



Ernæringsrelatert dokumentasjon er mangelfull i journaler til eldre i ernæringsmessig risiko

TEKST Lisa Mari Gaustadnes^{1*}, Mari Hval Høyem^{1*}, Marianne Molin^{2,3}, Asta Bye^{2,4}

¹ Master i samfunnsnærings, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet - Storbyuniversitetet

² Førsteamanuensis i samfunnsnærings, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet - Storbyuniversitetet

³ Førsteamanuensis ernærings, Avdeling for helsefag, Bjørknes Høyskole,

⁴ Forsker Kompetansetjeneste for lindrende behandling, Kreftavdeling, Oslo Universitetssykehus,

*Delt forfatterskap

Sammendrag

Bakgrunn

I «Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernærings» presiseres det at dokumentasjon knyttet til ernæringsmessig risiko er viktig. Helsepersonell er pliktig å journalføre nødvendige opplysninger om pasienten, men per i dag later det til at ulike journalsystemer ikke alltid er godt nok tilrettelagt for å dokumentere ernæringsrelatert informasjon. Dette kompliserer dokumentasjonsprosessen, og gjør implementeringen av gjeldende retningslinjer utfordrende.

Hensikt

Hensikten med studien var å undersøke hvordan ernæringsrelatert informasjon dokumenteres i sykepleiejournalen til eldre pasienter i ernæringsmessig risiko ved hjelp av et journalgranskings-skjema, samt undersøke skjemaets reliabilitet.

Metode

Gjennomgangen av sykepleiejournalene ble gjort med et journalgranskings-skjema, spesielt tilpasset

ernæringsmessig risiko, og gitt en skårverdi. Sykepleiejournalene ble hentet fra geriatrisk avdeling ved et sykehus. Reliabilitetstesting av granskings-skjemaet ble gjort ved inter-rater reliabilitetstest (Cohens Kappa) og test-retest (Spearmans korrelasjonskoeffisient).

Resultat

Åtte sykepleiejournaler ble gransket. Den høyeste mulige totalskåren var 14, og medianen av sykepleiejournalenes totalskår ble beregnet å være 5,8. Laveste totalskår var 3,5 og høyeste totalskår var 10. Inter-rater reliabilitetstesten viste i noen grad samsvar mellom granskerne, mens test-retesten viste moderat til sterkt samsvar mellom granskerne over tid.

Konklusjon

Resultatene fra denne studien kan indikere at den ernæringsrelaterte sykepleiedokumentasjonen ved det aktuelle sykehuset ikke var tilstrekkelig i henhold til kriteriene i journalgranskings-skjemaet.



Bakgrunn

Det varierer hva som defineres som eldre (1), og i denne oppgaven har vi valgt å ta utgangspunkt i Verdens helseorganisasjon (WHO) som definerer "eldre" som personer fra 60 år og oppover (2). Andelen eldre i ernæringsmessig risiko varierer avhengig av alder og helsetilstand. Norske studier viser at forekomsten av risiko for underernæring i denne aldersgruppen varierer mellom 30 og 65 % (3, 4). Behovet for forebyggende ernæringsarbeid blant eldre mennesker på sykehus antas derfor å være stort.

I en spørreundersøkelse blant leger og sykepleiere ved norske sykehus fra 2006 rapporterte kun 16 % at vurdering av risiko for underernæring er en del av standard prosedyre (5). 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 vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse på sykehus (6). Retningslinjene presiserer også at dokumentasjon av ernæringsstatus og ernæringsmessige problemer er en nødvendig del av det totale behandlingstilbudet (6).

Alt helsepersonell er pliktig å journalføre nødvendige opplysninger om pasienten (7, 8). Tverrfaglig samarbeid rundt dokumentasjon er viktig for å sikre tilstrekkelig kvalitet. Når det gjelder ernæring, er det viktig å vektlegge samarbeid mellom sykepleier og klinisk ernæringsfysiolog. Sykepleieren har den daglige kontakten med pasientene, og har derfor en sentral rolle i dokumentasjonsprosessen. For å formidle et helhetlig bilde av pasientens ernærings situasjon er det nødvendig at sykepleieren dokumenterer ernæringsrelaterte opplysninger på lik linje med annen helserelatert informasjon knyttet til

pasienten. Per i dag ser det ikke ut til at alle journalsystem som brukes er like godt tilrettelagt for å dokumentere ernæringsrelatert informasjon (9, 10). En kartlegging av dokumentasjonspraksis fra 2015, fant at journalsystemene ikke var tilrettelagt for standardisert dokumentasjon og at mye av dokumentasjonen skrives i fritekst (11). Dette kompliserer dokumentasjonsprosessen, og gjør det utfordrende å implementere de gjeldende retningslinjene (5).

Flere studier har pekt på det manglende ernæringsfokus i dokumentasjonsprosessen (5, 12-15). Ifølge Halvorsen mfl. (12) ser det ut til at dokumentasjon av ernæringstilstand i pasientens journal er utilstrekkelig både ved sykehusinnleggelse og under sykehusoppholdet, samt at informasjon vedrørende pasientens ernæringsstatus i liten grad dokumenteres og kommuniseres videre ved utskrivelse (12). 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 sykepleiejournaler ved hjelp av systematiske granskingsskjema. Kunnskapen som finnes om ernæringsdokumentasjon per i dag er

i stor grad basert på kvalitative studier og selvrapportering blant helsepersonell (5, 10 og 12). Med bakgrunn i dette ønsket vi å 1) reliabilitetsteste et skjema for gransking av ernæringsdokumentasjon i pasientjournaler, og 2) undersøke hvordan ernæringsrelatert informasjon dokumenteres i sykepleiejournalen til eldre pasienter i ernæringsmessig risiko på sykehus.

Metode

Studiens setting

I denne studien ble ernæringsrelatert dokumentasjon i sykepleiejournalen til eldre pasienter innlagt på sykehus gransket. Sykepleiejournalene ble hentet fra geriatrisk avdeling ved et sykehus på Østlandet. Avdelingen hadde nylig satt i gang screening for ernæringsmessig risiko blant alle pasienter. Granskingen ble gjort ved hjelp av et journalgranskingsskjema.

Utvalg

Studien er en del av et doktorgrads-prosjekt, og det ble gitt tillatelse til å inkludere sykepleiejournaler fra pasienter som allerede var inkludert i prosjektet (15 pasienter). Inklusjonskriteriene for utvelgelse av sykepleiejournaler til gransking var derfor de samme som i doktorgrads-prosjektet (Tabell 1). Pasientene var innlagt på akuttgeriatrisk avdeling, og ernæringsmessig risiko ble vur-

Tabell 1. Inklusjonskriterier

Pasienter innlagt på akuttgeriatrisk 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 hjemmesykepleier
Kan kommunisere på norsk



dert ved hjelp av full Mini Nutritional Assessment (MNA). Ut ifra dette ble pasientene gradert til å være ikke i risiko (24-30 poeng), i risiko for underernæring (17-23,5 poeng) eller underernært (<17 poeng) (17). Bare pasienter med MNA-skår lavere enn 23,5 ble inkludert i studien. Alle pasienter ble screenet for ernæringsmessig risiko ved innkomst. Utylling av MNA i papirform ble gjennomført av doktorgradsstipendiaten etter at pasienten hadde gitt samtykke til å delta i studien.

Journalssystemets oppbygging

Fokuset i denne studien var sykepleiedokumentasjonen. I korte trekk består denne av innkomstnotat, behandlingsplan, daglig rapport og sykepleie-sammenfatning. Resultatene i denne studien er derfor kun basert på dette. Innkomstnotatet gir informasjon om kontaktårsak, pasi-

entens helsehistorie og eventuelle overfølsomheter. Deretter følger et område hvor det er mulighet til å beskrive pasientens tilstand, blant annet «ernæring, væske og elektrolyttbalanse», samt høyde, vekt, BMI og ernæringsmessig risiko. Under området for behandlingsplan er det ikke spesifisert at mål og tiltak skal dokumenteres og området gjelder ikke bare ernæring, men alle helseaspekter hos pasienten. Daglige rapporter er skrevet i fritekst og inneholder derfor ikke faste punkter relatert til ernæring. Til slutt i sykepleiejournalen finner man sykepleie-sammenfatningen som er bygd opp på samme måte som innkomstnotatet og oppsummerer sykehusoppholdet.

Journalgranskings-skjemaet

Skjemaet som ble brukt for å vurdere innholdet i sykepleie-

journalene bygger på en norsk versjon (N-Catch) av journalgranskingsinstrumentet D-Catch (18, 19). Skjemaet ble bearbejdet for å vurdere ernæringsdokumentasjon av Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester ved Kari Annette Os (Figur 1). Journalgranskingskjemaet for ernæringsinformasjon har ikke tidligere gjennomgått validitets- og reliabilitetstesting, men var 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, med utgangspunkt i kriterier for innhold i journal i henhold til «Journalforskriften» og «Veileder for sykepleiedokumentasjon» utgitt av Norsk Sykepleierforbunds forum for IKT og Dokumentasjon (8, 16). Hvert av områdene blir vur-

Figur 1 Journalgranskingskjemaet



Skjema 1: Vurderingsskjema - Journalgjennomgang – ernæring

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				



dert med en poengskala fra 0 til 2. 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 (5).

Områdene i journalgranskningsskjemaet samsvarer ikke med de ulike punktene i sykepleiejournalen. Under «Kartlegging» ser man på om vekt er registrert i innkomstnotatet eller andre steder i sykepleiejournalen. I tillegg vurderes det om sykepleiesammenfatningen gir et oppdatert bilde av pasientens behov og ressurser i forhold til ernæring. Området «Ressurser» skal gi et bilde av pasientens ernæringsproblem og kan for eksempel være om pasienten er i stand til å spise selv, om han/hun har svelgeproblemer eller nedsatt matlyst. «Mål» og «Tiltak» handler om at det skal være oppført klare mål for ernæringsoppfølgingen under sykehusoppholdet og at tiltakene skal være begrunnet og knyttet opp mot målene. Området «Rapport» omfatter de daglige rapportene med sykepleiernes observasjoner av pasientens helsestilstand. Dette kan for eksempel være kommentarer om at pasienten har spist eller drukket lite.

Datainnsamling

Granskningen ble gjennomført av første- og andreforfatter som på dette tidspunktet var masterstudenter i samfunns ernæring. I forkant av granskningen ble sykepleiejournalene anonymisert, og journalgranskningsskjemaet ble gjennomgått i fellesskap for å sikre at begge granskerne oppfattet instrumentet likt. Deretter ble sykepleiejournalene gransket og hver gransker ga egne skårer, for

deretter å komme fram til én totalskår per pasientjournal. Dersom granskernes totalskår varierte med opptil 1 poeng, ble det regnet ut et gjennomsnitt av skårer for hvert område og deretter gitt en totalskår. Dersom granskernes totalskårer varierte med mer enn 1 poeng ble alle enkeltskårer diskutert, og deretter justert i henhold til konsensus. De separate skåreverdiene, altså skårene den enkelte gransker kom frem til individuelt før justering til felles skåreverdi, ble senere brukt i reliabilitetsanalysen. Tiden det tok å gjennomføre hver journalgranskning ble registrert for å kunne beregne gjennomsnittlig granskningstid.

En måned senere ble den samme prosedyren gjentatt for å gjennomføre en test-retest av samsvaret mellom granskernes individuelle skårer på to ulike tidspunkt.

Dataanalyse

De statistiske analysene ble gjennomført i SPSS versjon 23. Det ble gjort en inter-rater reliabilitetstest av totalskårene for å beregne samsvaret mellom granskernes skårer for hver sykepleiejournal (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), og er benyttet i denne studien. Her tolkes verdiene slik: <0,00 = dårlig, 0,00-0,20 = svak, 0,21-0,40 = i noen grad, 0,41-0,60 = moderat, 0,61-0,80 = betydelig, 0,81-1,00 = tilnærmet perfekt (23). Test-retest reliabiliteten ble beregnet ved hjelp av Spearmans korrelasjonskoeffisient, som er et ikke-parametrisk mål for korrelasjon (23), og angis som et tall mellom -1 og +1 (24).

Det ble gjennomført ikke-parametriske tester ettersom data-

grunnlaget ikke var stort nok for å gjennomføre parametriske tester (23).

Etiske betraktninger

Studien inngikk som en del av et doktorgradsprosjekt som allerede var godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), og samtykke om deltagelse var innhentet. Det ble sendt søknad om utvidelse av prosjektet for denne studien, som ble godkjent av REK 3. oktober 2017. Prosjektet ble også godkjent av Personvernombudet (PVO) ved sykehuset. Det ble innhentet særskilt samtykke fra PVO for innsyn i sykepleiejournal.

Resultat

Bakgrunnsdata

Åtte av 15 pasienter ga samtykke til innsyn i sykepleiejournal. Årsakene til manglende samtykke var død, forverring av helsestilstand eller at de ikke ønsket å delta. Blant de åtte pasientene som samtykket var det fem kvinner og tre menn. Den gjennomsnittlige alderen var 85,1 år.

Tabell 2 viser en oversikt over pasientenes MNA-skår. Fra tabellen

Tabell 2. 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



Tabell 3. Granskernes separate skåreverdier

	Kartlegging, gransker 1 / gransker 2	Ressurs, gransker 1 / gransker 2	Mål, gransker 1 / gransker 2	Tiltak, gransker 1 / gransker 2	Rapport, gransker 1 / gransker 2	Totalskår, gransker 1 / gransker 2
Pasient 1	2 / 2	1 / 1	0 / 0	1 / 1	1 / 1	5 / 6
Pasient 2	2 / 2	1 / 1	0 / 0	0 / 0	0 / 1	3 / 4
Pasient 3	2 / 3	2 / 2	0 / 2	1 / 2	2 / 2	7 / 11
Pasient 4	4 / 4	1 / 1	0 / 0	0 / 0	0 / 0	5 / 5
Pasient 5	2 / 3	1 / 1	0 / 0	0 / 0	1 / 2	4 / 6
Pasient 6	3 / 3	2 / 2	2 / 1	2 / 2	0 / 1	9 / 9
Pasient 7	2 / 2	1 / 1	0 / 0	0 / 1	2 / 2	5 / 6
Pasient 8	3 / 4	1 / 1	0 / 0	0 / 0	2 / 1	6 / 6

fremkommer at to av pasientene var kategorisert som underernærte, mens de resterende seks var kategorisert som i risiko for underernæring.

Resultat fra journalgranskningen

Hver journalgranskning tok i gjennomsnitt 14 minutter. Den maksimale poengsummen det var mulig å oppnå ved hjelp av journalgranskningsskjemaet var 14 poeng,

men kun to sykepleiejournaler oppnådde totalskår høyere enn sju. Totalskåren for alle sykepleiejournalene hadde en median på 5,8. Resultatene indikerte at området kartlegging var dekket best (Tabell 4). 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 sykepleiejournalen, og den var sjelden registrert

under punktet «Ernæring-, væske- og elektrolyttbalanse» i kartleggingsnotatet. Området mål var det området som var dårligst dekket. Sykepleiejournalen hadde ikke et spesielt sted hvor dette kunne skrives, og sykepleieren måtte selv velge å inkludere det i sykepleiejournalen. I tillegg fremkom ofte målene som uspesifikke og lite utfyllende. Et eksempel på et mål fra en sykepleiejournal var: «Ha tilfredsstillende ernæringsstatus».

Tabell 4. Granskernes 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	0	1	1	5
Pasient 2	2	1	0	0	0,5	3,5
Pasient 3	2,5	2	2	1,5	2	10
Pasient 4	4	1	0	0	0	5
Pasient 5	2,5	1	0	0	1,5	5
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	0,3	1,3	5,8



Også når det gjaldt områdene ressurs og tiltak manglet det klare beskrivelser av dette i sykepleiejournalen. Man måtte ofte lese hele sykepleiejournalen for å få et bilde av pasientens ernæringsproblem. Disse områdene var som oftest inkludert i behandlingsplanen, men bare et fåtall av sykepleiejournalene hadde en slik plan. Behandlingsplanen bestod av svært korte punkter. Et eksempel på dette var: «Håndtering av ernæring - gi mellommåltider – næringsdrikke».

Ingen av sykepleiejournalene var i nærheten av å få full poengskår på området rapport. Som regel inneholdt sykepleiejournalen kun en rapport per dag, der lite omhandlet ernæring. Et eksempel på dette var: «Har spist en brødskive». 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 utskriften av sykepleiejournalen, som for eksempel «Spist og drikket i kveld, se kostreg».

Reliabilitetstesting

Tabell 5 viser at det varierte fra i noen grad til betydelig samsvar mellom granskeres individuelle skåreverdi for områdene i journalgranskningskjemaet (22). Området *ressurs* kom best ut med en Cohens Kappa verdi på 0,7, som

Tabell 5. Inter-rater reliabilitetstest for samsvar mellom granskeres skårer. Kappa-verdiene vurderes slik: <0,00 = dårlig, 0,00-0,20 = svak, 0,21-0,40 = i noen grad, 0,41-0,60 = moderat, 0,61-0,80 = betydelig, 0,81-1,00 = tilnærmet perfekt (22).

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

regnes som betydelig, mens området mål kom dårligst ut med en Cohens Kappa verdi på 0,2. Som vist i tabell 6 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 0,5.

Diskusjon

Studien avdekket betydelige mangler i den ernæringsrelaterte sykepleiedokumentasjonen. I granskningen ble medianen av sykepleiejournalenes totalskår beregnet til å være 5,8, som er lavt med tanke på at den høyest oppnåelige totalskåren er 14. Kartlegging var det området som kom best ut, mens mål for ernæringstiltak var det området som kom dårligst ut. Det varierte hvor mye som var skrevet om ernæring i sykepleiejournalen, men informasjonen var

generelt lite utfyllende og det var utfordrende å få et helhetlig bilde av pasientens utfordringer.

Det at alle pasientene inkludert i studien allerede var identifisert til å være underernært eller i risiko for underernæring, må ses på som en styrke da det setter klare føringer for ernæringsarbeidet (6). Av den grunn ville det være naturlig å forvente at ernæringsdokumentasjonen i sykepleiejournalene skulle holdt høyere standard og vært i tråd med anbefalingene fra Helsedirektoratet (6, 25). På bakgrunn av dette var den lave totalskåren for sykepleiejournalene bekymringsfull, og en indikasjon på at dagens dokumentasjonspraksis ved sykehuset ikke er god nok. Dette er i tråd med flere andre studier som også har vist betydelige mangler i sykepleiedokumentasjonen (12, 19, 26-28). Det er

Tabell 6. Samsvar for hver av granskerne med en måneds mellomrom. 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).

	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 (Spearman's rho)



foreslått at noe av dette kan skyldes manglende kjennskap til de nasjonale faglige retningslinjene og screeningverktøy for å oppdage personer i ernæringsmessig risiko blant helsepersonell (10, 12). På avdelingen der dataene til denne studien ble innhentet, hadde de imidlertid nylig hatt et prosjekt for å implementere screening av ernæringsmessig risiko. De skulle derfor hatt kjennskap til retningslinjene, men til tross for dette fremsto dokumentasjonen som mangelfull. Det er likevel viktig å understreke at avdelingen fortsatt var i en tidlig fase i prosessen med implementeringen av nye rutiner, og at slik arbeid tar tid (29).

Med tanke på at journalen skal gi en oversikt over pleien som faktisk er gitt pasienten (30), kan man stille spørsmål ved om funnet bare er et uttrykk for mangelfull dokumentasjon eller om rutinene knyttet til ernæringsomsorgen også er mangelfulle. Ifølge Helsedirektoratet skal det utarbeides individuelle ernæringsplaner for alle personer i ernæringsmessig risiko, som skal dokumentere pasientens ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak (6). I denne granskningen var det ikke et eget punkt i sykepleiejournalen som het ernæringsplan, men hos de pasientene som hadde det inngikk dette i behandlingsplanen. Det var et fåtall av pasientene som hadde en slik behandlingsplan inkludert i sykepleiejournalen. Siden alle pasienter som inngikk i granskningen enten var underernærte eller i risiko for underernæring indikerer dette at de nasjonale faglige retningslinjene, som sier at alle pasienter i risiko skal ha en individuell ernæringsplan, ikke ble fulgt opp.

Det var stor variasjon i hvor områdene *mål* for ernæringsbe-

handling og *tiltak* var beskrevet. Der dette fremkom var det enten i behandlingsplan eller i tilleggsnotat fra klinisk ernæringsfysiolog. Målene og tiltakene var 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 (28). 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 (11). I de tilfellene der klinisk ernæringsfysiolog hadde vært involvert fremsto sykepleiejournalene som mer utfyllende når det kom til *tiltak*, *mål* og *ressurser*. Dette kan indikere at det kan være en fordel å involvere klinisk ernæringsfysiolog for å bevisstgjøre sykepleierne på viktigheten av gode rutiner knyttet til ernæring.

Det kan ikke utelukkes at man i en sykehussituasjon har mer fokus på medisinske og akutte tiltak, og at det kan 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 derfor vil være viktigere å følge med på utviklingen i ernæringsstatus. Det er likevel viktig at pasienter i risiko for underernæring og underernærte blir oppdaget på sykehuset, slik at det kan settes i gang tiltak for å unngå at situasjonen forverres. Det er betenkelig at såpass få av pasientene hadde oppført klare mål og tiltak, til tross for at alle var i ernæringsmessig risiko. Dersom pasienter som er i risiko ikke blir fulgt opp i henhold til de nasjo-

nale faglige retningslinjene, mister screeningen for ernæringsmessig risiko sin nytteverdi. Det er også viktig at ernæringsinformasjon dokumenteres slik at dette kan sendes med pasienten ved utskrivelse, som anbefalt i de nasjonale faglige retningslinjene (6).

Utvalget av åtte sykepleiejournaler er lite og resultatene kan derfor ikke generaliseres. Vi har heller ikke undersøkt om ernæringsrelatert informasjon var ført andre steder i pasientens journal for eksempel i legejournalen. Sykepleierne kan ha vurdert det som at informasjon oppført andre steder ikke var nødvendig å gjenta i sykepleiedokumentasjonen.

Det er imidlertid en styrke at sykepleiejournalene vi hadde tilgang til tilhørte pasienter i ernæringsmessig risiko. Det innebærer at de ideelt skulle ha inneholdt informasjon om samtlige områder som ble vurdert ved hjelp av granskningsinstrumentet. 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 ifra den enkeltes personlige tolkninger og kan dermed variere fra person til person, og over tid. Det er derfor en styrke at granskerens individuelle verdier ble slått sammen i henhold til konsensus, da dette gir et mer objektivt mål. Inter-rater reliabilitetstesten viste varierende samsvar mellom granskerne. Dette kan tyde på at journalgranskningsskjemaet bør videreutvikles noe før det eventuelt kan brukes i en større sammenheng. På den annen side, dersom man kun ser på granskerens separate skårer, kan man se at det i relativt stor grad var samsvar, med noen få avvik. De to områdene i journalgranskningsskjemaet som viste svakest samsvar mel-



lom granskerne var *Mål og Rapport*. Dette er ikke overraskende, da dette var to områder som ga relativt stort rom for individuelle tolkninger. Det noe varierende samsvaret mellom granskeres tolkninger vil imidlertid styrkes av resultatene fra test-retesten, som viste god korrelasjon i granskeres skårer over tid (24).

Testingen i denne studien kan være et steg i prosessen med å validere- og reliabilitetsteste skjemaet slik at dette i større grad kan benyttes i kvalitetssikring av ernæringsrelatert sykepleiedokumentasjon i fremtiden.

Konklusjon

Resultatene fra denne studien indikerer at ernæringsdokumentasjonen ved det aktuelle sykehuset ikke er tilstrekkelig i henhold til kriteriene i det benyttede journalgranskningsskjemaet. Ernæringsrelevant informasjon er i liten grad inkludert i sykepleiejournalen, og det som dokumenteres er ofte av lav kvalitet. Selv om vi i denne studien avdekket mangler i ernæringsdokumentasjonen, må resultatene benyttes med varsomhet, da det ikke er tilstrekkelig til å gi et generaliserbart bilde av ernæringsdokumentasjonen blant eldre på norske sykehus. Derimot kan denne studien være starten på et arbeid som bør videreføres for at man skal kunne trekke konklusjoner knyttet til ernæringsdokumentasjon ved norske sykehus.

Hovedbudskap:

- I henhold til kriteriene i det benyttede journalgranskningsskjemaet ble det avdekket betydelige mangler i den ernæringsrelaterte sykepleiedokumentasjonen.
- Da alle pasientene inkludert i studien allerede var identifisert til å være underernært eller i risiko for underernæring, ville det være naturlig å forvente at ernæringsdokumentasjonen skulle vært i tråd med Helsedirektoratets retningslinjer.
- Reliabilitetstesting av skjemaet viste *i noen grad* til *betydelig* samsvar mellom granskerne, og *moderat* til *sterkt* samsvar ved test-retest med en måneds mellomrom.

Referanser

1. Brown JE, Isaacs JS, Krinke, BU, et al. *Nutrition Through the Life Cycle*. 5. utg. Stamford: Cengage Learning; 2014
2. World Health Organization. *Elderly population* [Internett]. India: World Health Organization; Udatert [hentet 2019-04-08]. Tilgjengelig fra: http://www.searo.who.int/entity/health_situation_trends/data_chi/elderly-population/en/
3. Tangvik RJ, Tell GS, Guttormsen AB, et al. Nutritional risk profile in a university hospital population. *Clinical Nutrition*. 2015;34(4):705-11.
4. Eide HK, Šaltyte Benth J, Sortland K, et al. 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.
5. Mowe M, Bosaeus I, Rasmussen HH, et al. Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: a questionnaire based survey. *Clinical Nutrition*. 2006;25(3):524-32.
6. Guttormsen AB, Hensrud A, Irtun Ø, et al. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Oslo: Helsedirektoratet; 2010.
7. Helsepersonelloven. 1999. Lov om helsepersonell m.v. av 1999-07-02 nr 64
8. Forskrift om pasientjournal. 2000. Forskrift om pasientjournal 2000-12-21 nr 1385.
9. Nasjonalt råd for ernæring. *Sykdomsrelatert underernæring: Utfordringer, muligheter og anbefalinger*. Oslo: Nasjonalt råd for ernæring; 2017. IS-0611.
10. 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.
11. Alhaug J, Bjørnstad E, Ore S, Rai R, Lind J. Forprosjekt innen kvalitetsindikatorer for ernæring og legemiddelgjennomgang. Oslo: Helsedirektoratet; 2015. IS-2336.
12. 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).
13. 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.
14. Kårstad KÅ, Olsen NR, Sygnestvedt K, et al. Dokumentasjonen av ernæringspraksis i spesialisthelsetjenesten er mangelfull. *Sykepleien Forskning*. 2018; 13(72857).
15. Lode K, Juul H, Rossavik B, Vigeland E. Bedre opplæring gjorde at flere ble screenet for underernæring. *Sykepleien*. 2018; 106(74256).
16. Norsk Sykepleierforbunds forum for IKT og Dokumentasjon. *Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal*. Hamar: Norsk sykepleierforbund; 2007.
17. Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ, et al. The Mini Nutritional Assessment (MNA) and Its Use in Grading the Nutritional State of Elderly Patients. *Nutrition*. 1999;15(2): 116-22.



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):1388-400.
19. 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.
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. Helsedirektoratet. *Kosthåndboken: veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet; 2012.
26. Instefjord MH, Aasekjaer K, Espehaug B, Graverholt B. Assessment of quality in psychiatric nursing documentation - a clinical audit. *BMC Nursing*. 2014;13(1).
27. 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.
28. Karlsen R, Johnsen K. Strammere journalføring gir bedre pasientoppfølging. *Sykepleien*. 2018.
29. Beck AM, Balknäs UN, Fürst P, 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.
30. Ehnfors M, Ehrenberg A, Thorell-Ekstrand I. *Nye VIPS-boken: velvære, integritet, profylakse, sikkerhet*. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2015.