

MASTEROPPGAVE

Samfunnsernæring

MAME 5910

Dokumentasjon av ernæringsrelatert informasjon – granskning
av pasientjournaler til eldre i ernæringsmessig risiko

Lisa Mari Gaustadnes & Mari Hval Høyem

Fakultet for helsefag

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

2018



Forord

Dette har vært et spennende og lærerikt år, samtidig som det har bydd på flere utfordringer. Vi har lært mye om forskningsprosessen og at ting ikke alltid går som planlagt. Det har derfor vært godt å være to for å kunne støtte og motivere hverandre i periodene ting ikke har gått på skinner. Likevel er vi fornøyde med sluttproduktet og synes oppgaven ble bra med tanke på de forutsetningene vi hadde.

Vi vil rette en stor takk til våre veiledere Asta Bye og Marianne Molin for veldig god oppfølging gjennom hele perioden. Takk for all god hjelp, for at dere alltid har vært tilgjengelig og for at dere har motivert oss og hatt tro på at dette ville bli bra til slutt. Vi vil også takke Kari Annette Os for at vi fikk bruke journalgranskningsskjemaet hun har utviklet og for at hun mer enn gjerne delte informasjon om utviklingsprosessen med oss. I tillegg vil vi takke for at hun hjalp oss med å komme i kontakt med aktuelle respondenter til spørreundersøkelsen vår. Tusen takk til de som tok seg tid til å besvare spørreskjemaet. Også professor Kjell Sverre Pettersen fortjener en stor takk for god hjelp i utviklingen av spørreskjemaet, samt med statistiske analyser knyttet til resultatene fra denne spørreundersøkelsen. Vi vil også takke Christine Hillestad Hestevik for at vi fikk ta del i hennes doktorgradsprosjekt og for at vi har fått innhente informasjon fra hennes informanter. Biblioteket på Kjeller fortjener også en stor takk for all god hjelp med utforming av oppgaven i Word.

Til slutt vil vi takke venner og medstudenter for sosiale avbrekk og god støtte i denne prosessen, samt familiene våre som alltid har hatt troen på oss og støttet oss.

Kjeller, mai 2018

Lisa Mari Gaustadnes & Mari Hval Høyem

Innhold

Sammendrag.....	iv
Abstract.....	vi
1 Hensikt	1
2 Teori.....	2
2.1 Nasjonale faglige retningslinjer	2
2.2 Kartlegging av ernæringsmessig risiko.....	3
2.2.1 Ulike screeningverktøy	4
2.2.2 Måltrettet ernæringsbehandling	5
2.2.3 Forventet effekt av systematisk kartlegging og behandling	6
2.2.4 Dagens praksis.....	7
2.3 Dokumentasjon av ernæringsstatus- og tiltak i pasientens journal.....	9
2.3.1 Journalgranskning.....	10
3 Metodologiske betraktninger	12
3.1 Journalgranskningsverktøyet N-Catch.....	12
3.2 Journalgransknings skjemaet	13
3.3 Reliabilitet og validitet i utvikling av måleverktøy	14
3.4 Undersøkelse av brukervennlighet og opplevd nytteverdi	16
3.4.1 Dataanalyse	17
3.5 Etske betraktninger	17
4 Resultat.....	19
4.1 Undersøkelse av brukervennlighet og opplevd nytteverdi	19
5 Diskusjon	24
5.1 Diskusjon av resultater	24
5.2 Diskusjon av metode	25
5.3 Utvidet diskusjon av journalgranskning (beskrevet i artikkel).....	27
6 Samlet konklusjon på artikkel og fordypningsdel.....	29
Referanser	30
Artikkel	1
Vedlegg.....	20

Tabeller og figurer

Fordypningsdel

Tabell 1 Respondentenes <i>Generelle vurdering</i> av journalgranskings skjemaet.....	20
Tabell 2 Respondentenes vurdering av området <i>Kartlegging</i>	21
Tabell 3 Respondentenes vurdering av området <i>Ressurser</i>	21
Tabell 4 Respondentenes vurdering av området <i>Mål</i>	22
Tabell 5 Respondentenes vurdering av området <i>Tiltak</i>	22
Tabell 6 Respondentenes vurdering av området <i>Rapport</i>	23

Artikkel

Tabell 7 Inklusjonskriterier for studiens utvalg	4
Tabell 8 Pasientenes MNA-skår.....	8
Tabell 9 Våre felles skårer fra journalgranskningen. Den maksimale poengskåren er gitt i parentes bak hvert område.....	9
Tabell 10 Inter-rater reliabilitetstest for samsvar mellom våre skårer	11
Tabell 11 Samsvar for hver av granskerne med en måneds mellomrom beregnet ved hjelp av Spearmans korrelasjonskoeffisient.....	11

Sammendrag

Bakgrunn

I de «Nasjonale faglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring» er det presisert at dokumentasjon knyttet til ernæring er en viktig del av behandlingstilbudet. Helsepersonell er pliktig å journalføre nødvendige opplysninger om pasienten, men per i dag er ikke pasientjournalen tilrettelagt for å dokumentere ernæringsrelatert informasjon. Dette kompliserer dokumentasjonsprosessen, og gjør det utfordrende å implementere de gjeldende retningslinjene.

Hensikt

Hensikten med artikkelen var å undersøke hvordan ernæringsrelatert informasjon dokumenteres i journalen til eldre pasienter i ernæringsmessig risiko, ved hjelp av et journalgranskningskjema, samt å reliabilitetsteste skjemaet. I fordypningsdelen var hensikten å undersøke journalgranskningskjemaets brukervennlighet og opplevde nytteverdi.

Metode

I artikkelen ble gjennomgangen av pasientjournalene gjort med et journalgranskningskjema, spesielt tilpasset ernæring. Utvalget bestod av åtte pasientjournaler fra geriatrik avdeling ved et sykehus. Inter-rater reliabilitetstest og test-retest ble gjort med Cohens Kappa og Spearman korrelasjonskoeffisient. I fordypningsdelen ble det utviklet et spørreskjema med hensikt å måle journalgranskningskjemaets brukervennlighet og opplevde nytteverdi. Spørreskjemaet bestod av Likert-skalerte utsagn fra én til seks. Utvalget bestod av sju sykepleiestudenter.

Resultat

I journalgranskningen, presentert i artikkelen, ble medianen av journalenes totalskår beregnet til å være 5,75, som er lavt da den høyest mulige totalskåren er 14. Laveste totalskår var 3,5 og høyeste totalskår var 10. Inter-rater reliabilitetstesten viste tilfredsstillende samsvar mellom granskerne, mens test-retest analysen viste moderat til sterkt samsvar hos granskerne. Spørreskjemaet, presentert i fordypningsdelen, viste at 85,8 % var enig i at en slik granskning kan ha nytteverdi og at poengkriteriene for alle områdene var beskrevet på en forståelig måte.

Konklusjon

Resultatene presentert i artikkelen kan indikere at ernæringsdokumentasjonen ved det aktuelle sykehuset ikke er tilfredsstillende i henhold til kriteriene i det benyttede journalgranskningskjemaet. Ut fra resultatene i spørreundersøkelsen, presentert i fordypningsdelen, ser det ut til at respondentene opplevde journalgranskningskjemaet som brukervennlig og at en slik granskning kan ha nytteverdi.

Abstract

Background

In the «National Professional Guidelines for Prevention and Treatment of Malnutrition» it is stated that documentation related to nutrition is an important part of the treatment offered. Health professionals are required to record necessary information about the patient, but currently the medical record is not tailored to document nutrition related information. This makes implementation of the guidelines challenging.

Aim

The aim of the article was to investigate how nutrition related information is documented in the patient record of elderly patients in nutritional risk using a record investigation form, and test the form's reliability. The aim of the in-depth part was to investigate the usability and perceived utility of the record investigation form.

Methods

In the article the medical records were reviewed by using a record investigation form, specially adapted for nutrition. The sample consisted of eight medical records from geriatric department in a hospital. An inter-rater reliability test and a test-retest were conducted. In the in-depth part a questionnaire was developed with Likert-scaled statements from one to six. The study sample consisted of seven nursing students.

Results

In the review, presented in the article, the median of the medical records total score was 5.75, which is low considering a maximum total score of 14. The inter-rater reliability test showed fair compliance and the test-retest showed moderate to strong compliance. The questionnaire, in the in-depth part, showed that 85.8 % agreed that the review may have utility and that the different criteria were described clearly.

Conclusion

The results presented in the article may indicate that the documentation related to nutrition, in this hospital, was insufficient according to the record investigation form. Based on the survey results, in the in-depth part, it appears that the respondents experienced the record investigation form as user-friendly and that the review may be beneficial.

1 Hensikt

Hensikten med oppgaven var å vurdere hvordan ernæringsrelatert informasjon dokumenteres i journalen til eldre pasienter i ernæringsmessig risiko innlagt på sykehus. Dette ble gjort ved hjelp av et journalgranskningsskjema basert på N-Catch, spesielt tilpasset ernæring. I tillegg ble det gjort en reliabilitetstest av skjemaet, samt at brukervennligheten og opplevd nytteverdi ble vurdert. Dette ble gjort gjennom en spørreundersøkelse blant studenter som tidligere har brukt journalgranskningsskjemaet. I fordypningsdelen vil vi gå dypere inn i gjennomføringen av spørreundersøkelsen, samt gi en utdypende forklaring av metoden.

Artikkelen ble utformet i henhold til Norsk Tidsskrift for Ernæring sin forfatterveileder, og vi har som hensikt å få den publisert i dette tidsskriftet. Hensikten i artikkelen var å vurdere hvordan ernæringsrelatert informasjon dokumenteres i journalen til eldre pasienter i ernæringsmessig risiko innlagt ved geriatrisk avdeling på et norsk sykehus. I tillegg ble journalgranskningsskjemaets reliabilitet vurdert ved hjelp av en inter-rater reliabilitetstest og en test-retest. Dette ble besvart gjennom følgende forskningsspørsmål:

- Hvordan dokumenteres ernæringsrelatert informasjon i journalen til eldre pasienter i ernæringsmessig risiko, vurdert ved hjelp av et journalgranskningsskjema, og er dette skjemaet et reliabelt granskingsverktøy?

Forskningsspørsmålet i artikkelen vil ikke bli nærmere presentert i fordypningsdelen.

Hensikten her vil være å gi et dypere innblikk i teorien bak problemstillingen i artikkelen, i tillegg til å besvare følgende forskningsspørsmål:

- Opplevs journalgranskningsskjemaet basert på N-Catch som brukervennlig og nyttig av studenter som tidligere har benyttet skjemaet?

2 Teori

2.1 Nasjonale faglige retningslinjer

Eldre er en spesielt utsatt gruppe for å utvikle underernæring (Guttormsen et al., 2010; Helsedirektoratet, 2012b; Mowé, 2012; Stratton, Green & Elia, 2003), og andelen eldre i ernæringsmessig risiko ser ut til å ligge mellom 40 og 45 % på norske sykehus (H. K. Eide, Šaltyte Benth, Sortland, Halvorsen & Almendingen, 2015; Tangvik et al., 2015). Dette tyder på at det er behov for økt fokus på ernæringsarbeid i helsesektoren. I 2009 ga Helsedirektoratet ut «Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring». Retningslinjene er anbefalinger og råd for ernæringsarbeidet som bygger på oppdatert faglig kunnskap og anses som beste praksis på området. De legger føringer for ernæringsarbeidet i helsesektoren for å sikre god kvalitet i arbeidet med forebygging- og behandling av underernæring (Guttormsen et al., 2010). Gjennom disse retningslinjene ønsker man å styrke ernæringsarbeidet i helsesektoren, og målgruppen er både personell og ledere i spesialist- og primærhelsetjenesten. Helsedirektoratet legger vekt på viktigheten av kompetanse, ledelsesforankring, definerte ansvarsforhold og samhandling for å styrke ernæringsarbeidet (Guttormsen et al., 2010; Helsedirektoratet, 2012b).

De nasjonale faglige retningslinjene for å forebygge og behandle underernæring, forutsetter at visse prinsipper legges til grunn for at retningslinjene skal oppfylles (Guttormsen et al., 2010). Dette gjelder både på systemnivå og i forbindelse med gjennomføring på individnivå. I et samfunns ernæringsperspektiv vil det i hovedsak jobbes med tiltak på systemnivå, med den hensikt å skape positive ringvirkninger ned til individnivå (Contento, 2011).

På systemnivå forutsettes det at helse- og omsorgstjenesten i kommunen skal sikre at ernæring innføres som en del av behandlingstilbudet. I tillegg skal de medvirke til å øke helsepersonells kunnskap om ernæring, og sørge for at dokumentasjon knyttet til ernæring blir inkludert i det gjeldende dokumentasjonssystemet (Guttormsen et al., 2010).

På individnivå forutsettes det at personer i ernæringsmessig risiko får individrettede tiltak dokumentert i en individuell ernæringsplan, og at tiltakene prioriteres slik at spisesituasjon og godt spisemiljø alltid er i fokus. I tillegg skal personer i ernæringsmessig risiko tilbys tilpasset energi- og næringsstett kost, mens sonde- eller intravenøs ernæring kan tilbys dersom personen har problemer med å få i seg nok næring gjennom munnen (Guttormsen et al., 2010).

I hovedsak anbefales fire tiltak, som inkluderer kartlegging av ernæringsmessig risiko og målrettet behandling av de som er i risiko, dokumentasjon av ernæringsstatus- og tiltak i pasientens journal, og videreformidling av dette til neste omsorgsnivå (Guttormsen et al., 2010).

2.2 Kartlegging av ernæringsmessig risiko

I de «Nasjonale faglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring» er det anbefalt at alle pasienter som legges inn på sykehus skal screenes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse og deretter ukentlig (Guttormsen et al., 2010). Screening defineres 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). Med andre ord handler screening om å identifisere personer i en større gruppe som kan ha en sykdom eller som har økt risiko for en spesiell sykdom. Begrepet screeningtest brukes ofte for å beskrive metoden man benytter for å screene (Tretli & Weiderpass, 2007). I en ernæringsammenheng vil screeningtesten være screeningverktøyet som benyttes for å oppdage ernæringsmessig risiko, som for eksempel MNA eller NRS-2002 (J. Kondrup, Allison, Elia, Vellas & Plauth, 2003). Det er viktig å skille mellom screeningtester og diagnostiske tester. Screeningtesten benyttes på folk som antas å være friske, mens diagnostiske tester gjennomføres hos personer som har symptomer eller indikasjoner på sykdom (Tretli & Weiderpass, 2007). Først kan screening brukes for å avdekke personer med en viss risiko for en gitt sykdom og når den risikoen er påvist må det gjøres ytterligere undersøkelser for å stille en eventuell diagnose. Ved gjennomføring av slike tester må man alltid ta høyde for at det vil kunne oppstå både falske positive resultater og falske negative resultater. Det vil si at noen kan se ut til å ha risiko, men likevel ikke ha sykdommen, mens andre kan ha sykdommen selv om screeningtesten er negativ (Wilson & Jungner, 1968).

I 2002 kom ESPEN Guidelines for Nutrition Screening som viser hvordan pasienter i ernæringsmessig risiko kan oppdages (J. Kondrup et al., 2003). Tidlig oppdagelse av personer i ernæringsmessig risiko er viktig, da problemet med underernæring ofte er at det ikke identifiseres, og dermed får utvikle seg. Ved å oppdage personer i ernæringsmessig risiko tidlig vil man kunne sette i gang tiltak før underernæring utvikles (Guttormsen et al., 2010). Selv om pasienten vurderes til å være i ernæringsmessig risiko, er det viktig med videre kartlegging for å kunne si noe om tilstandens alvorlighetsgrad (Wilson & Jungner, 1968).

Dette regnes som en del av god ernæringspraksis, som innebærer både kartlegging og dokumentasjon av ernæringsstatus til pasienter (Helsedirektoratet, 2012b). Ved kartlegging av pasientens ernæringsstatus skal matinntak, vekt, høyde og vektutvikling kartlegges. I tillegg til at ernæringsrelaterte faktorer som kan påvirke matinntaket og ernæringsbehovet vurderes (Guttormsen et al., 2010). Dette anses som en nødvendig del av behandlingstilbudet (Guttormsen et al., 2010; Helsedirektoratet, 2012b).

I ESPEN's retningslinjer for screening fokuseres det på fire hovedpunkter, der det først er ønskelig å kartlegge situasjonen her og nå. Dette innebærer måling av pasientens høyde og vekt, eller måling av overarmsomkrets dersom andre målinger ikke er mulig (J. Kondrup et al., 2003). Antropometriske målinger som vekt og KMI fanger ikke opp alle som har behov for behandling. En kartlegging av mat- og drikkeinntak, altså kostregistrering, kan i flere tilfeller være nyttig for å fange opp disse pasientene (Helsedirektoratet, 2012b). Deretter ser man på om tilstanden er stabil ved å se på nylig vekttap. Generelt regnes et vekttap på over 5 % de siste tre månedene som betydelig for pasientens ernæringsstatus (Guttormsen et al., 2010; Helsedirektoratet 2012b, J. Kondrup et al., 2003). Neste steg innebærer å vurdere om tilstanden vil kunne forverre seg, noe som gjøres ved å stille spørsmål om pasientens matinntak. Det siste steget, som er mest relevant på sykehus, innebærer å undersøke om pasientens sykdomstilstand kan føre til rask endring i ernæringsstatus (J. Kondrup et al., 2003).

2.2.1 Ulike screeningverktøy

Det er utviklet ulike tester for å identifisere ernæringsmessig risiko, som ofte omtales som screeningverktøy. Blant de mest brukte, som også er anbefalt i de nasjonale faglige retningslinjene, er Mini Nutritional Assessment (MNA), Nutrition Risk Screening 2002 (NRS-2002) og Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) (Guttormsen et al., 2010). 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 (J. Kondrup et al., 2003).

2.2.1.1 Mini Nutritional Assessment (MNA)

MNA er et validert verktøy (Fossum, Terjesen, Ehrenberg, Ehnfors & Söderhamn, 2009; Guigoz, 2006) spesielt utviklet for å fange opp eldre som er underernært og de som er i risiko for å utvikle underernæring. Verktøyet kan brukes både i hjemmetjenesten, på sykehjem og på sykehus. Av de screeningverktøyene som finnes er MNA det verktøyet som er antatt å egne

seg best for sårbare eldre og for å oppdage underernæring på et tidlig stadium, da fysiske og mentale aspekter som ofte rammer eldre er inkludert (J. Kondrup et al., 2003). Ettersom skjemaet består av enkle målinger og korte spørsmål, kan pasientens ernæringsstilstand kartlegges på relativt kort tid (J. Kondrup et al., 2003);(Vellas et al., 1999).

2.2.1.2 Nutrition Risk Screening 2002 (NRS-2002)

Screeningverktøyet NRS-2002 er et validert screeninginstrument anbefalt til screening for ernæringsmessig risiko på sykehus (J. Kondrup et al., 2003) utviklet i Danmark. Pasientens ernæringsstatus på nåværende tidspunkt vurderes ut fra KMI, nylig vekttap og nylige endringer i matinntak. En $KMI \geq 20,5$, et normalt matinntak og en stabil vekt de siste ukene indikerer at pasienten ikke er i risiko (Jens Kondrup, Rasmussen, Hamberg & Stanga, 2003).

2.2.1.3 Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)

MUST brukes for å identifisere undervekt og overvekt blant voksne, samt personer som er i risiko for feilernæring. Screeningverktøyet består av fem trinn der man samler informasjon om pasientens antropometriske mål, uønsket vekttap og sykdomshistorie, før ulike tiltak vurderes ut fra grad av risiko. For pasienter i høy risiko vil det som regel være nødvendig å sette i gang behandling med en gang, mens man for pasienter i middels risiko begynner med observasjon før eventuell behandling (Helsedirektoratet, 2012b);(Todorovic, Russell & Elia, 2011).

2.2.2 Målrettet ernæringsbehandling

Personer i ernæringsmessig risiko skal ha en individuell ernæringsplan (Helsedirektoratet, 2012b). Ernæringsplanen skal inneholde dokumentasjon av ernæringsstatus, energi- og væskebehov, mat- og drikkeinntak, og individrettede tiltak i prioritert rekkefølge (Guttormsen et al., 2010; Helsedirektoratet, 2012b). Det er viktig at planen følges opp og evalueres jevnlig. Som et minimum skal dette gjøres i forbindelse med veiing av pasienten, som på sykehus vil si minimum én gang i uka. Når pasienten skrives ut fra sykehuset skal det gjøres en sluttvurdering. Her vurderes det om målet for pasienten er nådd og om situasjonen har stabilisert seg, eller om planen må videreføres til neste institusjon (Helsedirektoratet, 2012b).

Det er ofte sykepleiere som har det første møtet med pasienten ved innleggelse på sykehus. Sykepleierne har derfor en viktig rolle i å identifisere ernæringsmessig risiko på et tidlig stadium. I tillegg har sykepleieren ofte tettest pasientkontakt og kan dermed lettere

utarbeide tiltak som er spesielt tilpasset pasienten (Sauer, Alish, Strausbaugh, West & Quatrara, 2016).

2.2.3 Forventet effekt av systematisk kartlegging og behandling

Målet med å screene for ernæringsmessig risiko er å oppdage personer som er i risiko for å utvikle underernæring på et tidlig tidspunkt (Helsedirektoratet, 2012b). På denne måten kan man tidlig sette i gang tiltak for å forebygge utvikling av underernæring, da dette er enklere enn å behandle personer som allerede er underernært (Hickson, 2006). Underernæring gir flere helsemessige konsekvenser som kan redusere livskvalitet og føre til dødelighet. Blant disse er økt risiko for komplikasjoner, lenger rehabiliteringstid og redusert motstand for infeksjoner, noe som kan forverre fysisk og mental funksjon (Guttormsen et al., 2010; Stratton et al., 2003). Andre konsekvenser som kan oppstå som følge av underernæring er nedsatt sårheling, vitamin- og mineralmangel, svekkede muskler og skjelett, trøtthet, uro og forvirring (Stratton et al., 2003). Konsekvensene som er nevnt ovenfor kan også være forårsaket av sykdom.

Underernæring kan også ha økonomiske konsekvenser (Russell, 2007). Dette kan være i form av utgifter knyttet til medisiner, sykehusinnleggelse, hjemmetjeneste og intravenøs ernæring og sondemat (Benković et al., 2014). Liggetiden for en underernært pasient kan være opp til tre ganger så lang i forhold til en velernært pasient. Det er anslått at målrettet ernæringsbehandling vil kunne spare ett liggedøgn, noe som kan gi kostnadsbesparelser på nærmere en halv milliard norske kroner (2007-tall) årlig (Helsedirektoratet, 2012a). En annen beregning viser at man i spesialisthelsetjenesten kan spare rundt 800 millioner kroner i året ved å jobbe med forebyggende og behandlende arbeid knyttet til ernæring. Dette tilsvarer 1 % av spesialisthelsetjenestens totale budsjett (Juul, 2010).

Det er vist at avdelinger som bruker et validert screeningverktøy har lavere forekomst av underernæring, sammenlignet med avdelinger som ikke bruker validerte screeningverktøy. I tillegg er det vist at avdelinger der validerte screeningverktøy ble brukt, gjennomførte flere ernæringsrettede tiltak som energiberiket snacks, tilbud om konsistentilpasset mat og drikke, og at pasientenes matinntak oftere ble fulgt opp (Eglseer, Halfens & Lohrmann, 2017). På den annen side viser en kunnskapsoppsummering at effekten av screening ikke er godt nok dokumentert, og at det trengs mer forskning på området. Det anbefales likevel at screening gjennomføres på bakgrunn av den hyppige forekomsten av underernæring og konsekvensene dette kan medføre (Omidvari, Vali, Murray, Wonderling & Rashidian, 2013).

2.2.4 Dagens praksis

Ifølge de nasjonale faglige retningslinjene skal alle pasienter screenes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse, men dette ser ikke ut til å bli gjort i praksis (Halvorsen, Eide, Sortland & Almendingen, 2016). En skandinavisk undersøkelse viste at kun 16 % av norsk helsepersonell svarte at en evaluering av pasienters ernæringsstatus er standard prosedyre ved innleggelse på sykehus (Mowe et al., 2006). Ifølge Eide mfl. (2016) blir eldre i ernæringsmessig risiko sjeldent identifisert og gitt riktig behandling (H. K. Eide, Šaltytė Benth, Sortland, Halvorsen & Almendingen, 2016). Det ser også ut til at screening for ernæringsmessig risiko sjelden blir gjennomført i henhold til retningslinjene ved norske sykehus, og at dokumentasjonen er utilstrekkelig gjennom hele sykehusforløpet (Halvorsen et al., 2016). Når det gjelder sykehjem viser tall fra 2016 at screening for ernæringsmessig risiko ble gjennomført blant kun halvparten av beboerne. Det ser også ut til å være stor variasjon mellom fylkene, der 78,1 % av sykehjemsbeboerne i Oslo har blitt vurdert for ernæringsmessig risiko mot 17,9 % i Sør-Trøndelag. For beboerne som ble identifisert til å være i risiko for underernæring ble det i 70,7 % av tilfellene utarbeidet en ernæringsplan (Helsenorge, 2017). Det er oppsiktsvekkende at tallet på antall pasienter som blir screenet for ernæringsmessig risiko er såpass lavt enkelte steder. Dette kan tyde på at retningslinjene ikke har blitt implementert alle steder, og at jobben med å implementere retningslinjene ikke har vært tilstrekkelig. I tillegg til å være reelle forskjeller kan dette blant annet skyldes høy grad av underrapportering og mangler i kommunens journalsystem.

Det ser ut til at de nasjonale faglige retningslinjene i liten grad er kjent blant sykepleiere (H. D. Eide, Halvorsen & Almendingen, 2015; Halvorsen et al., 2016), i tillegg har ernæringskunnskapen vist seg å være lav blant helsepersonell (Halvorsen et al., 2016; Mowe et al., 2006). Også kunnskap om ulike screeningverktøy ser ut til å være manglende, og utilstrekkelig kunnskap kan føre til at personer i ernæringsmessig risiko ikke blir fulgt opp på en god måte (H. D. Eide et al., 2015). I de tilfellene der screening blir gjennomført, benyttes sjelden de internasjonale kodene for underernæring (H. D. Eide et al., 2015). Det er uheldig, da det kan være en fordel at alle bruker de samme kodene for å ha en felles forståelse for hva de ulike tilstandene innebærer (Phillips, 2014). Det at screening ikke er en del av rutineene ved sykehus kan føre til at personer i ernæringsmessig risiko ikke blir oppdaget. En tidligere studie viste at sykepleiere stoler mer på sine kliniske observasjoner i stedet for å screene pasienter for ernæringsmessig risiko. Sykepleierne i studien identifiserte 18 av 107 pasienter som ikke var det til å være i ernæringsmessig risiko, i tillegg til at 27 pasienter som var i

ernæringsmessig risiko ikke ble identifisert (Abayomi & Hackett, 2004). Dette indikerer viktigheten av å bruke gode screeningverktøy, og at “det kliniske blikket” ikke er tilstrekkelig.

En annen viktig faktor i ernæringsarbeidet er tilgjengeligheten av nødvendig utstyr for å kunne gjennomføre screening. Tilgjengelighet av nødvendig utstyr, som for eksempel vekt, ser ut til å være noe varierende ved sykehus (H. D. Eide et al., 2015; H. K. Eide et al., 2016). Ofte blir registrering av pasientens vekt basert på at pasienten selv gir et estimat på sin egen vekt, som betyr at det er den forventede vekten som blir dokumentert og ikke den faktiske vekten (Halvorsen et al., 2016). Det er viktig at samtlige avdelinger har tilgang til vekt fortløpende for å sikre at veing av pasienten er gjennomførbart til enhver tid. I tillegg har tydelig definerte roller, god opplæring og kursing av ansatte, samarbeid på tvers av ulike profesjoner og en tydelig og engasjert ledelse vist seg å være viktig for å sikre god ernæringspraksis på sykehus (Beck et al., 2001).

Implementering av retningslinjer, opplæring og økt kunnskap kan være med på å forbedre gjennomføringen av screening ved sykehus (Leistra et al., 2014; Tangvik, Guttormsen, Tell & Ranhoff, 2011). Videre kan igangsetting av ernæringscreening bidra til å oppdage flere pasienter som er i ernæringsmessig risiko (Khalatbari-Soltani & Marques-Vidal, 2016). Men flere studier har også vist at selv om flere pasienter blir screenet for ernæringsmessig risiko, er det fortsatt få av de som blir identifisert til å være i ernæringsmessig risiko som blir fulgt opp med behandling eller vurdert av en klinisk ernæringsfysiolog (Bavelaar, Otter, van Bodegraven, Thijs & van Bokhorst-de van Der Schueren, 2008; Eglseer et al., 2017; Tangvik et al., 2011).

Manglende ernæringsfokus i dokumentasjonsprosessen har også vist seg å være en utfordring (Halvorsen et al., 2016; Mowe et al., 2006; Persenius, Hall-Lord, Bååth & Larsson, 2008). Man har funnet at det er utilstrekkelig dokumentasjon av ernæringsstatus ved sykehusinnleggelse samt under sykehusoppholdet, og at det er dårlig overføring av informasjon om pasientens ernæringsstatus mellom sykehus og sykehjem (Halvorsen et al., 2016). Ifølge en utredning av Helsedirektoratet (2015) oppgir 30 % av respondentene at de ikke bruker validerte verktøy for kartlegging av ernæringsmessig risiko. I tilfeller der kartleggingsverktøy benyttes foreligger de hovedsakelig i papirform eller som integrerte skjemaer i journalsystemet, og er på denne måten ikke en systematisert del av journalføringen. Ernæringsdokumentasjonen skrives hovedsakelig i fritekst i mangel på et definert sted for denne typen informasjon. Dette kan gjøre det utfordrende å gjennomføre og følge opp ernæringskartlegging- og dokumentasjon på system- og individnivå (Alhaug, Bjørnstad, Ore, Rai & Lind, 2015). I 2017 kom en studie der de anbefaler at ernæringsrelatert dokumentasjon

blir en standardisert del av det elektroniske journalsystemet. Det er ønskelig at dette bygges på validerte screeningverktøy som kan gi lik standard uavhengig av hvilket elektronisk journalsystem som brukes (Melheim & Sandvall, 2017).

2.3 Dokumentasjon av ernæringsstatus- og tiltak i pasientens journal

Det finnes flere lover og forskrifter som setter krav til arbeidet i helsesektoren.

Helsepersonelloven har som formål å bidra med sikkerhet og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten, og gjelder for helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp. Ifølge Helsepersonelloven § 4 er helsepersonell lovpålagt å utføre sine arbeidsoppgaver ut fra krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999, §4).

Forsvarlighetskravet er rettslig standard, noe som innebærer at innholdet vil endre seg over tid i takt med faglig og teknisk utvikling (Guttormsen et al., 2010). Forsvarlig helsehjelp innebærer at hjelpen som tilbys pasientene er tilpasset den enkeltes behov i forhold til helsetilstand og livssituasjon. Det er viktig at pasienter blir nøye fulgt opp ettersom helsetilstanden gradvis kan endres over tid (Guttormsen et al., 2010).

Helsepersonell plikter å dokumentere nødvendig informasjon om pasienten i journalen. Dokumentasjonsplikten er utdypet i et eget kapittel i Helsepersonelloven, og inngår også i «Forskrift om pasientjournal». Her er alt fra krav til journalens innhold, hvem som skal journalføre, sletting av journalopplysninger og pasientens rett til innsyn spesifisert (Forskrift om pasientjournal, 2000; Helsepersonelloven, 1999). En pasientjournal kan defineres som en “samling eller sammenstilling av nedtegnede/registrerte opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp” (Forskrift om pasientjournal, 2000, §3).

Alle pasienter som mottar helsehjelp skal ha en journal, og den skal i hovedsak føres som én samlet journal (Forskrift om pasientjournal, 2000). Fra 1. september 2015 ble det satt krav om at alle virksomheter i helse- og omsorgstjenesten skal benytte elektronisk journal (Forskrift om IKT-standarder i helse og omsorg, 2015). I alle institusjoner skal det være en journalansvarlig som har det overordnede ansvaret. Journalen skal blant annet inneholde personopplysninger, pasientens nærmeste pårørende og samtykkekompetanse. Det skal også komme frem hvilken helsehjelp som er gitt pasienten og når dette er utført. Pasientens sykdomshistorie, samt diagnose og informasjon om pågående behandling skal også gjøres rede for, i tillegg til pasientens tilstand ved innleggelse og utskriving. Det er også viktig at tiltakene som settes i gang dokumenteres og følges opp i journalen. Videre skal journalen

blant annet inneholde informasjon om pasientens fastlege, sykemeldinger og opplysninger som er gitt andre institusjoner (Forskrift om pasientjournal, 2000).

Sykepleiedokumentasjon “skal synliggjøre ansvar, bidra til individualisering av sykepleien og kvalitet i det sykepleiefaglige handlingsforløp” (Sykepleiernes forum for IKT og Dokumentasjon, 2007, s. 11). Det er viktig at dokumentasjonen gir et oppdatert bilde av hvordan pasienten følges opp, og hvordan eventuelle tiltak følges opp og vurderes. Dersom dokumentasjonen ikke følges opp og/eller er mangelfull kan dette føre til redusert kvalitet på sykepleien. I “Veileder for sykepleiedokumentasjon” er også viktigheten av at dokumentasjonen jevnlig evalueres nevnt. En slik evaluering er viktig for å finne ut om systemet og måten det dokumenteres på klarer å fange opp den nødvendige informasjonen om pasienten (Sykepleiernes forum for IKT og Dokumentasjon, 2007). I de nasjonale faglige retningslinjene er det presisert at informasjon knyttet til pasientens ernæringsstatus- og behandling skal inngå i dokumentasjonssystemet, og samtidig videreføres ved utskrivelse (Guttormsen et al., 2010).

2.3.1 Journalgranskning

Journalgranskning handler blant annet om å gjøre en kvalitetsvurdering av det som dokumenteres rundt pasientens tilstand og den pleien og omsorgen som har blitt gitt. Man kan ha ulike formål med en journalgranskning, der man kan bruke det for å øke egen kunnskap, for å sammenligne ulike avdelinger, for å gi grunnlag for å vurdere og utvikle kvaliteten på dokumentasjonen, og for å se på effekt av endringer over tid. Det varierer hvor høye krav som blir satt til granskningen, fra det helt enkle til det mer avanserte der man ser mer på sammenheng og helhet i pasientjournalen. Journalen beskriver den pleien og omsorgen som er gitt pasienten, og kun det som er beskrevet i journalen gir en oversikt over hva som faktisk er gjort. Ved avsluttet behandling er det kun det som er nedskrevet i journalen som er igjen av informasjon om pasienten og pasientens pleie. Sannsynligvis vil ikke journalen alltid gi et tilstrekkelig bilde av pleien som gis. Det er derfor viktig å bevisstgjøre sykepleierne på dette, samtidig som man tydeliggjør ansvarsrollene knyttet til god journalføring (Ehnfors et al., 2015).

Per i dag er ikke pasientjournaler utformet på en måte som er egnet for å dokumentere ernæringsstatus, registrere matinntak og følge vektutvikling over tid. Dette gjør dokumentasjonsprosessen utfordrende (H. D. Eide et al., 2015), og kan være et hinder for implementering av retningslinjer og samhandling (Nasjonalt råd for ernæring, 2017). Det er etter vår kjennskap ingen norske studier som har gransket ernæringsdokumentasjon i

sykehusjournaler ved hjelp av systematiske granskningsverktøy som N-Catch. Kunnskapen som finnes om ernæringsdokumentasjon per i dag er i stor grad basert på kvalitative studier og selvrapportering blant helsepersonell (H. D. Eide et al., 2015; Halvorsen et al., 2016; Mowe et al., 2006).

3 Metodologiske betraktninger

I denne delen vil vi først gå dypere inn i metoden som er brukt i journalgranskningen. Ettersom journalgranskningsskjemaet vi har brukt er relativt nytt og ikke har gjennomgått kvalitetstesting, har det vært viktig å se på bakgrunnen for skjemaets utvikling og om skjemaet fungerer slik det er tenkt i praksis. Når man skal utvikle metoder for å vurdere dokumentasjon er det viktig at både dokumentasjonens struktur og innhold er inkludert, og legges like stor vekt på (Sykepleiernes forum for IKT og Dokumentasjon, 2007). Gjennom denne oppgaven har vi undersøkt dette gjennom å se på journalgranskningsskjemaets brukervennlighet og nytteverdi. I tillegg vil vi ta for oss prosessen med utviklingen av spørreskjemaet som hadde som hensikt å måle journalgranskningsskjemaets brukervennlighet og nytteverdi. I utviklingen av slike måleinstrumenter er reliabilitet og validitet to viktige begreper (Friborg, 2010), som vi skal komme nærmere inn på senere i kapittelet.

3.1 Journalgranskingsverktøyet N-Catch

N-Catch (Norwegian-Catch) er utviklet med utgangspunkt i et nederlandsk journalgranskingsverktøy med navn D-Catch (Dutch-Catch) (Haugan et al., 2010; Nøst et al., 2015). D-Catch ble utviklet av nederlandske forskere i 2007-2008, og er et verktøy for å granske sykepleiedokumentasjon i journaler på sykehus. Under utviklingen av D-Catch ble det tatt utgangspunkt i Cat-ch-Ing og Scale for Degrees of Accuracy in Nursing Diagnoses. Verktøyet tar for seg ulike punkter i journalen, slik som struktur, informasjon ved innleggelse, sykepleiediagnoser, tiltak og evaluering av utfall. D-Catch har gjennomgått omfattende validitets- og reliabilitetstesting, og regnes som et valid og reliabelt verktøy for å granske sykepleiedokumentasjon på sykehus (Paans, Sermeus, Nieweg & van Der Schans, 2010).

D-Catch ble i 2010 oversatt og videreutviklet til norsk av en arbeidsgruppe ved Oslo Universitetssykehus, og gitt navnet N-Catch (Haugan et al., 2010). N-Catch er et granskingsinstrument spesielt tilpasset norske forhold, med hensikt å vurdere kvalitet og kvantitet i sykepleiedokumentasjon (Nøst et al., 2015). Verktøyet består av åtte elementer som tar for seg kartlegging, behandlingsplan, mål og tiltak og evaluering (Nøst, Frigstad & André, 2017). Videreutviklingen fra D-Catch ble gjort ved frem- og tilbake oversettelse av D-Catch etter gitte vitenskapelige kriterier, i tillegg til at verktøyet ble spesielt tilpasset norsk kultur. Videre ble verktøyet testet, og granskerne opplevde det som anvendelig til bruk i de tre ulike dokumentasjonssystemene DocuLive, DocuLive med planmodul og DIPS. Arbeidsgruppen utarbeidet videre en guide for hvordan verktøyet skal brukes (Haugan et al., 2010).

En pilottest av N-Catch ble gjennomført av en arbeidsgruppe ved St. Olavs Hospital. Der ble det funnet små mangler som ble videreutviklet og rettet opp i. Etter pilottesting og videre gjennomgang og diskusjon mellom arbeidsgruppene ble resultatet N-Catch II. Verktøyet tar i første omgang for seg generelle data, før man i andre del går inn på kvalitet og kvantitet på innholdet i selve journalen. Det blir her lagt spesielt stort fokus på kvaliteten på dokumentasjonen i forhold til mål og forventede resultater (Nøst et al., 2015). En viktig del ved granskningsprosessen er at man til enhver tid bør være to forskere som gransker samme journal uavhengig av hverandre. Det vil alltid være en grad av subjektivitet i slike vurderinger, og ved å være to forskere kan man først gi en separat skår, før man går sammen og kommer til enighet om én felles skår for hver journal (Haugan et al., 2010). N-Catch har bare gjennomgått én validitetstest tidligere og få reliabilitetstester. Videre reliabilitetstesting er derfor etterlyst (Instefjord, Aasekjaer, Espehaug & Graverholt, 2014; Johnsen, Ehrenberg & Fossum, 2014).

3.2 Journalgranskningskjemaet

Per i dag eksisterer kun få instrumenter til bruk i granskning av journaler som både er testet og publisert (Ehnfors et al., 2015). Journalgranskningskjemaet (Vedlegg 1) som ble brukt for å vurdere innholdet i journalene bygger på N-Catch og er spesielt utarbeidet for å vurdere ernæringsdokumentasjon. Skjemaet ble utviklet som en del av et prosjekt ved Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Akershus av Kari Annette Os. Det inneholder færre punkter og er en forenklet utgave av N-Catch. Det foreligger ingen vitenskapelig rapport som forklarer prosessen bak utarbeidelsen av skjemaet. Det som skrives videre er derfor basert på en muntlig forklaring av prosessen fra Kari Annette Os.

Skjemaet ble utarbeidet i 2015 under ernæringsprosjektet «Helse- og omsorg». Det har hovedsakelig blitt brukt av sykepleiestudenter for å granske ernæringsdokumentasjon i journaler på sykehjem og i hjemmetjenesten. Kari Annette Os utarbeidet skjemaet alene, men det ble diskutert i arbeidsgruppen til prosjektet underveis for å sikre at innholdet var i tråd med N-Catch og at relevante aspekter ved ernæringsdokumentasjon ble dekket. I tillegg ble det utformet en veileder til skjemaet som beskrev i detalj hvordan studentene skulle utføre granskningen (Vedlegg 2), på denne måten kan man i større grad oppnå at granskerne tolker skjemaets funksjon likt.

Journalgranskningskjemaet er delt inn i fem områder, der hvert område har ulike kriterier som må oppfylles for å oppnå en viss poengsum. De fem områdene ble valgt ut fra

kriterier til innhold i journal i henhold til «Journalforskriften» (Forskrift om pasientjournal, 2000). I tillegg ble det tatt utgangspunkt i «Veileder for sykepleiedokumentasjon» utgitt av Norsk Sykepleieforbunds forum for IKT og Dokumentasjon (Sykepleiernes forum for IKT og Dokumentasjon, 2007), samt at kriteriene bygger på de nasjonale faglige retningslinjene (Guttormsen et al., 2010). Det ble vektlagt at områdene i skjemaet skulle være systemuavhengig, altså at de fem valgte områdene skulle kunne gjenkjennes i alle journalføringssystemer. På hvert område gis en poengsum fra 0-2 poeng, der 0 er dårligst og 2 er best. Poengsummene ble valgt med utgangspunkt i N-Catch, men ble forenklet fra 0-3 til 0-2 i journalgranskingsskjemaet (K.A Os, personlig kommunikasjon, 31. august 2017).

Første område i skjemaet tar for seg kartlegging, der man vurderer om vekt og høyde er registrert og om ernæring er nevnt i sammenfatningen. Det andre området er ressurser, der man ser på om pasientens ressurser er beskrevet og avspeiler dens ernæringsproblem. Deretter ser man på mål, der det er viktig at målet er relatert til tiltaket. Neste punkt er selve tiltaket. For å få full skår må tiltaket være begrunnet, i tillegg til at det er beskrevet hva som skal gjøres, og når og hvordan det skal gjøres. Siste punkt i skjemaet er rapport, der man blant annet ser på om rapporten følger opp tiltaksplanen og beskriver effekten av tiltakene i henhold til målene som er satt. Kriteriene for de ulike poengskårene ble satt med utgangspunkt i kriterier fra N-Catch, og i henhold til interne rutiner og opplæringspraksis i kommunen det ble utviklet i. Som et eksempel må man på området tiltak, for å få 2 poeng, både ha beskrevet bakgrunn for tiltaket, og si noe om hva som skal gjøres, når og hvordan. Under området kartlegging er det beskrevet at vekt skal registreres månedlig. Dette ble endret til ukentlig, da journalene er hentet fra sykehus der anbefalingene er at pasientene skal veies ukentlig (Guttormsen et al., 2010).

3.3 Reliabilitet og validitet i utvikling av måleverktøy

Journalgranskingsskjemaet som ble benyttet i denne oppgaven er et måleverktøy for kvaliteten og kvantiteten på den ernæringsrelaterte dokumentasjonen i journaler. Skjemaet har ikke gjennomgått validitets- og reliabilitetstesting tidligere. Ved bruk av ulike måleverktøy er verktøyets reliabilitet og validitet essensielt for å vurdere dets kvalitet (Kimberlin & Winterstein, 2008). Ettersom skjemaet ikke har gjennomgått hverken validitets- eller reliabilitetstesting tidligere vil dette være viktig for at skjemaet skal kunne bli et verktøy som kan brukes til å vurdere ernæringsdokumentasjon i fremtiden. Validitet handler i korte trekk om et måleinstrument måler det det er ment å måle (Nunnally, 1967; Svensson, Hjartåker &

Laake, 2007). Selv om journalgranskningskjemaet vi har brukt er basert på N-Catch, som både er validitets- og reliabilitetstestet, kan det likevel ha oppstått endringer i bearbeidingen fra N-Catch som gjør at skjemaet ikke kan regnes å være valid eller reliabelt. Et måleverktøys validitet bestemmes i stor grad av situasjonen det blir brukt i, da et verktøy kan være valid i én situasjon, men ikke i en annen (Nunnally, 1967).

Det finnes flere ulike former for validitet, men vi har i denne oppgaven valgt å fokusere på face validity (synlig gyldighet). Synlig gyldighet sier noe om i hvilken grad et instrument ser ut til å være gyldig og måle det det er tenkt å måle ved en ren gjennomlesning av instrumentet, uten bruk av statistiske analyser (Store Norske Leksikon, 2018). Dette kan regnes som en del av innholdsvaliditet (Nunnally, 1967). Innholdsvaliditet handler om å undersøke om man måler det man ønsker å måle ved at de viktigste aspektene ved begrepet man ønsker å måle blir dekket (Ringdal, 2013). Dette valgte vi å undersøke ved hjelp av en spørreundersøkelse som ser på journalgranskningskjemaets brukervennlighet og opplevde nytteverdi.

Reliabilitet sier noe om hvor konsistent ulike målinger er (Anastasi, 1961), og er blant annet knyttet opp mot nøyaktighet i prosessen fra innsamling til bearbeiding av data. Det finnes ulike måter å vurdere reliabilitet på, og reliabilitet omfatter flere områder i forskningsprosessen. Dette innebærer blant annet vurdering av stabiliteten til ulike mål på forskjellige tidspunkt (test-retest reliabilitet) og vurdering av ulike observatørers skårer ved bruk av samme måleverktøy (inter-rater reliabilitet) (Kimberlin & Winterstein, 2008).

Ved måling av et måleverktøys stabilitet blir den samme testen gjennomført på to ulike tidspunkt av de samme personene, og man kan ved hjelp av en slik test-restest beregne korrelasjonen mellom de to målingene (Kimberlin & Winterstein, 2008). Statistisk finnes det flere ulike måter å beregne korrelasjon på. I denne studien ble Spearmans korrelasjonskoeffisient, som er et ikke-parametrisk mål for korrelasjon, valgt på grunn av utvalgsstørrelsen (Ringdal, 2013). Inter-rater reliabilitet (IRR) handler om i hvilken grad to eller flere forskeres observasjoner samsvarer med hverandre (Lange, 2011). Dersom forskernes observasjoner i stor grad samsvarer med hverandre har man høy inter-rater reliabilitet, og motsatt vil man ha lav inter-rater reliabilitet dersom forskernes observasjoner i liten grad samsvarer med hverandre (Lange, 2011). Det finnes ulike metoder å beregne inter-rater reliabilitet på, blant annet prosentvis enighet og Cohens kappa. I denne studien ble Cohens kappa benyttet. Dette er den mest brukte metoden (McHugh, 2012), og gir en slags indeks for kategoriske variabler tolket av to forskere (Cohen, 1960).

3.4 Undersøkelse av brukervennlighet og opplevd nytteverdi

Da journalgranskningsskjemaet er relativt nytt og ikke har gjennomgått kvalitetstesting tidligere, ønsket vi å gjennomføre en spørreundersøkelse der formålet var å se på skjemaets utforming og innhold. Spørreskjemaet ble sendt ut til sykepleiestudenter som nylig hadde gjennomført en journalgranskning med dette skjemaet. På denne måten kunne studentene fungere som et “ekspertpanel” og dermed gi et innblikk i skjemaets brukervennlighet og opplevd nytteverdi.

Det finnes ingen spørreskjema som har undersøkt dette tidligere, og det var derfor lite å ta utgangspunkt i ved utviklingen av spørreskjemaet. Vi hentet likevel noe inspirasjon fra validitetstesting av D-Catch, der det ble utformet fire spørsmål som skulle diskuteres i et ekspertpanel. Disse omhandlet instrumentets innhold, struktur, spesifisitet og brukervennlighet (Paans et al., 2010). Utover dette ble spørsmålene i stor grad utformet på grunnlag av det vi mente kunne gi et innblikk i opplevelsen rundt bruken av journalgranskningsskjemaet. Da skjemaet er delt inn fem ulike områder med tilhørende poengkriterier, der poengkriteriene utgjør hovedessensen i skjemaet, var det viktig for oss å finne ut hvordan de ulike kriteriene ble forstått av personer som har benyttet dette skjemaet.

Spørreskjemaet (Vedlegg 3) bestod av to hoveddeler, der den første delen bestod av ni generelle påstander om journalgranskningsskjemaet i sin helhet. Den andre delen tok for seg de fem områdene i journalgranskningsskjemaet, der de samme fire påstandene ble gitt til hvert område. Påstandene ble vurdert på en seks-punkts Likert-skala som gikk fra 1-6, der 1 = sterkt uenig, 2 = uenig, 3 = delvis uenig, 4 = delvis enig, 5 = enig og 6 = sterkt enig. I tillegg bestod hvert område av to åpne spørsmål, som kan bidra til å gi fyldigere informasjon (Ringdal, 2013). De åpne spørsmålene ble inkludert for å gi respondentene mulighet til å komme med synspunkter som ikke ble fanget opp i påstandene. Det ga også respondentene mulighet til å komme med forslag til endringer som kan tas med videre i en eventuell revidering av skjemaet.

På Likert-skalaen ble det mest negative svaralternativet satt til venstre og det mest positive svaralternativet satt til høyre. Dette ble gjort for å motvirke at måten spørsmålet var formulert på skulle lede mot et positivt svar (Haraldsen, 1999). Som anbefalt av Johnson og Morgan ble det brukt en seks-punkts Likert-skala (Johnson & Morgan, 2016). Det ble valgt for å unngå nøytrale svar, noe som “tvinger” respondenten til å ta stilling til påstanden (Johannessen, Christoffersen & Tuft, 2010; Peterson, 2000). Etersom at alle respondentene hadde erfaring med journalgranskningsskjemaet mente vi det var rimelig å anta at de ville

kunne si seg enten enig eller uenig i større eller mindre grad. Som anbefalt inkluderte vi også noen negativt ladede påstander, for å få noe variasjon mellom positive og negative ladede påstander. Dette kan motvirke at respondentene krysser av på samme alternativ gjennom hele skjemaet uten å ha lest spørsmålet først (Haraldsen, 1999).

Det var ikke anledning til å pilotteste spørreskjemaet grunnet begrenset tid og utvalg. I stedet ble det gjennomført en ekspertvurdering av spørreskjemaet, der det ble sendt til våre veiledere, Kari Annette Os som har utviklet journalgranskningsskjemaet, samt professor i helsekommunikasjon Kjell Sverre Pettersen. Disse kom med tilbakemeldinger, før spørreskjemaet ble ferdigstilt og lagt inn elektronisk i Google Forms.

3.4.1 Dataanalyse

De statistiske analysene ble gjennomført i Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Resultatene fra spørreundersøkelsen ble lagt inn i SPSSdirekte fra Google Forms. Deretter ble det gjennomført deskriptive analyser, der det ble undersøkt hvordan svarene var fordelt på de ulike svaralternativene. I tillegg ble det gjort en reliabilitetsanalyse der spørreskjemaets *indre konsistens* ble testet ved hjelp av coefficient Cronbachs alpha (CCA). Dette kan gi svar på om spørsmålene i konstruktet har noe til felles og på den måten måler samme fenomen (Friborg, 2010). I forkant av dette ble Likerskalaverdiene 1-6 for de negativt-formulerte utsagnene reversert, slik at høye variabelskårer representerte en positiv holdning til alle utsagnene og ikke en negativ. Verdiene ble tolket ut fra kriterier der CCA-verdier større enn 0,70 (betyr 70 % indre konsistens, eller hvor konsekvent respondentene svarer på variablene i konstruktet) anses som akseptable, mens verdier over 0,80 anses som gode (Friborg, 2010).

For å kunne si noe om konstruktens gjennomsnittsskårer ble hvert gjennomsnitt for de fire variablene i konstruktet summert og dividert på antallet. På denne måten fikk hvert av de fem konstruktene en samlet gjennomsnittsskår med standardavvik som kunne si noe om respondentenes vurdering av konstruktet som helhet (Johannessen, 2009). Det var ikke aktuelt å gjennomføre faktoranalyse da utvalget var såpass lite (Tabachnick & Fidell, 2014).

3.5 Ethiske betraktninger

Prosjektet inngår som en del av et doktorgradsprosjekt med navn “Ernæringsomsorg til eldre pasienter etter kritisk sykdom - en kvalitativ studie av pasienter, pårørende og helsepersonell sine erfaringer”. Ved søking om godkjenning av prosjektet ble det derfor sendt inn en utvidelse av søknaden i forbindelse med doktorgradsprosjektet til Regionale komiteer for

medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Utvidelsen av søknaden ble godkjent av 3. oktober 2017 (Vedlegg 4). Det ble også gitt tillatelse fra Personvernombudet ved sykehuset til å få hente ut nødvendig informasjon fra pasientjournalene.

I forbindelse med doktorgradsprosjektet ble det hentet inn samtykke fra pasientene om å delta i prosjektet. I tillegg ble det spesifikt hentet inn samtykke fra pasientene for å få lov til å gå inn i deres pasientjournal (Vedlegg 5).

Alle journalene ble anonymisert og oppbevart med forsiktighet da de inneholder sensitiv informasjon. Anonymisering av journalene ble også gjort ettersom at hensikten med granskingen var å få et bilde av helsehjelpen som blir gitt, samt eventuelle utfordringer og utviklingsbehov, og ikke for å se på pasientens helsetilstand (Ehnfors et al., 2015).

4 Resultat

4.1 Undersøkelse av brukervennlighet og opplevd nytteverdi

Spørreskjemaet ble sendt ut til en gruppe studenter som tidligere har gjennomført journalgranskning ved hjelp av journalgranskningsskjemaet. I den aktuelle gruppen var det 11 personer som sa seg villig til å delta i spørreundersøkelsen. Dette inkluderte alle studentene som gjennomførte journalgranskning i fjor, samt noen fra tidligere kull. Av de 11 som mottok spørreundersøkelsen var det sju som svarte, noe som ga en svarprosent på 64 %. Dersom 11 respondenter representerer tilgjengelig populasjon i denne masterstudien er dette ifølge Johannesen mfl. (2010) en relativt høy svarprosent (Johannessen et al., 2010).

Spørreundersøkelsen ble gjennomført i tidsrommet desember 2017 til februar 2018. I det følgende vil først respondentenes generelle vurdering av journalgranskningsskjemaet presenteres, før vurderingen av hvert enkelt område i journalgranskningsskjemaet presenteres. I presentasjonen av resultatene ble skalaverdiene slått sammen og dikotomisert til enten enig eller uenig.

Den *Generelle vurderingen* viste at 72 % av respondentene opplevde at det var enkelt å finne frem til relevant informasjon i journalen. I tillegg var det hele 86 % av respondentene som var enige i at journalgranskningsskjemaet var oversiktlig. Dette gjaldt også skjemaets ordlyd. Med tanke på tidsbruk var respondentene noe splittet i sine oppfatninger. Likevel så flertallet nytteverdien av å gjøre en slik journalgranskning. Nesten halvparten (43 %) av respondentene var enige i at skjemaet manglet ett eller flere sentrale temaområder. Det var noe splittelse blant respondentene knyttet til påstanden om at skjemaets totale poengsum reflekterte deres helhetsinntrykk av journalen. Her var 57 % enige og 43 % var uenige. Alle (100 %) respondentene var imidlertid enige i at journalgranskningen ga dem et nytt syn på viktigheten av ernæringsdokumentasjon (Tabell 1).

Tabell 1 Respondentenes *Generelle vurdering* av journalgranskningsskjemaet

Utsagn	N	Uenig n (%)	Enig n (%)	Gjennomsnitt ± SD
Jeg erfarte at det var enkelt å finne fram til relevant informasjon i journalen	7	2 (29)	5 (72)	4,3±1,1
Jeg mener at journalgranskningsskjemaet var overkommelig å gjennomføre med tanke på tidsbruk	7	3 (43)	4 (57)	3,7±1,9
Jeg erfarte at skjemaet manglet ett eller flere sentrale områder for å gi et godt helhetsinntrykk av ernæringsdokumentasjonen *	7	4 (57)	3 (43)	3,9±1,6
Jeg mener at den totale poengsummen reflekterte mitt helhetsinntrykk av journalen	7	3 (43)	4 (57)	3,7±1,4
Jeg ser nytteverdien i å gjøre en slik journalgranskning	7	1 (14)	6 (86)	5,1±1,1
Jeg erfarte at journalgranskningen ga meg et nytt syn på viktigheten av god dokumentasjon knyttet til ernæring	7	0 (0)	7 (100)	5,6±0,5
Jeg opplevde journalgranskningsskjemaet som oversiktlig	7	1 (14)	6 (86)	5,0±1,0
Jeg synes at skjemaets utforming gjorde det enkelt å forstå	7	1 (14)	6 (86)	4,3±1,3
Jeg synes ordlyden i skjemaet var enkel å forstå	7	1 (14)	6 (86)	4,9±1,1

* Likertskala snudd

Tabell 2 viser at 57 % av respondentene hadde behov for å lese poengkriteriene for området *Kartlegging* flere ganger, mens alle respondentene mente at poengkriteriene var beskrevet på en forståelig måte. Hele 86 % mente også at det var lett å skille mellom de ulike poengkriteriene. De aller fleste (86 %) av respondentene mente videre at de ikke brukte lang tid på å vurdere hvilken poengsum de skulle gi.

Når man ser på vurderingen av området *Kartlegging* under ett, var gjennomsnittsskår±SD 4,2±0,4. Skjevhet var -0,04 og CCA -0,37, hvilket gjør at man egentlig ikke kan omtale denne samlingen variabler som et konstrukt. Det vil si at spørsmålene i dette området ikke hadde nok til felles for å kunne måle samme fenomen (Friborg, 2010).

Tabell 2 Respondentenes vurdering av området *Kartlegging*

Utsagn	N	Uenig n (%)	Enig n (%)	Gjennomsnitt ± SD
Jeg hadde behov for å lese kriteriene flere ganger for å forstå innholdet *	7	3 (43)	4 (57)	3,4±1,0
Jeg mener at de ulike poengkriteriene er beskrevet på en forståelig måte	7	0 (0)	7(100)	4,7±0,8
Det var lett å skille mellom de ulike poengkriteriene	7	1 (14)	6 (86)	4,4±0,8
Jeg brukte lang tid på å vurdere hvilken poengsum jeg skulle gi *	7	6 (86)	1 (14)	4,6±0,8

* Likertskala snudd

Også for området *Ressurser* var det noe jevnt fordelt mellom hvem som var uenig og enig i om de hadde behov for å lese kriteriene flere ganger. I likhet med området *Kartlegging* mente alle respondentene at poengkriteriene var beskrevet på en forståelig måte. Hele 86 % mente det var lett å skille mellom de ulike poengkriteriene. Bare 14 % mente at de brukte lang tid på å vurdere hvilken poengsum de skulle gi (Tabell 3). Gjennomsnittsskåren±SD for vurderingen av området *Ressurser* var 4,2±0,8. Skjevheten var -1,07 og CCA var 0,70.

Tabell 3 Respondentenes vurdering av området *Ressurser*

Utsagn	N	Uenig n (%)	Enig n (%)	Gjennomsnitt ± SD
Jeg hadde behov for å lese kriteriene flere ganger for å forstå innholdet *	7	4 (57)	3 (43)	3,6±1,4
Jeg mener at de ulike poengkriteriene er beskrevet på en forståelig måte	7	0 (0)	7(100)	4,7±0,8
Det var lett å skille mellom de ulike poengkriteriene	7	1 (14)	6 (86)	4,4±0,8
Jeg brukte lang tid på å vurdere hvilken poengsum jeg skulle gi *	7	6 (86)	1 (14)	4,0±1,0

* Likertskala snudd

For området *Mål* var flertallet uenige i at de hadde behov for å lese kriteriene flere ganger. Også her var alle enige i at poengkriteriene var beskrevet på en god måte. Når det gjaldt å skille mellom de ulike poengkriteriene, var 72 % enig i at dette var en enkel oppgave. Flertallet (86 %) mente også at de ikke brukte lang tid på å vurdere hvilken poengsum de

skulle gi (Tabell 4). For vurderingen av *Mål* var gjennomsnittsskåren \pm SD 4,4 \pm 0,8. Skjevheten var -0,37 og CCA 0,74.

Tabell 4 Respondentenes vurdering av området *Mål*

Utsagn	N	Uenig n (%)	Enig n (%)	Gjennomsnitt \pm SD
Jeg hadde behov for å lese kriteriene flere ganger for å forstå innholdet *	7	6 (86)	1 (14)	4,1 \pm 1,1
Jeg mener at de ulike poengkriteriene er beskrevet på en forståelig måte	7	0 (0)	7 (100)	4,6 \pm 0,8
Det var lett å skille mellom de ulike poengkriteriene	7	2 (29)	5 (72)	4,3 \pm 1,1
Jeg brukte lang tid på å vurdere hvilken poengsum jeg skulle gi *	7	6 (86)	1 (14)	4,4 \pm 1,1

* Likertskala snudd

Området *Tiltak* som er representert i tabell 5 viser også mye av det samme som er vist i tabell 4. Kun én person hadde behov for å lese kriteriene flere ganger, mens samtlige var enige i at de ulike poengkriteriene var beskrevet på en forståelig måte. Totalt 86 % av respondentene mente det var lett å skille mellom de ulike poengkriteriene, og flertallet brukte heller ikke lang tid på å vurdere hvilken poengsum de skulle gi. Vurderingen av området *Tiltak* ga en gjennomsnittsskår \pm SD på 4,3 \pm 1,0. Skjevheten var -1,44 og CCA 0,75.

Tabell 5 Respondentenes vurdering av området *Tiltak*

Utsagn	N	Uenig n (%)	Enig n (%)	Gjennomsnitt \pm SD
Jeg hadde behov for å lese kriteriene flere ganger for å forstå innholdet *	7	6 (86)	1 (14)	4,1 \pm 1,5
Jeg mener at de ulike poengkriteriene er beskrevet på en forståelig måte	7	0 (0)	7 (100)	4,6 \pm 0,8
Det var lett å skille mellom de ulike poengkriteriene	7	1 (14)	6 (86)	4,3 \pm 1,3
Jeg brukte lang tid på å vurdere hvilken poengsum jeg skulle gi *	7	6 (86)	1 (14)	4,3 \pm 1,6

* Likertskala snudd

På området *Rapport* var respondentene noe splittet i sine vurderinger. Over halvparten (57 %) av respondentene hadde ikke behov for å lese kriteriene flere ganger, og flertallet mente at de

ulike poengkriteriene var beskrevet på en forståelig måte. Litt under halvparten (43 %) av respondentene mente det var utfordrende å skille mellom de ulike poengkriteriene. I tillegg oppga noen at de brukte lang tid på å vurdere hvilken poengsum de skulle gi (Tabell 6). Vurderingen av området *Rapport* ga en gjennomsnittsskår±SD på 3,9±1,1. Skjevheten var -0,43 og CCA 0,77.

Tabell 6 Respondentenes vurdering av området *Rapport*

Utsagn	N	Uenig n (%)	Enig n (%)	Gjennomsnitt ± SD
Jeg hadde behov for å lese kriteriene flere ganger for å forstå innholdet *	7	4 (57)	3 (43)	3,4±1,5
Jeg mener at de ulike poengkriteriene er beskrevet på en forståelig måte	7	1 (14)	6 (86)	4,6±1,3
Det var lett å skille mellom de ulike poengkriteriene	7	3 (43)	4 (57)	3,6±1,6
Jeg brukte lang tid på å vurdere hvilken poengsum jeg skulle gi *	7	4 (57)	3 (43)	4,1±1,2

* Likertskala snudd

5 Diskusjon

5.1 Diskusjon av resultater

Ut fra resultatene i spørreundersøkelsen ser det ut til at respondentene i stor grad opplevde journalgranskingsskjemaet som brukervennlig, og at det å gjennomføre journalgranskningen ga dem et nytt syn på viktigheten av å dokumentere ernæring. Hele 85,8 % var enig i at en slik granskning kan ha nytteverdi. På den annen side er det også forbedringspotensiale, da 57 % mente at skjemaet manglet ett eller flere sentrale områder for å kunne gi et godt helhetsinntrykk av ernæringssituasjonen. I tillegg var det delte meninger om en slik granskning er overkommelig å gjennomføre med tanke på tidsbruk. Når det gjaldt vurderingen av de ulike områdene i journalgranskingsskjemaet viste undersøkelsen at poengkriteriene for alle områdene var beskrevet på en forståelig måte, og at det i de fleste tilfellene ikke var nødvendig å lese kriteriene flere ganger. Det så også ut som at respondentene synes det var lett å skille mellom de ulike poengkriteriene, men med noen unntak. Alle områdene, bortsett fra området kartlegging, hadde bruktbart høye CCA-verdier.

Journalgranskingsskjemaet er utformet på en oversiktlig og enkel måte over en A4-side. Dette kan være med på å gjøre granskningen mer overkommelig, med tanke på at man ser alt man skal gjennom ved første øyekast. Utformingen av et spørreskjema kan regnes som en del av synlig gyldighet (face validity), som i grove trekk handler om at et ferdig instrument ser ut til å være gyldig og måle det det er tenkt å måle ved en ren gjennomlesning (Store Norske Leksikon, 2018). Dette ble undersøkt gjennom spørreundersøkelsen, og det så i stor grad ut som at respondentene opplevde journalgranskingsskjemaet som oversiktlig og lett å forstå. I tillegg mente mange at det var lett å skille mellom de ulike poengkriteriene og at disse var godt beskrevet. Ut fra resultatene kan man derfor anta at skjemaets synlige gyldighet er tilfredsstillende.

Når en skal vurdere synlig gyldighet er det essensielt at de ulike områdene og de tilhørende kriteriene i journalgranskingsskjemaet blir oppfattet riktig for at granskningen skal ha ønsket betydning. Journalgranskingsskjemaet vi brukte er spesielt tilpasset en sykehjems-situasjon og dette har antagelig vært avgjørende for det positive inntrykket siden studentene som svarte på spørreundersøkelsen kun har benyttet journalgranskingsskjemaet for å granske dokumentasjon på sykehjem. Resultatene hadde kanskje vært annerledes om granskningen foregikk i en sykehussituasjon blant annet fordi dokumentasjonen på sykehus er

bygd opp på en annen måte. Vi kan derfor ikke helt svare på om journalgranskningsskjemaet vil ha høy grad av synlig gyldighet ved granskning av sykehusjournaler.

I spørreundersøkelsen kom det frem at kriteriene innenfor de ulike områdene var greie å skille fra hverandre og at de fleste ikke hadde behov for å lese kriteriene flere ganger. Dette er positivt da klart definerte kriterier gir mindre rom for individuelle tolkninger. På den annen side kunne det se ut til at kriteriene under rapport var noe vanskeligere å skille fra hverandre. Muligens kan dette skyldes måten rapporten er fremstilt i journalen, og ikke journalgranskningsskjemaet i seg selv. Det er også mulig at måten rapporten er fremstilt på i journalen kan ha bidratt til at noen av respondentene mente det tok lengre tid å vurdere området rapport sammenlignet med de andre områdene.

Når det gjaldt tidsbruk ved gjennomføring av journalgranskningen så det ut til å være litt delte meninger, der noen mente det var overkommelig mens andre ikke. Likevel var de fleste uenig i at det tok lang tid å bestemme seg for hvilken poengsum som skulle gis hvert område. Det at flertallet mente at tidsbruken for granskningen var overkommelig er positivt med tanke på muligheten for å gjennomføre en slik granskning, da sykepleiere ofte har en hektisk arbeidshverdag (H. D. Eide et al., 2015). Journalgranskningen ga også flere et nytt syn på viktigheten av god ernæringsdokumentasjon. Dette, i tillegg til at flere mente det var overkommelig å gjennomføre, kan være positivt med tanke på å implementere journalgranskning som en del av arbeidet på sykehus og sykehjem. En slik form for evaluering kan gjøre helsepersonell mer bevisst på deres dokumentasjonspraksis (Ehnfors et al., 2015). Over tid kan dette også muligens forbedre pasientens oppfølging knyttet til ernæring.

Ut fra resultatene fra spørreundersøkelsen kan det se ut som at journalgranskningsskjemaet oppfattes som brukervennlig og nyttig, men at det kan være behov for små justeringer for å gjøre det helt optimalt. Disse resultatene kan indikere at skjemaets synlige gyldighet er tilfredsstillende. Det er likevel viktig å poengtere at selv om man har god synlig gyldighet er ikke dette tilstrekkelig for å kunne si at man har god innholdsvaliditet (Nunnally, 1967). Det er derfor behov for videre testing av journalgranskningsskjemaets validitet.

5.2 Diskusjon av metode

Ved utvikling av et nytt spørreskjema er det alltid en fordel å kunne ta utgangspunkt i allerede eksisterende spørreskjema (Johnson & Morgan, 2016). Dette var ikke mulig her da det vi

ønsket å undersøke var veldig spesifikt og ingen har undersøkt journalgranskningsskjemaet på denne måten tidligere. Det er også en fordel å kunne gjennomføre pilottesting av spørreskjemaet for å få et innblikk i populasjonens forståelse av skjemaet. Dette kan være nyttig for å sikre at spørsmålene oppfattes slik de er ment å oppfattes og om undersøkelsen er overkommelig med tanke på tidsbruk (Johnson & Morgan, 2016). På grunn av at det er få personer som har gjennomført en slik journalgranskning var det ikke mulig å gjennomføre en pilottest av spørreundersøkelsen. For å veie opp for dette ble det gjennomført en ekspertvurdering av spørreskjemaet, som kan bidra til å styrke innholdsvaliditeten (Johnson & Morgan, 2016). Gjennom disse tilbakemeldingene ble spørreskjemaet forbedret, og vi mener at dette bidro til å gjøre skjemaet så bra det var mulig å få det under de forutsetningene vi hadde. Det ble inkludert to åpne spørsmål for å få innspill til forbedringer og tilbakemeldinger på hvordan de ulike områdene i journalgranskningsskjemaet ble oppfattet. Tanken var at dette kunne gi nyttig informasjon til en eventuell videreutvikling av skjemaet. Uheldigvis ga ikke disse spørsmålene innspill til forbedringer eller konkrete tilbakemeldinger, og ble derfor ekskludert fra resultatene.

Vi undersøkte spørreskjemaets reliabilitet ved hjelp av coefficient Cronbach's Alpha (CCA). Dette er den mest brukte metoden for å måle indre konsistens i et spørreskjema (Friborg, 2010), og er et viktig steg i evalueringsprosessen (Tavakol & Dennick, 2011). Resultatene viste at alle, bortsett fra konstruktet Kartlegging, hadde brukbart høye CCA-verdier. Dette tatt i betraktning av lavt antall respondenter. Vi kan derfor anta at de ulike områdene i spørreskjemaet måler ulike aspekter ved samme fenomen (Friborg, 2010). Dette kan være med på å styrke funnene i spørreundersøkelsen, til tross for såpass få respondenter.

Sju av elleve personer besvarte spørreskjemaet, og det er mulig at disse personene også var de som var mest positive til journalgranskningen. Dette kan ha vært med på å påvirke at resultatene viste at respondentene var såpass positive til en slik granskning. Likevel kan dette trolig ha blitt motvirket ved at de positive svaralternativene er plassert lengst til høyre (Haraldsen, 1999). Siden spørreskjemaet hadde Likert-skalerte utsagn som i stor grad var positivt formulert, kan dette ha ført til at respondentene sa seg enig eller uenig uavhengig av formuleringen på utsagnet (Johnson & Morgan, 2016). Selv om sju respondenter er lite i spørreskjemasammenheng, er det likevel ikke så få med tanke på antall personer som var aktuelle for å besvare spørreundersøkelsen. Vi har derfor valgt å bruke resultatene som en pekepinn på hvordan journalgranskningsskjemaets brukervennlighet og nytthet oppfattes. Det ville likevel vært ønskelig med et høyere antall respondenter for å få mer representative svar (Ringdal, 2013).

I etterkant ser vi at det å gjennomføre en kvalitativ undersøkelse i stedet for en kvantitativ kunne gitt oss et dypere innblikk i respondentenes synspunkter. Kvalitative undersøkelser egner seg godt for å undersøke fenomener man vet lite om fra før, og hadde derfor egnet seg i dette tilfellet da arbeidet er helt i startfasen. Også med tanke på utvalgsstørrelsen ville en kvalitativ tilnærming muligens vært mer egnet. Gjennom for eksempel et fokusgruppeintervju kunne man fått dypere innsikt i hva respondentene mente manglet i skjemaet (Thagaard, 2013), noe som kunne vært til hjelp i prosessen med å videreutvikle skjemaet. Det ble valgt en kvantitativ tilnærming fordi vi i utgangspunktet trodde det ville være flere respondenter tilgjengelig, og at det derfor ville være lettere å nå ut til flere gjennom en spørreundersøkelse. Da vi fant ut at utvalget var betydelig mindre enn det vi trodde var spørreskjemaet allerede ferdig utviklet. Vi valgte derfor å gjennomføre undersøkelsen som planlagt på grunn av tidsbegrensninger, og siden dette ikke var hovedhensikten med oppgaven.

5.3 Utvidet diskusjon av journalgranskning (beskrevet i artikkel)

Det har vært en utfordring at vi ikke var med på utviklingen av journalgranskningsskjemaet, og at det heller ikke foreligger noen rapport om hvordan dette ble utviklet. Vi vet derfor lite om hvordan prosessen foregikk og hva som var grunnlaget for å lage journalgranskningsskjemaet utover det vi ble fortalt av utvikleren av skjemaet. Dette gjorde det utfordrende å undersøke skjemaets validitet, da vi ikke kunne kontrollere hvordan det har blitt utformet fra starten av gjennom for eksempel ekspertpanel og lignende. Siden dette er første gang skjemaet brukes i forskning, eksisterer det heller ingen tidligere resultater man kan sammenligne resultatene med. På den annen side finnes det noen få studier som systematisk har gransket generell sykepleiedokumentasjon eller dokumentasjon innen psykiatri. Disse har blant annet vist at dokumentasjonen innen psykiatri trenger forbedring for å ivareta pasientsikkerheten (Instefjord et al., 2014), og at sykepleiedokumentasjonen ofte gir et utilstrekkelig bilde av pasientens pleie (Johnsen et al., 2014).

En svakhet ved studien var at journalgranskningsskjemaet var utformet slik at det var mer tilpasset en sykehjems- eller hjemmetjenestesituasjon i stedet for en sykehussituasjon. Selv om vi gjorde noen små endringer i journalgranskningsskjemaet i forkant av granskningen, var det likevel tydelig at det ikke var tilpasset en sykehussituasjon. For eksempel var det på grunn av det korte oppholdet vanskelig å vurdere om vekt var registrert ukentlig eller ikke. Sannsynligvis bør journalgranskningsskjemaet endres og videreutvikles

noe før det kan brukes i en sykehussituasjon i en større studie. For at det skal være bedre tilpasset en sykehussituasjon bør journalgranskningsskjemaets oppbygning, samt kriteriene for hvor ofte pasienten skal veies, og hvor ofte sammenfatningen skal være oppdatert, endres.

Det at vi var to forskere var med på å styrke studien da vi sammen kunne komme frem til felles skårer for hver journal, noe som også er anbefalt av Haugan mfl. (Haugan et al., 2010). I tillegg ha dette oss muligheten til å gjennomføre en inter-rater reliabilitetstest. Selv om vi i denne studien fant at skjemaets inter-rater reliabilitet var akseptabel, er det viktig å huske på at dette ikke nødvendigvis innebærer at skjemaet også har høy validitet. Granskernes skårer kan stemme overens med hverandre, og verktøyet kan ha høy inter-rater reliabilitet, uten at det faktisk måler det det er ment å måle (Hallgren, 2012). Dette kan for eksempel oppstå dersom to forskerne systematisk feiltolker kriteriene i journalgranskningsskjemaet, slik at de oppnår samme skårer uten at de måler det man i utgangspunktet ønsker å måle.

Det oppstod en del utfordringer underveis som gjorde at prosjektet ble mindre enn først planlagt. Vi ønsket i utgangspunktet å få tilgang til minst 30 journaler, men siden prosjektet ble godkjent av REK som en utvidelse av doktorgradsprosjektet ble vi nødt til å holde oss innenfor rammene som allerede var satt for det prosjektet. Ettersom doktorgradsprosjektet er en kvalitativ studie, som vanligvis ikke krever et stort utvalg (Ringdal, 2013), ble utvalget vi fikk tilgang til svært begrenset. I tillegg består utvalget av eldre pasienter med svært ulik helsetilstand, som har gjort at vi har måttet ekskludere flere grunnet helsetilstand og/eller evne til å gi sitt samtykke. Det har vært en lang og krevende prosess å få tilgang til pasientjournalene da det er svært strenge regelverk for hvem som kan gå inn å hente ut denne typen informasjon. Prosjektet måtte i tillegg til å være godkjent av REK godkjennes av Personvernombudet ved sykehuset, noe som forsinket prosessen med å hente ut journalene. Hele denne prosessen har gitt oss forståelse for hvorfor det per i dag ikke finnes lignende studier, og ved gjennomføring av lignende studier i fremtiden bør det planlegges godt hvordan man skal få hentet ut nødvendig informasjon.

Ut fra de nevnte utfordringene, med spesiell vekt på at vi endte opp med såpass få journaler, er det viktig å poengtere at denne studien kun kan fungere som en pilotstudie for en større studie. Hovedfokuset har vært på metodeutprøving, der vi har testet et nyutviklet journalgranskningsskjema som aldri har blitt brukt i forskning før. Dette legger også sine begrensninger for hvilke slutninger man kan dra ut fra resultatene. Arbeidet må anses å være i startfasen, og journalgranskningsskjemaet må videreutvikles og testes ytterligere før det kan brukes videre i forskning.

6 Samlet konklusjon på artikkel og fordypningsdel

I denne masteroppgaven har vi i artikkelen undersøkt forskningsspørsmålet: «Hvordan dokumenteres ernæringsrelatert informasjon i journalen til eldre pasienter i ernæringsmessig risiko, vurdert ved hjelp av et journalgranskningsskjema, og er dette skjemaet et reliabelt granskingsverktøy?».

I artikkelen kom det frem at ernæringsdokumentasjonen ved det aktuelle sykehuset ikke var tilstrekkelig i henhold til kriteriene i det benyttede journalgranskningsskjemaet. Ernæring var i liten grad inkludert i journalen og det som ble dokumentert holdt ofte lav kvalitet. Ut fra reliabilitetstestingen kan man anta at journalgranskningsskjemaet kan være et reliabelt verktøy for å granske ernæringsrelatert dokumentasjon i journaler. Funnene må likevel benyttes med varsomhet tatt i betraktning den lave utvalgsstørrelsen. Større studier er derfor ønskelig i fremtiden for å kunne få et mer representativt bilde av hvordan informasjon knyttet til ernæring dokumenteres ved norske sykehus.

Videre har vi i masteroppgavens fordypningsdel undersøkt forskningsspørsmålet: «Opplevs journalgranskningsskjemaet basert på N-Catch som brukervennlig og nyttig av studenter som tidligere har benyttet skjemaet?».

Ut fra spørreundersøkelsen, beskrevet i fordypningsdelen, kan det se ut til at journalgranskningsskjemaet oppleves som brukervennlig og nyttig. Respondentene opplevde også skjemaet som oversiktlig og lett å forstå. Likevel kom det fram at noen deler av journalgranskningsskjemaet har behov for bearbeidelse for å kunne gi et helhetlig inntrykk av ernæringsinformasjonen i journalen. Det var stor enighet knyttet til nytteverdien av å gjøre en slik granskning, i tillegg til at alle var enige i at journalgranskningen ga dem et nytt syn på viktigheten av god dokumentasjon knyttet til ernæring. Dette kan være positivt med tanke på fremtidig bruk av journalgranskningsskjemaet, da dagens praksis ikke er optimal når det gjelder dokumentasjon av ernæring. Resultatene indikerer at journalgranskningsskjemaet kan brukes i fremtidig forskning på ernæringsdokumentasjon, og at det samtidig kan bevisstgjøre sykepleierne i arbeidet knyttet til dokumentasjon av ernæring. Det er likevel behov for små justeringer i journalgranskningsskjemaet og videre testing av skjemaets validitet og reliabilitet.

Referanser

- Abayomi, J. & Hackett, A. (2004). Assessment of malnutrition in mental health clients: nurses' judgement vs. a nutrition risk tool. *Journal of advanced nursing*, 45(4), 430-437. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02926.x
- Alhaug, J., Bjørnstad, E., Ore, S., Rai, R. & Lind, J. (2015). *Forprosjekt innen kvalitetsindikatorer for ernæring og legemiddelgjennomgang (IS-2336)*. Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/994/Forprosjekt%20innen%20kvalitetsindikatorer%20for%20ern%C3%A6ring%20og%20legemiddelgjennomgang%20IS-2336.pdf>
- Anastasi, A. (1961). *Psychological testing* (2. utg.). New York: Macmillan.
- Bavelaar, J. W., Otter, C. D., van Bodegraven, A. A., Thijs, A. & van Bokhorst-de van Der Schueren, M. A. E. (2008). Diagnosis and treatment of (disease-related) in-hospital malnutrition: The performance of medical and nursing staff. *Clinical Nutrition*, 27(3), 431-438. doi: 10.1016/j.clnu.2008.01.016
- Beck, A. M., Balkn, U. N., Fürst, P., Hasunen, K., Jones, L., Keller, U., . . . Ovesen, L. (2001). Food and nutritional care in hospitals: How to prevent undernutrition-report and guidelines from the Council of Europe. *Clinical Nutrition*, 20(5), 455-460. doi: 10.1054/clnu.2001.0494
- Cohen, J. (1960). A Coefficient of Agreement for Nominal Scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20(1), 37-46. doi: 10.1177/001316446002000104
- Contento, I. R. (2011). *Nutrition education: Linking research, theory, and practice* (2. utg.). Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- 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. (2015). 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., 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
- Eide, H. K., Šaltyte 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
- 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>
- Fossum, M., Terjesen, S., Ehrenberg, A., Ehnfors, M. & Söderhamn, O. (2009). Evaluation of the Norwegian version of the Mini Nutritional Assessment (MNA) among older nursing home patients. *Vård i Norden*, 29(2), 50-52.
- Friborg, O. (2010). Klassisk testteori og utvikling av spørreinstrumenter. I M. Martinussen (Red.), *Kvantitativ metodologi for samfunns- og helsefag*. (s. 15-54). Bergen: Fagbokforlaget.
- Guigoz, Y. (2006). The Mini Nutritional Assessment (MNA (R)) 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.
- Hallgren, K. A. (2012). Computing Inter-Rater Reliability for Observational Data: An Overview and Tutorial. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, 8(1), 23-34. doi: 10.20982/tqmp.08.1.p023
- 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: 10.1186/s12912-016-0193-z
- Haraldsen, G. (1999). *Spørreskjemametodikk: Etter kokebokmetoden*. Oslo: Gyldendal.
- 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. (2012a). *Ernæringskompetanse i helse- og omsorgstjenesten (IS-2032)*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/erneringskompetanse-i-helse-og-omsorgstjenesten>
- Helsedirektoratet. (2012b). *Kosthåndboken: Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsenorge. (2017). Oppfølging av ernæring hos beboere på sykehjem. Hentet 2. februar 2018 fra <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-pleie-og-omsorg/oppfolging-av-ernaring-hos-beboere-pa-sykehjem>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hickson, M. (2006). Malnutrition and ageing. *Postgraduate Medical Journal*, 82(963), 2. doi: 10.1136/pgmj.2005.037564
- Instefjord, 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
- Johannessen, A. (2009). *Introduksjon til SPSS* (4. utg.). Oslo: Abstrakt forlag.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Oslo: Abstrakt forlag.
- Johnsen, K. F., Ehrenberg, A. & Fossum, M. (2014). Dokumentasjon av sykepleie i sykehjem: En vurdering av innhold og kvalitet på sykepleiedokumentasjonen og vurdering av reliabiliteten til instrumentet N-Catch. *Vård i Norden*, 34(2), 27-32.
- Johnson, R. L. & Morgan, G. B. (2016). *Survey scales: A guide to development, analysis, and reporting*. New York: The Guilford Press.
- Juul, H. J. (2010). *Forebygging og behandling av underernæring: Potensial for kostnadsbesparelser?* Oslo: Avdeling for helseledelse og helseøkonomi. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Documents/Publikasjonsvedlegg/Is-1580-kostnad-nytte-oppgave-ernering.pdf>
- Khalatbari-Soltani, S. & Marques-Vidal, P. (2016). Impact of nutritional risk screening in hospitalized patients on management, outcome and costs: A retrospective study. *Clinical Nutrition*, 35(6), 1340-1346. doi: 10.1016/j.clnu.2016.02.012
- 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

- Kondrup, J., Allison, S. P., 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
- 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
- Lange, R. T. (2011). Inter-rater Reliability. I J. S. Kreutzer, J. DeLuca & B. Caplan (Red.), *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology* (s. 1348-1348). New York: Springer
- Leistra, E., van Bokhorst-de van Der Schueren, M. A. E., Visser, M., van Der Hout, A., Langius, J. A. E. & Kruijenga, H. M. (2014). Systematic screening for undernutrition in hospitals: Predictive factors for success. *Clinical Nutrition*, 33(3), 495-501. doi: 10.1016/j.clnu.2013.07.005
- McHugh, M. L. (2012). Interrater reliability: The kappa statistic. *Biochemia Medica*, 22(3), 276-282.
- Melheim, B. G. & Sandvall, A. M. (2017). Nutritional screening in home-based nursing care can be improved. *Sykepleien Forskning*(12). doi: 10.4220/Sykepleienf.2017.64708
- Mowé, M. (2012). Eldre. I R. Blomhoff & C. A. Drevon (Red.), *Mat og medisin: Lærebok i generell og klinisk ernæring* (6. utg., s. 330-340). Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlaget.
- Mowe, M., Bosaeus, I., Rasmussen, H. H., Kondrup, J., Unosson, M. & Irtun, Ø. (2006). Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: A questionnaire based survey. *Clinical Nutrition*, 25(3), 524-532. doi: 10.1016/j.clnu.2005.11.011
- Nasjonalt råd for ernæring. (2017). *Sykdomsrelatert underernæring: Utfordringer, muligheter og anbefalinger*. Hentet fra http://www.ernaeringsradet.no/wp-content/uploads/2017/01/Sykdomsrelatert-underern%C3%A6ring_IS-0611.pdf
- Nunnally, J. C. (1967). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.
- 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
- 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.

- 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
- Persenius, M. W., Hall-Lord, M. L., Bååth, C. & Larsson, B. W. (2008). Assessment and documentation of patients' nutritional status: Perceptions of registered nurses and their chief nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 17(16), 2125-2136. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02202.x
- Peterson, R. A. (2000). *Constructing effective questionnaires*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Phillips, W. (2014). Coding for Malnutrition in the Adult Patient: What the Physician Needs to Know. *Practical Gastroenterology*(133), 56-64.
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold: Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Russell, C. A. (2007). The impact of malnutrition on healthcare costs and economic considerations for the use of oral nutritional supplements. *Clinical Nutrition Supplements*, 2(1), 25-32. doi: 10.1016/j.clnu.2007.04.002
- Sauer, A. C., Alish, C. J., Strausbaugh, K., West, K. & Quatrara, B. (2016). Nurses needed: Identifying malnutrition in hospitalized older adults. *NursingPlus Open*, 2, 21-25. doi: 10.1016/j.npls.2016.05.001
- Store Norske Leksikon. (2018). Face validity. Hentet 8. mai 2018 fra https://snl.no/face_validity
- Stratton, R. J., Green, C. J. & Elia, M. (2003). *Disease-related malnutrition: An evidence-based approach to treatment*. Wallingford: CABI Publishing.
- Svensson, E., Hjartåker, A. & Laake, P. (2007). Hva skal måles og hvordan? I P. Laake (Red.), *Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder* (s.45-65). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sykepleiernes forum for IKT og Dokumentasjon. (2007). *Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal* (3. utg.).

- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2014). *Using multivariate statistics* (6. utg.). Harlow: Pearson.
- Tangvik, R. J., Guttormsen, A. B., Tell, G. S. & Ranhoff, A. H. (2011). Implementation of nutritional guidelines in a university hospital monitored by repeated point prevalence surveys. *European Journal of Clinical Nutrition*, 66(3), 388. doi: 10.1038/ejcn.2011.149
- 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.2014.08.001
- Tavakol, M. & Dennick, R. (2011). Making sense of Chronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53-55. doi: 10.5116/ijme.4dfb.8dfd
- Thagaard, T. (2013). *Systematik og indlevelse: En indføring i kvalitativ metode* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Todorovic, V., Russell, C. & Elia, M. (2011). *The 'MUST' explanatory booklet: A Guide to the 'Malnutrition Universal Screening Tool' ('MUST') for Adults*. The British Association for Parental and Enteral Nutrition (BAPEN). Hentet fra http://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_explan.pdf
- Tretli, S. & Weiderpass, E. (2007). Screening. I P. Laake (Red.), *Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder* (s. 325-346). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vellas, B., Guigoz, Y., Garry, P. J., Nourhashemi, F., Bennahum, D., Lauque, S. & Albaredo, 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. & Jungner, G. (1968). *Principles and practice of screening for disease*. Geneva: World Health Organization [WHO].
- World Health Organization [WHO]. (udatert). Early detection of cancer. Hentet 21. november 2017 fra <http://www.who.int/cancer/detection/en/>

Artikkel

Ernæringsrelatert dokumentasjon er utilfredsstillende i journaler til
eldre i ernæringsmessig risiko

Antall ord: 2991

Sammendrag

Bakgrunn

I de «Nasjonale faglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring» er det presisert at dokumentasjon knyttet til ernæring er en viktig del av behandlingstilbudet. Helsepersonell er pliktig å journalføre nødvendige opplysninger om pasienten, men per i dag er ikke pasientjournalen tilrettelagt for å dokumentere ernæringsrelatert informasjon. Dette kompliserer dokumentasjonsprosessen, og gjør det utfordrende å implementere de gjeldende retningslinjene.

Hensikt

Hensikten med studien var å undersøke hvordan ernæringsrelatert informasjon dokumenteres i journalen til eldre pasienter i ernæringsmessig risiko ved hjelp av et journalgransknings skjema, samt å reliabilitetsteste skjemaet.

Metode

Gjennomgangen av pasientjournalene ble gjort med et journalgransknings skjema, spesielt tilpasset ernæring. Utvalget besto av åtte pasientjournaler hentet fra geriatrisk avdeling ved et sykehus. Inter-rater reliabilitetstest og test-retest ble gjort med Cohens Kappa og Spearmans korrelasjonskoeffisient.

Resultat

Medianen av journalenes totalskår ble beregnet til å være 5,75, som er lavt da den høyest oppnåelige totalskåren er 14. Laveste totalskår var 3,5 og høyeste totalskår var 10. Inter-rater reliabilitetstesten viste tilfredsstillende samsvar mellom granskerne, mens test-retesten viste moderat til sterkt samsvar hos granskerne over tid.

Konklusjon

Resultatene fra denne studien kan indikere at ernæringsdokumentasjonen ved det aktuelle sykehuset ikke er tilfredsstillende i henhold til kriteriene i det benyttede journalgransknings skjemaet.

Bakgrunn

Forekomsten av eldre i ernæringsmessig risiko ved norske sykehus kan anslås å være høy, der to studier fra Helse Bergen og Akershus universitetssykehus (Ahus) viste at mellom 40 og 45 % av de eldre som var innlagt var i ernæringsmessig risiko (1, 2). Eldre mennesker er regnet som en gruppe som er svært utsatt for å utvikle underernæring (3-6), noe som kan gi både helsemessige og økonomiske konsekvenser (5, 7, 8). Behovet for forebyggende arbeid blant denne pasientgruppen kan derfor antas å være stort.

Som en del av det forebyggende arbeidet er det i de «Nasjonale faglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring» anbefalt at alle pasienter skal screenes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse på sykehus (7). De nasjonale faglige retningslinjene presiserer også at dokumentasjon knyttet til ernæring er en viktig del av det totale behandlingstilbudet (7). Til tross for dette rapporterer bare 16 % av helsepersonell ved norske sykehus at screening er en del standard prosedyre (9).

Alt helsepersonell er pliktig å journalføre nødvendige opplysninger om pasienten (10, 11), men per i dag er ikke pasientjournalen tilrettelagt for å dokumentere ernæringsrelatert informasjon. Dette kompliserer dokumentasjonsprosessen (2), og gjør det utfordrende å implementere de gjeldende retningslinjene (12). Det er ikke et definert sted der ernæringsinformasjon skal dokumenteres i journalen, og mesteparten av ernæringsdokumentasjonen blir derfor skrevet i fritekst (13). Flere studier har også pekt på det manglende ernæringsfokuset i dokumentasjonsprosessen (9, 14, 15). Ifølge Halvorsen mfl. (14) ser dokumentasjonen av ernæringstilstand i pasientens journal ut til å være utilstrekkelig både ved sykehusinnleggelse og under selve sykehusoppholdet, samt at informasjon vedrørende pasientens ernæringsstatus i liten grad dokumenteres og kommuniseres videre ved utskrivelse (14). Dette er uheldig da dokumentasjon er viktig for å sikre god oppfølging av pasienten, og fordi mangelfull dokumentasjon kan føre til redusert kvalitet på pasientbehandlingen (16).

Det er etter vår kjennskap ingen norske studier som har gransket ernæringsdokumentasjon i sykehusjournaler ved hjelp av systematiske granskningsverktøy. Kunnskapen som finnes om ernæringsdokumentasjon per i dag er i stor grad basert på kvalitative studier og selvrapportering blant helsepersonell (9, 14, 17). Med bakgrunn i dette ønsket vi å undersøke hvordan ernæringsrelatert informasjon dokumenteres i journalen til eldre pasienter i ernæringsmessig risiko på et norsk sykehus.

Metode

Studiens setting

I denne studien har ernæringsrelatert dokumentasjon i journalen til eldre pasienter innlagt på sykehus blitt gransket. Sykepleiejournalene ble hentet fra geriatrik avdeling ved et sykehus sentralt på Østlandet. Denne avdelingen har nylig satt i gang screening for ernæringsmessig risiko blant alle pasienter. Granskningen ble gjort ved hjelp av et journalgranskingskjema basert på N-Catch, som er spesielt tilpasset ernæring.

Utvalg

Et utvalg av pasientjournaler fra pasienter vurdert til å være i ernæringsmessig risiko innlagt på geriatrik avdeling ble vurdert til å være med på denne granskningen. Det ble til sammen plukket ut åtte pasientjournaler. Da studien er en utvidelse av et doktorgradsprosjekt ble det kun gitt tillatelse til å inkludere journaler fra pasienter som allerede var inkludert i prosjektet. Inklusjonskriteriene er derfor de samme som i doktorgradsprosjektet og vist i tabell 7.

Tabell 7 Inklusjonskriterier for studiens utvalg

Inklusjonskriterier
Pasienter innlagt på akuttgeriatrik avdeling som følge av sykdom
Alder ≥ 65 år
Ernæringsstatus vurdert til ”i fare for underernæring” eller ”underernært” (skår < 23.5 poeng) med kartleggingsskjemaet Mini Nutritional Assessment (MNA)
I stand til å kunne gi et reelt informert samtykke (inneha samtykkekompetanse)
Pasienter som skrives ut direkte til hjemmet med bistand fra hjemmesykepleien
Kan kommunisere på norsk

Journalgranskingskjemaet

Skjemaet som ble brukt for å vurdere innholdet i journalene bygger på en norsk versjon av journalgranskingsverktøyet D-Catch og er spesielt utarbeidet for å vurdere ernæringsdokumentasjon av «Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester» ved Kari Annette Os (Figur 1) (18, 19). Journalgranskingskjemaet har ikke gjennomgått validitets-

og reliabilitetstesting tidligere, men er benyttet av sykepleiestudenter for å granske ernæringsdokumentasjon i journaler på sykehjem og i hjemmetjenesten i forbindelse med praksis. I skjemaet fokuseres det på fem områder som tar utgangspunkt i kriterier til innhold i journal i henhold til Journalforskriften og veileder for sykepleiedokumentasjon utgitt av Norsk Sykepleieforbunds forum for IKT og Dokumentasjon (11, 16). Hvert av områdene blir vurdert med en poengskala fra 0-2, der 0 har lavest verdi og 2 har høyest verdi. I forkant av granskningen ble det gjort en endring på området kartlegging. I det originale skjemaet var det beskrevet at pasientens vekt skal være registrert månedlig. Dette ble endret til ukentlig, da det er det som er anbefalt for pasienter innlagt på sykehus (7).

Datainnsamling

I forkant av granskningen ble alle journalene anonymisert og journalgranskningsskjemaet ble gjennomgått i fellesskap for å sikre at begge granskerne oppfattet instrumentet likt. Deretter ble alle journalene gransket, og gitt en separat skår, før vi gikk sammen og kom frem til en felles skår. I tillegg tok vi tiden på hver journalgranskning for å kunne beregne en gjennomsnittlig granskningstid.

Skårene fra den individuelle granskningen ble ført inn i journalgranskningsskjemaet, mens våre felles skårer ble ført inn i et felles oversiktsskjema for alle journalene (skjema 2) (Vedlegg 6). Dersom vår totalskår varierte med opptil 1 poeng ble det regnet ut et gjennomsnitt av enkeltskårer og totalskår. Dersom våre totalskårer varierte med mer enn 1 poeng ble alle enkeltskårer diskutert, og deretter justert i henhold til konsensus og ført inn i skjema 2. Etter dette satt vi igjen med én totalskår per pasient. I tillegg ble våre separate skårer spart til bruk i reliabilitetsanalysen.

En måned senere ble den samme prosedyren gjentatt for å gjennomføre en test-retest av samsvaret mellom våre egne skårer på ulikt tidspunkt.

Dataanalyse

De statistiske analysene ble gjennomført i Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Det ble gjort en inter-rater reliabilitetstest for å beregne hvor mye våre separate skårer samsvarte. Dette kan indikere om det er høy reliabilitet eller ikke (20). Testen ble gjennomført med Cohens Kappa, som gir en verdi mellom -1 og +1 (21). Det finnes flere ulike tolkninger av Kappa-verdier, men den mest brukte tolkningen er utarbeidet av Landis & Koch (22).

Resultatene i denne studien er tolket ut fra disse klassifiseringene. Test-retest reliabiliteten ble beregnet ved hjelp av Spearmans korrelasjonskoeffisient, som er et ikke-parametrisk mål for korrelasjon (23). En korrelasjonskoeffisient angis som et tall mellom -1 og +1 (24).

Det ble gjennomført ikke-parametriske tester ettersom datagrunnlaget ikke var stort nok for å gjennomføre parametriske tester (23). I analyse av data fra journalgranskningen ble totalskåren vi kom fram til i hver journal i fellesskap benyttet.

Etiske betraktninger

Prosjektet inngår som en del av et doktorgradsprosjekt. Ved søking om godkjenning av prosjektet ble det derfor sendt inn en utvidelse av søknaden som ble sendt til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) i forbindelse med doktorgradsprosjektet. Utvidelsen av søknaden ble godkjent av REK 3. oktober 2017. Prosjektet er også godkjent av Personvernombudet ved sykehuset.

I forbindelse med doktorgradsprosjektet ble det innhentet samtykke fra pasientene om å delta i prosjektet. I tillegg ble det spesifikt innhentet samtykke fra pasientene for å få lov til å gå inn i deres journal.

Resultat

Bakgrunnsdata

Tabell 8 viser en oversikt over pasientenes beregnede MNA-skår. Fra tabellen fremkommer det at to av pasientene kategoriseres som underernært, mens de resterende seks kategoriseres til å være i risiko for underernæring. Medianverdien for de åtte pasientene er 18, der 20,5 er høyeste verdi mens 9,5 er laveste verdi.

Tabell 8 Pasientenes MNA-skår

	MNA-skår
Pasient 1	18,5*
Pasient 2	17,5*
Pasient 3	9,5 **
Pasient 4	17 *
Pasient 5	19 *
Pasient 6	13 **
Pasient 7	21 *
Pasient 8	20,5 *

* Risiko for underernæring

** Underernært

Resultat fra journalgranskninga

Mediantiden for hver journalgranskning var 13 minutter. Den maksimale poengsummen som er mulig å oppnå ved hjelp av dette journalgranskningsskjemaet er 14 poeng. Det var kun to journaler som fikk en totalskår som var høyere enn sju; halvparten av maksimalt oppnåelige poengsum. Totalskåren for alle journalene hadde en median på 5,75, der 3,5 og 10 var henholdsvis laveste og høyeste totalskår. Resultatene indikerer at området kartlegging er det som dekkes best når det gjelder ernæringsdokumentasjon, mens området mål ser ut til å være det som kommer dårligst ut (Tabell 9).

Journalutskrift:	Vurdert av:	Dato:
------------------	-------------	-------

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 ifh 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	
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 • når skal det gjøres 	Tiltaket mangler helt, eller mangler alle kriterier: <ul style="list-style-type: none"> • begrunnelse • hva skal gjøres/hvordan det skal gjøres • når skal det gjøres 	
Rapport	Rapportene beskriver observasjoner av brukers 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	
TOTAL POENGSUM				

Figur 1 Journalgranskings skjemaet

Tabell 9 Våre felles skårer fra journalgranskningen. Den maksimale poengskåren er gitt i parentes bak hvert område

	Kartlegging (4)	Ressurs (2)	Mål (2)	Tiltak (2)	Rapport (4)	Totalskår (14)
Pasient 1	2	1,5	0	1	1	5,5
Pasient 2	2	1	0	0	0,5	3,5
Pasient 3	3	2	2	1	2	10
Pasient 4	4	1	0	0	0	5
Pasient 5	3	1	0	0	2	6
Pasient 6	3	2	1,5	2	0,5	9
Pasient 7	2	1	0	0,5	2	5,5
Pasient 8	3,5	1	0	0	1,5	6
Median skår	3	1	0	0,25	1,25	5,75

Området kartlegging var det som ble best dekket i journalene. Selv om vekt ikke var registrert i alle tilfellene, var ernæring ofte en del av sammenfatningen, noe som var med på å trekke poengsummen opp. Det var stor variasjon i hvor vekten var notert i journalen, og det var

sjelden registrert under punktet «Ernæring-, væske- og elektrolyttbalanse» i kartleggingsnotatet. Når det gjaldt området ressurs fantes det ikke et definert punkt i journalen der dette var beskrevet. Man måtte ofte lese hele journalen for å få et bilde av pasientens ernæringsproblem.

Som vist i tabell 9 var mål et av områdene som kom dårligst ut i journalene. Det så ut som at journalen ikke inneholdt et spesielt sted der dette skulle komme fram, og at sykepleieren selv må velge å inkludere dette i journalen. I tillegg fremkom ofte målene som uspesifikke og lite utfyllende. Et eksempel på et mål fra en journal var: “Har tilfredsstillende ernæringsstatus”. Mye av dette gjaldt også for området tiltak, som heller ikke hadde et spesielt sted der dette skulle journalføres. Der dette var inkludert inngikk det som oftest i behandlingsplanen, men bare et fåtall av journalene hadde en slik plan. Behandlingsplanen bestod av svært korte og konsise punkter, som ikke ga rom for å beskrive tiltaket slik det er ønskelig å gjøre ifølge journalgranskningsskjemaet. Et eksempel på dette var: “Håndtering av ernæring - gi mellommåltider - næringsdrikke”.

Ingen av journalene var i nærheten av å få full poengskår på området rapport. De daglige rapportene var ofte svært mangelfulle og det var vanskelig å få et bilde av pasientens ernæring i løpet av hele dagen. Som regel inneholdt journalen kun en rapport per dag, der lite omhandlet ernæring. Et eksempel på dette var: “Har spist en brødkive”. I tillegg var ingen av rapportene knyttet opp mot tiltakene og effekten av disse mot de oppsatte målene. Flere ganger ble det referert til kostregistrering som ikke var inkludert i journalutskriften, som for eksempel “Spist og drukket i kveld, se kostreg.”.

Reliabilitetstesting

Tabell 10 viser at det var tilfredsstillende samsvar mellom granskerne for alle områdene i journalgranskningsskjemaet. Området ressurs kom best ut med en Cohens Kappa verdi på 0,71, som regnes som betydelig, mens området mål kom dårligst ut med en Cohens Kappa verdi på 0,24. Som vist i tabell 11 viste test-retest analysen med en måneds mellomrom at samsvaret for hver av granskerne var moderat til sterkt for alle områdene, da alle verdiene var over 0,50.

Tabell 10 Inter-rater reliabilitetstest for samsvar mellom våre skårer

Områder i journalgranskningsskjema	Cohens Kappa ¹
Kartlegging	0,42
Ressurs	0,71
Mål	0,24
Tiltak	0,58
Rapport	0,27

Tabell 11 Samsvar for hver av granskerne med en måneds mellomrom beregnet ved hjelp av Spearmans korrelasjonskoeffisient.²

	Kartlegging	Ressurser	Mål	Tiltak	Rapport
Gransker 1	0,85*	0,78*	0,99*	0,89*	0,85*
Gransker 2	0,66	1,00*	0,76*	1,00*	0,93*

* Sig. < 0,05

¹ Kappa-verdier <0,00 = dårlig, 0,00-0,20 = svak, 0,21-0,40 = tilfredsstillende, 0,41-0,60 = moderat, 0,61-0,80 = betydelig, 0,81-1,00 = tilnærmet perfekt (22).

² Korrelasjonskoeffisient 0,00 - 0,30 = svak om noe korrelasjon, 0,30-0,50 = lav korrelasjon, 0,50 - 0,70 = moderat korrelasjon, 0,70 - 0,90 Sterk korrelasjon, 0,90 - 1,00 = Meget sterk korrelasjon (24).

Diskusjon

Diskusjon av resultater

I denne granskningen ble medianen av journalenes totalskår beregnet til å være 5,75, noe som er lavt med tanke på at den høyest oppnåelige totalskåren er 14. Det var stor variasjon i journalenes totalskår, der laveste totalskår var 3,5 og høyeste totalskår var 10. Kartlegging var det området som kom best ut med en medianverdi på 3, mens mål var det området som kom dårligst ut med en medianverdi på 0. Det var varierende hvor mye som var skrevet om ernæring i journalen, informasjonen var generelt lite utfyllende og det var vanskelig å få et helhetlig bilde av pasientens utfordringer.

Det er en styrke at alle pasientene som er inkludert i studien allerede er identifisert til å være underernært eller i risiko for underernæring, da dette setter klare føringer for ernæringsarbeidet (4). Det ville derfor vært naturlig å forvente at ernæringsdokumentasjonen skulle holdt høyere standard og vært i tråd med anbefalingene fra Helsedirektoratet (3, 4). Med tanke på at alle pasientene var i ernæringsmessig risiko eller allerede underernært, er det desto større grunn til bekymring enn om pasientene ikke hadde vært i ernæringsmessig risiko. Ifølge Helsedirektoratet skal det for alle personer i ernæringsmessig risiko utarbeides en individuell ernæringsplan som skal dokumentere pasientens ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak (4). Denne granskningen kan tyde på at dette ikke blir gjort. Flere andre studier har også vist betydelige mangler i sykepleiedokumentasjonen (14, 19, 27-29), noe som for eksempel kan skyldes at få har kjennskap til de nasjonale faglige retningslinjene og screeningverktøy for å oppdage personer i ernæringsmessig risiko (14, 17).

Journalenes såpass lave totalskår kan være en klar indikasjon på at dagens dokumentasjonspraksis ved sykehuset ikke er god nok. Det var også oppsiktsvekkende at dokumentasjonen var såpass mangelfull, ettersom avdelingen nylig har satt i gang screening for ernæringsmessig risiko. Likevel er det viktig å ta hensyn til at avdelingen fortsatt er tidlig i prosessen med å implementere de nye rutineene og at dette arbeidet tar tid (25). Ettersom at journalen skal gi en oversikt over pleien som faktisk er gitt pasienten (26), kan man stille spørsmål ved om rutineene knyttet til ernæringsomsorgen er så mangelfull som det fremkommer i journalen, eller om det bare er utrykk for mangelfull dokumentasjon.

Det var bare fire journaler som hadde oppført høyde, vekt og kroppsmasseindeks (KMI) i kartleggingsnotatet, selv om det her er lagt opp til dette. Det var også noe variasjon i hvor områdene mål og tiltak var beskrevet, der dette fremkom enten i behandlingsplan eller i tilleggnotat fra klinisk ernæringsfysiolog. I de tilfellene mål og tiltak var beskrevet i

behandlingsplan var disse ofte uspesifikke, og det var vanskelig å få et helhetlig bilde av hva som skulle gjøres og hvordan. Lignende funn ble gjort i en nyere studie som så på journalføringspraksis ved et sykehjem (29). I tillegg ble det ofte henvist til andre skjemaer som omhandlet ernæring, som for eksempel kostregistrering og ernæringskjema. Dette stemmer overens med funn fra Helsedirektoratet som rapporterer at dokumentasjon knyttet til ernæring i stor grad skjer i fritekst (13). I de tilfellene der klinisk ernæringsfysiolog hadde vært involvert fremsto journalene som mer utfyllende når det kom til tiltak, mål og ressurser. Dette kan tyde på at det kan være en fordel å involvere en klinisk ernæringsfysiolog for å bevisstgjøre sykepleierne på viktigheten av gode rutiner knyttet til ernæring.

Muligens kan det at man i en sykehussituasjon har mer fokus på medisinske og akutte tiltak ha bidratt til at ernæringsoppfølgingen har blitt nedprioritert. Langsiktige ernæringstiltak vil være mer aktuelt på sykehjem, der pasientene er innlagt over lengre tid og det dermed vil være viktigere å følge med på utviklingen i pasientens ernæringsstatus. Det er likevel viktig at pasienter i risiko for underernæring og underernærte blir oppdaget på sykehuset, slik at man kan sette i gang tiltak for å unngå at situasjonen forverres. Det er betenkelig at såpass få av pasientene hadde oppført klare mål og tiltak, og man kan derfor stille spørsmål ved nytteverdien av å screene for ernæringsmessig risiko, dersom dette ikke blir fulgt opp bedre. Det vil også være viktig at ernæringsinformasjon dokumenteres slik at dette kan sendes med pasienten ved utskrivelse, slik som anbefalt i de nasjonale faglige retningslinjene (4).

Gjennom granskningen ble det tydelig at dagens dokumentasjonssystem ikke er tilpasset de nasjonale faglige retningslinjene, og at det ikke er godt nok tilrettelagt for å dokumentere ernæringsinformasjon. Det at elektroniske pasientjournalssystem ikke er godt nok tilpasset dagens krav til dokumentasjon av ernæring gjør det utfordrende å gjennomføre målrettet ernæringskartlegging og dokumentere dette (13). For å lette sykepleiernes allerede hektiske hverdag ville det vært ønskelig å implementere ernæring som en obligatorisk del av journalsystemet. Dette er også noe som er anbefalt i de nasjonale faglige retningslinjene (4), i tillegg til at det trekkes fram i en studie fra 2017 (30). På denne måten vil sykepleierne stadig bli påminnet å inkludere ernæringsinformasjon i journalen, samtidig som det vil lette kommunikasjonen og informasjonsflyten mellom sykepleierne. Et standardisert journalføringssystem som inkluderer ernæring vil også gjøre det lettere å vurdere kvaliteten på ernæringsdokumentasjonen.

Utfordringene nevnt over gir indikasjoner på at dokumentasjon av ernæring per dags dato ikke er tilfredsstillende på norske sykehus. Dette er uheldig da dokumentasjon er en nødvendig del av ernæringsarbeidet (4). Jevnlig evaluering av sykepleiedokumentasjonen er

viktig for å undersøke om det som dokumenteres fanger opp den nødvendige informasjonen om pasienten (16). Det er derfor positivt at granskningen ser ut til å være relativt lite tidkrevende, da dette øker sannsynligheten for at det er mulig å gjennomføre i sykepleiernes hektiske arbeidshverdag. Mangelfull dokumentasjon kan føre til redusert kvalitet på sykepleien (16), og det vil derfor være viktig at sykepleiere bevisstgjøres på sin dokumentasjonspraksis.

Diskusjon av metode

Utvalget av åtte journaler er lite og resultatene kan derfor ikke generaliseres. Utvalget ble gjort på grunnlag av allerede satte inklusjonskriterier i doktorgradsprosjektet, og kun journaler fra dem som var inkludert her ble tatt med i vår studie. Journalene er derfor ikke tilfeldig utvalgt, og vi vet ikke om journalene vi fikk tilgang til er representative for alle eldre i ernæringsmessig risiko (20). På den annen side kan det anses som en styrke med studien, at samtlige inkluderte journaler tilhørte pasienter som var underernærte eller i ernæringsmessig risiko.

Det at vi var to granskere kan også ha vært med på å styrke resultatenes pålitelighet (19). Skårene som blir gitt i journalgranskningen er gitt ut fra den enkeltes personlige tolkninger og kan dermed variere mye fra person til person og over tid. Det at inter-rater reliabilitetstesten viste tilfredsstillende samsvar mellom våre skårer kan tyde på at journalgranskningsskjemaet likevel er utformet på en entydig måte som kan minimere personlige tolkninger. Dette støttes også opp av resultatene fra test-retesten som viste god korrelasjon i skårene våre over tid (24).

Som tidligere nevnt er journalgranskningsskjemaet utviklet med utgangspunkt i N-Catch, som tidligere har gjennomgått noe reliabilitets- og validitetstesting. Flere studier etterlyser likevel videre testing av instrumentet (27, 31). Selv om N-Catch har gjennomgått noe testing kan likevel ikke dette overføres til journalgranskningsskjemaet som er brukt i denne granskningen. På bakgrunn av dette bør resultatene fra granskningen tolkes med forsiktighet. Likevel kan testingen som er gjort i denne studien være et steg i prosessen med å validere- og reliabilitetsteste skjemaet slik at dette i større grad kan brukes i fremtiden.

Konklusjon

Resultatene fra denne studien kan indikere at ernæringsdokumentasjonen ved det aktuelle sykehuset ikke er tilstrekkelig i henhold til kriteriene i det benyttede journalgransknings skjemaet. Den lave medianskåren for alle journalene tyder på at ernæring i liten grad inkluderes i journalen, og at det som dokumenteres ofte er av lav kvalitet.

Reliabilitetstesting kan tyde på at journalgransknings skjemaet er et reliabelt verktøy for å granske ernæringsrelatert dokumentasjon. Selv om vi i denne studien avdekket mangler i ernæringsdokumentasjonen, må disse resultatene benyttes med varsomhet, da det ikke er tilstrekkelig til å gi et generaliserbart bilde av ernæringsdokumentasjonen blant eldre på norske sykehus. Det bør derfor i nærmeste fremtid gjennomføres en lignende, større studie, med tilfeldige utvalgte journaler fra sykehus som dekker et større område av landet. Denne studien kan i så måte være en start på et arbeid som trenger videreføring før man kan trekke videre konklusjoner knyttet til ernæringsdokumentasjon ved norske sykehus.

Acknowledgements

Vi ønsker å takke våre veiledere Asta Bye og Marianne Molin for all hjelp, gode innspill og støtte gjennom hele denne perioden. Vi takker også Kari Annette Os for at vi fikk bruke journalgranskingskjemaet og for hennes gode innspill for å forstå bakgrunnen for skjemaet. Til slutt ønsker vi å takke Christine Hillestad Hestevik for at vi har fått tatt del i hennes doktorgradsprosjekt.

Referanser

1. Tangvik RJ, Tell GS, Guttormsen AB, Eisman JA, Henriksen A, Nilsen RM, et al. Nutritional risk profile in a university hospital population. *Clinical Nutrition*. 2015;34(4):705-11.
2. Eide HK, Šaltyte Benth J, Sortland K, Halvorsen K, Almendingen K. Prevalence of nutritional risk in the non-demented hospitalized elderly: A cross-sectional study from Norway using stratified sampling. *Journal of Nutritional Science*. 2015;4:e18.
3. Helsedirektoratet. *Kosthåndboken: Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet; 2012.
4. Guttormsen AB, Hensrud A, Irtun Ø, Mowé M, Wergeland Sørbye L, Thoresen L, et al. *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Oslo: Helsedirektoratet; 2010.
5. Stratton RJ, Green CJ, Elia M. *Disease-related malnutrition: An evidence-based approach to treatment*. Wallingford: CABI; 2003.
6. Mowé M. Eldre. In: Blomhoff R, Drevon CA, editors. *Mat og medisin: Lærebok i generell og klinisk ernæring*. 6. utg. Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlaget; 2012. s. 330-40.
7. Guttormsen AB. *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Oslo: Helsedirektoratet, Avdeling ernæring; 2009.
8. Helsedirektoratet. *Ernæringskompetanse i helse- og omsorgstjenesten (IS-2032)*. Oslo: Helsedirektoratet; 2012.
9. Mowé M, Bosaeus I, Rasmussen HH, Kondrup J, Unosson M, Irtun Ø. Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: A questionnaire based survey. *Clinical Nutrition*. 2006;25(3):524-32.
10. Helsepersonelloven. *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. 1999.
11. *Forskrift om pasientjournal. Forskrift om pasientjournal 2000*.

12. Nasjonalt råd for ernæring. Sykdomsrelatert underernæring: Utfordringer, muligheter og anbefalinger. 2017. Contract No.: IS-0611.
13. Alhaug J, Bjørnstad E, Ore S, Rai R, Lind J. Forprosjekt innen kvalitetsindikatorer for ernæring og legemiddelgjennomgang (IS-2336). Helsedirektoratet; 2015.
14. Halvorsen K, Eide HK, Sortland K, Almendingen K. Documentation and communication of nutritional care for elderly hospitalized patients: Perspectives of nurses and undergraduate nurses in hospitals and nursing homes. *BMC Nursing*. 2016;15(1).
15. Persenius MW, Hall-Lord ML, Bååth C, Larsson BW. Assessment and documentation of patients' nutritional status: perceptions of registered nurses and their chief nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 2008;17(16):2125-36.
16. Sykepleiernes forum for IKT og Dokumentasjon. Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal. Oslo: Norsk sykepleierforbund; 2007.
17. Eide HD, Halvorsen K, Almendingen K. Barriers to nutritional care for the undernourished hospitalised elderly: Perspectives of nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 2015;24(5-6):696-706.
18. Paans W, Sermeus W, Nieweg RMB, van Der Schans CP. D-Catch instrument: Development and psychometric testing of a measurement instrument for nursing documentation in hospitals. *Journal of advanced nursing*. 2010;66(6):1388.
19. Johnsen KF, Ehrenberg A, Fossum M. Dokumentasjon av sykepleie i sykehjem. *Nordic Journal of Nursing Research*. 2014;34(2):27-32.
20. Johannessen A, Christoffersen L, Tufte PA. Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. 4. utg. Oslo: Abstrakt forlag; 2010.
21. Cohen J. A Coefficient of Agreement for Nominal Scales. *Educational and Psychological Measurement*. 1960;20(1):37-46.
22. Landis JR, Koch GG. The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics*. 1977;33(1):159-74.

23. Ringdal K. Enhet og mangfold: Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2013.
24. Hinkle DE, Jurs SG, Wiersma W. Applied statistics for the behavioral sciences. 5. utg. Boston: Houghton Mifflin; 2003.
25. Beck AM, Balkn UN, Fürst P, Hasunen K, Jones L, Keller U, et al. Food and nutritional care in hospitals: How to prevent undernutrition - report and guidelines from the Council of Europe. *Clinical Nutrition*. 2001;20(5):455-60.
26. Ehnfors M, Ehrenberg A, Thorell-Ekstrand I, Thorbjørnsen KM, Fossum M, Rotegård AK. Nye VIPS-boken: Velvære, integritet, profylakse, sikkerhet. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2015.
27. Instefjord MH, Aasekjaer K, Espehaug B, Graverholt B. Assessment of quality in psychiatric nursing documentation - a clinical audit. *BMC Nursing*. 2014;13(1).
28. Carlsson E, Ehnfors M, Eldh AC, Ehrenberg A. Accuracy and continuity in discharge information for patients with eating difficulties after stroke. *Journal of Clinical Nursing*. 2012;21(1-2):21-31.
29. Karlsen R, Johnsen K. Strammere journalføring gir bedre pasientoppfølging. *Sykepleien*. 2018.
30. Melheim BG, Sandvall AM. Nutritional screening in home-based nursing care can be improved. *Sykepleien Forskning*. 2017(12).
31. Johnsen KF, Ehrenberg A, Fossum M. Dokumentasjon av sykepleie i sykehjem: En vurdering av innhold og kvalitet på sykepleiedokumentasjonen og vurdering av reliabiliteten til instrumentet N-Catch. *Vård i Norden*. 2014;34(2):27-32.

Vedlegg

Vedlegg 1: Journalgranskningsskjemaet

Vedlegg 2: Veileder til journalgranskningsskjematet

Vedlegg 3: Spørreskjemaet

Vedlegg 4: Godkjennelse fra REK

Vedlegg 5: Samtykkeskjemaet

Vedlegg 6: Oversiktsskjemaet (skjema 2)

Vedlegg 1

Journalutskrift:	Vurdert av:	Dato:
-------------------------	--------------------	--------------

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 ifh 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	
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 • når skal det gjøres 	Tiltaket mangler helt, eller mangler alle kriterier: <ul style="list-style-type: none"> • begrunnelse • hva skal gjøres/hvordan det skal gjøres • når skal det gjøres 	
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	
TOTAL POENGSUM				



Fremgangsmåte: Journalgjennomganger – ernæring

Gjennomføres av: Sykepleiestudenter ved avd Krydderhagen, Furulund og rehabilitering

1. Studentene planlegger når gjennomgangene skal gjøres og avklarer med avd leder/ veileder. Gi også beskjed til Nanna (LS), Marte (Rhj), Louise(USHT) eller Kari (USHT)
2. Avtal med avd leder/ veileder om å ta utskrift av journaler, på følgende områder:
 - a. Hovedkort med sammenfatning
 - b. Målinger (vekt)
 - c. Tiltaksområde ernæring (mål, tiltak, ressurser)
 - d. Rapport på tiltaksområde ernæring for de siste 3 mnd

Alle journaler skal gjennomgås, velg f eks ut ett og ett team/pasient gruppe av gangen.

3. **Anonymiser journalutskriftene – ikke oppbevar/lag noe liste e.l som kan spore utskrift tilbake til pasient. Utskriftene må oppbevares forsvarlig frem til makulering i hh til journalforskriften og bestemmelser ifh til informasjonssikkerhet**
4. Merk alle sider på utskriften for å sikre at ikke sidene blandes sammen (Rehab 1,2,3, Furulund 1,2,3, Krydder 1,2,3 osv)
5. Kopier opp journaler – en til hver som skal gjøre gjennomgangen. Gjennomgangen kan også gjøres ved pc-skjermen. Avtal hvor dere kan sitte.
6. Kopier opp tilsvarende antall vurderingsskjema (skjema 1)
7. Hver journal skal vurderes individuelt av to personer. Skriv vurderingene i skjema 1
8. Sammenlign vurderingsskjemaer og score. Regn sammen og skriv samlet resultatet inn på baselineskjema (skjema 2)
 - a. Ved avvik mellom vurderingene i skjema 1 på opp til 1 poeng på totalscoren: regn ut gjennomsnitt på enkeltscore og totalscore – før inn i skjema 2
 - b. Ved avvik mellom vurderingene i skjema 1 på over 1 poeng på totalscore: diskuter alle enkeltscore, juster så ihh til konsensus – før inn i skjema 2
9. Lever **alle** ferdig utfylte skjemaer til Louise, Nanna eller Marte
10. Makuler alle journalutskrifter

Fremgangsmåte journalgjennomganger ernæring.

Samarbeidsprosjekt Lørenskog kommune/HiOA. Oppdatert 28/4 2017

Har du noen tilbakemeldinger på hvordan området kartlegging blir dekket i skjemaet?

Har du forslag til forbedringer?

Ta for deg raden kalt ressurser

Hvor enig/uenig er du i følgende påstander:

	Sterkt uenig	Uenig	Delvis uenig	Delvis enig	Enig	Sterkt enig
Jeg hadde behov for å lese kriteriene flere ganger for å forstå innholdet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg mener at de ulike poengkriteriene er beskrevet på en forståelig måte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er lett å skille mellom de ulike poengkriteriene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg brukte lang tid på å vurdere hvilken poengsum jeg skulle gi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du noen tilbakemeldinger på hvordan området ressurser blir dekket i skjemaet?

Har du forslag til forbedringer?

Ta for deg raden kalt mål

Hvor enig/uenig er du i følgende påstander:

	Sterkt uenig	Uenig	Delvis uenig	Delvis enig	Enig	Sterkt enig
Jeg hadde behov for å lese kriteriene flere ganger for å forstå innholdet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg mener at de ulike poengkriteriene er beskrevet på en forståelig måte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er lett å skille mellom de ulike poengkriteriene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg brukte lang tid på å vurdere hvilken poengsum jeg skulle gi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du noen tilbakemeldinger på hvordan området mål blir dekket i skjemaet?

Har du forslag til forbedringer?

Jeg mener at de ulike poengkriteriene er beskrevet på en forståelig måte

Det er lett å skille mellom de ulike poengkriteriene

Jeg brukte lang tid på å vurdere hvilken poengsum jeg skulle gi

Har du noen tilbakemeldinger på hvordan området rapport blir dekket i skjemaet?

Har du forslag til forbedringer?



Region: REK sør-øst	Saksbehandler: Harsha Gajjar Mikkelsen	Telefon: 22845513	Vår dato: 03.10.2017	Vår referanse: 2016/2215 REK sør-øst B
			Deres dato: 25.08.2017	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Asta Bye
Høgskolen i Oslo og Akershus

2016/2215 Ernæringsomsorg til eldre pasienter etter kritisk sykdom - en kvalitativ studie av pasienter, pårørende og helsepersonell sine erfaringer

Forskningsansvarlig: Høgskolen i Oslo og Akershus
Prosjektleder: Asta Bye

Vi viser til søknad om prosjektendring datert 25.08.2017 for ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden er behandlet av komitéleder for REK sør-øst B på fullmakt, med hjemmel i helseforskningsloven § 11.

Prosjektleders prosjektbeskrivelse

"Hensikten med denne studien er å utforske hvordan eldre pasienter 65 år med påvist risiko for underernæring, deres pårørende og involvert helsepersonell, erfarer ernæringsomsorgen. Studien bruker kvalitativ metode og følger pasientene fra de forlater sykehuset etter akutt sykdom og fram til 30 dager etter utskrivning med oppfølging fra hjemmesykepleien. Risiko for underernæring er et utbredt helseproblem blant eldre både i primær- og spesialisthelsetjenesten og er direkte knyttet til økt morbiditet og mortalitet. På tross av dette og eksisterende faglige retningslinjer viser undersøkelser at ernæring er lavt prioritert og behandlingen tilfeldig, ustrukturert og mangelfull. For å imøtekomme utfordringene bør fremtidens helseog omsorgstjenester utvikles i samarbeid med brukerne. Gjennom studien forventer vi å avdekke behov, ønsker og erfaringer som kan gi viktig informasjon når framtidens ernæringsomsorg utformes slik at best mulig kvalitet sikres."

Endringene innebærer

- Ny prosjektmedarbeider i studien er student Mari Hval Høyem HiOA, student Lisa Mari Gaustadnes HiOA og Førsteamanuensis Jonas Debesay HiOA.
- Økning i forskningsdeltakere. Det ønskes å inkludere pasienter og pårørende til det oppnås metning i dataene, da kan det inkluderes opptil 20 deltakere.
- Det ønskes å kvalitetssikre sykepleiedokumentasjonen som ligger til grunn for ernæringsrelaterte tiltak og pleieplaner.

Vurdering

REK har vurdert de omsøkte endringene, og har ingen forskningsetiske innvendinger til endringene slik de er beskrevet i skjema for prosjektendring.

Vedtak

REK godkjenner prosjektet slik det nå foreligger med hjemmel i helseforskningsloven § 11, annet ledd.

Godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknad, endringsøknad, oppdatert protokoll og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK sør-øst B. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst B, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn med korrekt skjema via vår saksportal: <http://helseforskning.etikkom.no>. Dersom det ikke finnes passende skjema kan henvendelsen rettes på e-post til: post@helseforskning.etikkom.no. Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen

Ragnhild Emblem
professor, dr. med.
leder REK sør-øst B

Harsha Gajjar Mikkelsen
Seniorkonsulent

Kopi til:

- Dekan ved fakultet for helsefag, Gro Jamtvedt, Høgskolen i Oslo og Akershus
- Høgskolen i Oslo og Akershus ved øverste administrative ledelse

**Ernæringsomsorg til eldre pasienter etter alvorlig sykdom
- en kvalitativ studie av
erfaringene til pasienter, pårørende og helsepersonell**

Pasientinformasjon og samtykkeerklæring

Du har tidligere gitt ditt samtykke til å delta i prosjektet, *Ernæringsomsorg til eldre pasienter etter alvorlig sykdom*. Hensikten med prosjektet er å kartlegge samhandlingen mellom ulike helse- og omsorgstjenester som tilbys eldre mennesker. Vi ønsker å undersøke om pleierne på sykehuset har beskrevet dine behov for ernæringsomsorg og tiltakene de har satt i gang i forhold til dette i din pasientjournal. Vi vil også undersøke om de har dokumentert hvordan hjemmesykepleien skal få nødvendig informasjon om din ernærings situasjon når du skrives ut fra sykehuset.

For å få undersøkt dette trenger vi tillatelse fra deg til å gå inn i din pasientjournal på [REDACTED] og få innsyn i den delen av journalen som kalles sykepleiedokumentasjonen. Vi skal ikke hente ut helseopplysninger om deg og informasjonen som vi skal bruke kan ikke kobles tilbake til deg på noen måte.

Hva skjer med opplysningene som samles inn?

All informasjon behandles konfidensielt og vil være anonymisert. Alle som behandler materiale og data innhentet i forskningsprosjektet er underlagt taushetsplikt som er regulert i helselovene og forvaltningsloven.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i prosjektet. Du kan når som helst før publiseringsprosessen starter, og uten å oppgi noen grunn, trekke tilbake ditt samtykke til å delta uten at det vil få noen konsekvenser for deg, din behandling eller ditt forhold til behandlere, og alle innsamlede data vil da bli slettet.

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med stipendiat
Christine Hillestad Hestevik tlf. 97774803 eller mail: Christine-Hillestad.Hestevik@hioa.no
eller klinisk ernæringsfysiolog Asta Bye tlf. 97568595 eller mail: astbye@ous-hf.no

Studien er meldt til REK-Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

SAMTYKKEERKLÆRING

PASIENTEN

Jeg (pasientens navn med blokkbokstaver) _____

har mottatt skriftlig og muntlig informasjon, hatt anledning til å stille spørsmål og tillater innsyn i relevante deler av min journal.

Dato (egenhendig datert)

Pasientens underskrift

Vedlegg 6

Skjema 2: Baseline - Journalgjennomgang – ernæring

Journalutskrift:	Dato:	Poeng kartlegging:	Poeng ressurser:	Poeng mål:	Poeng tiltak:	Poeng rapport:	Total poengsum:

Baseline. Journalgjennomgang ernæring. Oppdatert skjema 28/4 2017

