



UiO • Universitetet i Oslo

Ernæringsoppfølging til hjemmeboende eldre

Tilrettelegging av organisatoriske og faglige tiltak for å øke kvaliteten på dokumentasjonen knyttet til ernæringsoppfølging av hjemmeboende eldre – en litteraturstudie.

Elen-Kristine Hekne

Masteroppgave i avansert geriatrisk sykepleie

30 studiepoeng

Institutt for helse og samfunn

Avdeling for sykepleievitenskap

UNIVERSITETET I OSLO

Dato: 11.05.2022



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for helse og samfunn, Avdeling for
sykepleievitenskap.
Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Elen-Kristine Hekne	Dato: 11.05.2022
Tittel og undertittel: Ernæringsoppfølging av hjemmeboende eldre «Tilrettelegging av organisatoriske og faglige tiltak for å øke kvaliteten på dokumentasjonen knyttet til ernæringsoppfølging av hjemmeboende eldre – en litteraturstudie».	
Sammendrag: Bakgrunn: Underernæring hos eldre er utfordrende og komplekst og er assosiert med alvorlig funksjonssvikt. Helsedirektoratet har utarbeidet nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, men til tross for føringene er underernæring, samt årsakene til ernæringsrelaterte problemer dårlig identifisert. Ernæringsoppfølging må baseres på en systematisk vurdering som har fokus på sentrale faktorer som bidrar å identifisere sentrale faktorer som kan forebygge ernæringssvikt hos eldre. Det er viktig med god dokumentasjon for å overvåke og evaluere relevante tiltak, men dagens dokumentasjonspraksis relatert til ernæring har behov for økt fokus. Primærhelsetjenesten står overfor utfordringer knyttet til mangel på ensartet og systematisk kommunikasjon, som omfatter journalført dokumentasjon, det som blir verbalt artikulert og terminologiene som brukes Hensikt: Hensikten med denne studien var å identifisere ulike faktorer som kan være årsaken til mangelfull dokumentasjon og påfølgende sviktende ernæringsoppfølging. Hensikten var også å identifisere faglige og organisatoriske tiltak som kan bidra til å øke kvaliteten på dokumentasjon knyttet til ernæringsoppfølging hos hjemmeboende eldre. Metode: En litteraturstudie som tar utgangspunkt i eksisterende forskningslitteratur om dokumentasjonspraksis knyttet til ernæringsarbeid. Et systematisk litteratursøk ble gjennomført og de utvalgte artiklene ble tematisk analysert etter Braun & Clarke sin metode. Resultat: Dokumentasjonen relatert til ernæring ble ansett som mangelfull og ustrukturert. I den grad ernæringskartlegginger ble utført ga dokumentasjonen lite føringer for videre behandling. Manglende kunnskap om ernæring og rutiner ga få forutsetninger for å kunne utføre ernæringsarbeid i tråd med nasjonale anbefalinger. Årsakene til sviktende ernæringsoppfølging var sammensatte og ble påvirket av både organisatoriske rammer og sykepleierens egne barrierer. Konklusjon: Det var et gap mellom anbefalt og faktisk ernæringspraksis. Ernæringsarbeidet ble basert på ansattes kliniske vurderinger. Utførelsen av god ernæringspraksis ble utfordret av manglende kunnskap og rutiner, komplekse journalsystemer og et stadig større krav til effektivitet. Ledelsesforankring viste seg å være en viktig forutsetning for å tilrettelegge for viktige tiltak som kan øke kvaliteten på dokumentasjonen og følgelig ernæringsoppfølgingen som gis til hjemmeboende eldre.	
Nøkkelord: Ernæring, Ernæringsoppfølging, dokumentasjon, primærhelsetjenesten, hjemmeboende eldre	



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for helse og samfunn, Avdeling for
sykepleievitenskap.
Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

Name: Elen-Kristine Hekne	Date: 16.05.2022
Title and subtitle: Nutrition Follow-up of elderly people living at home "Facilitation of organizational and professional measures to increase the quality of the documentation related to nutritional follow-up of elderly people living at home - a literature review"	
Abstract: Background: Malnutrition in the elderly is challenging and complex and is associated with severe dysfunction. The Norwegian Directorate of Health has published national professional guidelines for the prevention and treatment of malnutrition, but despite the guidelines, malnutrition and the causes of nutrition-related problems are poorly identified. Nutritional follow-up must be based on a systematic assessment that focuses on key factors that help to identify key factors that can prevent malnutrition in the elderly. Sufficient documentation is important for monitoring and relevant measures, but current documentation practice related to nutrition needs increased focus. The primary health care service faces challenges related to the lack of uniform and systematic communication, which includes recorded documentation, what is verbally articulated, and the terminology used Objective: The purpose of this study was to identify various factors that may be the cause of inadequate documentation and failing nutritional follow-up. The purpose was also to identify professional and organizational measures that can contribute to increasing the quality of documentation related to nutritional follow-up in elderly people living at home. Method: A literature review based on existing research literature on documentation practices related to nutrition work. A systematic literature search was conducted, and the selected articles were thematically analyzed thematically according to Braun & Clarke's method. Result: The documentation related to nutrition was considered deficient and unstructured. To the extent that nutritional surveys were performed, the documentation provided little guidance for further treatment. Lack of knowledge about nutrition and routines provided few prerequisites for being able to perform nutrition work in line with national recommendations. The reasons for failing nutritional follow-up were complex and were influenced by both the organizational framework and the nurse's own barriers. Conclusion: There was a gap between recommended and actual nutritional practices. The nutrition work was based on employees' clinical assessments. The implementation of good nutritional practice was challenged by a lack of knowledge and routines, complex medical record systems and an ever-increasing demand for efficiency. Management anchoring was an important prerequisite for facilitating important measures that could increase the quality of the documentation and consequently the nutritional follow-up that is given to elderly people living at home.	
Keywords: Nutrition, nutritional follow-up, documentation, primary health care, home-dwelling elderly	

Forord.

Mitt engasjement for eldre mennesker ble dannet av min fantastiske bestefar og hans søsken, deres fortellinger om livet og hvordan livserfaringer på godt og vondt formet de til å bli de menneskene de var, har alltid fasinert meg. De er grunnen til at jeg nå skriver mine siste ord som student i avansert geriatrisk sykepleie. Det har vært fire givende og lærerike år som avsluttes med tidenes styrkeprøve.

Arbeidet med masteroppgaven har vært en krevende og givende prosess som har blitt kombinert med foreldrepermisjon. Nå som oppgaven er ferdig er det flere som fortjener en takk. Jeg vil først og fremst takke mine kunnskapsrike og tålmodige veiledere, Hilde Wøien og Ellen Gabrielsen Hjelle som har veiledet meg gjennom prosessen med gode og konstruktive tilbakemeldinger og ikke minst gode diskusjoner. Jeg vil også takke mine medstudenter for en fantastisk studietid og for motiverende og støttende samtaler nå under tiden med oppgaveskriving.

Jeg vil takke Lillestrøm kommune, tidligere Skedsmo kommune som har gitt støtte til utdanning. Takk til seksjonsledere Hege Strand og Heidi Pronstad for tilrettelegging gjennom studietiden.

Til slutt vil jeg gi en stor takk til venner og familie for støtte og oppmuntring gjennom studietiden og spesielt nå det siste året. En stor takk til min kjære Kevin og våre barn for forståelse, støtte og motivasjon til å kunne fullføre arbeidet med masteroppgaven.

Neskollen, 11.05.2022

Elen-Kristine Hekne

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Hensikt	2
1.3	Problemstilling og forskningsspørsmål	2
1.4	Oppgavens disposisjon	3
2	Bakgrunn	4
2.1	Underernæring	4
2.2	Nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring	5
2.3	Faktorer som bidrar til sviktende ernæringsoppfølgning hos hjemmeboende eldre	5
2.4	Dokumentasjon	7
3	Metode	11
3.1	Design	11
3.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	11
3.3	Søkestrategi	12
3.4	Utvalg	13
3.5	Tematisk analyse	15
4	Resultater	18
4.1	Presentasjon av de inkluderte studiene	18
4.2	Analyseprosessen	30
4.3	Innholdet i dokumentasjonen som omhandler pasientens ernæringsstatus	32
4.3.1	I hvilken grad dokumenterer helsepersonell ernæringsparametre?	32
4.3.2	Dokumentasjon av selve matinntaket og pasientens behov for tilrettelegging – gir det grunnlag for oppfølging?	33
4.3.3	Viktigheten av å kartlegge faktorer som indirekte kan påvirke ernæringsstatusen.	33
4.4	Bruk av nasjonale anbefalinger i dagens praksis	34
4.4.1	Gir nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring økt kvalitet på ernæringsarbeidet og dokumentasjonspraksisen?	34

4.4.2	Blir pasientene screenet for ernæringsmessig risiko og i hvilken grad blir det dokumentert?.....	34
4.4.3	Individuell behandling – dokumentasjonen gir begrensede føringer for videre behandling.....	36
4.5	Barrierer for mangelfull dokumentasjon og kartlegging av ernæringsstatus	37
4.5.1	Brukerens autonomi og det private hjem som arbeidsplass.....	37
4.5.2	Tidspress, bemanningsutfordringer, holdninger og komplekse journalsystemer – gir dette hindringer for god dokumentasjonspraksis?	37
4.6	Betydningen av organisatoriske forhold for å ivareta pasientens behov for ernæring.....	39
4.6.1	Kunnskap, rutiner og holdninger for kartlegging av ernæringsstatus og dokumentasjon	39
4.6.2	Kommunikasjon og dokumentasjonspraksis mellom institusjoner	40
4.6.3	Støtte fra ledelsen.....	40
5	Diskusjon	42
5.1	Dokumentasjonen relatert til ernæring gjenspeiler at det fortsatt er et gap mellom anbefalt og faktisk ernæringspraksis	42
5.1.1	Individuell ernæringsplan	45
5.2	Hvorfor svikter dagens ernæringsoppfølging av hjemmeboende eldre? – hvilke betydninger har det for dokumentasjonens kvalitet?.....	47
5.2.1	Manglende kunnskap om ernæring og komplekse journalsystemer setter dokumentasjonens kvalitet på prøve.....	48
5.2.2	Hjemmesykepleiens organisatoriske rammer bidrar til at ernæringsarbeidet blir overlatt til tilfeldighetene	51
5.3	Faglige og organisatoriske tiltak som kan bidra til å øke kvaliteten på dokumentasjonen..	52
5.4	Relevans for klinisk praksis	56
5.5	Metodologiske betraktninger.....	56
6	Konklusjon.....	58
7	Litteraturliste.....	59

Oversikt over tabeller og figurer

Figur 1: PRISMA flytdiagram - utvalg av studier.....	14
Tabell 1 - Litteratormatrise	20
Tabell 2. Skjematisk fremstilling av hovedtemaer og undertemaer.....	31
Figur 2: Ernæringstrappen - modell for prioritering av ernæringstiltak.....	46
Figur 3: MST- Malnutrition Screening Tool.....	53

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Helsedirektoratet har utarbeidet nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (Helsedirektoratet, 2009), men til tross for disse føringene er feilernæring og underernæring, samt årsakene til ernæringsrelaterte problemer dårlig identifisert i primærhelsetjenesten (Kennelly et al., 2010). Helsetilsynet (2011) utførte i 2010 et tilsyn med kommunens sosial- og helsetjenester til eldre. I dette tilsynet ble blant annet kommunenes arbeid med å forebygge og behandle underernæring vurdert. Kravene som ble stilt til kommunene bygget på anbefalingene i nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. I 17 av 21 kommuner ble hjemmetjenestens tiltak på ernæringsområdet undersøkt, og det ble funnet lovbrudd i 14 av kommunene. Tilsynet fant at det var store mangler i det daglige arbeidet med å forebygge og behandle underernæring hos eldre. Funn i fra kommunene var at det ikke ble foretatt systematisk kartlegging og vurdering av ernæringsmessig risiko ved oppstart av hjemmesykepleie. Det ble ikke foretatt systematisk utredning og iverksetting av eventuelle tiltak for å forebygge og behandle underernæring der risiko for underernæring er identifisert. Som førte til at forutsetningene for å gjøre en systematisk evaluering og justering av iverksatte tiltak for forebygging og behandling ikke var tilstede. Tilsynet fant også at det kun var få kommuner som hadde skriftlige prosedyrer for ernæringsarbeid, men at de var mangelfulle og lite kjent for de ansatte i tjenesten. Dette ble også i liten grad fulgt opp av ledelsen (Helsetilsynet, 2011, pp. 31-32). I følge Helsetilsynet (2011) vil mye av ernæringsarbeidet bli overlatt til tilfeldighetene og hver enkelt ansatt når det ikke foreligger dokumentasjon og rutiner for hvordan brukere med ernæringsproblemer skal fanges opp.

Helsedirektoratet (2018) har utarbeidet nasjonalt kvalitetsindikatorssystem hvor oppfølging av ernæring hos hjemmeboende er en av indikatorene. Indikatoren viser hvor stor andel av eldre bruker over 67 år som mottar helsetjenester i hjemmet som har fått kartlagt sin ernæringsstatus i løpet av de siste 12 måneder. Resultatene fra 2020 viser at det var 18,0 prosent av hjemmeboende med helsetjenester i hjemmet som hadde blitt vurdert for ernæringsmessig risiko i løpet av de siste 12 månedene. Tallene viste også at 46,4 prosent ikke fikk kartlagt egen ernæringsstatus, og at det manglet rapportering om ernæringsmessig

oppfølgingen hos 28,5 prosent. Blant brukerne som fikk ernæringsstatusen vurdert var 36,3 prosent i risiko for underernæring og 44,2 prosent av disse fikk utarbeidet en ernæringsplan. Helsedirektoratet (2018) legger vekt på at resultatene må tolkes med forsiktighet når manglende rapportering fra kommunene kan ha ulike årsaker. Til tross for dette viser Helsetilsynet (2011) rapport og resultatene fra Helsedirektoratet (2018) at ernæringsoppfølging hos hjemmeboende eldre har et stort forbedringspotensial. Mangelfull dokumentasjon om kartlegging og vurdering av pasientens ernæringsstatus, vil gjøre det vanskelig å igangsette relevante tiltak samt utføre systematiske og jevnlige evalueringer av effekten av tiltakene som er igangsatt. Dette gir lite forutsetninger for å kunne gi pasientene god ernæringsoppfølging. Det er derfor viktig å se på hvordan organisatoriske og faglige tiltak kan tilrettelegges for å bidra til å øke kvaliteten på dokumentasjonen knyttet til ernæringsoppfølgingen som gis til hjemmeboende eldre.

1.2 Hensikt

Hensikten med denne studien er å identifisere ulike faktorer som kan være årsaken til mangelfull dokumentasjon og påfølgende sviktende ernæringsoppfølging. Hensikten er også å identifisere faglige og organisatoriske tiltak som kan bidra til å øke kvaliteten på dokumentasjon knyttet til ernæringsoppfølging hos hjemmeboende eldre.

1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål

«Tilrettelegging av organisatoriske og faglige tiltak for å øke kvaliteten på dokumentasjonen knyttet til ernæringsoppfølging av hjemmeboende eldre – en litteraturstudie»

Forskningsspørsmål:

1. Hvilke faktorer relatert til dokumentasjon av ernæring har betydning for kvaliteten på ernæringsoppfølgingen som gis til hjemmeboende eldre?
2. Hvilke organisatoriske og faglige tiltak kan bidra til økt kvalitet på dokumentasjonspraksisen knyttet til ernæringsoppfølgingen?

1.4 Oppgavens disposisjon

Etter innledningen følger en teoridel som presenteres i kapittel to, som tar for seg årsaker og konsekvenser av underernæring. Videre gis det en beskrivelse av nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Kapitlet avsluttes med å ta for seg faktorer som kan bidra til sviktende ernæringsoppfølging hos hjemmeboende eldre, samt dokumentasjonspraksis av ernæringsarbeid i primærhelsetjenesten. I kapittel tre beskrives og begrunnes valg av metode for å besvare studiens problemstilling og forskningsspørsmål, samt søkeprosess og utvalg av valgte artikler. Videre blir stegene i tematisk analyse av Braun and Clarke gjennomgått. I kapittel fire presenteres den endelige litteraturmatisen og den tematiske analysen av funnene fra de inkluderte artiklene. Studiens hensikt og problemstilling vil bli diskutert opp mot studiens funn og annen relevant litteratur i kapittel fem. Studiens begrensninger og klinisk relevans vil bli presentert før endelig konklusjon.

2 Bakgrunn

Forekomsten av underernæring og eldre i risiko for underernæring er høy, dette til tross for nasjonale retningslinjer, veiledere og rapporter. Ernæringsoppfølgingen som gis til hjemmeboende eldre svikter på mange områder og dokumentasjonen er mangelfull. I dette kapittelet presenteres utfordringene og kompleksiteten rundt underernæring. Videre vil det gis en kort presentasjon av innholdet i nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Kapittelet avsluttes med en redegjørelse om årsaker til sviktende ernæringsoppfølging og den mangelfulle dokumentasjon relatert til ernæring.

2.1 Underernæring

Underernæring hos eldre er utfordrende og kompleks, og er assosiert med alvorlig funksjonssvikt (Chareh et al., 2020; Hestevik et al., 2019a; Roberts et al., 2019; Volkert et al., 2019). Dårlig appetitt grunnet reduksjon i lukt- og smakssanser, nedsatt evne og motivasjon til å tilberede måltider, polyfarmasi, dårlig tannstatus, både kronisk og akutt sykdom er noen sentrale faktorer som kan forårsake underernæring hos hjemmeboende eldre i primærhelsetjenesten (Roberts et al., 2019). Ernæringsstatusen til eldre kan også påvirkes av miljøet de lever i, om de lever alene, tar vare på en syk ektefelle, om de har tilgang på butikker og den enkeltes økonomi (Roberts et al., 2019). I følge Chareh et al. (2020); Roberts et al. (2019) kan psykologiske faktorer og redusert kognitiv funksjon som ensomhet, demens og depresjon påvirke evnen og motivasjonen til å tilberede og spise måltider og som igjen vil ha en negativ innvirkning på ernæringsstatusen. Utvikling av demens, og/eller depresjon kan også være en årsak til underernæring, men også motsatt kan underernæring være en av de underliggende årsakene til utvikling av demens og depresjon hos eldre (Chareh et al., 2020; Roberts et al., 2019). Vekttap og sviktende ernæringsstatus kan også være det første symptomet på en rekke andre alvorlige sykdommer (Wyller, 2015). I følge Wyller (2015) kan eldre av og til merke lite til at de har utviklet KOLS eller hjertesvikt fordi de er lite aktive og derfor ikke utfordrer respirasjons- og sirkulasjonssystemet til å merke at noe er i veien. Hos disse pasientene kan vekttap være den første og eneste indikatoren på udiagnostiserte sykdommer. I tillegg kan en uoppdaget diabetes eller utvikling av nyresvikt være årsaker til vekttap og underernæring hos eldre (Mowe, 2002; Wyller, 2015). Underernæring gir negative utfall for pasientene i form av økt sykkelighet og dødelig, økt omsorgsbehov og

sykehusinnleggelse som gir økt belastning for omsorgspersoner og helsevesenet (Agarwal et al., 2013; Ramage-Morin et al., 2017). Dette beskriver kompleksiteten rundt ernæring og gir et bilde på hvorfor det er viktig å gi god ernæringsoppfølging til hjemmeboende eldre i primærhelsetjenesten.

2.2 Nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring

Det er utarbeidet nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring for både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2009). Målet med retningslinjene er at pasienter som er i ernæringsmessig risiko eller er underernærte skal bli identifisert, slik at målrettet ernæringsbehandling kan gis. Retningslinjene omfatter informasjon om årsaker, forekomst og konsekvenser av underernæring og effekten av ernæringsbehandling (Helsedirektoratet, 2009, p. 7). Retningslinjene anbefaler at alle personer som er innskrevet i hjemmesykepleien skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak og deretter månedlig, og viser til verktøy som kan benyttes for å identifisere ernæringsmessig risiko eller underernæring. Ut i fra skåren på ernæringskartleggingen anbefales det ulike faglige tiltak som omfatter ernæringsplan, utregning av energi- og væskebehov, registrering av mat- og drikke inntak og individrettede tiltak som skal forebygge og behandle underernæring. Det gjøres også rede for hvilke forutsetninger og prinsipper som må til for at dette skal kunne implementeres i de ulike helse- og omsorgstjenestene (Helsedirektoratet, 2009).

2.3 Faktorer som bidrar til sviktende ernæringsoppfølging hos hjemmeboende eldre

Ernæringsoppfølging innebærer mer enn å bare tilby pasienten mat og drikke. Oppfølgingen må baseres på en systematisk vurdering som har fokus på sentrale faktorer som bidrar til ernæringssvikt hos eldre, samt rutinemessig overvåking og evaluering av relevante tiltak som kan påvirke ernæringsstatusen er anbefalt i en rekke retningslinjer og anbefalinger (Helsedirektoratet, 2009; Håkonsen et al., 2019). Til tross for lovverk og nasjonale retningslinjer svikter dette i praksis og ernæringsarbeid for hjemmeboende eldre har som nevnt et stort forbedringspotensial (Helsetilsynet, 2011; Håkonsen et al., 2019; Kennelly et al., 2010). Håkonsen et al. (2019) hevder at omsorgen og behandlingen som gis i primærhelsetjenesten utfordres av mangel på å søke eller kreve forskjellig type evidensbasert forskning i den kliniske beslutningsprosessen. Helsepersonell bruker ofte kun sin egen og

kollegaers ekspertise i den kliniske beslutningsprosessen (Håkonsen et al., 2019). I studien til Håkonsen et al. (2019) viste funnene at helsepersonell har en ensidig oppfatning av hva ernæring er og henviser til det som en form for matsservering. De hadde lite kunnskap til eksisterende retningslinjer eller annen relevant forskning om ernæring slik at de hadde vanskeligheter med å forklare hvilke handlinger og tiltak som var passende i gitte situasjoner, samt forklare sammenhengen mellom observasjoner og intervensjoner. Håkonsen et al. (2019) fant også at i noen tilfeller skyldes manglende ernæringsoppfølging mangel på organisatorisk og klinisk ledelse der ernæringsoppfølging er definert som en prioritet i klinisk praksis. Det er ingen systematisk tilnærming til opplæring av ansatte og nyansatte i dokumentasjonssystemer eller i ernæringsfaglige retningslinjer. Dette resulterer i at helsepersonellet på samme arbeidsplass har en variert og inkonsekvens tilnærming til disse områdene i sitt daglige arbeid (Håkonsen et al., 2019). Lignende funn fant Helsetilsynet (2011) under sitt tilsyn. Det ble funnet at ledelsen i de aller fleste kommunene ikke hadde sørget for nødvendig kompetanse hos de ansatte og hadde heller ikke vurdert om det var behov for kompetanseheving. De ansatte hadde heller ikke mottatt opplæring i oppgaver de skulle utføre. Samt at det ikke var etablert undervisning eller andre arenaer for kunnskapsoverføring. Nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring var lite kjent eller ikke kjent i det hele tatt. Det var ikke gjort noe initiativ fra ledelsen til å gjennomgå retningslinjene eller gjøre de kjent for de ansatte. I følge Helsetilsynet (2011) vil ernæringsproblemer og andre uheldige konsekvenser fortsette og forsterkes når de ansatte ikke har nok kunnskap om ernæring. Dette kan føre til at tiltak som iverksettes ikke er riktige eller tilstrekkelige, og at brukerne med ernæringsproblemer ikke følges tett nok opp til at eventuelle tiltak vil ha effekt. Flere av studiene påpeker også at manglende opplæring i fysiologi, biologi og ernæringsbehov hos eldre er viktige faktorer som bidrar til sviktende ernæringsoppfølging (O'Connell et al., 2018; Watkinson-Powell et al., 2014). Flere studier finner også at gjentakende momenter som mangel på tid, ressurser og interesse for ernæringsarbeid er årsaker til sviktende ernæringsoppfølging (Chareh et al., 2020; Hestevik et al., 2019a; Håkonsen et al., 2019; O'Connell et al., 2018; Watkinson-Powell et al., 2014). Helsepersonell påpeker at det er liten tid til å gjennomføre grundig ernæringskartlegging og å følge opp eventuelle tiltak (Chareh et al., 2020; Hestevik et al., 2019a; Håkonsen et al., 2019; O'Connell et al., 2018; Watkinson-Powell et al., 2014). O'Connell et al. (2018) påpeker også i sin studie at flere sykepleiere anser ernæringsarbeid som en byrde, og at det ikke er vanskelig, men en oppgave det er lett å hoppe over fremfor andre mer spennende områder.

Håkonsen et al. (2019) påpeker i sin studie at organisasjonskulturer påvirker kvaliteten på omsorgen som gis. Det å utføre helsehjelp i private hjem kan by på spesielle utfordringer. Brukerens autonomi står sterkt i eget hjem og det kan være vanskelig for helsepersonellet å skulle gi råd og anbefalinger om hva brukerne skal gjøre eller hvordan de skal opptre i sitt eget hjem. Dette kan føre til at helsepersonellet trekker seg tilbake og unnlater å stille viktige spørsmål om brukernes ernæringsstatus. Helsepersonellet gir også uttrykk for at de anser seg selv som gjest i brukernes hjem og ikke som profesjonelle helsearbeidere som yter hjelp basert på kunnskap, ferdigheter og verdifull innsikt. Forskjeller i praksis og kvalitetsstandarder på tvers av miljøer i samme organisasjon og kommune påvirker kvaliteten på omsorgen som gis. Innenfor hjemmesykepleien og sykehjem er det store variasjoner i blant annet bruk av screeningverktøy for å vurdere ernæringsmessig risiko. Screeningverktøy som er nyttig å bruke på sykehjem blir ikke overført eller brukt i hjemmesykepleien til tross for at det er viktig i begge settingene. En av hjelpepleierne i studien forklarer at screeningverktøy ikke blir brukt i hjemmesykepleien, men på både sykehjem og sykehus fordi det er i disse settingene brukerne eventuelt blir undersøkt for ernæringsproblemer (Håkonsen et al., 2019, p. 9).

2.4 Dokumentasjon

I Helsepersonelloven (1999§§ 39-40) står det at den som yter helsehjelp, skal dokumentere relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen som gis. Opplysninger knyttet til undersøkelser, funn og behandling av ernæringsstatus kan være nødvendige opplysninger som skal nedtegnes i journal (Helsedirektoratet, 2009). I nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring legges det vekt på at dokumentasjon om ernæringsstatus er en nødvendig del av et klinisk undersøkelses- og behandlingstilbud. Samt at personer i ernæringsmessig risiko skal ha en individuell ernæringsplan med dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak. En forutsetning for å få til dette er at dokumentasjon om ernæringsstatus og – behandling skal implementeres i gjeldende dokumentasjonssystemer og videreføres når pasientene overføres til et annet omsorgsledd (Helsedirektoratet, 2009, pp. 8-9).

Til tross for dette finner Håkonsen et al. (2019) i sin studie at det er behov for økt fokus på dokumentasjon og hvordan en skal dokumentere for å sikre god ernæringsoppfølging. I følge Håkonsen et al. (2019) står primærhelsetjenesten ovenfor utfordringer knyttet til mangel på

ensartet og systematisk kommunikasjon. Dette omfatter både det som er rapportert i pasientens helsejournal, det som blir verbalt artikulert og terminologiene som brukes. Dokumentasjonen og den verbale artikuleringen karakteriseres av upresist klinisk språk i og på tvers av gruppene av helsepersonell. Et eksempel på dette kan være at den grunnleggende kliniske termen «tiltaksplan» blir misforstått og brukt på forskjellige måter av de ulike. En hjelpepleier i studien til Håkonsen et al. (2019) refererte til at «tiltaksplanen» finnes i pasientens hjem og at det kan være en lapp hvor en skriver hvordan og hva som skal gjøres, dette gjelder også tiltak i henhold til ernæring. En av sykepleierne forklarer at dette ikke er en tiltaksplan og at denne informasjonen ikke skal dokumenteres på lapper hjemme hos pasientene. Dette kan føre til feilkommunikasjon og dokumentasjon anses ikke å være den viktigste kilden for å kommunisere mellom helsepersonellgruppene. Dette forhindrer kontinuitet i omsorgen som gis og viktige elementer kan overses (Håkonsen et al., 2019).

Helsepersonellet i studien beskriver at dokumentasjon ikke anses som fordelaktig i den daglige omsorgen og behandlingen, men at dokumentasjon er viktig av juridiske grunner. De vektlegger at det er viktig for å kunne bekrefte at de har utført en tjeneste hos pasientene og for å unngå oppslag i media (Håkonsen et al., 2019). Helsepersonellet gir også uttrykk for at om de kun skal kommunisere gjennom pasientens journal vil de små detaljene og nyansene forsvinne. Observasjoner som har blitt gjort hos pasientene blir sjeldent dokumentert og det er tilfeldig om det blir i gang satt tiltak, dette avhenger av om pasienten har vært en del av den verbale kommunikasjonen mellom helsepersonell gruppene (Håkonsen et al., 2019). O'Connell et al. (2018) fant også i sin studie at det er utfordrende å følge opp pasientenes ernæringsbehov grunnet mangelfull dokumentasjon der muntlige beskjeder er mer styrende enn skriftlig dokumentasjon.

I følge Håkonsen et al. (2019) er helsepersonelllets manglende anerkjennelse av dokumentasjon som et nyttig verktøy, styrt av usikkerhet om hvordan og hvor man skal dokumentere relevant informasjon, observasjoner og tiltak om pasientens ernæringsstatus. Dette understreker at rutinene for dokumentasjon er tilfeldige, usammenhengende, mangler systematikk og at de er personavhengig. De mangelfulle dokumentasjonsrutinene påvirker muligheten til å fange opp endringer, sette inn riktige tiltak og evalueringen av de gitte tiltakene (Håkonsen et al., 2019). Helsetilsynet (2011) fant også under sine tilsyn at dokumentasjonen som omhandlet ernæring var svært mangelfull og usystematisk. Dokumentasjonen var spredd på ulike steder og i noen tilfeller ikke liggende i brukernes

journal. Ledelsen i de gjeldende kommunene hadde ikke gitt føringen for hva som skal dokumenteres eller hvor det skal dokumenteres. Dokumentasjonen bar preg av å være ufullstendig, funnene viser at det var opprettet et tiltaksområde om ernæring i flere av journalene, men at det ikke var beskrevet en plan med mål, tiltak og evalueringer. Mye av dokumentasjonen inneholdt observasjoner om ernæring, men manglet informasjon om vurderinger som er gjort, tiltak som er iverksatt og om videre oppfølging. Denne informasjonen kunne bli diskutert under rapport, men ble ikke rutinemessig dokumentert (Helsetilsynet, 2011). Helsetilsynet (2011) presiserer i sin rapport at det ofte er mange ansatte som er involvert når det settes i gang ernæringstiltak hos brukere med ernæringsproblemer og at det dokumentasjonen er viktig for å sikre at alle til enhver tid vet hvilke tiltak som er planlagt, gjennomført, evaluert eller justert. Om denne informasjonen ikke blir formidlet til alle de involverte er det stor fare for at hjelpen som gis avhenger av den enkelte ansatte og at effekten av eventuelle tiltak blir dårligere.

Ernæringsomsorg og dokumentasjon blir ansett som viktig og som en del av den daglige jobb hverdagen. Utførelsen av ernæringspleie og dokumentasjon av relevante observasjoner er anerkjent, men kvaliteten på pleien som gis er inkonsekvent og varierende, da den er personavhengig og styrt av den enkeltes interesse (Håkonsen et al., 2019). Et annet aspekt som kommer frem i studien til Håkonsen et al. (2019) at ulike holdninger og meninger om tidsbruk og dokumentasjon blant helsepersonellet. Sykepleierne mente at dokumentering av ernæringspleie var tidkrevende og tok fokuset vekk fra «de virkelige problemene», mens hjelpepleierne ville ha mer tid til å dokumentere og anså viktigheten av å sikre kontinuitet i omsorgen som ble gitt (Håkonsen et al., 2019, p. 8).

Dette bakgrunns kapitlet har gitt et innblikk i kompleksiteten rundt ernæring og hvilke negative utfall underernæring kan ha både for pasientene og helsetjenestene. Anbefalingene i nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring har blitt presentert. Tidspress, bemanningsutfordringer og interesse for ernæringsarbeid er bare noen få faktorer som bidrar til sviktende ernæringsoppfølging av hjemmeboende eldre. Lite fokus på kunnskapsbasert praksis og samhandling på tvers av helsepersonellgrupper og helsetjenester, mangel på organisatorisk og klinisk ledelse der ernæring er prioritert er store faktorer som hindrer ernæringsoppfølging av god kvalitet. Brukernes autonomi og det private hjem som arbeidsplass kan også by på utfordringer for helsepersonellet og i noen tilfeller hindre de i å utføre helsehjelp av god kvalitet. For å kunne gi hjemmeboende eldre ernæringsoppfølging av

god kvalitet er dokumentasjon avgjørende. Til tross for lovverk og anbefalinger til hva som skal dokumenteres er det store mangler og et område som har et stort forbedringspotensial.

3 Metode

I dette kapitlet presenteres litteraturgjennomgangen som metode, ved å beskrive planen for det strukturerte søket og utvalget av artiklene som skal presenteres i den endelige litteraturmatrisen. Utvalget baseres på studiens inklusjons- og eksklusjonskriteriers som vil bli presentert. Av de utvalgte artiklene vil det bli utført en tematisk analyse som presenteres i resultatkapitlet.

3.1 Design

For å besvare oppgavens hensikt om å identifisere ulike faktorer som er årsaken til mangelfull og usystematisk dokumentasjon og sviktende ernæringsoppfølgning i primærhelsetjenesten og belyse prosessen for hvordan tilrettelegge for faglige og organisatoriske tiltak som kan øke kvaliteten på dokumentasjonen knyttet til ernæringsoppfølgning som gis til hjemmeboende eldre, ble det gjennomført en litteraturgjennomgang som tar utgangspunkt i eksisterende forskningslitteratur om dokumentasjonspraksis knyttet til ernæringsarbeid. Målet er å kunne bidra med et grunnlag for dokumentasjonspraksis som et tiltak i arbeidet med å øke kvaliteten på ernæringsarbeidet som gis til hjemmeboende eldre. Litteraturgjennomgang som metode baserer seg på en systematisk tilnærming som innebærer å systematiske søke etter tilgjengelig litteratur, for deretter å vurdere og analysere relevant litteratur som kan besvare studiens problemstilling (Aveyard, 2019, p. 2). For å kunne besvare studiens problemstilling fra et bredere perspektiv er studier med både kvalitativ og kvantitativ tilnærming inkludert. Kvantitativ forskningslitteratur vil være nyttig for å belyse effekten av intervensjoner knyttet til å øke kvaliteten på dokumentasjonspraksis og ernæringsoppfølgingen. Samt for å kunne se sammenhenger mellom helsepersonellens rutiner, holdninger og kunnskapsnivå knyttet til dokumentasjon og ernæring (Aveyard, 2019, pp. 50-56). Kvalitativ forskningslitteratur er inkludert for å gi en dybdeforståelse av helsepersonellens opplevelser og erfaringer knyttet til dokumentasjon og ernæringsoppfølgning (Aveyard, 2019, pp. 60-61).

3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Titler og abstrakter ble nøye gjennomgått og for å sikre studienes relevans for å identifisere ulike faktorer som er årsaken til mangelfull dokumentasjon og sviktende ernæringsoppfølgning

i primærhelsetjenesten ble følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier satt: Studiene måtte omhandle geriatrike pasienter > 65år. Studiene må svare på hemmende og fremmende faktorer knyttet til dokumentasjon som er viktig for å kunne gi god ernæringsoppfølging. Siden det er lite forskning på dokumentasjonspraksis og ernæring fra primærhelsetjenesten er studier fra spesialisthelsetjenesten inkludert. Funnene i disse studiene er sammenlignbare med funn fra primærhelsetjenesten. Studier som omhandler spesifikke sykdommer og ernæring og studier fra spesifikke sykehusavdelinger er ekskludert når dette gir et begrenset bilde av dokumentasjonspraksisen knyttet til ernæring. Studier som omhandler sykepleierens erfaringer knyttet til dokumentasjonspraksis og ernæring i en overgang fra papirjournal til elektronisk journalsystem er ekskludert. For å sikre data av høy kvalitet er kun empiriske studier inkludert. For å sikre data av god relevans er studier eldre enn 20 år ekskludert. Denne grensen er satt basert på at praksis eldre enn 20 år kan avvike fra dagens praksis begrunnet med overgangen til elektronisk pasientjournal og innføring av nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (Helsedirektoratet, 2009). Det er kun skandinaviske og engelskspråklige studier tilgjengelig i fulltekst som er inkludert, studier med andre språk er ekskludert for å forhindre risikoen ved feil i oversettelsen.

3.3 Søkestrategi

Et systematisk søk i de elektroniske databasene PubMed, Cinahl, SveMed+ og Embase ble utført 27. september 2021. Database ble valgt når de anses å være de mest relevante databasene innen medisin og sykepleie til å kunne besvare oppgavens problemstilling. Søkestrategi og databasesøk ble gjort med veiledning fra bibliotekar ved medisinsk bibliotek via Zoom.

I PubMed ble søket gjennomført med søkeordene: (home care services [MeSH Terms] OR (home nursing [MeSH Terms]) OR (health services for the aged [MeSH Terms] OR (home health nursing [MeSH Terms] OR (primary health care [MeSH Terms] AND (documentation [MeSH Terms] OR (nursing records [MeSH Terms] OR (nursing documentation [Title/Abstract] AND (nutritional science [MeSH Terms] OR (nutritional status [MeSH Terms] OR (nutritional assessment [MeSH Terms] AND (malnutrition [MeSH Terms]

I CINAHL ble søket gjennomført med søkeordene: (MH "Nutrition+") OR (MH "Geriatric Nutrition") OR (MH "Nutritional Support+") OR (MH "Nutritional Assessment") OR (MH "Home Nutritional Support") OR (MH "Nutritional Status") AND (MH "Primary Health Care") AND (MH "Documentation+") OR (MH "Electronic Health Records+")

I Embase ble søket gjennomført med søkeordene: Aged OR elderly AND home care OR primary health care OR community care AND medical documentation OR documentation OR medical record OR electronic medical record OR nursing OR electronic health record AND nutritional status OR nutritional assessment OR nutrition

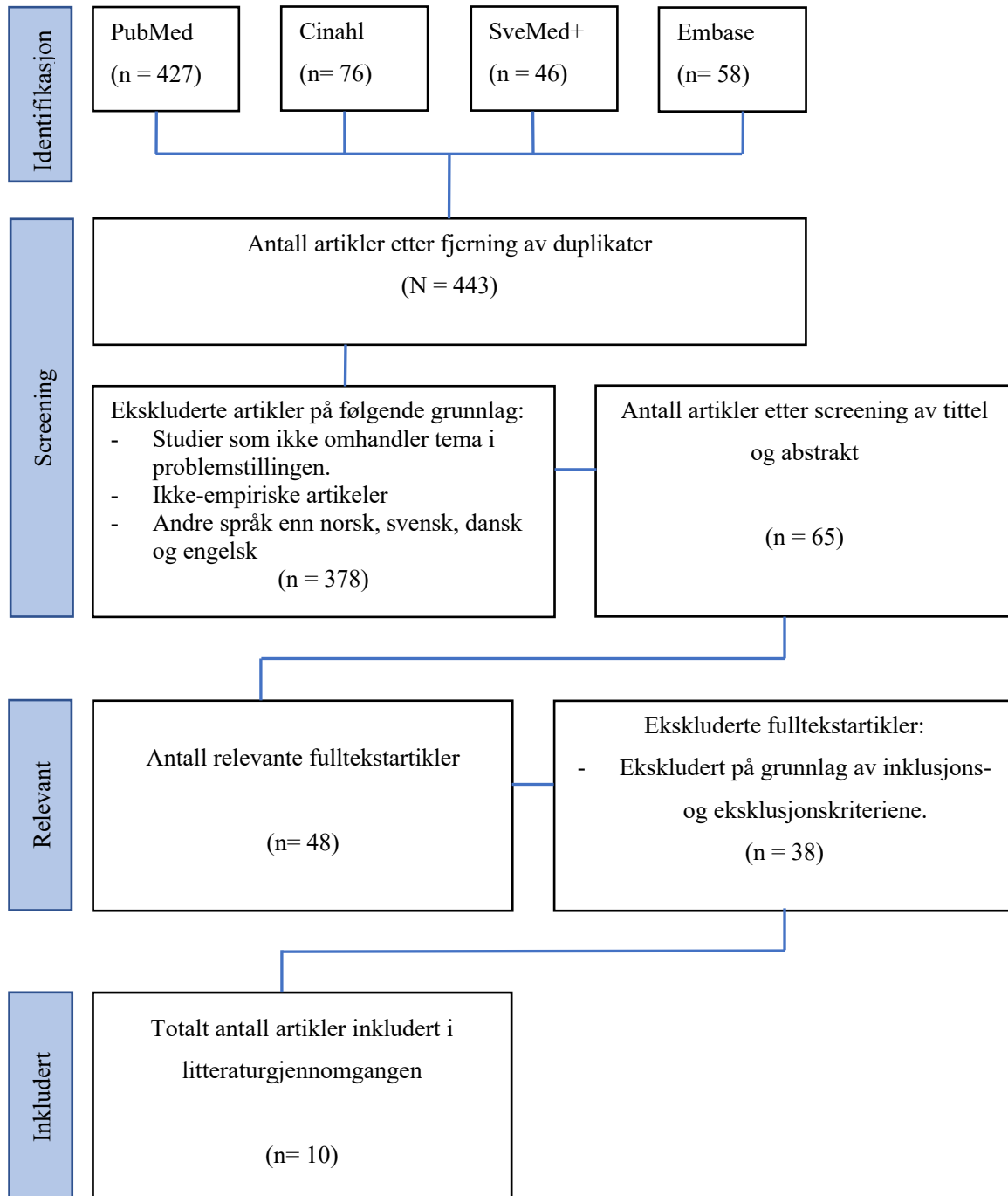
I SveMed + ble søket gjennomført med søkeordene: Nutritional assessment AND documentation AND aged AND malnutrition.

3.4 Utvalg

Søket ga totalt 607 artikler, etter at duplikater var fjernet ble de gjenværende referansene vurdert ved tittel og abstrakt. På dette tidspunktet ble også artikler på andre språk enn norsk, svensk, dansk og engelsk ekskludert. Protokoller og avisartikler ble ekskludert, samt artikler som åpenbart ikke var aktuelle for å svare på problemstillingen.

De resterende artiklene ble kritisk vurdert ved hjelp av fremgangsmåten fremstilt på Helsebibilotektet (2016). Som første ledd i kritisk vurdering ble spørsmålene «har artikkelen en klart formulert problemstilling»? og «er designet velegnet for å svare på problemstillingen»? benyttet. Etter denne gjennomgangen ble ytterligere artikler ekskludert. Referansene tilgjengelig i fulltekst ble vurdert opp mot oppgavens inklusjons- og eksklusjonskriterier. Kvalitetsvurderingen av de inkluderte artiklene ble gjennomført ved bruk av «sjekklister for å kritisk vurdere den metodiske kvaliteten» (Helsebibilotektet, 2016). Det ble brukt ulike sjekklister for de kvantitative og kvalitative artiklene. De kvalitative artiklene ble vurdert ut i fra om den valgte metoden var velegnet for å svare på studiens problemstilling, om studiene hadde en hensiktsmessig utvalgsstrategi og datainnsamling, samt hvordan analysen av materiale ble gjennomført. Videre ble det vurdert om resultatene var forståelige og kom tydelig frem i artikkelen (Aveyard, 2019, pp. 121-125). Det ble brukt sjekklister for å vurdere de kvantitative studienes validitet, om studiene faktisk måler det de

oppgir at de skal måle og studienes reabilitet, om studien gir nok informasjon til at forsøket kan gjentas (Aveyard, 2019, p. 113). Etter kvalitetsvurderingen ble 10 artikler inkludert i litteraturgjennomgangen. Utvalgsprosessen er strukturert fremstilt i PRISMA flytdiagram (Figur 1).



Figur 1: PRISMA flytdiagram - utvalg av studier

3.5 Tematisk analyse

For å identifisere hovedtrekkene i litteraturen på en systematisk måte har jeg benyttet Braun and Clarke (2006) sin metode for tematisk analyse som består av seks ulike faser. Tematisk analyse er en metode som kan benyttes for å identifisere, analysere og rapportere mønstre i kvalitative data (Clarke & Braun, 2017, p. 297). I følge Clarke and Braun (2013); (Clarke & Braun, 2017) passer tematisk analyse til et bredt spekter av forskning og teoretiske perspektiver. Metoden passer til en rekke forskningsspørsmål fra folks erfaringer til å kunne se konstruksjonen av spesielle fenomener og sammenhenger. Metoden ansees dermed som svært nyttig også i en litteraturgjennomgang i søken om å avdekke hva som hindrer helsepersonell i å gjennomføre ernæringsarbeid i tråd med gjeldende føringer og hvilke sammenhenger som gjør seg gjeldende når pasienten ikke blir tilfredsstillende ernært.

I forkant av selve analyseprosessen er det flere valg som må tas (Braun & Clarke, 2006). Det første er kodingen og hva som regnes som et tema i de resultatene som kommer frem i de 10 utvalgte artiklene og hvilket omfang et tema skal ha. I følge Braun and Clarke (2006) påvirker forfatterens dømmekraft valget og prosessen må være fleksibel, når stive regler fungerer dårlig. Det er dermed nødvendig å ha kjennskap til både temaet og konteksten, som i denne studien omfatter ernæring til eldre som mottar hjemmesykepleie. Når det skal dannes ulike temaer er det viktig å vurdere om temaene fanger opp noe essensielt som kan svare på studiens forskningsspørsmål mer enn at det er forekomsten av fenomener som avgjør hva som danner et tema. Det er også viktig å avgjøre om det skal gis en rik beskrivelse av hele datasettet eller om det skal gis en detaljert beskrivelse av et bestemt aspekt før analyseprosessen starter (Braun & Clarke, 2006). Det tredje valget som må tas er om analysen skal gjøres med en induktiv eller deduktiv tilnærming. Med en induktiv tilnærming tas det utgangspunkt i egne data for å danne et nytt konsept, forklaring, resultat eller teorier fra et bestemt datamateriale av en kvalitativ studie. Dette betyr at temaene som er identifisert er sterkt knyttet til selve dataene. (Patton, 1990, referert i Braun & Clarke, 2006). Prosessen innebærer å kode dataene uten å prøve å få de til å passe inn i en forhåndsbestemt koderamme eller med forskerens forutinntatthet eller interesser. Det motsatte av induktiv er deduktiv som er en teoretisk tilnærming som er mer drevet av forskerens forutinntatthet og interesser. Denne tilnærmingen gir ofte en begrensende beskrivelse av dataene generelt, men en mer detaljert analyse av enkelte aspekter ved dataene (Braun & Clarke, 2006). Det siste valget er å avgjøre

hvilket nivå en ønsker å danne temaene ut i fra, semantisk eller latent. En tematisk analyse kan bestå av begge nivåer eller en av dem. Semantiske koder og temaer tar kun for seg overflatebetydningen av dataene, forskeren går ikke i dybden av funnene, men forholder seg kun det som er skrevet eller utsagn fra deltakere. Ved analyse av latente koder og temaer dykker en ned i dybden for å tolke underliggende ideer, antakelser eller mønstre i dataene (Braun & Clarke, 2006).

For å identifisere hovedtrekkene i litteraturen på en systematisk måte har Braun and Clarke (2006) utarbeidet en metode for tematisk analyse som består av 6 ulike faser.

1. Gjøre seg kjent med datamaterialet:

Den første fasen omhandler å fordype seg i datasettet. Dette innebar gjentatt lesing av dataene på en aktiv måte, søke etter betydninger og mønstre i materialet. Det kan være lurt å ta notater eller merke ideer som en kan gå tilbake til i påfølgende fase om koding av dataene.

2. Koding av datamateriale:

I denne fasen går det ut på å kode interessante trekk ved dataene på en systematisk måte. En kode identifisere et trekk ved dataene som virker interessant for analytikeren. Potensielle temaer/mønstre ble identifisert og det ble utviklet en matrise over de 10 utvalgte artiklene som ga en oversikt over studiene. I tråd med Braun and Clarke (2006) sine anbefalinger ble omkringliggende data til kodene beholdt, slik at ikke konteksten gikk tapt.

3. Søke etter temaer:

Fasen startet når hele datasettet var kodet og samlet til en liste med forskjellige koder som hadde blitt identifisert på tvers av datasettet. Dette innebar å sortere de ulike kodene i potensielle temaer. Ved å analysere kodene ble det vurdert hvordan de kunne kombineres for å danne et overordnet tema. I denne fasen begynte også prosessen med å se forholdet mellom kodene, temaene og ulike nivåer av temaene. Fasen ble avsluttet med en samling av foreløpige hovedtemaer og undertemaer og alle kodene som passer i forhold til dem.

4. Gjennomgang av temaene:

I denne fasen ble temaene på gjennomgått på nytt for å sjekke kvaliteten. På denne måten kan det bli tydelig at noen av temaene ikke er temaer på bakgrunn av at de ikke har nok data å støtte seg på, eller om noen av temaene må deles opp eller slås sammen eller om noen av temaene må forkastes. Braun and Clarke (2006) presiserer at dataene innenfor temaene må henge sammen på en meningsfylt måte og at det bør være identifiserbare skiller mellom temaene. Temaene må også ses i sammenheng med hele datasettet, for å vurdere om noen av

utdragene måtte kodes om eller plasseres i andre temaer. Fasen ble avsluttet med at en kunne se hva de forskjellige temaene var, hvordan de passet sammen og den generelle historien de fortalte.

5. Definere og navngi temaer:

I denne fasen ble temaene som presenteres i analysen definert og avgrenset. Dette innebar å identifisere hva hvert tema handlet om og avgjøre hvilke aspekter av datasettet de ulike temaene tok for seg. For hvert tema ble det skrevet en detaljert analyse, i tillegg ble vurdert hvordan hver enkel analyse passet inn i den overordnede historien som dataene forteller basert studiens forskningsspørsmål. Det ble også identifisert om temaene inneholdt undertemaer.

Fasen ble avsluttet med temaene har fått titler og er tydelig definert.

6. Rapportere funn fra analysen:

Den siste fasen starter når en har et sett med temaer. Analysen skal gi en kortfattet, sammenhengende, ikke repeterende og interessant redegjørelse for historien dataene forteller innenfor og på tvers av temaer.

(Braun & Clarke, 2006; Clarke & Braun, 2013)

4 Resultater

I dette kapittelet presenteres studiene i litteraturgjennomgangen og endelig litteraturmatrikse. Den tematiske analysen av funnene fra de inkluderte artiklene presenteres i de identifiserte hovedtemaene med undertemaer.

4.1 Presentasjon av de inkluderte studiene

Alle de inkluderte studiene omhandler dokumentasjonspraksis knyttet til ernæringsoppfølging med ulike kvalitative og kvantitative metoder og design. Fire av studiene utforsker om dokumentasjons- og ernæringspraksisen samsvarer med kravene til nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring og om hvordan kvaliteten på arbeidet kan forbedres (Geurden et al., 2014; Hestevik. et al., 2019b; Kårstad et al., 2018; Meyer et al., 2017). Geurden et al. (2014) har undersøkt sykepleiernes registrering av ernæringsrelatert data og om dokumentasjon viser bruk av kunnskapsbaserte retningslinjer for underernæring. Kårstad et al. (2018) har kartlagt journaldata fra Haukeland universitetssykehus for å vurdere hvorvidt ernæringspraksisen samsvarte med anbefalingene i nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Meyer et al. (2017) utforsket hvordan ansatte i hjemmesykepleien fortolker og ivaretar faglig forsvarlig ernæringspraksis sett i lys av anbefalingene i nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Hestevik. et al. (2019b) gjennomførte et PAR-prosjekt (participatory action research) hvor målet var å utvikle og forbedre kvaliteten på ernæringspraksisen på en sykehjemsavdeling i henhold til nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring og om dette forbedret dokumentasjonen knyttet til ernæring.

Tre av studiene har sett på hva som blir dokumentert i henhold til ernæringsarbeid og hvordan relevant informasjon om pasientens ernæringsstatus blir formidlet mellom institusjoner. Samt hvilke holdninger, rutiner og kunnskap helsepersonell har til ernæring og dokumentasjon. Videre har det blitt sett på hva dokumentasjonen om ernæring bør inneholde for å kunne gi en god og presis fremstilling av pasientens ernæringsstatus (Geurden et al., 2014; Halvorsen et al., 2016; Håkonsen et al., 2018; Håkonsen et al., 2020). Halvorsen et al. (2016) har utforsket hvordan sykepleiere dokumentere ernæringsarbeid og behandling for eldre på sykehus og

hvordan sykepleiere formidler denne informasjon om pasientens ernæringsstatus når de skrives ut og flyttes tilbake til sykehjemmet. Håkonsen et al. (2018) har undersøkt hvilke rutiner, kunnskap og holdninger helsepersonell i primærhelsetjenesten har til ernæring og dokumentasjon. Håkonsen et al. (2020) har identifisert ulike dataelementer fra ulike screeningsverktøy som skal inkluderes i et minimum dataset for ernæring spesifikt for primærhelsetjenesten for å lette en standardisert tilnærming til dokumentasjon av ernæringspleie

De tre siste studiene har sett på hvordan helsepersonell vurderer pasientens ernæringsstatus og om de benytter seg av ulike verktøy og hvordan vurderingen blir dokumentert (Persenius et al., 2008; Wadas-Enright & King, 2015; Aagaard & Gröndahl, 2017). Persenius et al. (2008) har utforsket lederens og sykepleierens oppfatning av å vurdere pasientens ernæringsstatus og bruk av screeningverktøy, samt sykepleierens oppfatning av dokumentasjon i henhold til ernæring og fordeler og ulemper med en dokumentasjonsmodell. Wadas-Enright and King (2015) gjennomførte et prosjekt hvor målet var å vurdere ernæringsstatusen til eldre i primærhelsetjenesten ved å bruke et standardisert screeningsverktøy og om dette føre til at det ble igangsatt riktige tiltak hos pasienter som var i risiko for underernæring eller var underernærte. (Aagaard & Gröndahl, 2017) har utforsket hvilke rutiner faglige ledere og helsepersonell i hjemmesykepleien benytter for å vurdere pasientens ernæringsstatus. De inkluderte artiklene er presentert i en litteraturmatrise nedenfor (tabell 1). Deretter vil funnene bli presentert i de ulike temaene identifisert i den tematiske analysen.

Tabell 1 - Litteratormatrise

Forfatter(e), årstall, land og tidsskrift	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat og konklusjoner
<p>Forfatter(e): Geurden, B., Wouters, C., Franck, E., Weyler, J., Ysebaert, D.,</p> <p>Tittel: Does documentation in nursing records of nutritional screening on admission to hospital reflect the use of evidence-based practice guidelines for malnutrition?</p> <p>År: 2014</p> <p>Land: Belgia</p> <p>Tidsskrift: International journal of nursing knowledge</p>	<p>Målet med studien var å undersøke sykepleieres registrering av ernæringsrelaterte data fra voksne pasienter ved innleggelse på sengepost på et universitetssykehus og om avdelingen henviste til ernæringsfysiolog.</p>	<p>Kvantitativ studie med et tverrsnitt design. Det ble utført en retrospektiv analyse av data som var hentet inn i en periode på 3 uker for voksne som var innlagt i minst 3 dager. Det ble utført statistisk analyse av data. Dokumentasjon uttrykkes ved tall og prosenter av totalt antall sykepleiejournaler. Pasientkarakteristisk presenteres ved gjennomsnitt standardavvik og rekkevidde. Det ble utført kjikvadrattest for å bestemme om det var signifikant forskjell mellom journalene hentet fra de kirurgiske og ikke-kirurgiske avdelingene. Det ble også analysert om pasientkarakteristikk predikerer forskjellene mellom avdelingen i dokumentasjon av essensielle ernæringsparametre.</p>	<p>Sykepleiejournaler ble hentet fra 7 kirurgiske avdelinger og 8 ikke-kirurgiske avdelinger ved universitetssykehuset i Antwerpen. Avdelinger for intensiv, barn og barsel ble ekskludert. Totalt ble 506 sykepleiejournaler analysert. 50% av pasientene var menn (n= 253) og gjennomsnittsalderen for alle pasientene var 58,8 år.</p>	<p>Resultater: Vekt og høyde er kun dokumentert i få journaler, utregning av BMI i enda færre av journalene. Det er kun oppgitt i få journaler om pasientene har behov for assistanse til å spise og i hvilken grad de trenger bistand. Pasientens matinntak mønster blir sjeldent dokumentert og det er sjeldent kjent om pasienten har spesialkost. Dokumentasjon av ernæringsparametre er feilaktig utført, men at dokumentasjonen var bedre hos pasientene med kortere liggetid.</p> <p>Konklusjon: Ernæringsparametre er dårlig dokumentert i et stort antall journaler. Derfor er det sannsynlig å anta at pasientene ikke blir screenet for ernæringsmessig risiko ved innleggelse på sykehus som anbefales av evidensbaserte retningslinjer. Likevel anses sykepleiernes dokumentasjon av ernæringsparametre som essensielt for å kunne gi individuell ernæringspleie til pasientene.</p>

Forfatter(e), årstall, land og tidsskrift	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat og konklusjoner
<p>Forfatter(e): Halvorsen, K., Eide, H.K., Sortland, K., Almendingen, K.</p> <p>Tittel: Documentation and communication of nutritional care for elderly hospitalized patients: perspectives of nurses and undergraduate nurses in hospitals and nursing homes.</p> <p>År: 2016</p> <p>Land: Norge</p> <p>Tidsskrift: BMC Nursing</p>	<p>Målet med studien var å utforske hvordan sykepleiere dokumenterer ernæringsarbeid og behandling for eldre pasienter på sykehus og hvordan sykepleiere formidler informasjon om pasienters ernæringsstatus når de skrives ut og flyttes tilbake til sykehjemmet.</p>	<p>Kvalitativ studie ble utført ved å bruke et utforskende og deskriptivt design med en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming.</p> <p>Det ble utført en pilotstudie i 2012. I etterkant ble det utført fokusgruppeintervjuer. Sentrale temaer i intervjuguiden var erfaringer knyttet til hvordan dokumentasjon av ernæringsstatus og behandling ble gjennomført i sykehus og hvordan denne informasjonen ble kommunisert mellom sykehuset og de tilknyttede sykehjemmene.</p> <p>Dataene ble kodet i hovedtemaer og undertemaer og analysert i tre tolkningskontekster: selvforståelse, kritisk sunn fornuft forståelse og teoretisk forståelse.</p>	<p>Deltakere: 43 sykepleiere med ulik bakgrunn fra syv ulike sykehusavdelinger og fem sykehjem. På sykehus ble det utført fire fokusgruppe - intervjuer, hvor tre grupper besto av 4-6 deltaker og den siste gruppen hadde 2 deltakere. På sykehjemmet det gjennomført fem fokusgruppeintervjuer hvor hver gruppe bestod av 5-6 deltakere. Fokusgruppene av deltakere som representerte ulike avdelinger for å kunne gi brede perspektiver og berike diskusjonene. Alle som deltok, måtte ha jobbet i 50% stilling eller mer på samme avdeling i mer enn 3 måneder.</p>	<p>Resultater: Dokumentasjon av ernæringsstatus ved innleggelse i sykehus var utilstrekkelig og vilkårlig. Eldre ble sjeldent screenet for ernæringsmessig risiko, informasjon som vekt, appetitt og ernæringsbehov ble vilkårlig dokumentert. Mangelfull dokumentasjon om behandling eller forebyggende tiltak mot underernæring og få pasienter hadde behandlingsplan. Dokumentasjonen som fantes, var overfladisk og mangelfull. Barrierer for mangelfull dokumentasjon omhandlet tidspress, manglende kompetanse, korte sykehusopphold, et tungrodd dokumentasjons- system og lite interesse for ernæring. Formidling av informasjon mellom sykehus og sykehjem er en toveis gate og består av mangelfull dokumentasjon med dårlig kvalitet.</p> <p>Konklusjon: Dokumentasjon av ernæringsstatus og behandling var mangelfull under sykehusoppholdet. Dokumentasjon som omhandlet ernæringsstatus, ble sjeldent kommunisert mellom institusjonene. Mangelfull dokumentasjon fører til en negativ spiral som kan gi mange alvorlige konsekvenser for pasienten og samfunnet.</p>

Forfatter(e), årstall, land og tidsskrift	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat og konklusjoner
<p>Forfatter(e): Hestevik, C.H., Heyerdahl, E., Garaas, B.L., Sellevold, G.S., Molin, M</p> <p>Tittel: Improving documentation of nutritional care in a nursing home: an evaluation of a participatory action research project.</p> <p>År: 2019</p> <p>Land: Norge</p> <p>Tidsskrift: Geriatrics</p>	<p>Studien er en del av et PAR-prosjekt (participatory action research) hvor målet var å utvikle og forbedre kvaliteten på ernæringspraksis en på en sykehjemsavdeling i henhold til norske retningslinjer. Ernæringspraksisen ble evaluert før prosjektet og 5 måneder inn i prosjektet for å vurdere om det resulterte i forbedret dokumentasjon</p>	<p>Studien er en kvantitativ evaluering av et PAR-prosjekt med et pre-posttest design. Studien ble utført på en sykehjemsavdeling med 40 langtidsbeboere. Beboerne hadde høy alder, var kormorbide, inkludert demens.</p> <p>Intervensjon: forbedre helsepersonellens kompetanse på å vurdere ernæringsstatus, øke kvaliteten på ernæringspleien og dokumentere ernæringsinformasjon i journal gjennom prosjektmøter.</p> <p>Ernæringspraksisen ble evaluert ved undersøkelse av dokumentasjon relatert til ernæring hentet fra pasientenes journaler.</p> <p>Baseline- og oppfølgingsdata ble samlet inn samtidig. Ble samlet inn dokumentasjon fra 33 journaler ved baseline og 40 journaler ved oppfølging.</p>	<p>Deltakere: Helsepersonell som jobbet på den aktuelle sykehjemsavdelingen. Ved prosjektstart hadde avdelingen 31 faste ansatte (23 kvinner og menn) både sykepleiere og hjelpepleiere.</p>	<p>Resultater: Funnene viste at andelen beboere med dokumentert underernæring eller risiko for underernæring var 36,4% ved baseline og 27,5% ved oppfølging. Andelen av beboere med individuell ernæringsplan økte betydelig fra baseline til oppfølging. Samt at andelen med registrert kostinntak og registrert kostbehovsberegning, men ikke signifikant. Andelen beboere med registrert vekt- og vurdering av ernæringsstatus gikk betydelig ned fra baseline til oppfølging. Dokumentasjonen av ernæringspleie økte betydelig mellom baseline og oppfølging. Inkluderte dokumentasjon av matpreferanser, tilrettelegging av psykososialt miljø, tilrettelegging før og under måltider, samt dokumentasjon av tilpasset mat, beriking av mat</p> <p>Konklusjon: Studien viste at bruk av en PAR-tilnærming resulterte i positive endringer i dokumentasjon av ernæringspleie. For å kunne oppnå forbedringer i ernæringspraksis er det viktig å engasjere medarbeidere og ledere, spesielt for å opprettholde fokus over tid og dermed gjøre bærekraftige forbedringer i ernæringspraksis.</p>

Forfatter(e), årstall, land og tidsskrift	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat og konklusjoner
<p>Forfatter(e): Håkonsen, S.J., Pedersen, P.U., Bjerrum, M., Bygholm, A., Peters, M.D.J.</p> <p>Tittel: Speaking the same language: Development of a Nutrition Minimum Data Set for healthcare professionals in primary healthcare</p> <p>År: 2020</p> <p>Land: Danmark</p> <p>Tidsskrift: Health Informatics Journal</p>	<p>Målet med studien var å identifisere dataelementer som skal inkluderes i et minimum data set for ernæring spesifikt for primærhelsetjenesten for å lette en standardisert tilnærming til dokumentasjon av ernæringspleie</p>	<p>I artikkelen ble det brukt en to-trinns sekvensiell metodisk tilnærming. Det ble først gjennomført en systematisk Scoping-review. Her ble The Joanna Briggs Institutes tilnærming brukt for å kartlegge tilgjengelige bevis som underbygger utviklingen av et minimum data set for ernæring. Dataene som ble inkludert fra scoping-recview ble analysert ved hjelp av induktiv innholdsanalyse i tre trinn og valgt ut mot forhåndsstemte inklusjonskriterer bestående av detaljerte beskrivelser av deltakertypene, kjernekonseptene og konteksten.</p>		<p>Resultater: Det ble identifisert 32 mønstre som representerer variabler og elementer som kan ha en innvirkning på pasientens ernæringsstatus. Ut ifra disse mønstrene ble det utviklet fem kategorier for å etablere innholdet til et minimum data set for ernæring tilpasset primærhelsetjenesten.</p> <p>Konklusjon: Organiseringen av dokumentasjon i tråd med strukturen som blir presentert i minimum data set for ernæring bidrar til et standardisert klinisk språk og terminologi, som antagelig vil føre til økt kvalitet på dokumentasjonen, økt kontinuitet i tjenesten og forbedret helseresultater innenfor ernæring.</p>

Forfatter(e), årstall, land og tidsskrift	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat og konklusjoner
<p>Forfatter(e): Håkonsen, S.J., Bjerrum, M., Bygholm, A., Kjelgaard, H.H., Pedersen, P.U.</p> <p>Tittel: The Routines, knowledge and attitudes towards nutrition and documentation of nursing staff in primary healthcare: A cross-sectional study</p> <p>År: 2018</p> <p>Land: Danmark</p> <p>Tidsskrift: Journal of Community & Public Health Nursing</p>	<p>Målet med denne studien var å undersøke hvilke rutiner, kunnskap og holdninger helsepersonell i primærhelsetjenesten har til ernæring og dokumentasjon.</p>	<p>En kvantitativ studie som ved hjelp av et beskrivende tversnittdesign utviklet et validert spørreskjema bestående av 40 spørsmål med fire undertemaer:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. demografiske data 2. rutiner i forhold til ernæring og dokumentasjon 3. Kunnskap i forhold til ernæring og dokumentasjon 4. Holdninger i forhold til ernæring og dokumentasjon <p>Spørreskjemaet var nettbasert og ble koblet til en e-post og sendt til alle relevante deltakere med informasjon om fullstendig anonymitet. Etter 2 uker ble det en påminnelse fra avdelingsledere til de som ikke hadde besvart. Denne prosedyren ble gjentatt tre ganger annenhver uke. Koblingen mellom spørreskjemaet og e-post ble slettet etter at datainnsamlingen var fullført.</p>	<p>Deltakere: Spørreskjemaet ble sendt ut til 1391 kvalifiserte deltakere. Svarprosent på 32% etterlot 449 deltakere fra ansatte i primærhelsetjenesten (hjemmesykepleie og sykehjem) i en kommune i Danmark. Deltakeren besto av sykepleiere, hjelpepleiere og assistenter.</p>	<p>Resultater: Funnene viser at nivået på ernæringskunnskap, rutiner og dokumentasjonspraksis var dårlig for alle de tre helsepersonellgruppene. De viste store variasjoner i kunnskap og rutiner, noe som kompliserer nøyaktig overføring av relevant dokumentasjon i pasientens journal, som dermed reduserer kontinuiteten i pasientens behandling. Alle gruppene viste en positiv holdning til dokumentasjon og ernæring og betraktet det som en del av sitt ansvars- område, selv om det var uoverensstemmelser i selvopplevd grad av ansvar.</p> <p>Konklusjon: Studien viser at nivået på ernæringskunnskap, rutiner og dokumentasjonspraksis er dårlig. Store variasjoner kompliserer overføringen av nøyaktighet og relevant dokumentasjon som kan føre til at kontinuiteten i omsorgen og behandlingen vil mangle ettersom kvaliteten minker. Regresjonsanalysen som ble utført viste at høy grad av ernæringskunnskap og holdninger ikke avgjorde ernæringsrutiner. Å øke kunnskapsnivået kan virke overflødig dersom organisasjonen ikke kontinuerlig prioriterer ernæringsarbeid og dokumentasjon.</p>

Forfatter(e), årstall, land og tidsskrift	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat og konklusjoner
<p>Forfatter(e): Kårstad, K.Å., Olsen, N.R., Sygnestveit, K., Jamtvedt, G., Aarflot, M., Tangvik, R.J.</p> <p>Tittel: Inadequate documentation of nutritional practice in the specialist health service.</p> <p>År: 2018</p> <p>Land: Norge</p> <p>Tidsskrift: Sykepleien Forskning</p>	<p>Målet med studien var å kartlegge journaldata for å vurdere hvorvidt ernæringspraksis ved Haukeland Universitetssykehus samsvarte med anbefalinger i nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring.</p>	<p>Det ble gjennomført en retrospektiv datainnsamling fra pasientjournaler. Det ble hentet data fra alle inneliggende pasienter fra 8 ulike avdelinger på en bestemt dato og klokkeslett.</p> <p>Det ble innhentet data fra to journalark og utarbeidet et standardisert registrerings-skjema basert på kvalitets-indikatorer fra de nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, samt følgende informasjon som omhandlet fysiologiske parametere, når pasienten ble screenet for ernæringsmessig risiko og om pasientene fikk utarbeidet ernæringsplan. Det ble også innhentet informasjon om ulike bakgrunnsvariabler.</p>	<p>714 journaler ble innhentet fra pasienter som var inneliggende på åtte forskjellige avdelinger.</p> <p>Følgende avdelinger</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avdeling for medisin (inkl hjerte/lunge) - Ortopedi - Rehabilitering - Kreft - Kirurgi - Medisin/kirurgi - Nevrologi <p>Samt øvrige avdelinger som inkluderte hode/hals, revmatologi, hud, øye og gynekologi.</p>	<p>Resultater: Funnene viste at det var få pasienter som hadde blitt vurdert for ernæringsmessig risiko ved innleggelse, enda færre var vurdert innen 24 timer og kun 2 pasienter hadde blitt vurdert ukentlig. Vekt var dokumentert i få journaler. Av pasientene som ble screenet var det nesten ingen som fikk utarbeidet en ernæringsplan. Ernæringsplanene som ble laget ble i liten grad fulgt opp. Ernæringsbehovet og energiinntaket var kun regnet ut i 2 av planene. Kartleggingen viste at informasjonen om ernæringspraksis var mangelfull og ikke i tråd med nasjonale retningslinjer.</p> <p>Konklusjon: Kartleggingen av journaldata viste at dokumentasjonen av ernæringspraksis ved Haukeland universitetssykehus var mangelfull og ikke i tråd med nasjonale retningslinjer. Tilstrekkelige kunnskaper, ferdigheter, tydelig ansvarsfordeling, rutiner og systemer er forutsetninger for å lykkes med god dokumentasjon knyttet til ernæringspraksis.</p>

Forfatter(e), årstall, land og tidsskrift	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat og konklusjoner
<p>Forfatter(e): Meyer, S.E., Velken, R., Jensen, L.H.</p> <p>Tittel: Nutritional status assessment – a professional responsibility in community nursing.</p> <p>År: 2017</p> <p>Land: Norge</p> <p>Tidsskrift: Sykepleien Forskning</p>	<p>Målet med studien var å utforske hvordan ansatte i hjemmesykepleien fortolker og ivaretar faglig forsvarlig ernæringspraksis sett i lys av kravene i Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring.</p>	<p>En kvalitativ studie med analyse av data fra to praksisutviklingsprosjekter. Det ble samlet inn data over en periode på et halvt år i tre grupper. Alle gruppene møttes 4 ganger hver. Datainnsamlingsmetoden var kjennetegnet av sykluser med erfaringsdeling, kritisk refleksjon og praktisk problemløsning. Det ble benyttet en tematisk intervjuguide Datamaterialet ble tatt opp på lydbånd og transkribert. Den kvalitative analysen ble gjort trinnvis. Det ble identifisert meningsbærende enheter, temaer og undertemaer, samt mønstre og kategorier på tvers av materialet. Det siste analysetrinnet omfattet en helhetlig fortolkning av datamaterialet sett i lys av studiens hensikt og tidligere forskning.</p>	<p>Deltakere: Totalt 19 sykepleiere fra hjemmesykepleien. 5 sykepleiere deltok i studie A og 14 i studie B. Inklusjonskriteriet for å delta var at sykepleierne jobbet i 75% stilling eller mer.</p>	<p>Resultater: Funnene viste at ledelsesforankring er viktig når systematisk ernæringskartlegging skal implementeres. Kjennskap til pasienten og dens ernæringsbehov er betydningsfullt, men det var ikke noe systematikk i innhenting av denne informasjonen. Betydningen av underernæring var uklart for de fleste av sykepleierne. Det er utfordrende å følge opp mat- og drikkeinntak hos hjemmeboende. Samt at spenningen mellom den hjemmeboende selvbestemmelsesrett og anbefalingene om systematisk ernæringskartlegging var utfordrende ifølge sykepleierne.</p> <p>Konklusjon: Ernæringspraksisen i hjemmesykepleien kjennetegnes av personsentrerte og praktiske tilnærminger som er tilpasset den hjemlige arena. Å gjennomføre systematiske kartlegginger innenfor eksisterende ressurser i hjemmesykepleien krever samarbeid mellom bruker, pårørende og ansatt. Det kan være utfordrende å implementere standardiserte kartlegginger av ernæringsstatus og det er viktig å stille kritiske spørsmål til hvorvidt nasjonale faglige retningslinjer tar tilstrekkelig hensyn til den hjemmebaserte konteksten.</p>

Forfatter(e), årstall, land og tidsskrift	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat og konklusjoner
<p>Forfatter(e): Persenius, M.W., Hall-Lord, M-L. Bååth, C. Larsson, B.W.</p> <p>Tittel: Assessment and documentation of patient's nutritional status: perceptions of registered nurses and their chief nurses.</p> <p>År: 2008</p> <p>Land: Sverige</p> <p>Tidsskrift: Journal of Clinical Nursing.</p>	<p>Målet var å studere sykepleiere og deres ledere sin oppfatning av pasientens ernæringsstatus og screening-verktøy innen for kommunal og fylkeskommunal helsetjeneste. Samt deres oppfatning av dokumentasjon i relasjon til ernæring og fordeler og ulemper med VIPS-dokumentasjonsmodell.</p>	<p>En beskrivende studie som omfattet telefonintervjuer med avdelingssykepleiere (CN) og spørreskjema til sykepleiere (RN) på avdelingene.</p> <p>Data ble samlet inn fra både kommunal- og fylkeskommunal helsetjeneste. CN fikk ansvaret for å distribuere spørreskjemaet til RN. I kommunen til én RN per spesialbolig og i fylkeskommunal til hver femte RN per avdeling. En intervjuguide og spørreskjema ble utviklet for denne studien basert på litteratur og klinisk erfaring. Det ble gjennomført både statistiske analyser og innholdsanalyse av funnene.</p>	<p>Deltakere: 15 avdelingssykepleiere i kommunen og 27 avdelingssykepleiere i fylkeskommunal omsorg deltok i telefonintervju. 131 sykepleiere fra kommunal- og fylkeskommunal omsorg svarte på spørreskjemaet.</p> <p>RN i kommunal omsorg var eldre og hadde lengre yrkeserfaring enn RN i fylkeskommunal omsorg. Få RN hadde tilleggsutdanningen innfor ernæring.</p>	<p>Resultat: I følge både CN og RN ble kun enkelte pasienter vurdert for ernæringsmessig risiko ved innleggelse og/eller under oppholdet. Screeningverktøy og retningslinjer ble sjeldent brukt. Dokumentasjonen som omhandlet ernæringsstatus, var mangelfull og manglet dybdeinformasjon og ernæringsstatusen som ble dokumentert var basert på den enkeltes vurdering. VIPS-modellen ble oppfattet som en rettesnor så vel som en modell.</p> <p>Konklusjon: Alle pasienter blir ikke rutinemessig vurdert for ernæringsmessig risiko og viktig ernæringsdokumentasjon mangler. Bruken av screeningsverktøy og retningslinjer er lav og pasienter som står i fare for ernæringsmessig risiko kan være uidentifisert som kan føre til at de ikke får den pleien og behandlingen de trenger. VIPS-modellen kan brukes som en veileder til hva som skal dokumenteres og hvor, men kan også hindre informasjonsutveksling.</p>

Forfatter(e), årstall, land og tidsskrift	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat og konklusjoner
<p>Forfatter(e): Wadas-Enright, M., King, A.</p> <p>Tittel: Early recognition of malnutrition in the older adult: A quality improvement project using a standardized nutritional tool.</p> <p>År: 2015</p> <p>Land: USA</p> <p>Tidsskrift: Journal of Community Health Nursing</p>	<p>Målet med prosjektet var å identifisere ernæringsstatusen til eldre i primærhelsetjenesten ved å bruke et standardisert ernæringsverktøy og å forbedre kliniske resultater ved å implementere passende intervensjoner.</p>	<p>I forkant av intervensjonen ble det gjennomført en retrospektiv journalgjennomgang av 50 tilfeldige journaler for å evaluere dokumentasjon av høyde, vekt, BMI, vektendringer og eventuelle intervensjoner og/eller henvisninger. Det ble også gitt undervisning om underernæring og bruk av MNA screeningverktøy</p> <p>Etter to måneder ble det gjennomført en ny kartlegging av 25 tilfeldige journaler av eldre for å identifisere antall underernærte eller som var i risiko for underernæring. Journalene ble også gjennomgått for dokumentasjon av høyde, vekt, BMI, fullføring av MNA-skjema og MNA-skår og dokumentasjon av intervensjoner og/eller henvisninger.</p>	<p>Deltakere: Et utvalg av 25 eldre pasienter over 60 år som var til stede ved klinikken ble invitert til å delta. Av de 25 pasientene var 13 kvinner og 12 menn. Alderen varierte mellom 60 og 68år. Kroppsmasseindex varierte fra 23 til 40.</p>	<p>Resultater: Journalgjennomgangen i forkant av intervensjon viste at alle ansatte dokumenterte høyde og vekt i journalen til de eldre. Men under halvparten dokumenterte BMI. Vektendringer ble også dokumentert, men det var ingen dokumentasjon på ernæringsmessige bekymringer eller intervensjoner. Gjennomgangen av journalene i etterkant av intervensjonen viste at 40% hadde normal ernæringsstatus, og at 56% var i risikozonen for underernæring og at 4% var underernærte. Til tross for dette ble det ikke funnet noe dokumentasjon om ernæringsstatusen, intervensjoner eller henvisninger.</p> <p>Konklusjon: Risikoen for underernæring øker med alderen og kan maskeres av en normal til høy BMI. Tidlig identifisering av ernæringsstatus kan redusere ytterligere forverring av helsen. Helsepersonell kan sikre at ernæringsstatusen vurderes ved å bruke et validert kartleggingsverktøy som MNA, samt gi og dokumentere intervensjoner knyttet til ernæring. Det er behov for ytterligere studier som fokuserer på hensiktsmessige intervensjoner for forebygging og behandling av underernæring.</p>

Forfatter(e), årstall, land og tidsskrift	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat og konklusjoner
<p>Forfatter(e): Aagaard, H., Grøndahl, V.A.</p> <p>Tittel: Routines in the community nursing services for assessing nutritional status</p> <p>År: 2017</p> <p>Land: Norge</p> <p>Tidsskrift: Sykepleien Forskning</p>	<p>Målet med studien var å beskrive hvilke rutiner ledere og helsepersonell i hjemmesykepleien benytter for å vurdere pasientenes ernæringsstatus.</p>	<p>En kvantitativ studie med deskriptivt tverrsnittdesign og besto av to delstudier: En studie blant faglige ledere for sykepleietjenesten i hjemmesykepleien og en studie blant helsepersonell i hjemmesykepleien.</p> <p>Data ble samlet inn ved hjelp av et strukturert spørreskjema som omhandlet ernæringsarbeid i hjemmesykepleien. Spørreskjemaet ble gitt tilbakemelding på av to ernæringsfysiologer. Samt at det ble gjennomført en pilotstudie med fire respondenter for å øke validiteten. Deskriptiv statistikk ved frekvens og prosent ble brukt for å beskrive utvalget og samme metode ble benyttet til å beskrive hvordan utvalgene vurderte ernæringsstatus.</p>	<p>Deltakere: i delstudie 1 fikk faglige ledere for sykepleietjenesten i hjemmesykepleien i samtlige kommuner i Norge forespørsel om å delta i undersøkelsen. Det ble distribuert 460 spørreskjemaer hvorav 273 svarte innen fristen.</p> <p>I delstudie 2 var målgruppen helsepersonell i hjemmesykepleien. Det ble distribuert 298 spørreskjemaer og 212 svarte innen fristen</p>	<p>Resultater: Funn viste at det alltid eller ofte var brukere med dårlig ernæringsstilstand i hjemmesykepleien. Faglige ledere og øvrig helsepersonell svarer forskjellig på hvordan brukernes ernæringsstatus blir vurdert og hvordan de selv vurderer sin kompetanse om ernæring. En større andel faglig ledere enn helsepersonellet svarer at de kjenner til nasjonale retningslinjer. Få av kommunene hadde de rutiner for å kartlegge ernæringsstilstand. En stor andel oppga at det ikke var vanlig å veie brukere ved oppstart av tjeneste. Det var heller ikke standardiserte rutiner for dokumentasjon av ernæringsstatus. Både faglige ledere og helsepersonell oppga at det var behov for mer kunnskap om ernæring og kartlegging.</p> <p>Konklusjon: Det er utfordrende å veie brukere i hjemmesykepleien og det er viktig med kunnskap om betydningen av vekt for å sikre at retningslinjene blir fulgt. Det var få som hadde kjennskap til nasjonale retningslinjer. Det er viktig å gjøre retningslinjene kjent og sørge for opplæring. Samt at alle kommuner får prosedyrer for å kartlegge og vurdere brukerens ernæringsstatus.</p>

4.2 Analyseprosessen.

Ut i fra de seks fasene i den tematiske analysen til Braun and Clarke (2006) ble analyseprosessen gjennomført på følgende måte. Etter å ha lest igjennom hele datamaterialet flere ganger og dannet meg en oversikt over potensielle mønstre og temaer begynte fase to. Denne fasen ble startet med å utarbeide ulike koder i datamaterialet, slik at det skulle være lettere å organisere datamateriale i ulike temaer senere. Tilnærmingen har hovedsakelig foregått deduktivt da majoriteten av de ti utvalgte artiklene har kvantitative design med kategoriske funn. Et eksempel på det er «Vekt og høyde var dokumentert i en liten andel journaler» som er et eksempel på en kode som omhandler dokumentasjon av fysiologiske parametere. Det ble kodet opp mot så mange potensielle temaer som mulig. Kode prosessen ble gjennomført induktivt ved å ta utgangspunkt i relevante tekstutdrag i datamaterialet. Tekstutdragene var nyttige for å kunne beholde noe av konteksten til kodene. Tekstutdragene med tilhørende koder ble samlet i et eget dokument. I neste fase begynte arbeidet med å søke etter temaer. Prosessen startet med å vurdere hvordan de ulike kodene kunne slås sammen for å danne potensielle temaer. Denne prosessen ble gjennomført med å ha studiens problemstilling i bakhode. «Fysiologiske parametere» var et eksempel på et bredt overordnet tema med tilhørende koder som omhandlet dokumentasjon av fysiologiske parametere. Prosessen fortsatte med å plassere de ulike kodene sammen for å se om de kunne danne et tema. Til slutt i denne fasen ble «fysiologiske parametere», «organisatoriske forhold» og «kunnskap og kompetanse» de overordnede temaene. Kodene som ikke passet innunder noen av disse temaene ble lagt til side og spart på til senere. I fjerde fase ble temaene gjennomgått på nytt for å sjekke kvaliteten. I denne fasen ble flere av temaene endret på og delt opp. Temaet «fysiologiske parametere» ble endret til «Innholdet i dokumentasjonen som omhandler pasientens ernæringsstatus». Kodene under det første temaet ble delt inn i undertemaer, et eksempel på et undertema var «i hvilken grad dokumenterer helsepersonell ernæringsparametre? Alle temaene gjennomgikk samme prosess og endret karakter. De resterende temaene og undertemaene blir presentert nedenfor i tabell 2. I denne prosessen ble også noen av kodene som ikke passet inn tidligere benyttet. Når temaene og undertemaene var ferdig utarbeidet begynte fase 5 som omhandler å definere hva hvert enkelt tema handler om og avgjøre hvilke aspekter av datasettet de ulike temaene skal ta for seg. Det skal også beskrives hvordan hvert enkelt tema passer inn i forhold til problemstillingen. Et eksempel på dette er at undertemaet «i hvilken grad dokumenterer helsepersonell ernæringsparametre?» gir

en beskrivelse av at dokumentasjonen av ernæringsparametre ofte er vilkårlig og mangelfull. Graden av dokumentasjon avhenger ofte av pasientens sykdomsbilde og om ernæring er viktig sett opp mot dette. Undertemaet vil bidra med å beskrive kvaliteten på nåværende dokumentasjonspraksis og innholdet i dokumentasjonen. Det gir også en pekepinn på hvilke tiltak som kan igangsettes for å gi dokumentasjonen bedre kvalitet. Når alle temaene var idefinert, startet sjette og siste fase som omhandler å rapportere funnene fra analysen. Den tematiske oversikten over funnene presenteres i avsnitt 4.3 – 4.6, undertemaer presenteres i kapitler 4.3.1 – 4.6.3.

Tabell 2. Skjematisk fremstilling av hovedtemaer og undertemaer

Hovedtemaer	Undertemaer
Innholdet i dokumentasjonen som omhandler pasientens ernæringsstatus	<ul style="list-style-type: none"> - I hvilken grad dokumenterer helsepersonell ernæringsparametre? - Dokumentasjon av selve matinntaket og pasientens behov for tilrettelegging – gir det grunnlag for oppfølging? - Viktigheten av å kartlegge faktorer som indirekte kan påvirke ernæringsstatusen.
Bruk av nasjonale anbefalinger i dagens praksis?	<ul style="list-style-type: none"> - Gir nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring økt kvalitet på ernæringsarbeidet og dokumentasjonspraksisen? - Blir pasientene screenet for ernæringsmessig risiko og i hvilken grad blir dette dokumentert? - Individuell behandlingsplan – dokumentasjonen gir begrensede føringer for videre behandling
Barrierer for mangelfull dokumentasjon og kartlegging av ernæringsstatus	<ul style="list-style-type: none"> - Brukers autonomi og det private hjem som arbeidsplass - Tidspress, bemanningsutfordringer, holdninger og komplekse journalsystemer – gir dette hindringer for god dokumentasjonspraksis?
Betydningen av organisatoriske forhold for å ivareta pasientens behov for ernæring	<ul style="list-style-type: none"> - Kunnskap, rutiner og holdninger for kartlegging av ernæringsstatus og dokumentasjon - Kommunikasjon og dokumentasjonspraksis mellom institusjoner - Støtte fra ledelsen

4.3 Innholdet i dokumentasjonen som omhandler pasientens ernæringsstatus

4.3.1 I hvilken grad dokumenterer helsepersonell ernæringsparametre?

Fysiologiske målinger innebærer å ta blodprøver (serumalbumin), måling av muskel- og fettmasse, utregning av BMI, vekttoppgang/nedgang samt en objektiv og subjektiv vurdering av ernæringsstatus. Målingene er viktige og brukes for å avdekke underernæring (Håkonsen et al., 2020). I studiene til Geurden et al. (2014) og Kårstad et al. (2018) fant de at fysiologiske parameter som høyde og vekt kun var dokumentert i en liten andel av journalene og at utregning av BMI kun var gjort i noen få journaler. Persenius et al. (2008) fant også i sin studie at metabolske endringer, målinger av fett- og muskelmasse og utregning av BMI sjeldent ble dokumentert. I studien til Wadas-Enright and King (2015) fant de derimot at de ansatte alltid dokumenterte høyde og vekt hos pasientene, men at under halvparten regnet ut og dokumenterte BMI. Dokumentasjonen viste også at endringer i vekt, både vektnedgang og vekttoppgang ble dokumentert. Halvorsen et al. (2016) fant i sin studie at ernæringsparametre som vekt og appetitt forekom vilkårlig og opplevdes som ufullstendig, men at vekt var den fysiologiske målingen som oftest ble dokumentert, spesielt i de tilfellene hvor pasienten hadde en diagnose som kunne gi vekttap. Hvis vekttapet var synlig, kunne det bli dokumentert. Ifølge sykepleierne i studien ble pasientene sjeldent veid, men spurt om å estimere egen vekt, noe som betyr at det er angitt vekt som blir dokumentert og ikke den faktiske vekten til pasienten.

Halvorsen et al. (2016) fant at det var utilstrekkelig og vilkårlig dokumentasjon av ernæringsstatus ved innleggelse. Sykepleierne opplevde å være hoved bidragsyteren i å dokumentere ernæringsinformasjon, men at dokumentasjonen ofte var overfladisk og manglet dybde. Ifølge sykepleierne ble noe ernæringsinformasjon dokumentert, målinger som vekt, hva de liker og ikke liker å spise og eventuell diett. De samme funnene finner Persenius et al. (2008) i sin studie, informasjon som omhandler kvalme/oppkast, diaré, evnen til å spise/drikke og vanskeligheter med å svelge/tygge er informasjon som oftest ble dokumentert. Geurden et al. (2014) fant i sin studie at ernæringsparametre er dårlig dokumentert både på medisinske og kirurgiske avdelinger. Samt at ernæringsparametre er dårlig dokumentert uavhengig av pasientkarakteristika, men at ernæringsparametre var bedre dokumentert hos pasientene som hadde et kortere sykehusopphold.

4.3.2 Dokumentasjon av selve matinntaket og pasientens behov for tilrettelegging – gir det grunnlag for oppfølging?

Dokumentasjon om matinntaket bør inneholde observasjoner av kvalitet, kvantitet og hvilken type mat som inntas, om det er unngåelse av mat, bruk av ernæringsdrikker, antall måltider per dag, endring i matinntak, daglig inntak av medisiner og daglig inntak av drikke, inkludert alkohol. Dette er viktig informasjon i behandlingen av ernæringsproblemer (Håkonsen et al., 2020). Geurden et al. (2014) fant i sin studie at pasientens matinntak mønster sjeldent ble dokumentert etter innleggelse. Det kom også frem av få journaler om pasientene var forskrevet en diet eller hadde andre behov knyttet til matinntaket. I studien til Halvorsen et al. (2016) fant de at dokumentasjonen som oftest inneholdt pasientens matinntak, appetitt og evnen til å spise, men at dokumentasjonen om pasientens faktiske matinntak og ernæringsbehov var vag og unøyaktig. Ifølge sykepleierne ble det ofte dokumentert «har spist en liten porsjon», men det manglet dybdeinformasjon om hva den lille porsjonen inneholdt. Sykepleierne mente at væskerestriksjoner og inntak hos pasienter med hjertesvikt ble bedre dokumentert. I følge Håkonsen et al. (2020) kan pasientens behov for hjelp/støtte under måltidet påvirke ernæringsstatusen. Evnen til å spise, om pasienten har behov for assistanse under måltider og i hvilken grad. Pasientens orale helse og eventuelle svelge- og tygge problemer kan være barrierer for et optimalt kosthold (ibid). I studien til Geurden et al. (2014) fant de at pasientens behov for assistanse til å spise og i hvilken grad de trengte hjelp var dokumentert i få journaler.

4.3.3 Viktigheten av å kartlegge faktorer som indirekte kan påvirke ernæringsstatusen.

Det er en rekke faktorer som kan ha en indirekte innvirkning på pasientens ernæringsstatus (Håkonsen et al., 2020). I følge Håkonsen et al. (2020) vil en godt ernært kropp ha et bedre immunforsvar. Samt at fysiologisk og psykisk stress kan ha en alvorlig innvirkning på ernæringsstatusen. Stressfaktorene omhandler mental tilstand, medisinsk tilstand, metabolsk stress, sykdomstilstedeværelse og komorbiditet og alder over 70 år. Håkonsen et al. (2020) legger også vekt på at faktorer som selvvurdert helsetilstand, aktivitetsnivå, smak- og luktesans, appetittstatus, metthetsfølelse, sultfølelse, gastrointestinale symptomer og funksjoner også kan ha en indirekte effekt på ernæringsstatusen. Det vil også være viktig å kartlegge pasientens matvaner, bostatus, om pasienten har selskap under måltider eller har redusert sosial kontakt eller er i sosial isolasjon. Om pasientene har tilgjengelighet til butikk,

økonomi og mobilitet til å skaffe seg matvarer, samt tilberede måltider er viktige faktorer som kan ha store innvirkninger på ernæringsstatusen (Håkonsen et al., 2020).

4.4 Bruk av nasjonale anbefalinger i dagens praksis

4.4.1 Gir nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring økt kvalitet på ernæringsarbeidet og dokumentasjonspraksisen?

Sykepleierne i studien til Meyer et al. (2017) opplevde at de fikk en ny og bredere forståelse av underernæring etter at de i grupper hadde lest seg opp på nasjonale retningslinjer. Sykepleierne styrket sitt faglige engasjement for ernæring og den lokale kunnskapen gjennom gruppediskusjoner. Den nye kunnskapen ble videreført i rapporter, personalmøter og gjennom veiledning. Ved å planlegge ernæringskartleggingen og ha med riktig utstyr erfarte sykepleierne at ernæringskartleggingen kunne gjøres samtidig med andre oppgaver. De erfarte også at pasientene var positive når de ble forberedt på at det skal utføres en ernæringskartlegging. Brukerne var også positive til å bli veid når de ble forberedt på det. Sykepleierne ble positivt overrasket over brukernes verdsettelse av veieing. Verktøy for ernæringskartlegging styrket sykepleierens observasjoner og samhandling med brukerne. Riktige tiltak ble igangsatt og effekten ble evaluert. Sykepleierne konkluderte med at ernæringskartlegging ikke var tidkrevende arbeid. Pårørende var også takknemlige for ernæringskartleggingen og for at det ble rettet faglig oppmerksomhet mot manglende matinntak og vekttap.

4.4.2 Blir pasientene screenet for ernæringsmessig risiko og i hvilken grad blir det dokumentert?

I studien til Persenius et al. (2008) oppga sykepleierne at underernærte pasienter forekom i varierende grad. Det var flere sykepleiere på sykehus som mente at det forekom underernærte pasienter enn sykepleiere i kommunehelsetjeneste. Det var også få pasienter i kommunehelsetjenesten som fikk kartlagt ernæringsstatus sammenlignet med pasienter på sykehus. Pasientene på sykehus ble som oftest kartlagt ved innleggelse, men sjeldent ved utskrivelse. Kårstad et al. (2018) fant i sin studie at få pasienter fikk kartlagt ernæringsstatus innen 24 timer etter innleggelse og at det var kun 2 pasienter som ble vurdert ukentlig. I alt ble det funnet dokumentasjon om kartlegging av ernæringsmessig risiko i få journaler. I

prosjektet i studien til Hestevik. et al. (2019b) fant de at hos en liten andel av beboerne var det dokumentert og screenet for ernæringsmessig risiko ved oppstart, men færre ved oppfølging. Det var også en nedgang i antall beboere med registrert vekt og ernæringscreening fra oppstart til oppfølging. Wadas-Enright and King (2015) fant at implementering av MNA kartlegginger ikke førte til at det ble dokumentert om pasienten hadde mottatt ernæringsråd. I studien til Halvorsen et al. (2016) fant de at kartlegging av ernæringsstatus og dokumentasjon av ernæringsplaner var basert på observasjoner og kliniske vurderinger. Sykepleierne uttalte at de kjente igjen de underernærte pasientene ved innleggelse, men at de sjeldent dokumenterte det. Ifølge sykepleierne ble heller ikke eldre pasienter screenet for ernæringsmessig risiko, dette til tross for at det finnes nasjonale retningslinjer for behandling og forebygging av underernæring. Et fåtall av sykepleierne hadde hørt om screeningverktøy og nasjonale retningslinjer, ifølge sykepleierne hadde de ingen screeningverktøy som de brukte. Persenius et al. (2008) fant at flertallet av sykepleierne i kommunehelsetjenesten svarte at det ikke fantes retningslinjer sammenlignet med sykepleierne på sykehus som hevdet at de hadde retningslinjer. Få sykepleiere svarte at verktøy for ernæringscreening ble brukt, det ble brukt forskjellige metoder for å avdekke underernæring, men de fleste brukte ikke screeningsverktøy. Sykepleierne dokumenterte av og til om pasientene var velernært, i risiko for underernæring eller var underernært, men dette var hovedsakelig basert på klinisk vurdering. Sykepleierne oppga at de mest sårbare pasientene fikk kartlagt ernæringsstatus, basert på tilstand, diagnose, pleiebehov og alder. I pasientens tilstand la de vekt på om pasienten hadde nedsatt evne til å spise/drikke, hadde forverret allmenntilstand, hadde endringer i vekt og om det var tilstedeværelse av sår. Samt om pasienten hadde en eller flere diagnoser, eller spesifikk ernæringsdiagnose. I pasientens pleie- og behandlingsbehov vektla de om hvilken type pleie pasienten hadde behov for, liggetid og om pasienten fikk kunstig ernæring. Sykepleierne i studien til Meyer et al. (2017) oppga at de prioriterte å utføre ernæringskartlegging hos de sykeste pasientene og de som hadde hatt et betydelig vekttap. Sykepleierne snakket ofte om hva brukerne hadde i spist og hva de hadde i kjøleskapet. Basert på dette satte de inn tiltak der de så at hjemmet ble kaotisk og at det var et behov for hjelp og støtte. Halvorsen et al. (2016) fant også at bestemmelsene om pasientene trengte ernæringstilskudd eller henvisning var basert på sykepleiernes kliniske vurdering og eventuelt blodprøver, ikke ernæringscreening.

4.4.3 Individuell behandling – dokumentasjonen gir begrensende føringer for videre behandling

I studien til Halvorsen et al. (2016) fant de at dokumentasjonen gir lite føringer for ernæringsmessig behandling eller forebyggende tiltak for underernæring under innleggelse. Ifølge sykepleierne dokumenterte legene som oftest «i normalt hold», kunne i noen tilfeller dokumentere «anses å være underernært», men dette ga ingen føringer for videre behandling. De fant også at ernæringsplaner og/eller ernæringsbehandling nesten aldri ble dokumentert. Det forekom i hovedsak hos pasienter som var synlig underernært eller veldig tynne. Om det ble dokumentert ernæringsbehandling var dette ofte ernæringsdrikke og energi- og næringsrike måltider, men det var vilkårlig om det var bestemt hvilken type energidrikk som skulle gis. Om det ble gitt ernæringsdrikker ble disse ofte satt på medisinalisten og kvittert ut på samme måte som andre medisiner. De fant også i studien at diagnosekoder for underernæring så å si aldri forekom. Ifølge sykepleierne var det få som visste at diagnosekodene fantes. Kårstad et al. (2018) fant i sin studie at få pasienter fikk diagnosekode for underernæring. I enkelte epikriser var det skrevet diagnosekode for underernæring, men det forelå ingen dokumentasjon på kartlegging av ernæringsstatus i enkelte av journalene.

I studien til Wadas-Enright and King (2015) fant de at til tross for endringer i pasientens vekt, var det ingen dokumentasjon på ernæringsmessige bekymringer, behandling eller ernæringsstatus. Kårstad et al. (2018) fant i sin studie at av 26 pasienter som var i ernæringsmessig risiko, så var det kun 18 av disse som fikk en ernæringsplan. Pasientens ernæringsbehov og inntak ble kun regnet ut i 2 av planene. Samt at 3 pasienter som ikke var i ernæringsmessig risiko, hadde en ernæringsplan. I studien til Meyer et al. (2017) var sykepleierne enige om at selskap under måltider var et viktig tiltak for pasienter med dårlig appetitt, men at samspising med aleneboende var for tidkrevende å gjennomføre i hjemmesykepleien. Under prosjektet i studien til (Hestevik. et al., 2019b) økte individuell ernæringsbehandling og antall beboere med ernæringsplan. Dokumentasjonen i ernæringsplanene inneholdt matpreferanse, tilrettelegging av psykososialt miljø, praktiske tilrettelegginger før og under måltider, dokumentasjon om tilpasset mat og beriking av måltider. Registrering av matinntak og utregning av energibehovet økte noe under prosjektet.

4.5 Barrierer for mangelfull dokumentasjon og kartlegging av ernæringsstatus

4.5.1 Brukerens autonomi og det private hjem som arbeidsplass

Respekt for pasientens verdighet og autonomi kan forhindre ernæringskartlegging og nødvendig dokumentasjon. Sykepleierne i Meyer et al. (2017) sin studie mente at det i mange tilfeller ville være upassende å veie pasienten. Dette begrunnet de med respekten for at den hjemmeboende eldre skal få bestemme selv. Det kom også frem at de unngår å ta vekt grunnet tilbakeholdenhet og at de er redd for å krenke brukerne og på den måten ikke ivareta og respektere brukernes verdighet og autonomi. Et annet dilemma var at det var utfordrende å veie brukere i sitt eget hjem. Mange av brukerne kunne mangle vekt, men dette ble løst med at hjemmesykepleien kjøpte inn vekter som kunne tas med ut til brukerne. Sykepleierne opplevde også at det var svært utfordrende å veie brukere som ikke kan stå selv. Noen av disse brukerne var av og til inne på et korttidsopphold på sykehjem og sykepleierne valgte derfor å avvente med veiing til brukeren skulle inn på opphold. Det kom også frem at det kunne være utfordrende å måle riktig høyde hos de brukerne som ikke kan strekke seg ut. Det ble foreslått å bruke underarmsmåling som alternativ metode, men dette ble ikke prøvd ut. Sykepleierne i studien til Meyer et al. (2017) mente også at det er krevende å ha oversikt over mat- og drikke inntak hos hjemmeboende. Spesielt hos personer med demens, siden de kan spise og drikke uten å huske det.

4.5.2 Tidspress, bemanningsutfordringer, holdninger og komplekse journalsystemer – gir dette hindringer for god dokumentasjonspraksis?

Sykepleierne i Halvorsen et al. (2016) sin studie opplevde at dokumentasjon om ernæring fikk lite oppmerksomhet grunnet korte sykehusopphold og hektiske vakter. Samt at de opplevde at det var et stort press på å få pasientene utskrevet. Dette blir også forsterket av at det er spesialisert medisinsk behandling som er i hovedfokus. Sammenhengen mellom pasientens diagnoser og utvikling av underernæring ble ikke tatt hensyn til. Sykepleierne opplevde også at legene ikke var så opptatt av ernæringsinformasjon og de ble møtt med en holdning om at sykepleierne dokumenterte «unødvendig informasjon». Dette førte til at sykepleierne ofte nølte når de skulle dokumentere. Persenius et al. (2008) fant i sin studie at en av barrierene for mangelfull dokumentasjon var at sykepleierne anså dokumentering som veldig tidkrevende. Meyer et al. (2017) og Aagaard and Gröndahl (2017) fant i sine studier at bemanningsutfordringer, tidspress og mangel på kunnskap var begrensende for å gjennomføre

ernæringskartlegginger og å følge opp brukernes ernæringsstatus. Dette blir også forsterket av at hjemmesykepleien er basert på tidsbegrensende vedtak. Sykepleierne forklarte dette med at de kartlegger ikke ernæringsstatus om brukeren kun har fått vedtak på dusj en gang i uken.

Halvorsen et al. (2016) fant i sin studie at et komplekst dokumentasjonssystem som var vanskelig å navigere i kunne føre til usystematisk og mangelfull dokumentasjon angående ernæring. Sykepleierne la vekt på at ernæringsinformasjonen som ble dokumentert, ofte var vanskelig å finne. Noen sykepleiere påpekte også at de ofte dokumenterte samme informasjonen flere steder slik at de kunne være sikre på at informasjonen gikk ut til alle. Flere av sykepleierne påpekte at dokumentasjonen som omhandlet ernæring ofte hadde manglende struktur. De påpekte også at de trengte kunnskap om hva som skal dokumenteres og hvor det skal dokumenteres. Persenius et al. (2008) som ville utforske sykepleierens oppfatning av dokumentasjon relatert til ernæring ved bruk av VIPS dokumentasjonsmodell, fant at modellen hadde både fordeler og ulemper relatert til dokumentering. Flere av sykepleierne i studien mente at VIPS-modellen lettet dokumenteringen og at modellen gjenspeilet sykepleieprosessen, som gjorde den lett å bruke. Sykepleierne mente at når det var lettere å dokumentere førte det til at det var lettere å finne informasjon om pasientene. De mente det var lettere å forstå pasientens tilstand i journalen og at det var lett å finne informasjon når det var strukturert. Dette førte til at det var lettere å evaluere igangsatte tiltak. En av sykepleierne hevdet at dokumentasjonen kunne brukes som en sjekkliste, ved at en kan gå tilbake å se hva som er gjort og hvilke evalueringen som er gjort. Det var også mange sykepleiere i studien som mente at det var mange ulemper med å bruke VIPS-modellen. Noen av sykepleierne hevdet at modellen var irriterende ved at overskriftene var forvirrende og ikke spesifikke nok. Modellen ble brukt på ulike måter, den dekket ikke alle områder eller oppgaver som ble utført og den gjenspeilet ikke praksis. Sykepleierne påpekte at det var vanskelig å finne dokumentasjon når ikke alle brukte riktige overskrifter. Det gjorde det vanskelig å finne informasjon om hva som er utført hos pasientene og om det er endringer. Sykepleierne mente at VIPS modellen ikke ga et klart bilde av pasientene når det var vanskelig å finne dokumentasjon.

4.6 Betydningen av organisatoriske forhold for å ivareta pasientens behov for ernæring

4.6.1 Kunnskap, rutiner og holdninger for kartlegging av ernæringsstatus og dokumentasjon

Sykepleierne i studien til Halvorsen et al. (2016) opplevde at de manglet kunnskap og syntes det var vanskelig å dokumentere ernæringsstatus på eldre mennesker. En stor andel av de faglige lederne og øvrig helsepersonell i studien til Aagaard and Gröndahl (2017) ønsket mer kunnskap om ernæringsarbeid. De faglige lederne ønsket mer kunnskap om å vurdere ernæringsstatus, regne ut energibehov og hvordan gi veiledning til brukerne i hjemmesykepleien. De andre ansatte ønsket mer kunnskap om de ulike næringstyper. Håkonsen et al. (2018) fant at rutinene for ernæringsarbeid var forskjellige i de fire ulike distriktene av kommunen hvor studien fant sted. Rutinene omhandlet, veiing av hjemmeboende brukere på første besøk, planlegging av regelmessige ernæringsvurderinger, rapportering om ernæringsproblemer om dette oppstår hos en bruker, kontakte fastlege etter å ha identifisert eller mistenker et ernæringsproblem, samt rapportering av næringsinntak hos pasienter som er identifisert i ernæringsmessig risiko. Aagaard and Gröndahl (2017) har lignende funn i sin studie. Kun 1 av 5 oppga at det var rutine å veie brukere ved oppstart av hjemmesykepleie, og noen oppga at de ikke viste at det var utarbeidet rutiner. Under halvparten av kommunene i studien hadde rutiner eller skriftlige rutiner for screening og evaluering av ernæringsstatus. Samt at ingen av kommunene hadde rutiner for å dokumentere informasjon om brukerens matvaner ved oppstart av tjeneste.

Håkonsen et al. (2018) fant at kunnskapsnivå og holdninger ikke har en vesentlig sammenheng med rutiner knyttet til ernæringsarbeid og dokumentasjon. Rutiner for ernæring og dokumentasjon var også forskjellig sammenlignet med utdanningsnivå, de med høyere utdanning opprettholdt oftere rutiner enn de med lavere utdanning. Rutinene for ernæring og dokumentasjon var også forskjellige sammenlignet med arbeidssted. Det var bedre opprettholdelse av rutiner på sykehjem enn i hjemmesykepleien. Holdninger, kunnskap og kompetanse knyttet til ernæringsarbeid og dokumentasjon var forskjellig sammenlignet med arbeidsted og utdanningsnivå. Sykepleierne og hjelpepleierne viste et høyere kunnskapsnivå enn assistentene, men det var ingen forskjell i kunnskapsnivået mellom sykepleiere og hjelpepleiere. Ansatte på sykehjem viste et høyere kunnskapsnivå om ernæring enn ansatte i hjemmesykepleien.

4.6.2 Kommunikasjon og dokumentasjonspraksis mellom institusjoner

Halvorsen et al. (2016) fant i sin studie at dokumentasjonen om ernæring i overføring mellom sykehus og sykehjem trenger bedre kvalitet og rutiner. Både sykepleierne fra sykehus og sykehjem opplevde at kommunikasjonen av ernæringsinformasjon var for dårlig.

Sykepleierne på sykehus opplevde at de sjeldent fikk informasjon om ernæringsstatus fra sykehjemmet. Om noe var dokumentert var det i henvisningen fra lege. Sykepleierne på sykehus opplevde også at det kom an på sykehjemmet om de mottok dokumentasjon eller ikke, men at det dokumentasjonen var begrenset. De oppga at dokumentasjonen som blir sendt omhandler en liste hvor høyde og vekt av og til er dokumentert. Det mangler viktig dokumentasjon om pasientens evne til å spise, om pasienten hadde svelge/tygge problemer eller lammelser i overføringen fra sykehjem til sykehus. Sykepleierne fra sykehjemmene hevdet at de sendte med pasientene nødvendig dokumentasjon når de ble innlagt. Om pasienten er underernært blir det dokumentert som «dårlig appetitt» eller «lite matinntak». Sykepleierne på sykehus opplevde at de ga god dokumentasjon om ernæring når pasienten skulle flyttes tilbake til sykehjemmet. Og de mente at deres dokumentasjon hadde bedre kvalitet enn den de mottok fra sykehjemmet ved innleggelse. Sykepleierne på sykehjemmene opplevde at dokumentasjonen de mottok fra sykehuset om ernæring hadde lav kvalitet og hadde lav prioritet. Samt at kommunikasjonen med sykehuset er dårlig.

Ernæringsinformasjonen får liten prioritert, sykepleier fra sykehjem hevdet å nesten aldri å ha sett at vekt var dokumentert. Sykepleierne på sykehjemmene opplevde at dokumentasjonen fra sykehuset om pasientens ernæringsstatus var mangelfull og hadde ingen verdi for ernæringsbehandling. Sykepleierne var fornøyd med egen dokumentasjon om ernæring, men misfornøyd med dokumentasjonen de mottok fra hverandre. Verken sykepleiere fra sykehjem eller sykehus hadde klare formeninger om hva dokumentasjonen om ernæring skulle inneholde, hvor den skulle dokumenteres eller hvordan de kunne gi hverandre god og nødvendig ernæringsinformasjon.

4.6.3 Støtte fra ledelsen

Meyer et al. (2017) fant i sin studie at sykepleierne opplevde at det er viktig å få støtte fra lokale ledere og øvrig ledelse. Sykepleierne la vekt på at ledelsen må ha interesse og oppmerksomhet for ernæringsarbeidet og at dette vil bidra til at ernæringskartlegging blir integrert og rutiner for ernæringsarbeid etableres. De fant også at ubesluttsomhet fra ledelsen

om hvilket screeningverktøy som skal benyttes i kartleggingen hindrer implementering. I studien til Aagaard and Grøndahl (2017) opplevde de faglige lederne at de ansatte hadde god forståelse for viktigheten av å screene og vurdere pasientens ernæringsstatus. De ansatte mente det samme om de faglige lederne. Både de faglige lederne og de ansatte mente også at oppfølgingen av brukernes ernæringstilstand var bra.

5 Diskusjon

Hensikten med denne studien var å identifisere ulike faktorer som kan være årsaken til mangelfull dokumentasjon og påfølgende sviktende ernæringsoppfølging. Hensikten var også å identifisere faglige og organisatoriske tiltak som kunne bidra til å øke kvaliteten på dokumentasjonen knyttet til ernæringsoppfølgingen hos hjemmeboende eldre. Gjennom en litteraturgjennomgang har jeg undersøkt hvilken evidens som foreligger om hvilke faktorer relatert til dokumentasjon av ernæring har betydning for kvaliteten på ernæringsoppfølgingen som gis til hjemmeboende eldre, og hvilke faglige og organisatoriske tiltak som kan bidra til økt kvalitet på dokumentasjonspraksisen knyttet til ernæringsoppfølgingen.

En sammenstilling av særtrekkene ved funnene fra litteraturgjennomgangen viser at dokumentasjonen relatert til ernæring gjenspeiler at det fortsatt er et stort gap mellom anbefalt og faktisk ernæringspraksis. Det viser også at årsakene til at ernæringsoppfølgingen av hjemmeboende eldre svikter er sammensatte. Økt kunnskap om ernæring og eldre, evnen og forutsetningen for å ta i bruk evidensbasert forskning, samt gode journalsystemer, etablerte rutiner og tid til å utføre ernæringskartlegginger kan ha betydning for dokumentasjonens kvalitet og følgelig ernæringsoppfølgingen.

5.1 Dokumentasjonen relatert til ernæring gjenspeiler at det fortsatt er et gap mellom anbefalt og faktisk ernæringspraksis

Kartlegging, vurdering og dokumentasjon av pasientens ernæringsstatus er viktig for å kunne gi hjemmeboende eldre god ernæringsoppfølging. Likevel viser studier at kartlegging av ernæringsstatus var mangelfull og kun forbeholdt et fåtall av pasientene (Halvorsen et al., 2016; Meyer et al., 2017; Persenius et al., 2008). Vurdering av ernæringsstatus ble tatt på bakgrunn av sykepleierens kliniske vurdering og utsagn om at de kjente igjen de underernærte pasientene. Vurderingen ble i noen tilfeller dokumentert som at pasienten var «velernært, i risiko for underernæring eller var underernært» (Halvorsen et al., 2016; Persenius et al., 2008). En grundigere kartlegging var forbeholdt de sykeste pasientene, vurdert ut fra pasientens tilstand, diagnose, pleiebehov, alder og om de hadde hatt et betydelig vekttap (Meyer et al., 2017; Persenius et al., 2008). Eide et al. (2014); Green et al. (2014) fant lignende funn i sine studier, pasientene som ble identifisert som underernærte var basert på

sykepleierens kliniske vurdering og ikke ved bruk av screeningverktøy. Denne praksisen samsvarer ikke med anbefalingene om at alle som mottar hjemmesykepleie skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved oppstart av tjeneste og deretter månedlig eller etter et annet individuelt opplegg (Helsedirektoratet, 2009). I helsedirektoratets arbeid med å utvikle et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem ble det i 2015 gjort et forprosjekt innen kvalitetsindikatorer for ernæring og legemiddelgjennomgang. I arbeidet med å kartlegge den daværende dokumentasjonspraksisen fant de at halvparten av respondentene kun kartlegger ernæringsstatus ved behov eller ved tilfeldigheter. De fant også at begrepet «kartlegging av ernæringsstatus» ofte kunne tolkes primært som vekt, vektkontroll og eventuelt høyde (Alhaug. et al., 2015). Til tross for denne tolkningen fant flere av studiene at fysiologiske målinger som høyde, vekt og BMI sjeldent ble dokumentert (Geurden et al., 2014; Halvorsen et al., 2016; Kårstad et al., 2018; Persenius et al., 2008). Vekt var derimot den fysiologiske målingen som oftest ble dokumentert, spesielt i de tilfellene hvor pasientene hadde en diagnose som kunne gi vekttap (Halvorsen et al., 2016). Funnene viser også at pasientene sjeldent ble veid, men spurt om å estimere sin egen vekt. Slik at det var den estimerte vekten som ble angitt og ikke den faktiske vekten til pasienten (Halvorsen et al., 2016). Vekt, høyde, BMI og vektendringer over tid er viktige og enkle diagnostiske mål som kan anvendes for å identifisere og dokumentere underernæring, samt for å se endring i ernæringsstatus og dette vil kunne legge føringer for hva den individuelle ernæringsplanen skal inneholde (Helsedirektoratet, 2009, 2012). Det er viktig å påpeke at dette alene ikke er nok for å kunne iverksette målrettede ernæringstiltak. For dette kreves det også kartlegging av brukerens matinntak i forhold til behov, samt forhold som kan både direkte og indirekte påvirke brukerens ernæringsstatus. Kartleggingen kan bidra til å finne de underliggende årsakene til at brukeren er i risiko for underernæring eller er underernært. Som vil være vesentlig for å kunne gi individuell behandling for å behandle eller forebygge underernæring (Bauer et al., 2010; Helsedirektoratet, 2012).

Dokumentasjonen bærer preg av å være overfladisk og mangle dybdeinformasjon (Halvorsen et al., 2016). Det er vilkårlig hvilken informasjon som dokumenteres og det mangler systematikk i hvilken informasjon som skal innhentes fra pasientene. Ernæringsparametre som oftest ble dokumentert var; vekt, hva pasientene liker spise, bruk av diett, evnen til å spise og drikke, om pasienten har vanskeligheter med å svelge eller tygge, er kvalm og appetitt (Geurden et al., 2014; Halvorsen et al., 2016; Persenius et al., 2008). Viktig

dokumentasjon om pasientens faktiske matinntak, energibehov eller om pasienten hadde andre behov knyttet til matinntak, eller var i behov av assistanse var ofte mangelfull. Den dokumentasjonen som fantes, ga sjelden verdifull informasjon. Det ble dokumentert at pasienten hadde spist en «liten porsjon», men dette ga ingen informasjon om hva den «lille porsjonen» faktisk inneholdt (Geurden et al., 2014; Halvorsen et al., 2016). Håkonsen et al. (2020) fant i sin studie om å utvikle et felles datasett for ernæring at dokumentasjonen som omhandler matinntaket bør inneholde observasjoner av kvalitet, kvantitet og hvilken type mat som inntas, om det er unngåelse av mat, bruk av ernæringsdrikker, antall måltider per dag, endring i matinntak, daglig inntak av medisiner og daglig inntak av drikke, inkludert alkohol. Pasientens behov for hjelp/støtte under måltidet kan også påvirke ernæringsstatusen, det vil også være viktig å kartlegge hvilken evne pasienten har til å spise, behov for assistanse og i hvilken grad, samt pasientens orale helse og eventuelle svelge- og tygge problemer (Håkonsen et al., 2020). Faktorer som selvvurdert helsetilstand, aktivitetsnivå, smak- og luktesans, appetittstatus, metthetsfølelse, sultfølelse, gastrointestinale symptomer og funksjoner, samt at mental, medisinsk og metabolsk tilstand, sykdomstilstedeværelse og komorbiditet og alder kan også ha effekt på ernæringsstatusen og derfor viktige å kartlegge. (Håkonsen et al., 2020). I en studie utført av Host et al. (2016) som undersøkte faktorer som påvirker valg av mat hos hjemmeboende eldre fant de at fysiologiske endringer som er assosiert med aldringsprosessen har en betydelig innvirkning på valg av mat. Dårlig tannstatus, nedsatt smak og andre sensoriske forandringer, tap av appetitt, tilstedeværelse av sykdom eller medisinske tilstander, mobilitet/funksjonelle begrensinger var medvirkende faktorer i beslutningen om hvilken type mat som ble inntatt. Holmes and Roberts (2011) fant i sin studie at menn som hadde problemer med å tygge inntok betydelig lavere mengder med grønnsaker, kjøtt og grove kornprodukter som resulterte i et lavere næringsinntak og lavere inntak av protein, folat og kalium og hadde et høyere inntak av mat med tilsatt sukker. De fant også at kvinner med dårlig appetitt hadde et høyere inntak av mat med tilsatt sukker og mettet fett og et lavere inntak av proteiner. Håkonsen et al. (2020) påpeker også at pasientens psykososiale forhold som bostatus om pasienten har selskap under måltider eller har redusert sosial kontakt eller er i sosial isolasjon. Samt om pasienten har tilgjengelighet til butikk, økonomi og mobilitet til å skaffe seg matvarer er faktorer som kan ha store innvirkninger på ernæringsstatusen. McMinn et al. (2011) fant lignende funn i sin studie, fysisk og kognitiv svekkelse, depresjon, ensomhet og dårlig økonomi kan ha en negativ innvirkning på matinntaket og har gjentatte ganger vist seg å være årsaker til utvikling av underernæring.

Engel et al. (2011) fant i sin studie om hvordan hardførhet, depresjon og emosjonelt velvære er assosiert med appetitt hos eldre voksne, at depressive symptomer var assosiert med dårlig appetitt hos eldre. van der Pols-Vijlbrief et al. (2014) har gjort en systematisk review av observasjonsstudier om faktorer for underernæring hos hjemmeboende eldre. I studien fant de sterke bevis for at dårlig appetitt var assosiert med utvikling av underernæring. Dette beskriver hvordan ulike faktorer kan påvirke hverandre og sammen føre til at den eldre utvikler underernæring.

Dette belyser viktigheten av å utføre en grundig kartlegging av ernæringsstatus når det kan være en rekke årsaker til utvikling av underernæring. Samt at en rekke av faktorene kan påvirke hverandre i en negativ retning slik at eldre som i utgangspunktet var i risiko for underernæring kan ha utviklet underernæring før de blir fanget opp. Funnene fra litteraturgjennomgangen viser at ernæringsinformasjonen som blir dokumentert er mangelfull og vilkårlig og at dette trolig kan være et resultat av pasienter blir vurdert for ernæringsmessig risiko kun på bakgrunn av sykepleierens kliniske vurdering. Det viser også at kartlegging av ernæringsstatus kun er forbeholdt utvalgt pasienter.

5.1.1 Individuell ernæringsplan

Funnene fra ernæringskartleggingen vil gi føringer for hva den individuelle ernæringsplanen skal inneholde og hvilke tiltak som skal iverksettes hos hver enkelt. Dokumentasjonen som omhandlet ernæring, ga lite føringer for ernæringsmessig behandling eller forebyggende tiltak. Ernæringsplaner og ernæringsbehandling ble nesten aldri dokumentert og forekom i hovedsak kun hos pasienter som var synlig underernært eller veldig tynne. Det fremstår å være vilkårlig og basert på sykepleierens kliniske observasjoner og vurderinger om hvem som får utarbeidet en ernæringsplan (Halvorsen et al., 2016; Kårstad et al., 2018). Til tross for at de ansatte alltid dokumenterte vekt, høyde, vektendringer og utførte screening av ernæringsstatus, var det ingen dokumentasjon som omhandlet ernæringsmessige bekymringer, om det var gitt behandling eller ernæringsråd (Wadas-Enright & King, 2015). I studien til Hestevik. et al. (2019b) fant de at individuell ernæringsbehandling og beboere med ernæringsplan økte under prosjektet, men at det var nedgang i antall beboere med registrert vekt og ernæringscreening fra oppstart til oppfølging. I følge Helsedirektoratet (2009); (Helsedirektoratet, 2012) skal en ernæringsplan inneholde dokumentasjon om ernæringsstatus, energi- og væskebehov, inntak av mat og drikke, samt målrettede tiltak.

Hvilke tiltak som settes i gang er avhengig av hvilke faktorer som innvirker på matinntaket og ernæringsstatusen for den enkelte. Det er derfor viktig at ernæringsplanen inneholder individuelle tiltak.

Ifølge studier er ernæringsbehandlingen og tiltakene som igangsettes basert på sykepleiernes kliniske vurderinger og ikke ernæringscreening (Halvorsen et al., 2016; Meyer et al., 2017). Ernæringsbehandling ble gitt i form av ernæringsdrikker og energi- og næringsrike måltider. Det var vilkårlig hvilken type som ble gitt og behandlingen ble lagt inn i medisinalisten og var ikke dokumentert i ernæringsplan (Halvorsen et al., 2016). Tiltak i henhold til ernæring var basert på samtaler i ansattgruppa som omhandlet hva brukerne hadde spist og hva de hadde i kjøleskapet. Når hjemmet ble ansett som kaotisk og at det var behov for hjelp og støtte ble tiltak igangsatt (Meyer et al., 2017). Samspising med aleneboende eldre med dårlig appetitt ble ansett som et viktig tiltak for å bedre ernæringsstatusen, men et tiltak som var for tidkrevende å gjennomføre i hjemmesykepleien (Meyer et al., 2017). Helsedirektoratet har utarbeidet en ernæringstrapp (figur 2) hvor hensikten er å veilede til å velge det minst ressurskrevende og beste tiltaket for å bedre pasientens ernæringsstatus (Helsedirektoratet, 2012, 2016).



Figur 2: Ernæringstrappen - modell for prioritering av ernæringstiltak.

Ernæringstrappen illustrerer at det første trinnet i trappen er behandling av underliggende faktorer, som kan være avgjørende for at ernæringstiltak skal kunne gjennomføres.

Helsedirektoratet (2016) legger også vekt på at i noen tilfeller kan det være aktuelt å starte på et høyere trinn i trappen eller kombinere ulike trinn. Dette avhenger av pasienten og dens behov. Slik at det i noen tilfeller vil være aktuelt å starte opp med næringsdrikker som første tiltak. For mange kan være lettere å drikke enn å spise når matlysten er dårlig og næringsdrikker er et godt supplement til måltidene for å oppnå ønsket energimengde. Helsedirektoratet hevder at «rutinemessig bruk av næringsdrikker bedrer ernæringsstatus, minsker risiko for komplikasjoner og gir bedre helse for eldre og underernærte» (Helsedirektoratet, 2016, p. 12). Hvilket produkt som er best egnet avhenger av pasientens energibehov, sykdomstilstand og smakspreferanser (Helsedirektoratet, 2016)

Bruk av individuelle ernæringsplaner avviker i stor grad fra anbefalingene til helsedirektoratet og dette gjenspeiles i dokumentasjonen. Det fremstår å kun være de pasientene med synlige behov for ernæringstiltak som får utarbeidet en plan. For å kunne gi individuell ernæringsbehandling er det vesentlig å finne de underliggende årsakene til hvorfor den eldre er i risiko for eller har utviklet underernæring. Den mangelfulle kartleggingen av ernæringsstatus kan trolig resultere i liten bruk av individuelle ernæringsplaner. Funnene kan også tyde på at det er liten systematikk i dagens ernæringsarbeid. Det er ingen automatikk i at ernæringscreenings og registrering av vekt, høyde og vektendringer skal genere en utvidet individuell kartlegging som setter føringer for hva ernæringsplanen skal inneholde. Det kan også tyde på at ernæringsplanene som ble utarbeidet var basert på anbefalinger om hva ernæringsplaner skal inneholde og ikke målrettede tiltak som er bestemt ut i fra faktorer som innvirker på matinntaket og ernæringsstatusen for den enkelte. Ernæringsbehandlingen som gis og målrettede tiltak fremstår å være bestemt ut i fra organisatoriske rammer og tilgjengelighet, ikke individuelle behov. Det vil være vanskelig følge opp samt å vurdere endringer i pasientens ernæringsstatus når dokumentasjonen av individuelle ernæringsplaner er svært mangelfull.

5.2 Hvorfor svikter dagens ernæringsoppfølging av hjemmeboende eldre? – hvilke betydninger har det for dokumentasjonens kvalitet?

Til tross for nasjonale retningslinjer, rapporter, veiledere og råd er det fortsatt et stort gap mellom anbefalt praksis og faktisk praksis, samt at årsakene til dette er sammensatte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Kunnskap om ernæring og eldre og et journalsystem som

gjenspeiler anbefalt praksis er viktige forutsetninger for å kunne utarbeide dokumentasjon av god kvalitet. Funnene fra litteraturgjennomgangen viser en annen realitet. Etablerte rutiner som er basert på anbefalt praksis er også en forutsetning for god ernæringspraksis. Dagens ernæringsarbeid er fortsatt i stor grad overlatt til tilfeldighetene og hver enkelt ansatt. Tid er en avgjørende faktor for å kunne utføre ernæringsarbeid av høy kvalitet, men dagens helsetjenester er preget av et stadig større krav til effektivitet slik at tidspress blir en dominerende faktor i arbeidshverdagen.

5.2.1 Manglende kunnskap om ernæring og komplekse journalsystemer setter dokumentasjonens kvalitet på prøve

Manglende kunnskap om ernæring og dokumentasjon er en sentral faktor som kan belyse hvorfor ernæringsoppfølgingen til hjemmeboende eldre svikter. Sykepleierne i studien til Halvorsen et al. (2016) opplevde at de manglet kunnskap og syntes derfor det var vanskelig å dokumentere ernæringsstatus på eldre mennesker, dette førte til at dokumentasjonen var mangelfull og manglet struktur. Det er behov for mer kunnskap i hvordan vurdere brukernes ernæringsstatus, regne ut energibehov, de ulike næringsstoffene i maten og hvordan gi råd om ernæring til brukere i hjemmesykepleien (Aagaard & Grøndahl, 2017). Lite kjennskap til og kunnskap om nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring og lite bruk av screeningverktøy for å vurdere ernæringsmessig risiko kan trolig ha betydning for den mangelfulle dokumentasjon (Halvorsen et al., 2016; Persenius et al., 2008). Ved at manglende kunnskap om anbefalt praksis vil kunne gi mangelfull og ustrukturert dokumentasjon. Funnene støttes av flere studier som belyser at helsepersonellets manglende kunnskap om ernæring er en barriere for optimal ernæringsoppfølging (Beattie et al., 2014; Eide et al., 2014; Merrell et al., 2012; Mowe et al., 2008). Komplekse journalsystemer som er vanskelig å navigere i bidrar også til ustrukturert og mangelfull dokumentasjon (Halvorsen et al., 2016; Persenius et al., 2008). Manglende kunnskap om hva som skal dokumenteres og hvor det skal dokumenteres førte til at informasjonen som ble dokumentert ofte var vanskelig å finne. Enkelte dokumenterte samme informasjon på flere steder for å være sikker på at informasjonen nådde ut til alle (Halvorsen et al., 2016). Sykepleierne i studien til Eide et al. (2014) oppga at manglende dokumentasjonsrutiner og systematisk innhenting av ernæringsinformasjon førte til at de syntes det var vanskelig å stole på informasjonen som var dokumentert.

Standardiserte dokumentasjonsmodeller kan gjøre det lettere for sykepleierne å dokumentere ernæringsstatus når den gjenspeiler sykepleieprosessen. Enkelte av sykepleierne mente det ble lettere å evaluere igangsatte tiltak når dokumentasjonen kunne brukes som en sjekkliste (Persenius et al., 2008). Funnene tydet også på at standardiserte dokumentasjonsmodeller ikke gjenspeiler den faktiske praksisen. Dette ble begrunnet med at modellen ble brukt på ulike måter som kunne føre til ustrukturert dokumentasjon som var vanskelig å finne. Enkelte oppgaver og områder som ble utført var ikke en del av modellen, samt at overskriftene over de ulike områdene ble ansett som forvirrende og ikke spesifikke nok (Persenius et al., 2008). I følge Helsedirektoratet (2009) skal dokumentasjon om ernæringsstatus og- behandling implementeres i gjeldende dokumentasjonssystemer og videreføres når pasientene flyttes mellom omsorgsledd. Dette utfordres av at dokumentasjon av ernæringsinformasjon i dagens journalsystem hovedsakelig foregår i fritekst. Funnene fra forprosjektet innen kvalitetsindikatorer for ernæring og legemiddelgjennomgang støtter oppunder at dokumentasjonen av ernæringsvurdering, tiltak og evaluering kan være mangelfull (Alhaug. et al., 2015). Undersøkelsen viser også at det er liten systematikk i informasjonen som blir dokumentert, respondentene oppgir at vekt, høyde og mat- og væskeinntak dokumenteres i en eller annen form, som oftest i fritekstformat. En liten andel av respondentene oppgir også at det ikke blir dokumentert individuell ernæringsplan ved ernæringsmessig risiko. Noen oppgir også at ernæringskartleggingen som utføres heller ikke blir dokumentert. En mulig forklaring på dette er at kartleggingsverktøy ofte foreligger i papirversjon eller som et integrert skjema i journalsystemet (Alhaug. et al., 2015). I journalsystemet Gericca som ofte brukes i primærhelsetjenesten er de integrerte skjemaene kun tilgjengelig i journalsystemets fullversjon og er ikke kompatible med den mobile dokumentasjonsmodellen som brukes under besøkene i hjemmesykepleien. Alhaug. et al. (2015) konkluderer med at dagens elektroniske journalsystemer ikke er tilrettelagt for standardisert dokumentasjon og at den tilgjengelige dokumentasjonen er i fritekst. Dette vanskeliggjør målrettet ernæringskartlegging, dokumentasjon og oppfølging.

Forutsetningene for å utarbeide dokumentasjon av god kvalitet vil stadig bli utfordret av ett journalsystem som gir lite føringer for dokumentasjonens innhold. Samt at manglende kunnskap om vurdering av ernæringsmessig risiko, ernæringskartlegging og anbefalte tiltak når matinntaket blir for lite, vil gjøre det vanskelig for helsepersonellet å oppfylle dokumentasjonens krav. Når dagens dokumentasjon som allerede anses som mangelfull i

tillegg blir vurdert med skepsis er det nærliggende å tro at dette bidrar til den lave kvaliteten på dagens ernæringspraksis. Det vil være vanskelig å både igangsette relevante tiltak og evaluere effekten av de om dokumentasjonen relatert til ernæring ikke blir ansett som viktig eller relevant.

Den mangelfulle dokumentasjonen påvirker også kvaliteten på pleien og oppfølgingen pasientene får når de flyttes mellom omsorgsledd. Halvorsen et al. (2016) viser til at dokumentasjonen om ernæring i overføring mellom sykehus og sykehjem trenger bedre kvalitet og rutiner. Funnene viste også at sykepleierne var fornøyde med egen dokumentasjon, men misfornøyd med dokumentasjon de mottok av hverandre. De anså dokumentasjonen som de mottok som svært mangelfull og av lav kvalitet, samt at den ga lite føringer for videre oppfølging og behandling. Til tross for dette hadde de ingen formening om hva dokumentasjonen skulle inneholde, hvor den skulle dokumenteres eller hvordan de kunne gi hverandre god og nødvendig informasjon. Det er manglende fokus på ernæring og dokumentasjon innenfor både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (Eide et al., 2014; Håkonsen et al., 2019). Hektiske arbeidsdager, fokus på akutt behandling av sykdom og korte sykehusopphold fører ofte til at ernæringsmessig omsorg forsømmes. Ernæringspleie blir kun prioritert om det er en viktig faktor for pasientens medisinske tilstand. Vektkontroller ble ofte utført med andre formål enn å kartlegge ernæringsstatus. Næringsdrikker kunne bli gitt til pasientene, selv om det var liten sannsynlighet for at de drakk, men sykepleierne kunne da beskrive at de hadde utført tiltak i henhold til ernæring. Korte sykehusopphold førte også til at sykepleierne følte mindre ansvar for ernæringsmessig omsorg, spesielt om pasienten bodde på sykehjem (Eide et al., 2014). Ernæringsarbeid i primærhelsetjenesten påvirkes også av manglende rutiner og struktur for god ernæringspraksis, samt manglende kunnskap hos helsepersonellet om ernæring og dokumentasjon (Håkonsen et al., 2019). En organisasjonskultur som ikke legger til rette for god ernæringspraksis, samt helsepersonellets manglende kunnskap og ansvarsfølelse for ernæring gjør at de ikke har store forutsetninger for å utarbeide dokumentasjon av god kvalitet eller se hvilke tiltak som kan øke kvaliteten på dokumentasjon som sendes og mottas. Funnene kan også tyde på at sykepleierne er fornøyde med egen innsats og dokumentasjon når de har utført tiltak som kan ha betydning for ernæringsstatusen, til tross for at det mangler individuelle tilpasninger og systematikk. Mens dokumentasjonen som mottas belyser hvor mangelfull dokumentasjonen av ernæringsparametre faktisk er og hvor liten verdi den har for den videre behandlingen og

oppfølgingen. Sykepleiernes manglende evne til å vurdere egen dokumentasjonspraksis kan da trolig skyldes organisatoriske rammer og manglende fokus på, og kunnskap om ernæring.

5.2.2 Hjemmesykepleiens organisatoriske rammer bidrar til at ernæringsarbeidet blir overlatt til tilfeldighetene

Manglende rutiner og tid for å vurdere og kartlegge ernæringsstatus kan føre til at hjemmeboende eldre i risiko for å utvikle underernæring ikke blir identifisert, som igjen kan føre til at ernæringsoppfølgingen blir mangelfull. Rutiner for ernæringsarbeid er svært forskjellig fra kommuner til kommuner, også innad i samme kommune (Håkonsen et al., 2018; Aagaard & Grøndahl, 2017). Mange kommuner mangler skiftelige rutiner for screening og evaluering av ernæringsstatus. Det er også forskjeller i viktige rutiner som omhandler veiing og kartlegging av ernæringsstatus av hjemmeboende brukere på første besøk, dokumentasjon av ernæringsproblemer, kontakt med fastlege etter å ha identifisert et ernæringsproblem, samt dokumentasjon av næringsinntak og matvaner hos brukere som er identifisert i ernæringsmessig risiko (Håkonsen et al., 2018; Aagaard & Grøndahl, 2017). Skrevet innledningsvis fant Helsetilsynet (2011) under sitt tilsyn at mange kommuner manglet etablerte rutiner for ernæringsarbeid og at dette førte til at det var store mangler i arbeidet med å forebygge og behandle underernæring. Funn fra studiene til (Eide et al., 2014; Håkonsen et al., 2019) viser at dette i stor grad også gjelder dagens praksis når det er stor mangel på systematisk ernæringsarbeid både i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Eide et al. (2014) viser til at når screening av ernæringsmessig risiko og individuell kartlegging ikke er en del av de daglige rutinene, tyder funnene på at det ikke ble utført. Som følge av dette ble det sjeldent igangsatt ernæringsmessig behandling. Håkonsen et al. (2019) beskriver som nevnt at mangelfulle rutiner påvirker mulighetene til å fange opp endringer hos brukerne, igangsette aktuelle tiltak, samt evaluering av de igangsatte tiltakene. Dette viser at en av konklusjonene til Helsetilsynet (2011) fortsatt er høyaktuell, 10 år etter at tilsynet ble utført. Ernæringsarbeidet er fortsatt i stor grad overlatt til tilfeldighetene og hver enkelt ansatt når det ikke foreligger rutiner for hvordan brukere med ernæringsproblemer skal følges opp.

Tid er essensielt i all pleie og omsorg, men dagens helsetjenester er preget av et stadig større krav til effektivitet og tidspres er en dominerende faktor i arbeidshverdagen. Tidspresen i hjemmesykepleien var begrensende for å gjennomføre ernæringskartlegginger og gi ernæringsoppfølging, samt at dokumentering ble ansett som tidskrevende (Meyer et al., 2017;

Persenius et al., 2008; Aagaard & Gröndahl, 2017). Funnene støttes av Ball et al. (2014) og Andrés and Bekker (2013) som viser til at tidspress kan føre til at mange oppgaver ikke blir prioritert, tid til å snakke med pasientene, gi veiledning og rå og å utarbeide eller oppdatere tiltaksplaner var oppgaver som oftest ble prioritert vekk. Ernæringskartlegging er en oppgave som lett prioriteres vekk når den oppleves som tidkrevende (Tangvik et al., 2012). I motsetning til dette hevder Söderhamn and Söderhamn (2009) at å ha interesse for og gi tid til dialog og lytte til pasienten var avgjørende for å fremme og legge til rette for ernæringskartlegginger av høy kvalitet og følgelig på ernæringstiltakene som igangsettes. Tidspress blir derfor ansett som en barriere for å kunne utføre ernæringskartlegginger av høy kvalitet. Det er også nærliggende å tro at dokumentasjonens kvalitet blir svekket når funnene viser at både ernæringskartlegginger og dokumentering er oppgaver som ofte blir tilsidesatt.

5.3 Faglige og organisatoriske tiltak som kan bidra til å øke kvaliteten på dokumentasjonen

Funnene viser at sykepleierne ofte vurderer ernæringsmessig risiko basert på kliniske observasjoner og vurderinger (Halvorsen et al., 2016; Persenius et al., 2008). Funnene viste og at ubesluttsomhet fra ledelsen om hvilket screeningverktøy som skulle benyttes i vurdering av ernæringsmessig risiko hindret implementering (Meyer et al., 2017). Det finnes en rekke validerte screeningverktøy og tidligere har det vært anbefalt å bruke forskjellige screeningsverktøy i de forskjellige helse- og omsorgstjenestene (Helsedirektoratet, 2009). Helsedirektoratet (2021) har nylig publisert en revidert utgave av nasjonal faglig retningslinje «Forebygging og behandling av underernæring». Det påpekes at bruk av validerte screeningverktøy er avgjørende for at flest mulige som er i ernæringsmessig risiko skal bli identifisert. For å sikre dette og for å redusere risikoen for feil, forenkle viderefremming og sikre kontinuitet i pasientforløpene, har det nå blitt vurdert at det er nødvendig at samme screeningverktøy blir benyttet i hele helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2021). Screeningverktøyet MST (figur 3) vil være lett å gjennomføre når det kun baserer seg på to spørsmål, ett om endring i vekt og ett om endring i matinntak. En totalskår på over 2 betyr at pasienten er i ernæringsmessig risiko og det er behov for individuell ernæringskartlegging og tiltak (Helsedirektoratet, 2021)

Verktøy for å vurdere risiko for underernæring hos voksne (MST - Malnutrition Screening Tool*)

Involver gjerne pårørende, som ofte kan bidra med utfyllende informasjon

1. Har du/pasienten gått ned i vekt i det siste uten å ha gjort forsøk på det?

Nei	0
Vet ikke	2
Ja. Hvor mange kilo?	
1-5 kg	1
6-10 kg	2
11-15 kg	3
Over 15 kg	4
Vet ikke hvor mange kilo	2

Ta utgangspunkt i vektendring i løpet av de siste seks måneder

«Spist mindre enn vanlig» kan omfatte

- spist mindre enn man pleier
- spist dårlig
- spist lite
- redusert matinntak

2. Har du/pasienten spist mindre enn vanlig på grunn av nedsatt matlyst?

Nei	0
Ja	1

Ta gjerne utgangspunkt i om det er mindre enn ¼ av det personen anser som sitt vanlige matinntak

«Nedsatt matlyst» er en vanlig årsak til redusert matinntak. Vær oppmerksom på at det er mange forhold som kan påvirke matlysten eller matinntaket, slik som tygge- og svelgevansker eller andre spiserelaterte symptomer som gjør at du/pasienten har problemer med å få i seg mat og næring.

Total poengskår: _____

Poengskår 2 eller mer betyr at du/pasienten er i risiko for underernæring. Iverksett kartlegging og tiltak.

*Malnutrition Screening Tool (MST) er oversatt til norsk av Helsedirektoratet. Gjengitt fra Nutrition, Vol 15(6), Ferguson M., Capra S., Bauer J., Banks M., Development of a valid and reliable malnutrition screening tool for adult acute hospital patients, s. 458-64, Copyright 1999, med tillatelse fra Elsevier. <https://www.sciencedirect.com/journal/nutrition>

Figur 3: MST- Malnutrition Screening Tool

Det kan være utfordrende å gi helsehjelp i det private hjem. I mange tilfeller kan det være utfordrende å ta høyde og vekt av brukere i eget hjem grunnet mangel på utstyr som vekter eller spesial vekter til immobile bruker (Meyer et al., 2017). Funnene støttes av en studie utført i Storbritannia om hemmende og fremmende faktorer for å vurdere ernæringsmessig risiko blant kommunale sykepleiere. De påpekte også at utformingen av brukernes bolig og inventar kunne skape utfordringer (Green et al., 2014). Sett opp i mot den mangelfulle dokumentasjonen av ernæringsparametre er det nærliggende å tro at det å ta vekt og høyde av brukerne er en oppgave som ofte vil bli prioritert vekk, til tross for at finnes alternative metoder. En alternativ metode for å beregne høyde er å måle underarmslengden. Dette gjøres ved å måle avstanden fra tuppen av albuen og til midten av håndleddsbeinet, dette målet settes deretter inn i en formel vist i Helsedirektoratet (2021, p. 16) for å regne ut brukerens høyde. I hjemmesykepleien står også brukerens autonomi sterkt. Respekten for brukernes verdighet og autonomi kan forhindre ernæringskartlegging og nødvendig dokumentasjon. Sykepleierne i hjemmesykepleien mente at det i mange tilfeller var upassende å veie brukerne og at de unngikk å veie brukerne grunnet tilbakeholdenhet. De var redde for at brukerne skulle føle seg krenket og at de på den måten ikke ivaretok og respekterte brukernes verdighet og autonomi (Meyer et al., 2017). I følge Helsedirektoratet (2021) vil god kommunikasjon og

informasjon om hvorfor det er viktig med opplysninger om vekt og høyde være viktig for gjennomføringen.

For at helsepersonell skal være i stand til å gi god informasjon om ernæring til eldre og hva en god ernæringskartlegging skal inneholde. Samt hvordan ernæringsstatusen skal vurderes og hvordan de skal kunne gi tilpasset og god ernæring er det avgjørende at de søker etter evidensbasert forskning og at det implementeres i praksis (Helsedirektoratet, 2021; Volkert, 2013). Funnene har vist at det fortsatt er en stor andel av helsepersonellet som ikke har kjennskap til nasjonale retningslinjer og at praksisen de utfører ikke er i tråd med gjeldende anbefalinger (Halvorsen et al., 2016; Kårstad et al., 2018; Persenius et al., 2008; Aagaard & Gröndahl, 2017). Sykepleierne i studien til Meyer et al. (2017) fikk en ny og bredere forståelse for underernæring ved å lese seg opp på nasjonale retningslinjer i grupper, og dette økte sykepleiernes faglige engasjement for ernæring. Studier viser at undervisning har en positiv effekt og det kan bidra til at ernæringsarbeidet i større grad utføres i tråd med nasjonale anbefalinger (Kennelly et al., 2010; Söderhamn & Söderhamn, 2009; Westergren et al., 2009). Den nye kunnskapen som sykepleierne hadde tilegnet seg ble videreført i rapporter, personalmøter og gjennom veiledning (Meyer et al., 2017). Repetisjon av undervisning og ny kunnskap vil være avgjørende for å kunne opprettholde kunnskapsnivået og vil kunne bidra til å etablere ny praksis (Kennelly et al., 2010). Økt forståelse, ny kunnskap, planlegging og nødvendig utstyr førte til at sykepleierne erfarte at ernæringskartlegginger ikke var tidkrevende arbeid og kunne gjennomføres samtidig med andre oppgaver. Ny kunnskap og tilnærming førte også til at brukerne og pårørende var positive til ernæringskartleggingen og at det ble rettet faglig oppmerksomhet mot manglende matinntak og vekttap (Meyer et al., 2017).

Et felles datasett for ernæring vil kunne bidra til å bedre kvaliteten på dokumentasjonen. Håkonsen et al. (2020) har utviklet et felles datasett for primærhelsetjenesten som tar utgangspunkt i ulike momenter innenfor fysiologiske målinger, pasientens evne til å spise, behov for assistanse og oral helse. Videre legges det vekt på dokumentasjon om pasientens matinntak, samt ulike stress faktorer som kan påvirke pasientens ernæringsstatus. Funnen tilsier at den mangelfulle dokumentasjonen kan skyldes at sykepleierne synes det er vanskelig å vite hva som skal dokumenteres og hvor det skal dokumenteres (Halvorsen et al., 2016). Funnene tilsier også at en standardisert dokumentasjonsmodell som VIPS kan hjelpe

dokumentering, men at modellen ikke gjenspeiler den faktiske praksisen i tilstrekkelig grad (Persenius et al., 2008). Ved å integrere et felles datasett i en standardisert dokumentasjonsmodell er det nærliggende å tro at dette vil kunne bidra til å øke kvaliteten ved at det vil være synlig for sykepleierne hvilke punkter som skal inngå i en ernæringskartlegging, legge grunnlaget for systematisk dokumentasjon. Som nevnt tidligere hevder Håkonsen et al. (2019) at noen av utfordringene i primærhelsetjenesten er mangel på ensartet og systematisk dokumentasjon. Et felles datasett kan trolig også bidra til bedre helsepersonellens kliniske språk og valg av terminologier når dette kan baseres på en standardisering og ikke oppfatning til hver enkelt ansatt. Det er da også nærliggende å tro at dette på sikt også kan bedre samhandlingen mellom de ulike omsorgsleddene og sikre at pasientene får riktig å nødvendige pleie uavhengig av hvilken helse- og omsorgstjeneste de er i behov av. (Alhaug et al., 2015) hevder også at en standardisering vil kunne sikre at resultater av ernæringskartlegging, vurdering og tiltak, samt dokumentasjon blir overført mellom de ulike omsorgsleddene

En forutsetning for at det tilrettelegges for de nevnte tiltakene som kan bidra til økt kvalitet på ernæringsoppfølgingen av hjemmeboende eldre, er støtte fra en ledelse som viser interesse og oppmerksomhet for ernæringsarbeid (Meyer et al., 2017). Dette støttes av nasjonal ernæringsstrategi og nasjonal faglig retningslinje som hevder at forutsetninger for å sikre at god ernæringspraksis er en integrert del av det helhetlige undersøkelses- og behandlingstilbudet er ledelsesforankring som innebærer å være involvert i og å gi etableringen god ernæringspraksis tilstrekkelig med oppmerksomhet i organisasjonen og i ledergruppa. Dette omhandler blant annet at rutiner og prosedyrer for god ernæringspraksis etableres, at det er en tydelig fordeling av ansvar og oppgaver, at rutinene er kjent for alle ansatte, at det finnes nødvendig utstyr og at det er mulighet for samhandling og god informasjonsflyt internt og mellom omsorgsleddene. (Helse-og omsorgsdepartementet, 2021; Helsedirektoratet, 2021). Funnen støttes av Lode et al. (2018) som fant at ernæringsarbeid krever kontinuerlig oppmerksomhet fra ledelsen ved at resultater fra ernæringskartlegginger må etterspørres, samt at det må sikres at personalet har nødvendig kompetanse for å kunne utføre god ernæringspraksis.

5.4 Relevans for klinisk praksis

Resultatene i denne studien viser at det er viktig å ha fokus på eldre og ernæring i primærhelsetjenesten og at dagens ernæringsarbeid i større grad må utføres i tråd med nasjonale anbefalinger. For å lykkes med arbeidet om å kunne gi god ernæringsoppfølging til hjemmeboende eldre vil det være viktig å fokusere på følgende:

- Innføring og opplæring i nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring som kan styrkes de ansattes kunnskapsgrunnlag til å utføre god ernæringspraksis.
- Etablere gode rutiner basert på nasjonale anbefalinger som vil omhandle hvordan vurdere ernæringsmessig risiko, utføre individuelle ernæringskartlegginger etterfulgt av individuelle ernæringstiltak som evalueres etter retningslinjer.
- Legge til rette for et felles datasett for ernæring i gjeldende dokumentasjonssystemer, samt sørge for at hver enkelt ansatt har fått opplæring i gjeldende dokumentasjonspraksis
- Det vil være behov for mer forskning som har fokus på implementering av nasjonale anbefalinger for ernæring i primærhelsetjenesten.

5.5 Metodologiske betraktninger

Siden dette er en individuell masteroppgave, har resultatene og analyseprosessen blitt diskutert på seminarer sammen med skolens veiledere og medstudenter. En styrke ved studien er at den inkluderer studier med både kvalitative og kvantitative design. Dette har gitt resultater som beskriver forekomster og vurderer effekt, samt studier som beskriver sykepleierens erfaringer med ernæringsarbeid. I tillegg er flesteparten av de inkluderte studiene er fra nordiske land som gjør at overføringsverdien er høy når oppbygningen av helsevesenet i Norden har mange fellestrekk.

Det er flere begrensninger knyttet til denne studien. Flere studier som omhandlet dokumentasjonspraksis og ernæring ble ekskludert fra studien når de omhandlet spesifikke diagnoser og var begrenset til enkelte sykehusavdelinger. Samt at studier som utelukkende fokuserte på personer med demens og ernæring i primærhelsetjenesten ble ekskludert. Flere av studiene som er inkludert i denne litteraturgjennomgangen er fra sykehus, men funnene er likevel sammenlignbare med funnene fra studiene gjort i primærhelsetjenesten. Studiene er

inkludert på bakgrunn av at det finnes lite forskning som omhandler dokumentasjonspraksis og ernæringsarbeid i hjemmesykepleien.

6 Konklusjon

Underernæring hos eldre er utfordrende og komplekst, og er assosiert med alvorlig funksjonssvikt. Det vil være til alles interesse med tidlig identifisering og igangsetting av individuelle ernæringstiltak som kan forebygge utviklingen av underernæring. Det er et stort gap mellom anbefalt og faktisk ernæringspraksis. Vurdering av pasientens ernæringsstatus er i stor grad basert på ansattes kliniske vurderinger. Kartlegging av ernæringsstatus er kun forbeholdt det fåtall av pasientene. Den mangelfulle kartlegging gjenspeiles av dokumentasjonen som anses å være mangelfull og vilkårlig. Informasjonen som er journalført mangler dybde og gir lite føringer for videre behandling og tiltak. Individuelle ernæringsplaner og ernæringsbehandling blir i liten grad dokumentert som betyr at det er lite fokus på individuell ernæringsbehandling i dagens praksis. Utførelsen av god ernæringspraksis utfordres av de ansattes manglende kunnskap om ernæring og dokumentasjon, samt komplekse journalsystemer som påvirker kvaliteten på dokumentasjonen og samhandlingen mellom de ulike omsorgsleddene. Mangel på etablerte rutiner for ernæringsarbeid og et stadig større krav til effektivitet bidrar til at ernæringsarbeid er en oppgave som ofte blir prioritert vekk til fordel for andre nødvendige oppgaver. Ledelsesforankring er en viktig forutsetning for å tilrettelegge for viktige tiltak som kan øke kvaliteten på dokumentasjonen og følgelig ernæringsoppfølgingen som gis til hjemmeboende eldre.

7 Litteraturliste

- Agarwal, E., Miller, M., Yaxley, A., & Isenring, E. (2013). Malnutrition in the elderly: A narrative review. *Maturitas*, 76(4), 296-302.
<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.07.013>
- Alhaug, J., Bjørnstad, E., Ore, S., Rai, R., & Lind, J. (2015). *Forprosjekt innen kvalitetsindikatorer for ernæring og legemiddelgjennomgang* (IS-2336). Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/forprosjekt-innen-kvalitetsindikatorer-for-ernaering-og-legemiddelgjennomgang/Forprosjekt%20innen%20kvalitetsindikatorer%20for%20ern%C3%A6ring%20og%20legemiddelgjennomgang.pdf/_attachment/inline/1a96e9bc-f8a4-4dae-b86a-6aba621ed520:b0cf5c4c55c3dcf48bddf33281c967ff904857af/Forprosjekt%20innen%20kvalitetsindikatorer%20for%20ern%C3%A6ring%20og%20legemiddelgjennomgang.pdf
- Alhaug, J., Bjørnstad, E., Ore, S., Rai, R., & Lind, J. (2015). *Forprosjekt innen kvalitetsindikatorer for ernæring og legemiddelgjennomgang* (IS-2336). Helsedirektoratet. <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/forprosjekt-innen-kvalitetsindikatorer-for-ernaering-og-legemiddelgjennomgang>
- Andrés, E., & Bekker, G. (2013). Sygeplejepersonalets opplevelse af ernæringscreening og kostregistrering. *Klinisk Sygepleje*, 27(3), 52-59. <https://doi.org/https://doi-org.ezproxy.uio.no/10.18261/ISSN1903-2285-2013-03-07>
- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care : a practical guide* (4th ed.). Open University Press/ McGraw- Hill Education.
- Ball, J. E., Murrells, T., Rafferty, A. M., Morrow, E., & Griffiths, P. (2014). Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Qual Saf*, 23(2), 116-125. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001767>
- Bauer, J. M., Kaiser, M. J., & Sieber, C. C. (2010). Evaluation of nutritional status in older persons: nutritional screening and assessment. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*, 13(1), 8-13. <https://doi.org/10.1097/MCO.0b013e32833320e3>
- Beattie, E., O'Reilly, M., Strange, E., Franklin, S., & Isenring, E. (2014). How much do residential aged care staff members know about the nutritional needs of residents? *Int J Older People Nurs*, 9(1), 54-64. <https://doi.org/10.1111/opn.12016>

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Chareh, N., Kiesswetter, E., Rapp, A., Stehle, P., Hesecker, H., Sieber, C. C., & Volkert, D. (2020). Type of Care and Living Situation Are Associated with Nutritional Care but Not Nutritional Status of Older Persons Receiving Home Care. *Healthcare (Basel)*, 8(3). <https://doi.org/10.3390/healthcare8030296>
- Clarke, V., & Braun, V. (2013). Teaching thematic analysis. *The psychologist*, 26(2), 120-123. <https://thepsychologist.bps.org.uk/volume-26/edition-2/methods-teaching-thematic-analysis>
- Clarke, V., & Braun, V. (2017). Thematic analysis. *The Journal of Positive Psychology*, 12(3), 297-298. <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1262613>
- Eide, H. D. H. D., Halvorsen, K. K., & Almendingen, K. (2014). Barriers to nutritional care for the undernourished hospitalised older people. *Journal of clinical nursing*, 24(5-6), 696-706. <https://doi.org/10.1111/jocn.12562>
- Engel, J. H., Siewerdt, F., Jackson, R., Akobundu, U., Wait, C., & Sahyoun, N. (2011). Hardiness, Depression, and Emotional Well-Being and Their Association with Appetite in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*, 59(3), 482-487. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03274.x>
- Geurden, B., Wouters, C., Franck, E., Weyler, J., & Ysebaert, D. (2014). Does documentation in nursing records of nutritional screening on admission to hospital reflect the use of evidence-based practice guidelines for malnutrition? *Int J Nurs Knowl*, 25(1), 43-48. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12011>
- Green, S. M., James, E. P., Latter, S., Sutcliffe, M., & Fader, M. J. (2014). Barriers and facilitators to screening for malnutrition by community nurses: a qualitative study. *J Hum Nutr Diet*, 27(1), 88-95. <https://doi.org/10.1111/jhn.12104>
- 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 Nurs*, 15, 70. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0193-z>
- Helse-og omsorgsdepartementet. (2021). *God og riktig mat hele livet. Nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre i sykehjem og som mottar hjemmetjenester*. H.-o. omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/god-og-riktig-mat-hele-livet/id2849251/>

- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring – Nasjonal faglig retningslinje*. (978-82-8081-185-1).
Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2012). *Kosthåndboken - veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten* (IS-1972). Helsedirektoratet.
<https://mhfa.no/contentassets/581f2638fc26422ba007e1c2ba4c92e0/kosthaandboken-is-1972.pdf>
- Helsedirektoratet. (2016, 19.12.2017). *Nasjonale faglige råd for ernæring, kosthold og måltider i helse- og omsorgstjenesten* Helsedirektoratet. Retrieved 01.05 from
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/ernaering-kosthold-og-maltider-i-helse-og-omsorgstjenesten#referere>
- Helsedirektoratet. (2018, 24.06.2021). *Ernæringsoppfølging hos hjemmeboende*. .
Helsedirektoratet. Retrieved 07.04 from
<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/oppfoelging-av-ernaering-hos-hjemmeboende>
- Helsedirektoratet. (2021, 14.03.2022). *Forebygging og behandling av underernæring*.
Helsedirektoratet. Retrieved 06.05.2022 from
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-og-behandling-av-underernaering>
- Lov om helsepersonell, (1999). https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_8
- Helsetilsynet. (2011). *Krevende oppgaver med svak styring : samlerapport fra tilsyn i 2010 med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre* (1503-4798). Helsetilsynet.
https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/Publikasjoner/rapporter2011/helsetilsynetrapport5_2011.pdf/
- Hestevik, C., H., Molin, M., Debesay, J., Bergland, A., & Bye, A. (2019a). Healthcare professionals' experiences of providing individualized nutritional care for Older People in hospital and home care: a qualitative study. *BMC Geriatr*, 19(1), 317.
<https://doi.org/10.1186/s12877-019-1339-0>
- Hestevik., C. H., Heyerdahl., E., Lysne., G., B. , Molin., M., & Sellevold., G. S. (2019b). Improving Documentation of Nutritional Care in A Nursing Home: An Evaluation of A Participatory Action Research Project. *Geriatrics (Basel)*, 4(1).
<https://doi.org/10.3390/geriatrics4010029>

- Holmes, B. A., & Roberts, C. L. (2011). Diet quality and the influence of social and physical factors on food consumption and nutrient intake in materially deprived older people. *Eur J Clin Nutr*, 65(4), 538-545. <https://doi.org/10.1038/ejcn.2010.293>
- Host, A., McMahon, A.-T., Walton, K., & Charlton, K. (2016). Factors Influencing Food Choice for Independently Living Older People-A Systematic Literature Review. *J Nutr Gerontol Geriatr*, 35(2), 67-94. <https://doi.org/10.1080/21551197.2016.1168760>
- Håkonsen, S. J., Bjerrum, M., Bygholm, A., Kjelgaard, H. H., & Pedersen, P. U. (2018). The routines, knowledge and attitudes towards nutrition and documentation of nursing staff in primary healthcare, . *Journal of Community & Public Health Nursing*, 4(3). <https://doi.org/10.4172/2471-9846.1000220>
- Håkonsen, S. J., Bjerrum, M., Bygholm, A., Pedersen, P. U., & Peters, M. D. (2020). Speaking the same language: Development of a Nutrition Minimum Data Set for healthcare professionals in primary healthcare. *Health Informatics Journal*, 26(1), 248-263. <https://doi.org/10.1177/1460458218824707>
- Håkonsen, S. J., Bjerrum, M., Bygholm, A., Pedersen, P. U., & Thisted, C. N. (2019). Lack of focus on nutrition and documentation in nursing homes, home care- and home nursing: the self-perceived views of the primary care workforce. *BMC Health Serv Res*, 19(1), 642. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4450-1>
- Kennelly, S., Kennedy, N. P., Rughoobur, G. F., Slattery, C. G., & Sugrue, S. (2010). An evaluation of a community dietetics intervention on the management of malnutrition for healthcare professionals. *J Hum Nutr Diet*, 23(6), 567-574. <https://doi.org/10.1111/j.1365-277X.2010.01111.x>
- Kårstad, K. Å., Olsen, N. R., Sygnestveit, K., Jamtvedt, G., Aarflot, M., & Tangvik, R. J. (2018). Inadequate documentation of nutritional practice in the specialist health service [Dokumentasjonen av ernæringspraksis i spesialisthelsetjenesten er mangelfull] [Artikkel]. *Sykepleien Forskning*, 13(e-72857), 1-18. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.72857>
- Lode, K., Juul, H., Rossavik, B., & Vigeland, E. (2018). Bedre opplæring gjorde at flere ble screenet for underernæring. *Sykepleien Forskning*(74256). <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.74256>
- McMinn, J., Steel, C., & Bowman, A. (2011). Investigation and management of unintentional weight loss in older adults. *BMJ*, 342(7800). <https://doi.org/10.1136/bmj.d1732>

- Merrell, J., Philpin, S., Warring, J., Hobby, D., & Gregory, V. (2012). Addressing the nutritional needs of older people in residential care homes: Addressing the nutritional needs of older people. *Health & social care in the community*, 20(2), 208-215. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2011.01033.x>
- Meyer, S. E., Velken, R. J., & Liv, H. (2017). Assessment of nutritional status - a nursing responsibility in home care services [Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien] [Artikkel]. *Sykepleien Forskning*, 12(e-61797), 1-13. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61797>
- Mowe, M. (2002). Treatment of malnutrition in elderly patients [Behandling av undernærning hos eldre pasienter] [Översikt]. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*, 122(8), 815-818. http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=514098
- Mowe, M., Bosaeus, I., Rasmussen, H. H., Kondrup, J., Unosson, M., Rothenberg, E., Irtun, Ø., & The Scandinavian Nutrition, g. (2008). Insufficient nutritional knowledge among health care workers? *Clin Nutr*, 27(2), 196-202. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2007.10.014>
- O'Connell, M., Jensen, P. S., Andersen, S. L., Fernbrant, C., Norholm, V., & Petersen, H. V. (2018). Stuck in tradition-A qualitative study on barriers for implementation of evidence-based nutritional care perceived by nursing staff. *J Clin Nurs*, 27(3-4), 705-714. <https://doi.org/10.1111/jocn.14020>
- 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. *J Clin Nurs*, 17(16), 2125-2136. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02202.x>
- Ramage-Morin, P. L., Gilmour, H., & Rotermann, M. (2017). Nutritional risk, hospitalization and mortality among community-dwelling Canadians aged 65 or older. *Health Rep*, 28(9), 17-27.
- Roberts, H. C., Lim, S. E. R., Cox, N. J., & Ibrahim, K. (2019). The Challenge of Managing Undernutrition in Older People with Frailty. *Nutrients*, 11(4). <https://doi.org/10.3390/nu11040808>
- Söderhamn, U., & Söderhamn, O. (2009). A successful way for performing nutritional nursing assessment in older patients. *J Clin Nurs*, 18(3), 431-439. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02378.x>

- Tangvik, R. J., Guttormsen, A. B., Tell, G. S., & Ranhoff, A. H. (2012). Implementation of nutritional guidelines in a university hospital monitored by repeated point prevalence surveys. *Eur J Clin Nutr*, 66(3), 388-393. <https://doi.org/10.1038/ejcn.2011.149>
- van der Pols-Vijlbrief, R., Wijnhoven, H. A. H., Schaap, L. A., Terwee, C. B., & Visser, M. (2014). Determinants of protein–energy malnutrition in community-dwelling older adults: A systematic review of observational studies. *Ageing Res Rev*, 18, 112-131. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2014.09.001>
- Volkert, D. (2013). Malnutrition in Older Adults - Urgent Need for Action: A Plea for Improving the Nutritional Situation of Older Adults. *Gerontology*, 59(4), 328-333. <https://doi.org/10.1159/000346142>
- Volkert, D., Kiesswetter, E., Cederholm, T., Donini, L. M., Eglseder, D., Norman, K., Schneider, S. M., Ströbele-Benschop, N., Torbahn, G., Wirth, R., & Visser, M. (2019). Development of a Model on Determinants of Malnutrition in Aged Persons: A MaNuEL Project. *Gerontol Geriatr Med*, 5, 2333721419858438-2333721419858438. <https://doi.org/10.1177/2333721419858438>
- Wadas-Enright, M., & King, A. (2015). Early recognition of malnutrition in the older adult: a quality improvement project using a standardized nutritional tool. *Journal of Community Health Nursing*, 32(1), 1-11. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1080/07370016.2015.991658>
- Watkinson-Powell, A., Barnes, S., Lovatt, M., Wasielewska, A., & Drummond, B. (2014). Food provision for older people receiving home care from the perspectives of home-care workers. *Health Soc Care Community*, 22(5), 553-560. <https://doi.org/10.1111/hsc.12117>
- Westergren, A., Axelsson, C., Lilja-Andersson, P., Lindholm, C., Petersson, K., & Ulander, K. (2009). Study circles improve the precision in nutritional care in special accommodations. *Food and Nutrition Research*, 53(1). <https://doi.org/10.3402/fnr.v53i0.1950>
- Wyller, T. B. (2015). *Geriatrici : en medisinsk lærebok* (2. utg. ed.). Gyldendal akademisk.
- Aagaard, H., & Grøndahl, V. A. (2017). Routines for assessing nutrition status in home nursing. *Sykepleien Forskning*, 12(e-61219), 1-12. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61219>