en uke	Det er ikke gjort en risikovurdering	
Ressurser	Ressurser avspeiler hele pasientens ernæringsproblem og er relatert til tiltaket	Ressurser er beskrevet, men: <ul style="list-style-type: none"> • avspeiler ikke hele pasientens ernæringsproblem • <i>eller:</i> er ikke relatert til tiltaket 	Ressurser er ikke beskrevet	
Mål	Mål er relatert til tiltaket og beskriver ønsket tilstand for brukeren	Mål er beskrevet, men: <ul style="list-style-type: none"> • er ikke relatert til tiltaket • <i>eller:</i> beskriver ikke ønsket tilstand for brukeren 	Mål er ikke beskrevet	
Tiltak	Bakgrunn for tiltaket kommer frem, og sier hva som skal gjøres, når og hvordan.	Tiltaket er beskrevet, men mangler ett eller flere av kriteriene: <ul style="list-style-type: none"> • bakgrunn • hva skal gjøres/hvordan det skal gjøres 	Tiltaket mangler helt, eller mangler alle kriterier: <ul style="list-style-type: none"> • begrunnelse 	



Journalgjennomgang ernæring. Oppdatert skjema 28/4 2017

HELSE OG OMSORG

Skjema 1: Vurderingsskjema - Journalgjennomgang – ernæring

		• når skal det gjøres	• hva skal gjøres/hvordan det skal gjøres • når skal det gjøres	
	Det er opprettet en ernæringsplan og iverksatt tiltak, senest innen en uke etter risikovurdering. Ernæringsplanen inneholder: <ul style="list-style-type: none"> • Dokumentert ernæringstilstand • Mål for ernæringsbehandling og tidspunkt for neste evaluering • Kalkulert energibehov per døgn • Status på pasientens matinntak • Målrrettede tiltak tilpasset den enkelte pasient 	Det er opprettet en ernæringsplan, men det mangler ett eller flere av kriteriene: <ul style="list-style-type: none"> • Dokumentert ernæringstilstand • Mål for ernæringsbehandling og tidspunkt for neste evaluering • Kalkulert energibehov per døgn • Status på pasientens matinntak • Målrrettede tiltak tilpasset den enkelte pasient 	Det er ikke opprettet en ernæringsplan	
Rapport	Rapportene beskriver observasjoner av brukerens tilstand	Over 50% av rapportene imøtekommer beskrivelsen for 2 poeng	Færre enn 50% av rapportene imøtekommer beskrivelsen for 2 poeng	
	Rapportene følger opp tiltaksplanen og beskriver effekt av tiltak mot oppsatte mål	Over 50% av rapportene imøtekommer beskrivelsen for 2 poeng	Færre enn 50% av rapportene imøtekommer beskrivelsen for 2 poeng	
	Diagnosekode er satt, sammen med resultat av risikovurdering og kartlegging, samt ernæringsplan			
TOTAL POENGSUM				



Journalgjennomgang ernæring. Oppdatert skjema 28/4 2017