

Ernæringskartlegging i hjemmebasert omsorg

”Sammen er vi sterke”

Rannveig Velken



Mastergradsoppgave ved Avdeling for helsefag

HØGSKOLEN I BUSKERUD

15.mai 2010

Rannveig Velken

15.05.10

**Ernæringskartlegging i hjemmebasert omsorg
”Sammen er vi sterke”**

SAMMENDRAG

Bakgrunn:

Lover, forskrifter, offentlige utredninger og retningslinjer legger føringer for ernæringskartleggingsarbeid og understreker kostholdets betydning for fysisk og psykisk helse. Nyere forskning dokumenterer alvorlige følger av underernæring hos eldre og viser til et behov for kartlegging.

Hensikt:

Å styrke forebygging og behandling av underernæring hos hjemmeboende eldre ved å introdusere ”Ernæringsjournalen” som kartleggingsverktøy og utvikle kunnskap om sykepleieres erfaring med bruk av dette verktøyet.

Teoretisk forankring:

Studien knyttes til teori om pleiekvalitet, kunnskapsbasert praksis og Nasjonalfaglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Studien er inspirert av medvirkningsbasert praksisnær aksjonsforskning.

Metode:

Studien var handlingsbasert og ble gjennomført i samarbeid med sykepleiere i hjemmebasert omsorg over en ½ års periode. Kunnskapsutviklingen bygger på sykepleiernes erfaringer med Ernæringsjournalen som kartleggingsverktøy. I datagenerering ble fokusgruppeintervju brukt for å stimulere refleksjon og systematisere data.

Resultat:

Strukturelle faktorer har betydning for ernæringskartlegging. ”Ernæringsjournalen” erfares som et praktisk hjelpemiddel i vurdering av brukerens ernæringsstatus. Ernæringskartlegging ved bruk av ”Ernæringsjournalen” har betydning for kvalitet i vurdering av ernæringsstatus og tilrettelegging av individuelle ernæringsplaner.

Konklusjon:

”Ernæringsjournalen” er et praktisk hjelpemiddel i vurdering av ernæringsrisiko i hjemmebasert omsorg. Anvendelsen er fleksibel og kan tilpasses hjemmetjenestens strukturelle ramme. Dersom organisatoriske faktorer legges til rette kan ernæringskartlegging ved hjelp av ”Ernæringsjournalen” føre til varige positive prosesser som medvirker til å styrke kvalitet i forebygging og behandling av underernæring hos hjemmeboende eldre. Lærende fellesskap styrker implementering av ”Ernæringsjournalen”.

Nøkkelord: eldre, ernæring, kartlegging, sykepleier, erfaring, lærende fellesskap

Antall ord: 24388



Rannveig Velken

15.05.10

Nutrition screening in home based care
“Together we are strong”

ABSTRACT

Background: Laws, regulations, public reports, and guidelines adds constraints to work in nutrition surveying and emphasize the diet’s significance for physical and mental health. New research documents that severe consequences follows from malnutrition in elderly, and indicates a need for screening.

Purpose: To strengthen prevention and treatment of malnutrition in elderly living at home by introducing “The Nutrition Journal” as a screening tool, and develop knowledge about nurses’ experience in using this tool.

Theoretical anchoring: The study is tied into theories about care quality, knowledge based practice, and Norwegian National Guidelines on prevention and treatment of malnutrition. The study is inspired by participation based, practice connected action research.

Method: The study was action based and was completed in cooperation with nureses in home based care over a period of half a year. The knowledge development builds on nurses’ experiences with “The Nutrition Journal” as a screening tool. In the data generation focus group interviews were used to stimulate reflection and systematize data.

Result: Structural factors are significant to nutrition screening. “The Nutrition Journal” is perceived as a practical tool in evaluation the individual’s nutrition status. Nutrition surveying with the use of “The Nutrition Journal” is of importance in evaluating the nutrition status and facilitation of individual nutrition plans.

Conclusion: “The Nutrition Journal” is a practical tool in evaluation of nutrition risks in home based care. The application is flexibel and can be customized to the home service’s structural frame. If organizational factors are facilitated, nutrition surveying with the use of “The Nutrition Journal” can lead to lasting positive processes that contribute to strengthened quality in preventing and treating malnutrition in elderly living at home. Learning communities strengthen implementation of “The Nutrition Journal.”

Key words: elderly, nutrition, screening, nurse, experience, learning communities

FORORD

I løpet av mange år i hjemmebasert omsorg har jeg erfart at ernæring er et område som har hatt lite fokus og store konsekvenser. Med Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (Helsedirektoratet, 2009) er oppmerksomheten rettet mot ernæringsarbeid. Denne studien håper jeg kan være et bidrag i dette arbeidet.

Arbeidet med oppgaven har vært en spennende og lærerik prosess og en utfordring for meg og mine omgivelser.

Takk til min veileder, Liv Helene Jensen, som hele tiden har hjulpet meg et skritt videre.

Takk til min arbeidsgiver som har vært positiv og lagt forholdene tilrette for at studien skulle kunne gjennomføres.

Takk til prosjektdeltakerne som var positive og velvillige.

Takk til kollegaer som har vært støttende og hjulpet meg i prosessen.

Takk til medstudenter som har vært inspirasjon og støtte.

Og ikke minst, takk til min familie som har vært tålmodige.

*Nøtterøy mai, 2010
Rannveig Velken*

INNHold

KAPITTEL 1 INNLEDNING	1
1.1 STUDIENS BAKGRUNN	1
1.2 MÅLSETTING, PROBLEMSTILLING OG FORSKNINGSSPØRSMÅL	3
1.3 STUDIENS KONTEKST	4
1.4 SAMARBEIDSPARTNER	5
1.5 STUDIENS OPPBYGNING	6
1.6 OPPSUMMERING	6
KAPITTEL 2 TEORETISK PERSPEKTIV	7
2.1 PLEIEKVALITET	7
2.2 KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS	11
2.3 VERKTØY FOR ERNÆRINGSKARTLEGGING	13
2.4 AKTUELL FORSKNING	15
2.4.1 FORSKNING SOM DANNER BAKGRUNN FOR STUDIEN	15
2.4.2 FORSKNING OM SYKEPLEIERES ERFARINGER MED ERNÆRINGSKARTLEGGINGSVERKTØY	16
2.5 OPPSUMMERING	17
KAPITTEL 3 METODE	18
3.1 FORSKNINGSDESIGN	18
3.2 METODISKE OVERVEIELSER	21
3.2.1 AKSJONSFORSKNING SOM METODE	21
3.2.2 VALG AV DATAKONTRUKSJONSMETODE	22
3.2.3 FOKUSGRUPPEINTERVJU SOM METODE	23
3.2.4 REKRUTTERING AV DELTAKERE	25
3.2.5 DELTAKERNES BAKGRUNN	25
3.3 ANALYSE	25
3.3.1 ANALYSENIIVÅER I AKSJONSFORSKNING	25
3.3.2 ANALYSE AV FOKUSGRUPPEINTERVJUENE	26
3.4 ETISKE BETRAKTNINGER	32
KAPITTEL 4 RESULTATER	35
4.1 ARBEIDSPROSESSENE, INTERAKSJONEN OG DIALOGEN I GRUPPEMØTENE	35
4.2 OVERSIKT OVER SYKEPLEIERNES ERFARINGER OG ERFARINGENES VEKTLÆGGING	37
4.3 STRUKTURELLE FAKTORER AV BETYDNING	39
4.3.1 ANSVARFORDELING	39
4.3.2 STRUKTURELL FORANKRING	39
4.4 ERNÆRINGSJOURNALEN SOM PRAKTISK VERKTØY	40
4.4.1 PRAKTISK GJENNOMFØRING	40
4.4.2 ERNÆRINGSJOURNALEN SOM HJELPEMIDDEL	41
4.4.3 KARTLEGGINGENS TIDSBRUK	42
4.5 KONSEKVENSER AV KARTLEGGING	42
4.5.1 FOKUS PÅ ERNÆRING	43
4.5.2 BRUKER OG PÅRØRENDES ROLLE, KUNNSKAP OG INNSTILLING	44
4.5.3 VERDI FOR VIDERE ARBEID	45
4.6 OPPSUMMERING	45
KAPITTEL 5 DISKUSJON	46
5.1 STRUKTURELLE FAKTORER AV BETYDNING	46
5.2 ERNÆRINGSJOURNALEN SOM PRAKTISK HJELPEMIDDEL	53
5.3 KARTLEGGINGENS BETYDNING FOR Å STYRKE PLEIEKVALITET	57

5.4 STUDIENS TROVERDIGHET OG GYLDIGHET	64
5.5 OPPSUMMERING	66
<u>KAPITTEL 6 KONKLUSJON</u>	<u>67</u>
<u>REFERANSER</u>	<u>68</u>

VEDLEGG:

1. ERNÆRINGSJOURNALEN, ORIGINAL
2. STUDIENS GODKJENNING FRA NSD
3. STUDIENS GODKJENNING FRA KOMMUNALDIREKTØR
4. INFORMASJONSBREV TIL DELTAGERNE
5. INTERVJUGUIDENE
6. MATRISE
7. KARTLEGGINGSVERKTØYET, MNA
8. ERNÆRINGSJOURNALEN, BEARBEIDET

KAPITTEL 1 INNLEDNING

Dette kapittelet omhandler de ulike faktorene som danner bakgrunn for studien, studiens målsetting, problemstilling, forskningsspørsmål og konteksten studien utføres innenfor. Studiens samarbeidspartner, Nygård Undervisningssykehjem og dennes tilknytning til studien presenteres. Det gjøres rede for studiens oppbygging.

1.1 Studiens bakgrunn

Studien dreier seg om kartlegging av ernæringsstatus hos eldre som mottar hjemmesykepleie. Hjemmesykepleie er hjemlet i Kommunehelsetjenesteloven § 2-1 (1982), som fastslår at enhver har rett til nødvendig helsehjelp i den kommunen han eller hun bor eller midlertidig oppholder seg. I følge Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten §3 (2003), skal kommunen utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer slik at brukerne får tilfredstilt grunnleggende behov. Med dette menes blant annet fysiologiske behov som tilstrekkelig mat og drikke.

St.meld. nr. 25 om fremtidens omsorgsutfordringer (Helse og omsorgsdepartementet [HOD], 2006, s. 100) presiserer at kravet til kvalitet når det gjelder mat og måltider er sentralt for det helhetlige tilbudet til brukeren. Videre fremheves det at ”et godt kosthold er av avgjørende betydning for fysisk og psykisk helse og trivsel, også i forebygging, habilitering og rehabilitering” (ibid s. 99).

I Handlingsplan for et bedre kosthold i befolkningen (HOD, 2007) ønsker regjeringen å legge vekt på mat og måltider som en viktig del av omsorgstjenestenes virksomhet både på sykehjem og i hjemmetjenesten. ”Det er av stor betydning for et godt ernæringsarbeid i helsetjenesten at helsepersonellgrupper har grunnleggende kunnskap om ernæring og kosthold i forebygging og behandling, og evner å omsette dette i praksis” (ibid, s. 87).

Rapporten Ernæring i helsetjenesten (Sosial- og helsedirektoratet [SHD], 2007a) understreket at ernæring og kosthold er en naturlig del av behandling, pleie og omsorg av syke.

Viktigheten av forbyggende arbeid og kompetansebygging i forhold til ernæring i primærhelsetjenesten, spesielt i forhold til underernæring blant eldre, understrekes i St.meld nr. 47, Samhandlingsreformen (HOD, 2009).

I Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (Helsedirektoratet, 2009) er det anbefalt at alle som mottar hjemmesykepleie skal vurderes for ernæringsmessig risiko når de får et vedtak og deretter månedlig. Uten måleinstrumenter er

det vanskelig å identifisere brukere som er i en ernæringsmessig risiko. Dokumentasjon om ernæringsstatus bør være en del av det kliniske undersøkelses- og behandlingstilbudet (ibid). Forskning viser at antallet underernærte eldre er stort og at konsekvensene for den enkelte kan være alvorlig (Mowe, 2002). anbefalte ernæringsrelaterte kartlegginger og tiltak inngår som regel ikke i vurderingen av pasienters medisinske status (Mowe, Bosaeus, Rasmussen, Kondrup, Unosson og Irtun, 2006). Forskning som danner bakgrunn for studien er nærmere beskrevet i kapittel [kap.] 2.4. I St.meld nr. 25 (HOD, 2006) fremhever regjeringen ønske om å prioritere forskning om Eldres helse og levekår.

Å sørge for tilstrekkelig mat og drikke er en av flere oppgaver en travel hverdag i hjemmesykepleien. I følge Helsepersonelloven §4 (1999) skal helsepersonell utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner. Forsvarlighetskravet gir en generell plikt til oppfølging av pasienten medisinske og helsemessige behov. Ernæringsmessige forhold vil falle inn under dette (Helsedirektoratet, 2009).

Min erfaring som sykepleier, etter å ha arbeidet i hjemmebasert omsorg i mange år, tilsier at få hjelpemidler for ernæringskartlegging er i bruk i hjemmetjenesten. Det finnes imidlertid flere ulike verktøy som kan være anvendelige for å kartlegge ernæringsstatus.

Helsedirektoratet har publisert Ernæringsjournalen for kartlegging av ernæringsstatus i sykehjem og i hjemmetjenesten (Helsedirektoratet, 2006). I tillegg kan flere andre verktøy, som eksempelvis Nutritional Risk Screening [NRS 2002], Malnutrition Universal Screening Tool [MUST] og Mini Nutritional Assessment [MNA], anbefales (Helsedirektoratet, 2009, s.16). Ernæringsjournalen (Helsedirektoratet, 2006) er anbefalt i Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten [PPS] (2008) og i Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (Helsedirektorater, 2009). Ernæringsjournalen velges som utgangspunkt for studien (vedlegg nr.1). Det må presiseres at studien er ikke primært er en evalueringsstudie av Ernæringsjournalen, men Ernæringsjournalen brukes som redskap for å utvikle kunnskap om sykepleieres erfaringer med bruk av ernæringskartleggingsverktøy i hjemmebasert omsorg.

Studien kan være medvirkende til å utvikle kunnskapsbasert praksis, styrke profesjonell kompetanse og øke kvaliteten på tjenesten.

1.2 Målsetting, problemstilling og forskningsspørsmål

Studiens overordnede målsetting er å styrke forebygging og behandling av underernæring hos hjemmeboende eldre ved å implementere Ernæringsjournalen som kartleggingsverktøy i hjemmebasert omsorg, og utvikle kunnskap om sykepleieres erfaring med bruk av dette verktøyet.

Studien er et samarbeid med sykepleiere og har en handlingsorientert og medvirkningsbasert design, inspirert av aksjonsforskning i egen organisasjon (Coghlan og Brannic, 2005).

Med bakgrunn i den overordnede målsettingen blir studiens problemstilling:

Hvilke erfaringer har sykepleiere i hjemmebasert omsorg med bruk av Ernæringsjournalen som kartleggingsverktøy?

For å konkretisere sykepleiernes erfaringer er følgende forskningsspørsmål utarbeidet:

1. Erfarer sykepleierne at Ernæringsjournalen er anvendbar innenfor hjemmebasert omsorgs strukturelle rammer?
2. Erfares Ernæringsjournalen som et praktisk hjelpemiddel i vurdering av ernæringsstatus?
3. Erfarer sykepleierne at ernæringskartlegging med bruk av Ernæringsjournalen gir økt pleiekvalitet?

Studien gjennomføres i hjemmebasert omsorg i en middels stor kommune. Med hjemmebasert omsorg menes alle typer pleie- og omsorgstjenester for personer som bor hjemme. Deltagerne i studien er sykepleiere. Hjemmesykepleie er en del av hjemmebasert omsorg (Fjørtoft, 2006). Hjemmesykepleie er et tilbud om pleie og omsorg til hjemmeboende når sykdom, svekket helse, alderdom eller livssituasjon gjør at de trenger hjelp i kortere eller lengre tid. Humphrey og Milone-Nuzzo sin definisjon av hjemmesykepleie fra 1995 ivaretar et helhetlig perspektiv:

Hjemmesykepleie er å yte sykepleie til akutt og kronisk syke i alle aldre i deres eget hjem. Det innebærer en helhetlig tilnærming med fokus på miljømessige, psykososiale, økonomiske, kulturelle og personlige faktorer som påvirker den enkeltes og familiens helsestatus (Fjørtoft, 2006, s. 15).

I denne studien avgrenses oppmerksomheten til hjemmesykepleiens kartlegging av ernæringsstatus hos hjemmeboende eldre.

Med hjemmetjenestens strukturelle rammer menes de materielle, menneskelige og organisatoriske ressurser hjemmetjenesten har til rådighet (Donabedian, 1996).

Det finnes ulike kartleggingsverktøy for å kartlegge ernæringsstatus. Dette er nærmere beskrevet i kap. 2.3. Med praktisk hjelpemiddel menes et kartleggingsverktøy for ernæringsstatus som på en faglig forsvarlig og anvendelig måte bidrar til å styrke grunnlaget for en vurdering av brukerens ernæringsstatus.

Det tredje forskningsspørsmålet innebærer vurdering av pleiekvalitet. Ulike modeller kan anvendes til å vurdere kvalitet i helsetjenesten. For å vurdere pleiekvalitet er Donabedians modell valgt i denne studien. Modellen er nærmere beskrevet i kap. 2.1.

1.3 Studiens kontekst

Studien er gjennomført i hjemmetjenesten i en kommune som har ca. 20 000 innbyggere. Hjemmetjenesten har 25 årsverk for sykepleiere. Av disse er 17 årsverk knyttet til brukere som ikke bor i bemannet omsorgsbolig. De 17 årsverkene er fordelt på 3 arbeidslag. Arbeidslagene har årsverk for sykepleiere i en fordeling på 5, 6 og 6. Hvert av arbeidslagene har 6 sykepleiere i 75 % stilling eller mer. Forskeren arbeidet i hjemmetjenesten i den aktuelle kommunen og valgte ikke å inkludere sitt arbeidslag i studien.

Prosjektet som studien bygger på hadde to faser. Første fase dreide seg om opplæring i forhold til ernæring og ernæringskartlegging. Denne fasen ble gjennomført som internundervisning på det aktuelle arbeidsstedet i samarbeid med ernæringsfysiolog og høgskolelektor Eyvind Bjørnstad ved Nygård Undervisningssykehjem [Nygård USH]. Dette samarbeidet er nærmere beskrevet i kap. 1.4. Andre fase i prosjektet var rettet mot kartlegging av sykepleieres erfaring med bruk av "Ernæringsjournalen" som ernæringskartleggingsverktøy og beskrives nærmere under kap. 3. Studien bygger på sykepleieres erfaringer gjort i andre fase av prosjektet.

Kriterier for utvelgelse av deltakere til andre fase i prosjektet er nærmere beskrevet i kap. 3.2.4.

Første fase i prosjektet ble gjennomført fordi bruk av kartleggingsverktøy i andre fase av prosjektet ville komme til å berøre flere enn bare studiens deltakere. For å få et godt samarbeid rundt hjemmebasert omsorgs brukere var det viktig at alle arbeidstakerne hadde kunnskap om bakgrunnen for implementering av Ernæringsjournalen. Dette gav en felles plattform for læring og utvikling. Det var god oppslutning om undervisningen, men på grunn av en travel arbeidshverdag og ulike arbeidstider var ikke alle arbeidstakerne tilstede. Dette gjaldt også to av deltakerne i andre fase av prosjektet. Dette ble forsøkt kompensert ved at deltakerne i etterkant fikk tilgang til undervisningsmaterialet og gikk gjennom det sammen

med forskningsleder. Det ble i tillegg undervist ytterligere om bakgrunnen for prosjektet, prosjektets innhold og grunnforståelse for alle forskningsdeltakerne som var med i prosjektets andre fase. Deltakerne i andre fase av prosjektet ble også invitert til å delta på en konferanse om ernæring i et helsefremmende og rehabiliterende perspektiv i forkant av oppstart av andre fase. Konferansen ble arrangert i regi av Nygård USH i samarbeid med Sentralsykehuset i Vestfold og Høgskolen i Vestfold. To av deltakerne i andre fase av prosjektet fikk ikke anledning til å være med på konferansen. Dette ble forsøkt kompensert ved at disse deltakerne i etterkant gikk gjennom presentasjonene som ble gjort på konferansen sammen med forskeren. Forsøk på kompensasjon for undervisning ble gjort for at deltakerne skulle ha så likt utgangspunkt som mulig før oppstart av andre fase i prosjektet.

Slik jeg har forstått det har det ikke tidligere vært brukt ernæringskartleggingsverktøy systematisk i hjemmebasert omsorg i kommunen der studien har funnet sted.

Tjenestemottakerne i hjemmebasert omsorg omtales både som pasienter og brukere.

”Brukerbegrepet formidler et perspektiv som legger vekt på pasientens mulighet til å spille en aktiv rolle, og tydeliggjør pasientens rett til selvbestemmelse og myndiggjøring” (Fjørtoft, 2006, s. 11) Jeg velger derfor å bruke begrepet bruker i denne studien.

1.4 Samarbeidspartner

For å øke kvaliteten i den kommunale eldreomsorgen er det etablert Undervisningssykehjem [USH] i alle fylker i landet. USH skal bidra til forskning, fagutvikling og kompetanseutvikling. Ernæring er et av satsingsområdene ved Nygård USH i Vestfold. Høsten 2008 ble det igangsatt et prosjekt med tittelen ”Tiltak for å styrke ernæringsstatus hos eldre på institusjon og hjemmeboende” (Nygård USH, 2008). Et mål med prosjektet var å sikre gode samhandlingsrutiner og prosedyrer for oppfølging av funksjonsområdet ernæring hos eldre i sykehus, på institusjon og blant hjemmeboende. Dette i samråd med helsepersonell på tvers av tjenestegrenser og profesjoner. Det var en viktig del av prosjektet å innføre enkle og presise verktøy og prosedyrebeskrivelser som fremmet god ernæringsoppfølging i praksis og at arbeidet ble gjort i samarbeid med ansatte som utfører tjenestene (ibid).

Undervisningssykehjemmet skal bidra aktivt til kompetanseutvikling, forskning og kvalitetsutvikling innen pleie- og omsorgstjenesten i Vestfold (ibid) og er derfor en viktig samarbeidspartner for andre kommuner.

1.5 Studiens oppbygging

Det gjøres først rede for studiens teoretiske perspektiv.

Deretter presenteres studiens metode i form av design, forskningsmetoder og analysetilnærminger. Etske perspektiver belyses.

Studiens funn presenteres i resultatkapittelet.

I diskusjonskapittelet diskuteres funnene i lys av studiens problemstilling, forskningsspørsmål og anerkjent forskning. Studiens troverdighet og gyldighet vurderes.

Til slutt trekkes en konklusjon som søker å besvare studiens problemstilling og forskningsspørsmål.

1.6 Oppsummering

Bakgrunn for studien er lovverk og offentlige utredninger som legger føringer for ernæringskartlegging, samt erfaringer fra arbeid i hjemmebasert omsorg.

Problemstilling og forskningsspørsmål er utarbeidet med bakgrunn i en overordnet målsetting om å styrke forbygging og behandling av underernæring hos hjemmeboende eldre.

Studien kontekst er et prosjekt i hjemmetjenesten i en middels stor kommune i Norge.

Nygård Undervisningssykehjem har vært samarbeidspartner i studien.

KAPITTEL 2 TEORETISK PERSPEKTIV

I dette kapittelet gjøres det rede for studiens tilknytning til pleiekvalitet, kunnskapsbasert praksis og verktøy for ernæringskartlegging. Forskning som danner bakgrunn for studien presenteres. Videre gjøres det rede for funn i anerkjente databaser i forhold til forskning om sykepleieres erfaringer med ernæringskartleggingsverktøy.

2.1 Pleiekvalitet

I denne studien vil sykepleiere endre praksis i en prosess der sykepleierne er med på å evaluere sine aktiviteter for å utvikle og bedre kvaliteten på ernæringskartleggingsarbeidet. Studien søker svar på om praksisendringen også fører til at pleiekvaliteten øker.

Kvalitetsutvikling blir definert av Kyrkjebø (1998, s. 29) som : ”En kontinuerlig prosess der en hele tiden vurderer de aktiviteter som påvirker tjenestens kvalitet for dermed å heve kvaliteten”. Hun beskriver kvalitetsutvikling som en form for selvevaluering av tjenesten/virksomheten (ibid).

I litteraturen er det beskrevet flere modeller og verktøy for kvalitetsutvikling i helsetjenesten. Donabedians modell (Donabedian, 1996) er referert til i kvalitetsutviklingsarbeid en rekke steder fra 1970-tallet og frem til i dag. Donabedians modell for vurdering av kvalitet er valgt til denne studien (Donabedian,1996).

For å vurdere kvalitet må vi definere hva vi mener med kvalitet (Donabedian, 1996).

Kvalitet kan defineres på mange måter avhengig av ståsted, og den enkeltes oppfatning.

Norsk Standard (NS-EN ISO 9000:2000) definerer kvalitet på følgende måte:

”Kvalitet er i hvilken grad en samling iboende egenskaper oppfyller krav”.

For å vurdere om kvaliteten er god eller mindre god må vi ha en standard å vurdere ut fra (Donabedian, 1981). For å gi kvalitetsbegrepet et mer konkret innhold velges i denne sammenhengen SHD (2005) sin konkretisering av kvalitetsbegrepet ”som bygger på samfunnets føringer, som oppfyller lovverkets krav og hva som ut fra et faglig perspektiv gir best mulig tjenester til brukerne” (SHD, 2005, s. 12). God kvalitet innebærer at tjenestene:

- er virkningsfulle
- er trygge og sikre
- involverer brukerne og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- er tilgjengelig og rettferdig fordelt (SHD, 2005).

For å vurdere pleiekvalitet må vi definere pleie i den aktuelle sammenhengen (Donabedian, 1996). Pleie kan vurderes på flere nivåer:

1. Utøvers nivå : Teknisk utførelse, effektivitet osv.
2. Pasientens/pårørendes nivå: Det mellommenneskelige og pasienttilfredshet.
3. Organisasjonsnivå: Helsesystemets fungering (ibid).

Pleiebegrepet er grunnleggende i sykepleie. Virginia Henderson har beskrevet sykepleiernes funksjon ved å fokusere på *sykepleiehandlinger* i praksis:

Sykepleiens særegne funksjon er å hjelpe individet, sykt eller friskt i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse eller til en fredfull død, som man ville ha gjort uten hjelp dersom man hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskap og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at individet gjenvinner uavhengighet så fort som mulig (NSF, 1995)

Kjernen i *sykepleiefaget* er sykepleiernes plikt og ansvar til å hjelpe personer som er syke eller har en helserelatert funksjonssvikt til å ivareta grunnleggende behov (NSF, 2006).

Sykepleiere har ansvar for å utføre helhetlig sykepleie (NSF, 2007), se kap. 2.3.

Pleie defineres på denne bakgrunn som den helhetlige omsorg og behandling brukeren får både teknisk, mellommenneskelig og organisatorisk. I denne studien er det pleie relatert til ernæringsstatus som blir vurdert.

Formålet med studien er ikke å sette standard for kvaliteten i ernæringskartleggingsarbeidet, men å vurdere om det skjer en forbedring i pleiekvaliteten ved bruk av ernæringsjournalen som kartleggingsverktøy.

Donabedian (1996) beskriver 3 kategorier informasjon vi må ha for å gjøre en vurdering av pleiekvalitet:

1. Struktur: Det vil si det vi har av materielle ressurser (fasiliteter, materiell, og penger), menneskelige ressurser (bemanning) og organisatoriske ressurser (organisasjonsstruktur)
2. Prosess: Det vil si aktiviteten og samhandlingen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker (det som skjer når vi gir og tar imot pleie).
3. Resultat: Det vil si endringen i brukerens helsetilstand som kommer som et resultat av de foregående kriteriene (konsekvensen eller helseforbedringen).

Gode strukturer øker sannsynligheten for gode prosesser. Gode prosesser øker sannsynligheten for gode resultater. Denne sammenhengen må sees før enkeltkomponenter i prosessen brukes til å vurdere pleiekvalitet (ibid).

Vurderingen av pleiekvaliteten blir gjort med bakgrunn i sykepleiernes erfaringer innenfor struktur, prosess og resultatkriterier, sett i forhold studiens definisjon av kvalitet og pleie.

For å eksemplifiser hvordan Donabedian (1996) er anvendt i kvalitetsarbeid vises det til Kvalitet i sykepleietjenesten (Norsk Sykepleierforbund [NSF],1992), Kvalitet i helsetjenesten (NSF, 1995), Evaluering av systemet med nasjonale kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjeneste (SHD, 2006a) og Utkast til helhetlig plan for nasjonale kvalitetsindikatorer i helse og sosialsektoren (SHD, 2007b).

I følge Kvalitet i sykepleietjenesten (NSF, 1992) og Kvalitet i helsetjenesten (NSF, 1995) er det profesjonens verdier som er bestemmende for hvilke egenskaper som velges for å beskrive god kvalitet. Kvalitetsverdier er imidlertid abstrakte og må omsettes til kvalitetsegenskaper i form av handling før de kan vurderes konkret (NSF,1992; NSF, 1995). Dette er i samsvar med Donabedians tenkning; for å vurdere god kvalitet må vi definere hva vi mener med god kvalitet (Donabedian, 1996). Ved å utarbeide indikatorer som kjennetegn på kvalitet (NSF, 1995) settes standarder å arbeide ut fra (Donabedian, 1981).

Kvalitetsmål er konkrete oppnåelige milepæler på veg mot visjonen kvalitet. Kvalitetsarbeidet som skjer i praksis må knyttes til visjoner og mål (NSF, 1995). Hvert kvalitetsmål har flere kriterier og kriteriene utgjør det vurderbare innholdet i kvalitetsmålene (NSF,1992; NSF,1995). ”Kriterier beskriver de egenskapene ved en tjeneste som er vurderbar. De gjenspeiler intensjonen i et kvalitetsmål ved å konkretisere krav til ressurser, handling og resultater” (NSF, 1992, s. 49). Kriteriene for å vurdere kvalitet i sykepleie deles inn i Donabedians struktur, prosess og resultat kriterier (NSF,1992; NSF,1995) som i disse publikasjonene forklares på følgende måte:

”Strukturkriterier beskriver eller definere ressurser i systemet som er nødvendige for oppnåelse av kvalitetsmål, prosesskriterier beskriver den handlingen som må gjennomføres for å kunne oppnå de forventede og ønskelige resultatene og resultatkriterier beskriver den ønskede og forventede effekt eller resultat av sykepleie i form av for eksempel adferd, kunnskapsnivå og helsestatus” (NSF,1992,s. 49).

Ved å vurdere de ulike kriteriene opp mot hva som er definert som standarder for god kvalitet i sykepleie kan det gjøres en vurdering av hvor god kvaliteten er.

I Evaluering av systemet med nasjonale kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjeneste (Sosial- og helsedirektoratet [SHD], 2006a) er det også tatt utgangspunkt i Donabedians struktur, prosess og resultatkriterier (Donabedian,1996). Det er valgt å måle flere sider ved kvalitet og å måle ulike typer kvalitet avhengig av målgruppe. Det skilles mellom faglig kvalitet, pasientopplevd kvalitet og organisatorisk kvalitet/ledelseskvalitet (SHD, 2006a). Siden kvalitet i helse- og sosialtjenesten ofte vanskelig kan måles direkte, benyttes indikatorer. En kvalitetsindikator er et indirekte mål, en pekepinn, på kvalitet. Med utgangspunkt i Donabedians kriterier deles indikatorene som er benyttet inn i strukturindikatorer, prosessindikatorer og resultatindikatorer (ibid) som i denne evalueringsrapporten kan forstås på følgende måte:

Med struktur forstås bygninger, utstyr, teknologi, organisering, personell og kompetanse mv. Med prosess forstås gjennomføring av behandling, pasientflyt, koordinering, samhandling mv. Med resultat forstås behandlingsresultat (ibid).

I følge evalueringsrapporten er det i kvalitetsmålingen i størst grad er brukt struktur og prosessindikatorer som sier noe om organisering, koordinering og gjennomføring av behandlingsprosesser i sykehus. Det er i for liten grad brukt resultatindikatorer, da disse kan være vanskeligere å måle. Det er direktoratets vurdering at alle disse tre type indikatorer må være tilstede for å gi et helhetlig kvalitetssystem (SHD, 2006a). Dette samsvarer med Donabedians tenkning av at struktur, prosess og resultatkriteriene virker inn på hverandre og skal være med i en vurdering av kvalitet (Donabedian, 1996).

Donabedian kriterier for kvalitetsmåling er lagt til grunn også i Helhetlig plan for nasjonale kvalitetsindikatorer i helse og sosialtjenesten (SHD, 2007b). Indikatorer for å måle kvalitet i helse- og sosialsektoren er utviklet under 6 definerte kjennetegn på tjenester av god kvalitet: 1) virkningsfulle, 2) trygge og sikre, 3) involverer brukerne og gir dem innflytelse, 4) samordnet og preget av kontinuitet, 5) utnytter ressursene på en god måte, 6) tilgjengelige og rettferdig fordelt. Disse kjennetegnene blir i denne sammenhengen normene for kvalitet (Donabedian, 1981) og er de samme som er valgt for denne studien. Tilgangen på data har vært styrende for hvilke type indikatorer som har vært mulig å rapportere om. Hovedtyngden har vært på struktur- og prosessindikatorer, men med økende tilgang på data fra kvalitetsregistre og individbaserte data kan antallet resultatindikatorer trolig økes (SHD, 2007b).

2.2 Kunnskapsbasert praksis

Kunnskapsbasert praksis har sitt utspring fra evidensbevegelsen, som igjen har sitt idegrunnlag allerede fra 1930-40 tallet, med utgangspunkt i kritikk av at legene ikke var godt nok oppdatert. Det ble hevdet at legene gav behandling uten dokumentert virkning og behandling som hadde dokumentert negativ effekt (Hansen og Rieper, 2009). Det var et behov for å systematisere anerkjente forskningsresultater slik at de kunne anvendes i praksis.

I 1992 ble begrepet evidensbasert (kunnskapsbasert) medisin lansert i en artikkel i "Journal of the American Medical Association" (ibid). Det vokste frem en institusjonaliserende evidensbevegelse som spesialiserte seg på å produsere evidens. På det medisinske område var etablering av Cochrane - samarbeidet i 1993, et internasjonalt forskningssamarbeid forankret på Oxford Universitetet, avgjørende for evidensbevegelsen. Tenkningen utbredte seg også til andre områder enn medisin (ibid).

Kunnskapsbasert praksis innebærer at fagutøvere bevisst bruker både forskningsbasert kunnskap, erfaringskunnskap og brukerkunnskap i sitt møte med brukeren (Melnik og Fineout-Overholt, 2005; Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholt og Reiner, 2007; Polit og Beck, 2008).

Med forskningskunnskap menes anvendt forskning som er rettet mot bestemte praktiske mål eller anvendelser (Nordtvedt et al, 2007). For sykepleiefagets del begynte sykepleieforskning allerede med Florence Nightingale. Hennes mest kjente forskning er angående faktorer som innvirket på soldaters dødelighet og sykelighet under Krimkrigen. Sykepleieforskningen modnet først ordentlig på 90-tallet og har fortsatt en hurtig utvikling. Hensikten med sykepleieforskning er å svare på spørsmål eller løse problemer som er relevant for sykepleieprofesjonen (Polit og Beck, 2008).

Med erfaringskunnskap menes kunnskap som erverves gjennom å praktisere. Denne kunnskapen har gjerne fått mange ulike navn som for eksempel skjønn, klinisk blikk og taus kunnskap (Nordtvedt et al, 2007).

Med brukerkunnskap menes at brukerens syn skal etterkommes og vektlegges når beslutninger om dem skal fattes. Gode beslutninger skal tas i samarbeid med brukerne (ibid).

Kunnskapskildene som kunnskapsbasert forskning består av må kombineres innenfor konteksten vi arbeider i. Det vil si innenfor det miljøet eller den settingen der kunnskapsbasert praksis settes ut i livet. Konteksten er knyttet til forhold som kultur, forståelsesramme, ressurser, etiske forhold og politikk. Den samme forskningsbaserte kunnskapen kan føre til ulike beslutninger i ulike settinger (ibid).

Helt fra Nightingales tid har sykepleien vært opptatt av å standardisere prosedyrer som har vært våre verktøy innenfor ulike områder. Med utviklingen av kunnskapsbasert praksis har dette synet forsterket seg.

”Kunnskapsbasert praksis gir sykepleierne redskaper til å utvikle sykepleiepraksis gjennom en systematisk refleksiv bruk av ulike kunnskapskilder” (Nordtvedt et al, 2007, s.18) og mulighet til å sette disse elementene sammen på en slik måte at pasienten oppnår optimal sykepleie (ibid).

Center for Evidence Based Nursing har definert kunnskapsbasertsykepleie, eller evidence based nursing, på følgende måte:

”Evidence based nursing is the process by which nurses make decisions using the best available research evidence, their clinical expertise and patient preferences, in the context of available resources” (Nordtvedt et al, 2007, s. 15).

På norsk kan kunnskapsbasert sykepleie kan defineres slik:

”Å utøve kunnskapsbasert sykepleie er å ta sykepleiefaglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap og pasientenes ønske og behov i den gitte situasjonen” (ibid, s. 15).

Ved å bruke et forskningsbasert kvalitetssikret kartleggingsverktøy for å vurdere brukerens ernæringsstatus, kan sykepleierne ta faglige avgjørelser i samarbeid med brukeren basert på systematisk innhentede opplysninger. Verktøy for ernæringsstatus er nærmere beskrevet i kap. 2.3.

Litteraturen beskriver ulike trinn kunnskapsbasert praksis består av (Melnik og Fineout-Overholt, 2005; Nordtvedt et al, 2007; Polit og Beck, 2008). For det første skal det formuleres et godt spørsmål, finne forskningsbasert kunnskap og denne kunnskapen skal kritisk vurderes (ibid).

I denne studien er disse trinnene gjennomført i første fase i prosjektet. Forskning om konsekvensene for underernæring hos eldre og viktigheten av ernæringskartlegging er en del av bakgrunnen for studien. Denne forskningskunnskapen har deltakerne tilegnet seg gjennom undervisning i prosjektets første fase.

Videre skal forskningskunnskapen integreres med erfaringskunnskap og brukerens preferanser, overføres til praksis og sykepleierne skal evaluere egen praksis (Melnik og Fineout-Overholt, 2005; Nordtvedt et al, 2007; Polit og Beck, 2008).

I andre fase av prosjektet har deltakerne i studien tatt med seg forskningskunnskapen, brukt et ernæringskartleggingsverktøy og sin erfaringskunnskap, gjort tiltak i samarbeid med brukerne for å forbedre brukeres ernæringsstatus, evaluert tiltakene og reflektert over resultatene.

På denne måten har deltakerne anvendt kunnskapsbasert praksis.

Det pågår en debatt om kunnskapsbasert profesjonsutøvelse som blant annet dreier seg om hvilken vekt ulike typer vitenskapelig kunnskap skal gis, hvilken vekt som skal tillegges erfaring og skjønn og hvilken vekt brukerens erfaring, ønsker og verdier skal gis.

Ved å knytte skjønn til profesjonsutøvelse kan det være mulighet for vilkårlighet, uforutsigbarhet, maktmisbruk og så videre (Therum og Grimmen, 2009).

Praksis er handlingsvalg. Det å forvalte et fag skal innebære å ha mer kunnskap enn klienten om sannsynlige utfall av ulike handlingsvalg, slik at den profesjonelle kan bistå i å treffe gode valg som fremmer målet med et minimum av skade (Bjørndalen, 2009). Kunnskapsbasert praksis kan minske usikkerhet i forhold til disse valgene og dermed minske usikkerhet i behandling (Melnik og Fineout-Overholt, 2005).

I følge Melnik og Fineout-Overholt (2005) viser studier at pasienter som får behandling basert på den beste og siste kunnskapen fra godt designede studier, erfarer et bedre utbytte av behandlingen. De hevder også at helsepersonell som bruker en kunnskapsbasert fremgangsmåte i pasientbehandlingen erfarer større tilfredshet i sitt arbeid enn de som bruker tradisjonell behandlingsmåter (ibid).

Bruk av ulike kunnskapsformer (forskningsbasert kunnskap, erfaringskunnskap og brukerkunnskap) i refleksjon over egen praksis kan føre til handlinger som kan endre praksis. På denne måten kan deltakerne i studien, ved å anvende kunnskapsbasert praksis, være med og utvikle ny forskningsbasert kunnskap som kan styrke ernæringsarbeidet ytterligere.

2.3 Verktøy for ernæringskartlegging

I Yrkesetiske retningslinjer for sykepleie er kravet til kunnskapsbasert praksis tatt med som en del av grunnlaget for all sykepleie: ”Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene og være kunnskapsbasert” (NSF, 2007).

”Sykepleieren skal ivareta den helhetlige omsorgen for den enkelte pasienten” (ibid, pkt 1.1) og ”sykepleierne skal holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentere praksis innen eget funksjonsområde” (ibid, pkt. 3.4). I dette ligger ansvaret for å utføre helhetlig sykepleie. Å dekke brukerens ernæringsbehov er en del av denne helheten.

Sykepleie som en praktisk handling kan illustreres ved sykepleieprosessen (Cavanagh, 1999).

Sykepleieprosessen består tradisjonelt av 4 faser:

- kartlegging/diagnostisering
- planlegging
- intervensjon/tiltak

- evaluering (ibid).

Kartlegging er et av de grunnleggende elementene i sykepleie. Ernæringskartleggingsverktøy er et hjelpemiddel for kartlegging/diagnostisering som kommer i tillegg til det skjønne sykepleieren alltid skal utøve. For innhente tilstrekkelig kunnskap om brukerens ernæringsstilstand må vi samle data ved å kartlegge og identifisere problemet i samarbeid med brukeren. Ernæringsmessig risiko kan defineres som "en tilstand som disponerer for underernæring og komplikasjoner knyttet til dette" (Helsedirektoratet, 2009, s. 38). Uten måleinstrument er det vanskelig å identifisere graden av ernæringsmessig risiko. I hjemmebasert omsorg observeres det at brukere spiser og drikker lite, men hva er lite? Det observeres at brukere har gått ned i vekt, men hvor mye og over hvor lang tid? Endring i vekt over tid og/eller kroppsmasseindeks [KMI] er de enkleste målene på endring i ernæringsstatus. Det regnes som alvorlig dersom vekttapet er over 10% det siste halve året og det disponerer for sykdom og komplikasjoner (Helsedirektoratet, 2009).

Det er utviklet flere ulike verktøy som kan være anvendelige for å kartlegge ernæringsstatus (ibid). Jeg nevner noen som alle har basis i vekt, vektutvikling og høyde. NRS 2002, har i tillegg med matinntak og grad av sykdom (ibid). MUST inneholder en 5 trinns vurdering av ernæringsrisiko (ibid). MNA er delt i to vurderingsdeler. Alle tre verktøyene er anbefalt til bruk både i spesialist- og primærhelsetjenesten.

MNA (vedlegg 7) er brukt som kartleggingsverktøy i noen av de studiene det refereres til i kap. 5 og beskrives derfor mer nøyktig. Vurderingsdel 1 i MNA er delt i 6 punkter som skal besvares og som utløser en poengsum. Dersom denne poengsummen er under en angitt verdi vurderes brukeren til å være i ernæringsmessig risiko og bør fullføre vurderingen i del 2.

Dersom brukeren ikke kommer under den angitte poengverdien ansees ikke vedkommende for å være i ernæringsmessig risiko og behøver ikke en videre vurdering. Vurderingsdel 2 har 12 punkter som skal besvares. Besvarelsene utløser en poengsum som viser til graden av underernæringsstilstand. Det er ingen åpne felt for anmerkninger (Helsedirektoratet, 2009).

Ernæringsjournalen (vedlegg 1) er anbefalt for bruk i sykehjem og hjemmetjenesten. Den har 4 hovedpunkter som skal besvares, der 2 av punkter har underpunkter. Det er plass til anmerkninger. Vurdering av ernæringsstatus gjøres ved hjelp av en guide på baksiden av skjemaet (Helsedirektoratet, 2006, 2009).

Som utgangspunkt for denne studien er Ernæringsjournalen valgt. Ernæringsjournalen er anbefalt i Nasjonalfaglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (Helsedirektoratet, 2009). I følge Retningslinjer for retningslinjer skal de anbefalinger som gis i retningslinjer bygge på dokumentert viten som er vurdert etter en solid og systematisk

gjennomgang av tilgjengelige vitenskapelige data (Statens helsetilsyn, 2002).

Ernæringsjournalen er derfor kvalitetssikret ved at den er anbefalt i Nasjonalfaglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (Helsedirektoratet, 2009).

Ernæringsjournalen vektlegger høyde, vekt, vektutvikling og KMI. I tillegg kan man krysse av for andre næringsrelaterte data som for eksempel matlyst, kvalme og tannproblemer. Det foretas vurdering av ernæringsstatus etter definerte kriterier.

2.4 Aktuell forskning

2.4.1 Forskning som danner bakgrunn for studien

Antall eldre som er underernært er mange, ca. 20-50% av eldre i institusjon (Mowe, 2002), og ca. 10% av de hjemmeboende eldre (Brownie, 2006). Studier viser at underernæring kan få store helsemessige konsekvenser for den enkelte, og kan føre til ulike tilstander. Eksempel på dette er mental svikt, utvikling av hjertesvikt, økt infeksjonsfare, forsinket sår tilheling, tapt muskelmasse, depresjon postoperative komplikasjoner og tidligere død (Mowe, 2002; Mowe et al, 2006). Ved utskrivning fra institusjon er det viktig med dialog med primærhelsetjenesten, og at forholdene legges til rette for et adekvat næringsinntak (Mowe, 2002).

Hjemmeboende eldre som får hjelp er ofte skrøpelige og underernæring hos hjemmeboende er underdiagnostisert. Saletti med flere hevder at halvparten av de som mottar hjelp i hjemmet er i faresonen for underernæring (Saletti, Johansson, Yifter-Lindgen, Wissing, Österberg, K. og Cederholm, 2005). Sødrehavn, Bachrach-Lindstrøm, og Ek, (2006) har gjort en studie som viser at mange rehabiliteringspasienter er i faresonen i forhold til ernæring og vi trenger kartleggingsverktøy for å ivareta disse. De fleste rehabiliteringspasienter som fikk påvist en middels eller stor risiko for underernæring i deres studie, manglet sykepleiedokumentasjon om dette forholdet (ibid).

Payette, Boutier, Coulombe, og Gray- Donald (2002) mener det er viktig med tidlig kartlegging av ernæring. Hos allerede underernærte kan det være for sent med ernæringstiltak (ibid). Det er en utfordring å finne gode verktøy til bruk i hjemmetjenesten for å kartlegge ernæring hos de eldste eldre før det har gått for langt, hevder Callen og Wells (2005).

Beck, Pedersen og Schroll (2005) understreker at behandling av lav vekt blant eldre i hjemmetjenesten bør være målrettet og forebyggende. En studie viser at anbefalte ernæringsrelaterte kartlegginger og tiltak ikke inngår i vurderingen av pasienters medisinske status (Mowe et al, 2006). Studien synliggjør også at eldre mottar medisinske tjenester,

sykehusbehandling og medikamenter, mens tilpasset ernæring og væskebehandling ofte blir neglisjert (ibid). Samtidig viser studien at ansattes kompetanse, prioriteringer, ressurser og holdninger til ernæring og mat er avgjørende for ernæringsstatus hos mottakere av hjemmebaserte tjenester (ibid).

En norsk studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleie viser at ernæring er et av de tjenestetilbudene sykepleierne mener er utilstrekkelig ivaretatt (Hofseth og Nordvoll, 2003).

Underernæring er vanlig på sykehjem (Rugås og Martinsen, 2003) er en artikkel basert på et veieprosjekt foretatt ved to Bo - og servicesenter i en kommune. Prosjektet tydet på at vektkontroll førte til større oppmerksomhet på måltidssituasjonen og kostholdet til pasientene i alle avdelingene. Beregning av KMI hos eldre i sykehjem gir personale konkrete tall som kan styrke oppmerksomheten slik at tiltak kan bli vurdert tidligere (ibid).

2.4.2 Forskning om sykepleieres erfaringer med ernæringskartleggingsverktøy

Ved søk med søkeordene: elderly, nutrition, screening, nurse, experience og validity i databasene Svemed +, British Nursing Index, Ovid Nursing, Ovid MEDLINE, Cinahl og Pubmed er det flere artikler tilgjengelig som vurderer anerkjente verktøy for ernæringskartleggings validitet og reliabilitet med et pasientfokus.

Eksempler på dette er:

The development, validation and reliability of a nutrition screening tool based on the recommendations of the British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN) (Weekers, Elia og Emery, 2004). Denne studien vurderer validitet og reliabilitet av et ernæringskartleggingsverktøy anbefalt av BAPEN, basert på vekt, høyde, uønsket vekttap og appetitt. Studien skal vurdere om dette verktøyet fyller minimumskrav for å identifisere pasienter med ernæringsproblemer.

The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature – What does it tell us? (Guigoz 2006). Dette er en oversiktsartikkel som på bakgrunn av et litteraturstudie vurderer ernæringskartleggingsverktøyet MNAs validitet. Studien konkluderer med at MNA har en pålitelig vurderingsskala med klart definerte trinn som er nyttig for helsepersonell i vurdering av ernæringsmessig risiko.

The two-step Mini Nutritional Assessment (MNA) procedure in community resident homes (Wikby, Ek og Christenson, 2006). Denne studien vurderer ernæringskartleggingsverktøyet MNAs reliabilitet. Studien konkluderer med at verktøyet er nyttig for å identifisere nødvendighet av ernæringsstiltak. Likevel sier studien at verktøyet er lite brukt blant sykepleiere i alderboligene som er med i studien. Studien konkluderer med at dette tyder på at implementering og bruk av MNA krever at det fremskaffes nødvendige personalressurser og gis undervisning og nødvendig oppfølging.

En arbeidsrapport fra Høgskolen i Østfold (Aasgaard og Roel, 2004) i forbindelse med utvikling av Ernæringsjournalen tyder det på at å ha en ernæringsjournal fører til økt oppmerksomhet mot å samle data om pasientens ernæringsstatus.

Rapporten bygger på erfaringene til 230 sykepleiestudenter som har prøvd ut Ernæringsjournalen på den pasienten de valgte å ha primæransvar for. Bare 5% av studentene gjorde utprøvingen i hjemmebasert omsorg. I tillegg har en sykepleier ved et sykehus prøvd ut Ernæringsjournalen på 7 pasienter (ibid).

Ernæringsjournalen er utviklet av nettverksgruppen ”ernæringsnettet”, med tanke på at et kartleggingsverktøy som helsepersonell skal kunne benytte i hverdagen bør være enkelt og kreve lite ressurser (ibid)

Søk i databasene gav ingen funn av forskningsartikler som beskriver sykepleieres erfaringer med Ernæringsjournalen.

2.5 Oppsummering

Studien er knyttet til Donabedians modell for vurdering av kvalitet, til kunnskapsbasert praksis og til Ernæringsjournalen som kartleggingsverktøy.

Det er gjort rede for forskning som danner bakgrunn for studien. Søk i anerkjente databaser gav ingen funn av forskningsartikler som beskriver sykepleieres erfaringer med Ernæringsjournalen.

KAPITTEL 3 METODE

Dette kapittelet omhandler studiens design, gjør rede for og begrunner valg av studiens forskningsmetoder, rekruttering av deltagere og analyse tilnærminger.

3.1 Forskningsdesign

Da den overordnede målsettingen med denne studien er å styrke forebygging og behandling av underernæring hos hjemmeboende eldre, er aksjonsforskning valgt som forskningstilnærming. Aksjonsforskning er i litteraturen beskrevet både som design og metode (Jensen, 2009). Designet beskrives først, mens de metodiske overveielene beskrives nærmere i pkt. 3.2.1.

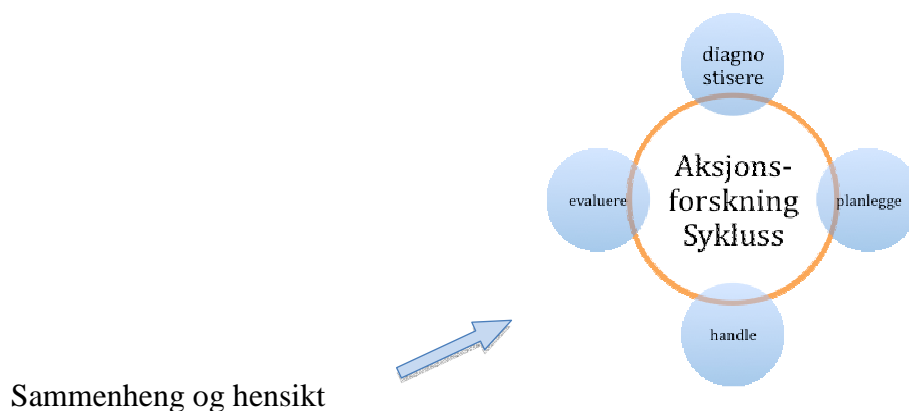
Forskningstradisjonen har en lang historie som kan spores tilbake til Kurt Lewin (1880-1847) (Jensen, 2009). Aksjonsforskning er utviklet i grenseflaten mellom samfunnsvitenskaplig forskning og politisk aktivitet (Malterud, 2003). Fra midten av 80-tallet har det vokst frem alternative aksjonsforskningstilnærminger som kan klassifiseres innenfor ulike vitenskapsteoretiske paradigmer (Jensen, 2009). De ulike tilnærmingene har tre fellestrekk (Coghlan og Brannick 2005): Først og fremst er tilnærmingene deltakende.

Aksjonsforskningsprosessen karakteriseres av å forske ”sammen med” i stede for å forske ”på” deltakerne (Tiller, 2004). Forskningstilnærmingen er videre kjennetegnet av endringsprosesser (Coghlan og Brannick 2005). Det tredje fellestrekket er at data i forskningstilnærmingen konstrueres systematisk og kommer som resultat av deltakernes erfaringer (ibid).

I denne studien er det valgt et praktisk deltakende design (Jensen, 2009). Utgangspunktet er innføring av Ernæringsjournalen som kartleggingsverktøy i en kommune der det ikke tidligere har vært brukt ernæringskartleggingsverktøy systematisk i hjemmebasert omsorg. Deltakerne i studien er sykepleiere, som gjennom samarbeid i en gruppe søker å endre sin egen praksis gjennom en systematisk handlingsorientert forskningstilnærming. Malterud (2003, s.156) forklarer aksjonsforskning som ”en strategi der vi arbeider for endring samtidig som vi vil bruke prosessen til å utvikle ny kunnskap”. I denne studien har endringsarbeidet forgått over en periode på 6 måneder, hvor sykepleierne har brukt ernæringsjournalen som ernæringskartleggingsverktøy på sitt arbeidssted. Sykepleierne har delt sine erfaringer gjennom en gruppeprosess der de har hatt 4 refleksjonsmøter med jevne mellomrom. Det har vært et aktivt samarbeid mellom forskningsleder og deltakerne. Deltakerne har vært engasjert

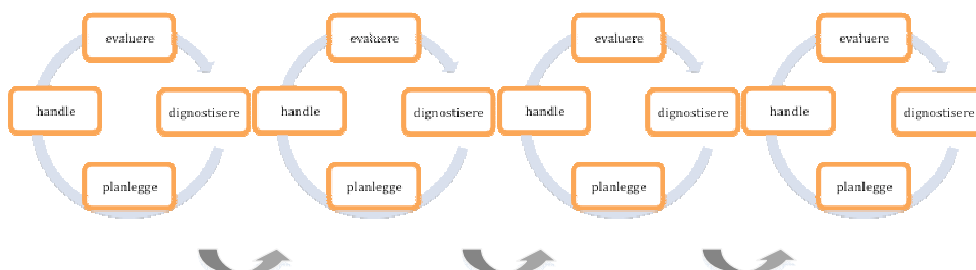
i prosessen og fokuset har vært på praktiske erfaringer. Erfaringsutveksling og kunnskapsutvikling har forgått parallelt. Handlinger har gitt grunnlag for å gå systematisk gjennom erfaringene og har gitt ny innsikt, som har ført til nye handlinger. Coghlan & Brannick (2005) understreker at aksjonsforskning i egen organisasjon fordrer et innledende forarbeid (pre-step) med avklaring av prosjektets mål. Denne studiens målsetting og kontekst er beskrevet i kap. 1.2 og 1.3. Coghlan & Brannick (2005) beskriver aksjonsforskningsprosessen som en syklus som starter med at man sammen diagnostiserer et problem og planlegger hensiktsmessig handling (aksjon). Handlingene blir utført og resultatet eller effekten, blir evaluert. Prosessen kan beskrives som en lærings og kunnskapsspiral, som har en basis (core) sirkel (ibid), som er illustrert i figur [fig.] 1.

Fig. 1 Aksjonsforskningens basis sirkel



Lærings og kunnskapsspiralen oppstår når basissirkelene gjentas for hvert refleksjonsmøte. På bakgrunn av erfaringsutveksling og evaluering planlegges nye handlinger, og på denne måten oppstår en kunnskapsutvikling (fig.2 s. 20).

Fig. 2 Gjentakende basis sirkler i en kunnskapsspiral



Planlegging av hensiktsmessig handling blir gjort på første refleksjonsmøte. Deltakerne planlegger hvordan de vil utføre kartlegging for å styrke forebygging og behandling av underernæring. Handlinger utføres til neste møte. Da evalueres de handlingene som er gjort. Refleksjon over utførte handlinger forgår i en gruppeprosess. På et refleksjonsmøtene blir man enig om hvilke handlinger som er hensiktsmessig å utføre. Mellom refleksjonsmøtene utføres handlingene. På neste møte evalueres de handlingene som er utført siden sist. Status diagnostiseres og veien videre bestemmes. Kartleggingsverktøyet Ernæringsjournalen var bestemt på forhånd. Men hvordan Ernæringsjournalen skulle anvendes var basert på aktivt samarbeid mellom forskningsleder og gruppen sykepleiere. Kunnskapsutvikling på denne måten kan beskrives som praksisnær.

Aksjonslæring er nært beslektet med aksjonsforskning (Tiller, 2006). Den viktigste forskjellen er at i aksjonsforskning blir resultatene av prosessen registrert, dokumentert og analysert av en forsker. Graden av deltagelse og medvirkning fra forskerens side kan variere i de ulike retningene innenfor aksjonsforskning Coghlan & Brannic (2005).

I denne studien velger forskeren å være deltakende i prosessen, men likevel ikke likestilt med deltagerne. Forsker/forskningsleder sin rolle i studien har primært vært å ha ansvar for systematisk generering av data, bidra til refleksjon over handlinger, bidra til oppsummeringer og evalueringer. Selve aksjonen, eller handlingen, er utført av deltakerne.

Vitenskapsteoretisk har studien en hermenautisk tilnærming. Hermenautikk handler om fortolkning (Thornquist, 2003). Den hermenautiske sirkelen er en dynamisk prosess som pendler mellom del og helhet, for å forsøke og forstå begge deler. En del av virkeligheten påvirker vår oppfattelse av helheten. En ny oppfattelse av helheten kan sette delene i nytt lys (ibid). I denne studien foregår den hermenautiske prosessen på flere nivåer.

På et nivå vil forskerens og sykepleiernes tolkning av erfaringene i et gruppemøte fører til en større helhetsforståelse og en ny virkelighetsoppfattelse som gir grunnlag å forstå erfaringene på en ny måte. I den hermenautiske sirkelen er prosessen en pendling mellom helhet og del for å forsøke og forstå begge deler bedre (Thornquist, 2003). Det kan beskrives som en sirkelbevegelse som for hver omdreining bidrar til økt forståelse og dypere innsikt. (ibid).

Denne hermenautiske sirkelen må ikke forveksles med aksjonsforsknings sirkelen der gjentagende sirkler bygger på hverandre i en kunnskapsspiral (se fig. 2 s. 20), ikke frem og tilbake men i en kunnskapsutvikling videre fremover (Coghlan og Brannic, 2005). På grunn av kunnskapsutviklingen i aksjonsforskningsprosessen i og mellom gruppemøtene kan neste gruppemøte beskrives som et nytt nivå som tolkes hermenautisk.

På et mer overordnet nivå vil en tolkning av sykepleiernes erfaringer brukes til å besvare studiens forskningsspørsmål. Denne tolkningen får innvikning på helhetsforståelsen av ernæringskartlegging i hjemmebasert omsorg, og kan føre til en oppmerksomhet på enkelt faktorer som er viktige, og som igjen kan gi ny forståelse av helheten.

Slik påvirker delene helheten, og helheten påvirkes av delene i hermenautiske sirkler på flere nivåer.

Forskerens forforståelse vil ha innflytelse på refleksjonene i aksjonsforskningsprosessen.

Forskeren vil ikke kunne formidle sykepleiernes erfaringer uten å fortolke resultatene på alle nivåer i prosessen.

3.2 Metodiske overveielser

3.2.1 Aksjonsforskning som metode

Som tidligere beskrevet av Coghlan og Brannick (2005) kjennetegnes aksjonsforskning av et innledende arbeid med avklaring av studiens mål. I første fase av foreliggende prosjekt ble det tilstrebet at deltakerne skulle ha så likt utgangspunkt for aksjonsforskningsprosessen som mulig. Derfor ble opplæring i forhold til ernæringskartlegging gjennomført. ”Det er avgjørende for et godt resultat at disse aktivitetene bygger på felles forståelse om prosjektets

målsetting og gjennomføring” (Malterud, 2003, s 157). Studiens kontekst er nærmere beskrevet i kap. 1.3.

Fordi kunnskapsutviklingen utvikles gjennom de sykliske aksjonsforskningsprosessene, er det ikke bare kunnskap fra hvert refleksjonsmøte som er interessant, men den kunnskapen som kommer frem som et resultat av prosessen. Det skjer en progresjon i kunnskapsutviklingen gjennom aksjonsforskningsprosessen som følge av aksjonene (handlingene) og refleksjoner rundt handlingene. På den måten kan aksjonsforskningsprosessen beskrives som en forskningsmetode med systematisk refleksjon, datakonstruksjon og fortolkende analyser (Coghlan & Brannick, 2005) (se kap. 3.1).

3.2.2 Valg av datakonstruksjonsmetode

I aksjonsforskning konstrueres data gjennom et aktivt samarbeid med deltakerne (Coghlan & Brannick, 2005). For å beskrive prosessen og analysere resultatet i aksjonsforskning, er det nødvendig å innhente data som forteller hva som har foregått og på hvilket grunnlag resultatene er presentert (Malterud, 2003). I følge Coghlan & Brannick (2005) kan både kvalitative og kvantitative metoder brukes til datakonstruksjon/datagenerering innenfor aksjonsforskning. Ettersom data skapes gjennom erfaringsutveksling og i samarbeid med deltakerne, er det nødvendig for forskeren å følge utviklingen i aksjonsprosessen (“go with the story”). Forskerens spørsmål må hele tiden bearbeides i takt med datagenereringen og de foreløbige analysene (ibid). Ulike datainnsamlingsmetoder er imidlertid ikke så godt beskrevet hos Coghlan & Brannick. I følge Malterud (2003) kan intervju i gruppe være aktuell datakilde i aksjonsforskningssammenhengen. Da aksjonsforskningsprosessen har et design med refleksjonsgrupper undervegs i prosessen ble gruppesamlingene valgt til datagenerering. Forskningsgruppen og betegnelsen fokusgruppen, brukes i denne sammenhengen synonymt. Fokusgruppe kan gi et godt materiale når man vil utforske fenomener som gjelder felles erfaringer (Malterud, 2003) . Denne tilnærmingen er spesielt godt egnet hvis man vil lære om erfaringer, holdninger eller synspunkter i et miljø der mange mennesker er samlet (ibid, s. 134). Fokusgrupper er en forskningsteknikk der data konstrueres gjennom gruppeinteraksjon rundt et emne som er bestemt av forskeren (Morgan, 1996, s. 130). I denne studien var emne bestemt på forhånd ved at fokuset var forebygging og behandling av underernæring hos hjemmeboende eldre og ved at Ernæringsjournalen skulle innføres som kartleggingsverktøy. Gruppen fungerte som arena for det praktiske tiltaket. Gruppeprosessen var en demokratisk prosess der sykepleierne sammen med forskeren var med på å forme prosessen og der det ble stimulert til refleksjon.

I følge Morgan (1998) kan fokusgruppe brukes for å studere utbytte av en intervensjon og forbedre implementeringen av et prosjekt. Med denne bakgrunn ble fokusgruppeintervju valgt som datagenereringsmetode for studien. I planlegging, gjennomføring av det enkelte fokusgruppe intervju, ble det tatt utgangspunkt i Morgan (1996,1998) og Krüger (1998) sine beskrivelser i forhold til for eksempel rekruttering, intervjuguide, organisering av gruppemøtene og moderatorfunksjon.

Det kan være forvirrende når det brukes både aksjonsforskningsgruppe og fokusgruppe som begrep i samme studie. I studien som helhet er gruppen sykepleiere som deltar beskrevet som aksjonsforskningsgruppe. Dette fordi det er de som deltar i refleksjonene over egne erfaringer, planlegger og gjennomfører kartlegging av ernærings situasjonen hos de hjemmeboende eldre.

I datagenereringssammenheng er gruppen sykepleiere som deltar beskrevet som fokusgruppe. Aksjonsforskningsgruppe og fokusgruppe er altså ulike betegnelser på samme gruppe.

3.2.3 Fokusgruppeintervju som metode

Fokusgruppeintervju blir som nevnt tidligere brukt som en metode i studien for å stimulere refleksjon og systematisere data fra aksjonsforskningsprosessen.

I studien ble det gjennomført et innledende fokusgruppemøte, to fokusgruppemøter undervegs i prosessen og et avsluttende/evaluerende fokusgruppemøte. Møtene ble gjennomført over ½ år med ca 1 måneds mellomrom, men med et lengre opphold da sommerferien ble avviklet. Datainn genereringen forgikk ved at forskningsleder tok opp samtalen i fokusgruppemøtene på bånd. I tillegg førte forskeren logg over hendelsesforløpet og skrev et oppsummerende notat etter hvert fokusgruppemøte.

Fokusgruppemøtene fikk en tidsramme på en time, og deltagerne var med og bestemte tidspunkt. Det ble orientert på forhånd og på første møte at det bruktes to lydbåndopptagere under møtene. Arbeidslagene som var representert i fokusgruppen var lokalisert i den samme bygningen. For å lage en god ramme rundt møtene ble et stille rom reservert på forhånd i denne bygningen. På første møte ble det klargjort møteregler (Krüger, 1998). Møtereglene innebar at mobiltelefoner skulle være slått av, alle skulle få komme til orde og at det ikke fantes ”gale” uttalelser. Det var den samme gruppen sykepleiere som er med på de fire fokusgruppeintervjuene, men alle sykepleierne var ikke tilstede på alle møtene.

Sykepleiernes deltagelse er nærmere beskrevet i kap. 4.1.

I fokusgruppesammenheng har forskningsleder ofte benevnelsen moderator (Krüger, 1998). I denne studien velges det likevel å bruke betegnelsen forskningsleder/forsker for ikke å

operere med for mange ulike begrep angående samme fenomen. Forskningsleders rolle i aksjonsforskningsprosessen er nærmere beskrevet i kap. 3.1.

Etter hvert fokusgruppemøte ble samtalen transkribert umiddelbart. Samtalene ble transkribert ordrett av forskningsleder. Da kan forskeren gjøre seg kjent med nye sider av materialet og transkripsjonen kan sies å være første del av analyseprosessen (Malterud, 2003). I transkriberingen ble deltagerne gitt bokstavbetegnelser fra A til E for at deltagerne skulle anonymiseres. Lydbåndopptakene og transkripsjonene oppbevares innelåst, og vil destrueres når prosjektet er avsluttet og ferdig vurdert. Lydbåndopptakene og transkripsjonene vil ikke være tilgjengelig for andre enn forskningsleder og veileder underveis i prosessen.

I følge Morgan (1998) er det viktig for utfallet av fokusgruppeintervjuet hvor streng struktur forskningsleder har i gruppen. Moderat grad av styring er ofte det vanlige. Da aksjonsforskningsprosessen innebærer at deltakerne er aktivt med i deling av erfaringer, planlegging av handlinger og evaluering er det valgt en samtaleform som kan beskrives som moderat styrende. Forskeren har forsøkt å sørge for at alle har kommet til orde i fokusgruppen. Til første fokusgruppemøte ble en tematisk guide, med noen veiledende spørsmål, utarbeidet som en hjelp til å lede samtalen. Hvert intervju/fokusgruppedialog ble foreløpig analysert umiddelbart etter hvert fokusgruppemøte som grunnlag for neste møte. Analyse er nærmere beskrevet i kap. 3.3.2. Med utgangspunkt i den forløpige analysen av hvert intervju, ble en guide til det neste møte utarbeidet. Donabedians (1996) kriterier for å vurdere pleiekvalitet ble brukt som rammeverk for intervjuguidene (vedlegg nr.5).

Donabedians kriterier er nærmere beskrevet i kap. 2.1.

Gruppmøtene ble avsluttet med en oppsummering av de erfaringene som var gjort, og de handlingene det ble enighet om å gjennomføre til neste gang.

Erfaringene fra sist møte ble sett i lys av nye erfaringer på neste møte. Intervjuguiden var et hjelpemiddel som bidro til refleksjon, oppsummering og evaluering.

Oppsummeringene ble gjort sammen med deltakerne. Dette ble gjort for å kontrollere om forskningsleder og deltakerne hadde samme oppfatning av innholdet i dagens møte. Med andre ord bidro deltakerne til validering undervegs (Malterud, 2003).

Ved at fokusgruppesamtalene i moderat grad styres kan informasjon mistes når dialogen avbrytes for å gå videre til nye temaer. Dette ble likevel gjort da hvert intervju hadde en begrenset tidsramme, og det var nødvendig å holde denne tidsrammen av hensyn til deltagerens arbeidssituasjon.

3.2.4 Rekruttering av deltakere

I litteraturen finnes ulike anbefalinger angående det ideelle antall deltakere i fokusgruppen. Krueger (1998) anbefaler nybegynnere å ikke starte med mer enn 4 -6 deltakere Morgan (1998) anbefaler 6-8 deltakere og i følge Malterud (2003) er 5-8 personer den beste sammensetning for fokusgruppeintervju.

Med en forsker som var nybegynner var det ønskelig med en gruppe som ikke var for stor å håndtere. Samtidig måtte ikke gruppen være for liten med tanke på eventuelt frafall. Morgan (1998) anbefaler likevekt i gruppen. For å få en jevn fordeling mellom de 2 arbeidslagene som var inkludert i studien var derfor en fokusgruppe på 6 deltager, 3 fra hvert arbeidslag, ønskelig.

Det ble gjort et strategisk utvalg når sykepleiere ble invitert til å være med i studien. Dette ble gjort for at fokusgruppen skulle bestå av sykepleiere som har en stor stillingsprosent (75 % eller mer). ”Et strategisk utvalg er sammensatt ut fra den målsetting at materiale har potensial til å belyse den problemstillingen vi vil ta opp” (Malterud, 2003, s.58). Det sees som en fordel at deltakerne har en stor stillingsprosent, fordi de er mer tilstede på arbeidsstedet og får mer kontinuitet i oppfølging av brukerne. Arbeidslagslederne på de inkluderte arbeidslagene sendte informasjonsbrev med forespørsel om deltakelse i studien og skjema angående informert samtykke, til de sykepleiere på arbeidslaget som oppfylte kriteriet – til sammen 12 sykepleiere. Svarbrev ble returnert til arbeidslagslederne. De som svarte først ble inkludert i studien. På denne måten ble det unngått at det i arbeidsmiljøet ble oppfattet som om forsker, som også var kollega, håndplukket deltakerne. Det var 5 sykepleiere som returnerte svarbrevet. Dermed ble alle 5 inkludert i studien, med en fordeling på 2 fra det ene arbeidslaget og 3 fra det andre arbeidslaget.

3.2.5 Deltakernes bakgrunn

Alle deltagerne var kvinner. Ingen av deltagerne hadde brukt kartleggingsverktøy for ernæring tidligere, heller ikke på andre arbeidssteder. To hadde vært utdannet sykepleiere i ca.1 år, en i 2 år, en i 4 år og en i 6 år. Ingen hadde videreutdanning. De hadde vært ansatt i hjemmetjenesten i fra 7 mnd. til 4 år. Alle var ansatt i 75% stilling eller mer.

3.3 Analyse

3.3.1 Analysenivåer i aksjonsforskning

Analyse i aksjonsforskning kan gjøres på flere nivåer (Coghlan & Brannick, 2005):

Det enkelte individs utvikling i aksjonsforskningsprosessen, kunnskapsutvikling på gruppenivå, gruppens fungering innad og utad og analyse av aksjonsforskningsprosessens innvirkning på organisasjonens utvikling. I tillegg kan det gjøres en analyse av læringsprosessen, altså metalæring som kan beskrives som læring om læringen (Coghlan & Brannick, 2005).

Fokuset i denne studien tok utgangspunkt i en gruppe sykepleiere og analyse av deres kunnskapsutvikling på gruppenivå. Med det menes den kunnskapsbaserte erfaring gruppedeltakerne utviklet i fellesskap, som et resultat av aksjonsforskningsprosessen. Analysen handlet om å se tilbake på de refleksjons- og arbeidsprosessene som forgikk i samarbeidet mellom forskningsleder og deltakerne (Coghlan & Brannic, 2005). Målet med analysen var å formidle beskrivelser av sykepleieres erfaringer med ernæringskartleggingsverktøy, med utgangspunkt i Ernæringsjournalen. Beskrivelsene er resultat av sykepleiernes erfaringer gjennom aksjonsforskningsprosessen (fig.1 s. 19, fig. 2 s. 20).

Aksjonsforskningsprosessen forgikk som sagt over ½ års periode med 4 fokusgruppemøter. Analysemateriale er alt datamaterialet som er innsamlet gjennom aksjonsforskningsprosessen. Fokuset er prosessene i aksjonsgruppen sett i forhold til problemstillingen. Erfaringene som ble oppsummert på grunnlag av materiale fra alle samtaler danner grunnlaget for studiens resultater. Erfaringene må sees i lys av studiens kontekst og hendelsesforløp (Coghlan & Brannick, 2005).

3.3.2 Analyse av fokusgruppeintervjuene

I aksjonsforskning legges det særlig vekt på fortellingen om det som skjedde, "the story", gjerne fremstilt som et kronologisk hendelsesforløp (Coghlan og Brannic, 2005). Det neste skrittet er å reflektere over hendelsesforløpet og hvilke temaer som kan trekkes ut til nærmere analyse (ibid). I denne studien ble det valgt en analyseform for det transkriberte materialet som var inspirert av Malteruds (2003) beskrivelse av systematisk tekstkondensering. Det transkriberte materialet ble analysert i 4 trinn som hovedsakelig handler om: 1) få et helhetsinntrykk, 2) identifisere meningsbærende enheter, 3) abstrahere innholdet i kodegruppene, 4) sammenfatte betydningen til en innholdsbeskrivelse (Malterud, 2003, s100). Hvert intervju ble analysert for seg.

Trinn 1: For å få et helhetsinntrykk og bli kjent med materialet ble transkripsjonen lest gjennom, og opptak fra intervjuene hørt gjennom, flere ganger. Det var vanskelig å legge til side forskningsspørsmålene og spørsmålene fra intervjuguiden. Ved å la intervjuet ligge en

stund, for så å ta det igjen, var det var lettere å ”høre deltagernes stemme” og være åpen for hva informantene sa noe om. Etter å ha lest og hørt gjennom intervjuet gjentatte ganger ble teksten delt inn i umiddelbare tema. Malterud beskriver denne prosessen som intuitiv og databasert organisering av materialet (Malterud, 2003).

Eksempel:

Umiddelbare tema fra 1. Intervju:
1. ”Gjennomføring av kartleggingen”
2. ”Tiltaksorientering”
3. ”Dokumentasjon”
4. ”Observasjon av vekttap og lite matinntak”
5. ”Viktigheten av pårørende”
6. ”Brukerens rolle”
7. ”Ernæring som tema”

Trinn 2: I dette trinnet ble det gjort en strukturell lesning med identifisering av meningsbærende enheter. Med en meningsbærende enhet menes en uttalelse, eller en tekstbit, som kan være kort eller lang (Malterud, 2003). De meningsbærende enhetene, som omhandler de foreløbige temaene fra trinn 1, ble kodet ved å merke de med farge knyttet til temaene. Hvert tema fikk sin farge. De meningsbærende enhetene tilhørende hvert enkelt tema ble deretter klipt ut elektronisk og satt sammen tematisk. De meningsbærende enhetene ble merket med hvilken deltaker de kommer fra og hvor i teksten de var hentet fra. På denne måten ble materialet kodet. Noen uttalelser i intervjuene hadde ikke relevans til temaene og ble derfor ikke kodet og tatt med i det videre analysearbeidet.

Når det meningsbærende materialet var samlet under hvert tema ble det tydelig at noen av temaene kunne deles inn i flere koder som omhandlet ulike sider av et tema. For eksempel kunne temaet som umiddelbart ble kalte ”Tiltaksorientering” deles inn i ”Gjort tiltak tidligere” og ”Ikke gjort tiltak tidligere”. Temaene ble på denne måten videreutviklet og kalt koder.

Eksempel:

Tema	Kode	Meningsbærende enhet
”Tiltaksorientering”	”Gjort tiltak tidligere”	Deltager B: ”Så maten er viktig, og vi smører på til de vi har mistanke

		<i>om at ikke vil spise dersom vi ikke gjør det. Vi passer på at folk får i seg mat, vi gjør det.” (1. intervju s. 5).</i>
	”Ikke gjort tiltak tidligere”	Deltager A: ” <i>Vi har snakka om at folk har rast ned i vekt og blitt veldig tynne, men vi har ikke konkret gjort noe med det” (1. intervju s. 2).</i>

Datakodingen på dette trinnet innebærer en systematisk dekontekstualisering, der deler av teksten ble hentet ut fra sin sammenheng (Malterud, 2003, s.104)

Trinn 3: I dette trinnet av analyseprosessen ble hver av de meningsbærende enhetene kondensert for klarere å se hva de handlet om.

Eksempel:

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet
<i>Så maten er jo viktig, og vi smører på til de vi har mistanke om at ikke vil spise dersom vi ikke gjør det. Vi passer på at folk får i seg mat, vi gjør det”</i>	<i>”Vi smører på mat til de vi har mistanke om at ikke vil spise dersom vi ikke gjør det”.</i>
<i>”Vi har snakka om at folk har rast ned i vekt og blitt veldig tynne, men vi har ikke konkret gjort noe med det”,</i>	<i>”Vi snakker om vekttap, men gjør ikke noe med det”.</i>

Når de meningsbærende enhetene ble kondensert, var det lettere å se om de passet i den koden de umiddelbart var plassert i. Etter å ha kondensert en meningsbærende enhet, ble den kondenserte enheten tatt med tilbake til transkripsjonen for å sikre at den fremdeles passet inn i sammenhengen den var tatt ut fra.

Under kodingen fremstod noen av kodene som ulike sider av en større enhet og kunne dermed plasseres sammen under en overordnet kode. På denne måten fikk noen av kodene underordnede subgrupper, mens andre koder ikke hadde subgrupper. Hvilke subgrupper som

identifiseres kan knyttes til det perspektivet man leser materialet ut fra, med andre ord hvilket faglig ståsted man har (Malterud, 2003).

Koder	Subgrupper
Praktisk gjennomføring	
Fokus på ernæring før kartlegging	Observasjon av vekttap/lite matinntak Ernæring som tema Gjort tiltak tidligere Ikke gjort tiltak tidligere Dokumentasjon
Fokus på ernæring etter oppstart av kartlegging	Bevissthet Tiltak Samarbeid med bruker Samarbeid med kollegaer
Bruker og pårørendes rolle, kunnskap og innstilling	Rolle Kunnskap Innstilling
Kartleggingens tidsbruk	Konkret utføring Informasjon
Ernæringsjournalen som hjelpemiddel	
Verdi for videre arbeid	
Ansvarsfordeling	
Strukturell forankring	

Meningsinnholdet i de ulike kodene og subgruppene ble fortettet i et kunstig sitat for å gi de kondenserte meningsbærende enhetene en mer abstrakt form. Malterud understreker samtidig at beskrivelsene i disse analysene skal bære med seg det konkrete innholdet, men i en mer sammenfattende form, med sikte på å belyse prosjektets problemstilling (Malterud, 2003).

Eksempel:

Subgruppe	Kunstig sitat
”Gjort tiltak tidligere”	<i>”Det er gjort tiltak tidligere. Det blir smurt mat og satt frem drikke, og noen ganger tilbys ernæringsdrikk. Noen veies</i>

	<i>regelmessig, men det er ved spesiell sykdom som ALS eller hjertesvikt”.</i>
--	--

Trinn 4: Dette trinnet omfatter en rekontekstualisering (Malterud, 2003).

Med basis i de kunstige sitatene fra kodene og subgruppene i trinn 3, ble kunnskapen sammenfattet til en innholdsbeskrivelse for den enkelte kodegruppe. Innholdsbeskrivelsene i de ulike kodegruppene ble sammenlignet med de meningsbærende enhetene i hver kode, for å se om det sammenfattede meningsinnholdet stemte overens med intervjuets ”opprinnelige” stemme. Det ble utarbeidet en matrise (vedlegg nr.6) som synliggjør hvor mange deltagere som uttaler seg om de ulike kodene og subgruppene og i hvilket intervju de uttaler seg. Vektlegging av hver subgruppe ble tatt hensyn til i sammenfatningen av meningsinnholdet i de ulike kodegruppe. Innholdsbeskrivelsene ble illustrert med sitater fra de meningsbærende enhetene. Noen sitater fremstilles redigert for å være mer leservennlige. Materialet ble gjennomgått en siste gang for å se spesielt etter meningsbærende enheter som motsa det meningsinnholdet som hadde kommet frem.

Eksempel fra 1. intervju:

Kode	Innholdsbeskrivelse
Praktisk gjennomføring	<p>I første gruppemøte var deltagerne opptatt av hvem de skulle kartlegge, hvor mange de skulle kartlegge. De ønsket å kartlegge noen de mente de så var underernært.</p> <p><i>”Han er ganske mager, han kunne jeg tenke meg å prøvd”.</i></p> <p>De var opptatt av hvor ofte de skulle kartlegge, om de har det utstyret de trenger og om de får det til i praksis.</p> <p><i>”Skal vi kjøpe en hjemmesykepleievekt?”</i></p> <p><i>”Vi får han konkret på vekta?”</i></p> <p>Deltagerne snakket mye i det første intervjuet om praktiske tiltak, om hvordan de kunne kartlegge inntak av mat og drikke og hvilke tiltak som kunne være aktuelle å sette i verk.</p> <p><i>”Vi må kartlegge hva vanen er, og sette inn tiltak etter vanen”</i></p> <p><i>”Du må gå i dybden på hva folk spiser”</i></p> <p><i>”Hvilken olje er det best å bruke, som ikke smaker mye?”</i></p> <p>I tillegg var de opptatt av hvordan skjemaet skulle fylles ut og hvordan de kunne sikre at tiltak fulgtes opp.</p> <p><i>”Lage en detaljert prosedyre. Sørg for at den leses”</i></p>

	<p>Vi ble enige om å kjøpe en "hjemmesykepleievekt" og ha tilgjengelig for alle.</p> <p>Kun en av deltagerne var opptatt av det etiske perspektivet ved kartleggingen.</p> <p><i>"Men det første som slo meg var at det må være i samarbeid med pasienten"</i></p> <p><i>"Det er veldig inngripende. Mange har et veldig anstrengt forhold til det med vekt"</i></p>
--	--

Denne 4-delte prosessen ble gjentatt for hvert intervju.

Når alle intervjuene var analysert viste det seg at koder som umiddelbart hadde fått ulike navn i ulike intervjuer egentlig handlet om det samme. Eksempel på dette var "gjennomføring av kartleggingen" og "praktisk utførelse av kartleggingen". Disse kodene omhandlet samme tema og koden til slutt kalt "praktisk gjennomføring". Betegnelsen på de ulike kodene og subgruppene ble justert gjennom hele prosessen. På denne måten fikk kodene og subgruppene til slutt samme navn i alle intervjuene og de endelige kodene ble kalt tema.

Til sist i analysen ble det tydelig at noen av temaene kunne omfattes av fellesbegrep, hovedtema, som beskriver hva sykepleiernes erfaringer handlet om. Sykepleiernes erfaringer presenteres i kap. 4.3, 4.4 og 4.5.

Hovedtema	Tema
Strukturelle faktorer av betydning for kartlegging og videre oppfølging	Ansvarsfordeling Strukturell forankring
Ernæringsjournalen som praktisk verktøy i kartlegging av brukeren ernæringsstatus	Praktisk gjennomføring Ernæringsjournalen som hjelpemiddel Kartleggingens tidsbruk
Konsekvenser av kartlegging	Fokus på ernæring Bruker og pårørendes rolle, kunnskap og innstilling Verdi for videre arbeid

I en aksjonsforskningsprosess er det som tidligere beskrevet, summen av erfaringer gjennom prosessen som danner grunnlaget for resultatene (Coghlan og Brannic, 2005).

I analyse av fokusgruppeintervjuene hører det derfor i denne sammenhengen med et analysetrinn som ikke er beskrevet av Malterud (2003).

Som et 5 trinn i analyseprosessen ble innholdsbeskrivelsen fra hvert tema i hvert fokusgruppemøte lagt som grunnlag for en oppsummerende endelig innholdsbeskrivelse. For eksempel ble innholdsbeskrivelsen i ”praktisk gjennomføring” fra 1., 2. 3. og 4. fokusgruppemøte sammenfattet i en oppsummerende innholdsbeskrivelse, som beskriver utviklingen av dette temaet gjennom aksjonsforskningsprosessen.

Denne oppsummerende innholdsbeskrivelsen kan beskrives som resultatet i hvert tema, og som en del av resultatet i hvert hovedtema. De oppsummerende innholdsbeskrivelsene er presentert som resultat fra analysene under kap. 4.3, 4.4 og 4.5.

Oversikt over temaene, og deres vektlegging og fokus i utviklingsarbeide fra begynnelse til slutt, er nærmere omtalt i kap. 4.2. og er illustrert i fig. 3 s. 38

”Det hører også med til analysen å vurdere innholdsbeskrivelsene opp mot foreliggende empiri og teori” (Malterud, 2003, s. 111). Presentasjonen av disse overveielene presenteres i diskusjonskapittelet (Kap. 5).

3.4 Etske betraktninger

Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (vedlegg nr. 2).

Før prosjektet ble igangsatt ble nødvendig tillatelse og tilgang til forskningsfeltet innhentet fra kommunaldirektør for helse- og sosialsektor i den aktuelle kommunen (vedlegg nr. 3).

Soneleder og arbeidslagslederne på de to aktuelle arbeidslagene fikk kopi av brevet fra kommunaldirektøren. De fikk i tillegg en muntlig orientering om forskningsprosjektet og ble forspurt om bruk av arbeidslagene som forskningsarena. Arbeidslagslederne på de inkluderte arbeidslagene var kjent med innholdet i informasjonsbrev med forespørsel om deltagelse i studien og skjema angående informert samtykke. Arbeidslagslederne sendte dette til aktuelle deltakere i studien (vedlegg nr. 4).

Forskeren arbeidet ved hjemmetjenesten i den aktuelle kommunen og kjente både sykepleiere, ledere og en del av brukerne godt. Dette kan være både en fordel og en ulempe. Både deltagerne og forskeren hadde med seg en for-forståelse av hverandre som kan ha påvirket prosessen i aksjonsgruppen (Coghlan og Brannick, 2001). Samtidig snakket de samme ”språk” og kunne lett forstå hverandre både verbalt og nonverbalt. Forskerens kjennskap til feltet kunne gjøre det lettere å skape ”goodwill” for prosjektet både hos ledere og kollegaer

(Coghalan og Brannick, 2001). Det kan samtidig være vanskelig å innta en vitenskapelig distanse og en kritisk refleksjon i forhold til data når forskeren er personlig involvert i forskningsfeltet.

Det var frivillig å være med i fokusgruppen. Deltakerne kunne trekke seg fra gruppen underveis dersom de ønsket det. Det kunne være en fare for at noen av forskerens kollegaer følte seg presset til å være med i en fokusgruppe siden de kjente forskeren. Kollegial lojalitet kunne også gjøre det ubehagelig for den enkelte å trekke seg undervegs dersom de ikke ønsket å være med videre i prosessen. Det var imidlertid ingen som trakk seg fra gruppen. Det var en som sluttet undervegs, men det var av andre årsaker.

Når det er tett samarbeid mellom forskningsleder og deltakere kan det være vanskelig å garantere fortrolighet og anonymitet (Williams og Prosser, 2002). Andre på arbeidetsstedet kan kjenne igjen situasjoner og de vil vite hvem som har vært deltagere i prosessen.

Forsøkspersoner som inngår i forskning skal, i følge Helsinkideklarasjonen, være frivillige og informerte deltagere og de skal samtykke til deltagelse i forskningsprosjektet (Malterud, 2003). Deltakelsen i denne studien var basert på informert samtykke.

Når vi skal implementere et verktøy for ernæringskartlegging, vet vi ikke på forhånd hvor prosessen vil lede oss og vi kjenner ikke konsekvensene. Det var derfor vanskelig for deltagerne og vite hva de samtykket til (Williams og Prosser, 2002).

Ved hvert fokusgruppemøte ble en sammenfatning av erfaringer fra sist møte blitt tatt med tilbake til deltagerne. Det ble kontrollert av gruppen at forskers analyse av siste møte stemte med gruppedeltakernes oppfatning. På denne måten ble deltakerne hele tiden informert i forhold til de data som ble kartlagt, og har hatt en innvirkning på prosessen videre.

Forskningsprosjektet kan få innvirkning på arbeidssituasjonen til deltakerne, og det kan ikke garanteres at alle deltakerne finner forandringene til det beste (Williams og Prosser, 2002).

Det kan for eksempel oppstå motsetninger på arbeidsplassen i forhold til omorganisering, som kan føre til konflikter. Da kan det være vanskelig kollegialt å være "ansvarlig" for forandringsprosessen (ibid).

Forsker og deltakere snakket sammen i fokusgruppen om disse etiske betraktningene, og forsøkte å være åpne for å ta opp i fokusgruppen de etiske utfordringer som måtte komme underveis i prosessen, slik Williams og Prosser (2002) anbefaler. Noen av sykepleierne snakket om at det opplevdes som vanskelig å samarbeide med kollegaer som ikke var så interessert i prosjektet. Tanker om hvordan dette kunne håndteres ble drøftet i gruppen.

Blant annet ble det snakket om leders ansvar i denne sammenhengen. Sykepleierne la vekt på leders involvering i ernæringskartleggingsarbeidet.

Utvalget i fokusgruppen bestod av sykepleiere. Malterud (2003, s.59) hevder på den ene side at ”hvis materialet er svært homogent kan det være vanskelig å få fram data og nyanser som gir ny kunnskap eller åpner for nye spørsmål”. I hjemmetjenesten arbeider det flere faggrupper. Også hjelpepleiere, helsefagarbeidere og assistenter vil av praktiske grunner bli involvert i et kartleggingsarbeid. Deres erfaringer kom ikke direkte frem i denne studien, men ble kun belyst gjennom sykepleierne. Flere i denne gruppen uttrykte missnøye med at de ikke ble invitert inn i studien da prosjektet ble lansert. Morgan (1998) anbefaler en likt sammensatt gruppe. Malterud (2003, s. 134) hevder på den andre side at ”en fokusgruppe bør sammensettes så homogent som mulig fordi vi ønsker å vektlegge felles erfaringer i samtalen”. Med dette som bakgrunn, og sett i forhold til forskningsspørsmålene, var det hensiktsmessig for diskusjonen i gruppen at deltakerne var på likt faglig nivå. Denne begrunnelsen er følgelig vektlagt ved utvelgelse av deltagere.

KAPITTEL 4 RESULTATER

I dette kapittelet presenteres resultatene fra analysene av sykepleiernes erfaringer med bruk av Ernæringsjournalen som kartleggingsverktøy.

Ettersom studien er gjennomført over en periode på et halvt år presenteres arbeidsprosessene, interaksjonen og dialogen i gruppemøtene, med noen eksempler fra et tema, først.

Deretter presenteres en oversikt over alle temaene, og hvordan disse ble vektlagt fra begynnelse til slutt.

Sykepleiernes erfaring med bruk av Ernæringsjournalen presenteres med grunnlag i hovedtemaene: Strukturelle faktorer av betydning for ernæringskartleggingen og videre oppfølging, Ernæringsjournalen som praktisk verktøy i kartlegging av brukernes ernæringsstatus samt konsekvensene av kartleggingen for videre tiltak, samarbeidet med brukerne, pårørende og kollegaer.

4.1 Arbeidsprosessene, interaksjonen og dialogen i gruppemøtene

Arbeidsprosessen, interaksjonen og dialogen i gruppemøtene er ulike sider av aksjonsforskningsprosessen som, sammen med det transkriberte materialet fra samtalene i fokusgruppemøtene, er medvirkende til en kunnskapsutvikling (Coghlan og Brannic, 2005). Aksjonsforskningsprosessen er nærmere forklart i kap. 3.1. For å eksemplifisere aksjonsforskningsprosessen fra første til fjerde fokusgruppemøte er prosessen illustrert med kunstige sitater fra temaet "fokus på ernæring" (se fig. 3 s. 38).

Hovedfokuset i det første gruppemøte var tidligere praksis og erfaringer i forhold til ernæringskartlegging. Siste del av møtet ble brukt til å planlegge ernæringskartlegging ved hjelp av Ernæringsjournalen som kartleggingsverktøy. Deltakerne var opptatt av hvilke brukere de skulle kartlegge.

"Hva slags pasienter skal vi kartlegge? Vi må finne en som er underernært. Det må være folk vi tenker har spist lite. Han er blitt tynn, så han må følges opp".

Sykepleierne ble enige om å prøve ut Ernæringsjournalen på minst en bruker til neste møte. En deltager var ikke tilstede på første møte på grunn av ferie. Vedkommende fikk i etterkant en orientering av forskningsleder og en kollega om hva som ble berørt under dialogen og hva det var enighet om å jobbe med til neste gang. Det var stor forskjell på aktiviteten til deltakerne i det første intervjuet. Noen av deltagerne tok ordet raskt, og beholdt det, mens andre var mer tilbakeholdne, og kom i bakgrunnen.

Mellom gruppemøtene ble det handlet (aksjonert) ut fra planene som var lagt.

Hovedfokuset i andre gruppemøte var erfaringene med gjennomføring av kartlegging med utgangspunkt i en utfylt Ernæringsjournal. Brukerne sykepleierne hadde valgt ut var blitt veid, målt og kartleggings skjema var utfylt. Deltakerne hadde gjort erfaringer som de delte med hverandre på andre møte. Handlingene og erfaringene ble evaluert.

”Jeg lurer på hvorfor han ikke legger på seg. Jeg ringte legen i dag. Vi må begynne med ernæringsdrikke. Vi må kartlegge hva som er grunnen til nedsatt matlyst. Det er spennende med de tiltakene”.

Selv om det var satt inn noen tiltak var det i dette tilfelle trolig ikke nok.

Sykepleierne ble enige om å følge opp den brukeren de hadde startet å kartlegge og i tillegg kartlegge minst en ny bruker til neste gang. De planla nye handlinger ut fra de erfaringene de hadde gjort.

Deltakerne ble orientert av forskeren om Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (Helsedirektoratet, 2009), som på dette tidspunkt var ute til høring. På denne måten kommer forskeren med et innspill som kunne få betydning for videre dialog, og kunne virke inn på handlingene som ble planlagt.

Denne gangen var dialogen og interaksjonen mellom sykepleierne jevnere, selv om noen fremdeles tok ordet og beholdt det i større grad enn andre. Alle deltakerne var tilstede på dette møte.

Hovedfokuset i tredje gruppemøte var også erfaringer med intervensjonen, med utgangspunkt i en utfylt journal.

”Han har gått ned 4 kilo på en måned selv om han får 2000 kcal ekstra.

Det er greit at vi har det konkret når vi skal snakke med legen. De er ganske undervektige disse menneskene”.

Spørsmålsstillingen i intervjuguiden var mer konkret i tredje møte med tanke på å få bedre tak i erfaringene med kartleggingsverktøyet. Ved å bruke en mer konkret intervjuguide påvirker forskeren dialogen i en viss grad. Ikke alle hadde kartlagt en ny bruker til dette møtet.

Deltakerne ble enige om å gjøre dette til neste gang og i tillegg å følge opp andre kartlagte brukere videre. Dialogen mellom deltakerne, som var svært skjevt fordelt i det første intervjuet, hadde jevnet seg utover i prosessen. Dette møtet hadde 4 deltakere fordi en av deltakerne skiftet jobb og flyttet. Denne sykepleieren er dermed ikke med på de to siste møtene.

Sommerferien ble avvirket mellom tredje og fjerde fokusgruppemøte. Det gikk derfor 2 ½ måned mellom disse intervjuene. Første del av fjerde møte fokuserte på konkrete erfaringer med ernæringskartlegging .

”Det er lettere at varsellamper blinker når du har et tall å forholde deg til.”

Den andre delen av fokusgruppemøte fokuserte på resultater av ernæringskartlegging. Sykepleierne erfarte at ernæringstiltakene hadde effekt og at i noen tilfeller får brukeren mindre behov for hjelp i hverdagen.

”Han har gått opp i vekt fordi vi har innført ernæringsdrikk mellom måltidene. Han har mer krefter nå, så vi har kunnet trekke oss mer ut”.









Fokuset på ernæring øker utover i prosessen. I fig. 3 s. 38 Ernæringsjournalens anvendbarhet som praktisk hjelpemiddel illustreres vektleggingen av temaet ”fokus på ernæring” gjennom dialogene.

Tilslutt oppsummerte forsker og deltakere erfaringene deltakerne hadde gjort gjennom prosjektet. Sykepleierne gav tilbakemelding og korrigerende forskningsleders oppfatning av deres erfaringer. Dette møte hadde bare 3 deltakere da en hadde sluttet i jobben og en ikke møtte. Denne siste dialogen fremstod likevel som den beste, selv om den hadde færrest deltakere. Samtalen i gruppen var mer avslappet og det var tid og rom for god refleksjon. Sammen våget forskningsleder og deltakere å være mer i stillheten og ut fra dette oppstod dialoger. Deltakerne opplevdes som jevnbyrdige i dialogene, mens forskeren inntok en mer tilbaketrukket rolle (se kap. 3.1 s.).

4.2 Oversikt over sykepleiernes erfaringer og erfaringenes vektlegging

Ved å analysere forløpet i aksjonsforskningsprosessen kom det frem at de ulike temaene som omhandler sykepleiernes erfaringer ble vektlagt ulikt fra begynnelse til slutt. Temaene gir til sammen et bilde av sykepleiernes erfaringer med ernæringsjournalen som kartleggingsverktøy. Ikke alle temaene var representert i samtlige dialogmøter. For eksempel var ”Strukturell forankring” bare representert i intervju nr. 3 og 4. Temaene var også vektlagt med ulik tyngde i det enkelte intervju og det var en tydelig forskyving av deltakernes fokus utover i aksjonsforskningsprosessen. Dette illustreres i fig. 3, s. 38. Pilenes lengde indikerer i hvilket fokusgruppemøte hvert tema forekommer. Fargen på pilene indikerer hvor mye hvert tema er vektlagt i det enkelte gruppemøte. Mørk farge er sterk vektlegging og lys farge er svak vektlegging.

Fig. 3**Temaenes vektlegging i fokusdialogene**
Mørk pilfarge indikerer at temaet har sterkt fokus

	1.møte	2.møte	3.møte	4.møte
Ansvarsfordeling				
Strukturell forankring				
Praktisk gjennomføring				
Ernæringsjournalen som hjelpemiddel				
Kartleggingens tidsbruk				
Fokus på ernæring før og etter oppstart med kartlegging				
Bruker og pårørendes rolle, kunnskap og innstilling				
Verdi for videre arbeid				

I det første intervjuet var hovedfokuset temaet ”praktisk gjennomføring”. Deltagerne var opptatt av hvordan ernæringskartleggingen skulle utføres.

”Bruker og pårørendes rolle, kunnskap og innstilling” fikk størst fokus i 1. intervju, men var også representert i de andre intervjuene.

”Fokus på ernæring ” var sterkest presentert fra 2. intervju og utover.

”Ernæringsjournalen som hjelpemiddel” fikk også stort plass i 2., 3., og 4., intervju.

Deltakerne var fremdeles opptatt av ”praktisk gjennomføring”, men i mindre grad. Temaene ”kartleggingens tidsbruk” og ”ansvarsfordeling” var vektlagt likt i de 3 siste intervjuene.

”Strukturell forankring” ble ikke berørt før i 3. intervju, men var sterkt fokusert i 4. intervju. Først i fjerde intervju nevnte deltakerne ”verdi for videre arbeid”.

4.3 Strukturelle faktorer av betydning

Dette hovedtemaet omfatter strukturelle faktorer av betydning for kartlegging og videre oppfølging og deles inn i to tema: Ansvarsfordeling og strukturelle forankring.

4.3.1 Ansvarsfordeling

Sykepleierne var enige om at det var Pasientansvarlig sykepleier [PAS] som skulle ha ansvaret for kartlegging, og for å sette i gang tiltak.

”Det må være PAS som har ansvaret for at tiltakene blir skrevet og at de faktisk blir fulgt”(2.intervju).

”For å gjøre det riktig må vi ha kunnskap – da mener jeg det er en sykepleieroppgave”(2.intervju).

De erfarte det kunne være vanskelig å få personalgruppa til å gjøre de tiltakene som ble satt i gang og at det fungerte best når færrest mulig fulgte opp tiltakene.

”Greit at færrest mulig har oppfølgingen”(4.intervju).

”Alle skal utføre tiltakene, men ikke sette de i gang, for det skal sykepleierne gjøre. Det er viktig at det blir gjort” (4. Intervju).

4.3.2 Strukturell forankring

Sykepleierne opplevde et stort engasjement rundt ernæringskartlegging på arbeidslagene i første del av prosjektet da alle fikk tilbud om internundervisning. Etter hvert som tiden gikk erfarte sykepleierne at det i hovedsak var de selv som var engasjert i kartleggingen. Spesielt tydelig var dette mellom tredje og fjerde intervju, da det hadde vært sommerferieavvikling mellom disse intervjuene.

”Du mister fokus etter hvert, spesielt siden det ikke er noe du er vant til å

gjøre”(4.intervju).

”Til å begynne med snakka vi om det. Det blir gjerne bare vi som snakker om det. De andre er ikke så interessert. Det er klart, når vi ikke har klart å gjøre det til en ting for alle...” (4. Intervju)

Sykepleierne mente at ernæringskartlegging må forankres i ledelsen, integreres i organisasjonen og det må innarbeides rutiner for at kartleggingen skal fungere på sikt.

”Ledelsen må ha fokus på det”(4.intervju).

”Det sklir fort ut, vi må få rutine”(4.intervju).

De mente det må følges opp med internundervisning på alle nivåer.

”Da synes jeg det er viktig at det blir formidla til hele arbeidsgruppa”(4.intervju).

Sykepleierne ønsket at kartleggingsverktøy skulle integreres i det elektroniske verktøyet slik at det ble lettere tilgjengelig og lettere å bruke.

”Hadde vi fått den inn på Gericca – det må jo være målet”(4.intervju).

4.4 Ernæringsjournalen som praktisk verktøy

Dette hovedtemaet omfatter Ernæringsjournalen som praktisk verktøy i vurdering av brukerens ernæringsstatus og er inndelt i tre tema: Praktisk gjennomføring, Ernæringsjournalen som hjelpemiddel - i dokumentasjon og vurdering, og kartleggingens tidsbruk.

4.4.1 Praktisk gjennomføring

Sykepleierne var i begynnelsen opptatt av hvordan de skulle utføre ernæringskartleggingen. De diskuterte hvor mange brukere de skulle kartlegge, aktuelle brukere, hvordan de skulle bruke Ernæringsjournal skjemaet, hvordan de praktisk skulle gjøre kartleggingen og hvilke tiltak som var aktuelle å sette inn.

”Han er ganske mager, han kunne jeg tenke meg å prøvd” (1. Intervju)..

”Vi må kartlegge hva vanen er og sette inn tiltak etter vanen”(1. Intervju).

Det viste seg at ikke alle brukerne hadde vekt hjemme.

”Skal vi kjøpe en hjemmesykepleievekt?”(1.intervju).

For å løse dette praktiske problemet ble det kjøpt en vekt som deltakerne kunne ta med ut når de skulle veie brukerne.

Deltakerne erfarte at det ikke var noen problemer å veie. De erfarte at det kunne være vanskeligere å måle høyde.

”Hun klarer ikke å rette seg ut”(2. Intervju).

Alternative måter å måle høyde på ble diskutert, men de ble likevel ikke nødvendige å bruke. Deltakerne opplevde at det kunne være mye utstyr å frakte med seg når man skulle ha med vekt i tillegg til annet nødvendig utstyr som de vanligvis hadde med seg. De erfarte betydningen av å planlegge kartleggingen slik at de hadde tid og hadde det utstyret som trengtes.

”Det må planlegges litt. Du må ha med vekt, skjema målbånd og sånn” (4. Intervju).

Deltakerne beskrev likevel ikke store praktiske problemer med kartleggingen.

En av deltagerne var i første intervju opptatt av det etiske perspektivet ved at kartleggingen måtte være i samarbeid med brukeren.

”Men det første som slo meg var at det må være i samarbeid med pasienten”(1. Intervju)

*”Det er veldig inngripende. Mange har et veldig anstrengt forhold til det med vekt”
(1. Intervju).*

Deltakerne beskrev ikke dette som problematisk utover i prosessen.

4.4.2 Ernæringsjournalen som hjelpemiddel

Dette temaet omfatter Ernæringsjournalen som hjelpemiddel i dokumentasjon og i vurdering. Sykepleierne erfarte tidlig i prosessen at Ernæringsjournalen gjorde det enklere å fastslå om brukeren er underernært eller ikke.

*”Dette skjemaet gjør det enklere å vite om pasienten er underernært eller ikke”
(2 .intervju).*

Sykepleierne opplevde fremsiden av ernæringsjournalen som oversiktlig og innbydende.

”Andre næringsrelaterte data” (pkt. 4 i Ernæringsjournalen, vedlegg nr. 1) gjorde at de tenkte over innvirkende faktorer i forhold til ernæring. De erfarte at det var godt å ha en ”sjekklister” for å huske ting som kunne være viktig. Sykepleierne erfarte imidlertid at det ikke alltid var tilfredsstillende å krysse av på ja eller nei. De mente det skulle vært en linje bak hvert punkt for kommentarer.

”Det er ikke alltid det er ja eller nei”(2. intervju).

*”Når du sitter sånn og snakker med folk så er det utrolig egentlig.... Du spør om de har nedsatt matlyst, og så svarer de ja eller nei, men det kommer alltid noe mer...”
(4. Intervju).*

Deltakerne etterlyste også flere rubrikker for vektutvikling og KMI slik man ikke behøvde nytt ark for hver registrering.

Baksiden av ernæringsjournalen opplevdes uoversiktlig ved første øyekast. Ved å studere den nærmere erfarte deltagerne imidlertid at baksiden ikke var så uoversiktlig likevel, og gav gode tips om faktorer man burde tenke på i kartleggingsarbeidet.

Deltakerne beskrev Ernæringsjournalen i det store og hele som et egnet verktøy for hjemmebasert omsorg.

”Den er veldig oversiktlig. Det var det med litt mer utfyllingsplass...” (4. Intervju).

”Den hjelper deg å sortere tankene, den er enkel, den tar ikke plass” (4. Intervju)

4.4.3 Kartleggingens tidsbruk

Deltakerne erfarte at informasjon om kartleggingen tok lengst tid. De opplevde det som viktig å forklare brukerne hva som skulle gjøres og hvorfor.

”Når du er et sted må du ha tid til å sette deg ned og kunne sette dem inn i hvorfor man gjør det (kartlegging), og viktigheten” (3. intervju).

Noen mente det var best å informere på forhånd og erfarte at kartleggingen gikk greiere da. Andre erfarte at det var greit å informere og kartlegge samtidig. Deltakerne erfarte at kartleggingen kunne gjøres når de var hos brukeren på andre oppdrag.

”Vi har gjort det i forbindelse med andre ting” (4. intervju).

De opplevde at kartlegging måtte planlegges litt, men erfarte at selve kartleggingen tok lite ekstra tid, mindre tid enn de på forhånd trodde. Deltakerne erfarte likevel at på grunn av bemanningssituasjonen var det dager de ikke fikk utført kartlegging slik de hadde planlagt. Deltakerne beskrev ikke det som problematisk, fordi de erfarte at om det var en travel dag, kunne kartleggingen utsettes og gjøres en annen dag.

”Det tar mindre tid enn man tror for å si det sånn. Man tenker gjerne litt mer innvikla og tror dette tar lang tid, så tar det ikke så mye tid” (4. Intervju.).

”Det går på planlegging, så dette har vi tid til. Og hvis det enkelte dager er litt marginal bemanning, så får vi la være å gjøre det den dagen, og ta det neste dag” (4. Intervju).

4.5 Konsekvenser av kartlegging

Dette hovedtemaet er inndelt i tre tema: Fokus på ernæring, bruker og pårørendes rolle, kunnskap og innstilling, og verdi for videre arbeid.

4.5.1 Fokus på ernæring

Sykepleierne fortalte at også før dette prosjektet hadde ansatte på arbeidslagene vært oppmerksomme på at brukere var blitt tynnere, men det hadde ikke blitt vektlagt som et problem. Det hadde likevel ikke blitt snakket så ofte om ernæring og det var ikke tenkt så mye på i hverdagen. Ernæringsstatus hadde ikke blitt kartlagt.

”Vi snakker om at de har rasa ned i vekt og blitt veldig tynne, men vi har ikke konkret gjort noe med det” (1.intervju).

”Vi gjør ikke noe sånn kartlegging” (1. Intervju).

De fortalte at det likevel var blitt gjort en del tiltak på arbeidslagene. Det var vanlig at det ble smurt og satt frem mat og i noen tilfeller ble det tilbudt ernæringsdrikk. Enkelte ganger fulgte man med på inntaket ved å skrive opp hva som ble spist og drukket. Det ble også fulgt med på om mat ble kastet og om det var gammel mat i kjøleskapet. Det hadde blitt veid noen ganger, men det var ved spesiell sykdom som ALS eller hjertesvikt.

”Vi smører faktisk mat til folk så de skal få i seg mat og drikke” (1. intervju).

”Jeg tror ikke det blir kastet mye mat, det ville vi vel oppdaget...”(1.intervju).

Sykepleiernes erfaring var at det ble dokumentert lite om ernæring. Når det stod opplysninger om vekt i epikriser som ble mottatt, var det som regel feilaktige opplysninger basert på gamle data.

Sykepleierne erfarte gjennom prosjektet at kartlegging gav økt fokus på ernæring på arbeidslagene. De opplevde at det var lettere å se faren ved dårlig ernæring når de hadde et tall å forholde deg til.

”KMI på 15,9 er veldig lavt da”(3.intervju)

Deltakerne ble oppmerksom på at ernæring hadde innvirkning på mange områder og at det kunne være mange årsaker til medsatt matlyst.

”Hvis ikke ernæring er i boks, så nyttiggjør du deg ikke av medisinene” (2.intervju).

”Ernæringsjournal kan brukes på folk som har sår som har vanskelig for å gro” (2.intervju).

”Kan det være sopp i munnen hennes”?(3.intervju).

”Det kan være at tannprotesen er vond – det tenker man ikke på”(4.intervju).

Kartlegging gjorde at deltakerne observerte mye. Tiltak ble satt i verk og deltagerne erfarte at tiltakene virker.

”Vi tar litt godt med smør på”(3.intervju).

”Man kan jo gjøre mye med oljer og sånn i maten”(3.intervju).

”Han klarer seg bedre i dagliglivet. Han var en tyngre pasient før, mer sliten”(4. Intervju).

”Han har fått litt mer krefter nå – så vi har kunnet trekke oss mer ut”(4.intervju).

Samhandlingen med brukeren opplevdes som bedre og deltakerne følte de lærte mer om brukeren.

”Vi må spørre hvorfor de har nedsatt matlyst, og begynne å nøste...”(2.intervju)

”Han fortalte hva han pleide å spise, så kom jeg med tiltak”(3.intervju).

”Her må du samarbeide med pasienten, og høre, og komme med tiltak i samarbeid med pasienten. Det er mye større sjans for å lykkes hvis vi får med pasienten i prosessen” (3. Intervju).

”Vi observerer mye når vi holder på med dette”(4.intervju).

”Jeg synes jeg lærer mer om pasienten”(4.intervju).

Når deltakerne satte søkelys på et ernæringsproblem førte det til diskusjoner og økt samarbeid med kollegaer. Temaet ble oftere berørt på rapportene og ble tatt opp på sykepleiemøte.

”Vi samarbeider – det påvirker alle for vi snakker om det på rapporten” (3. Intervju).

”Vi skal ha sykepleie møte der vi tar for oss ernæring” (2.intervju.)

”Sammen er vi sterke. Da jobber vi som et team og lærer av hverandre” (2.intervju).

Sykepleierne erfarte også at ikke kollegaene alle var like interessert.

”Det blir mer samarbeid mellom kollegaene, men det er personavhengig...” (3. Intervju).

”Det er ikke alle som har lyst å ha så veldig mye mer å gjøre” (3.intervju).

For å forklare vikarer og assistenter viktigheten av å følge opp tiltakene brukte sykepleierne kunnskap fra prosjektet.

”De (assistentene) sier han er så tynn – da forklarer jeg at derfor må vi registrere sånn og sånn – ikke sant” (tredje intervju).

4.5.2 Bruker og pårørendes rolle, kunnskap og innstilling

Brukere og pårørende opplevdes som positive. Sykepleierne erfarte at de gjerne ville ha hjelp. De opplevde at brukerne følte de fikk positiv oppmerksomhet gjennom kartleggingen. Brukerne følte seg sett.

”De var veldig positive og velvillige. Begge to syntes det var kjempehyggelig”(2.intervju).

”De føler seg litt spesielle”(2.intervju).

”Han har venta på meg med den vekta han.”(3.intervju).

”Jeg tror brukeren synes dette er veldig positivt, for da føler de at vi bryr oss – eller ser hele de, bruker litt tid, har litt innsats for de” (4. intervju).

Sykepleierne erfarte at bruker og pårørende ofte hadde lite kunnskap om ernæring, men brukerne var ofte klar over at de hadde et ernæringsproblem.

”Hun er 85 år, og trenger faktisk å legge på seg, men det tenkte hun ikke på”(1.intervju).

”Han er klar over at han har gått ned, og er bekymra”(2.intervju).

Deltakerne erfarte at pårørende var viktige for hjemmeboendes ernærings situasjon. Det hadde mye å si om de er et par. Sykepleierne erfarte likevel at de ikke alltid kunne stole på at pårørende fulgte opp godt nok.

”For hvis ikke han lager, så får ikke hun i seg noe”(1.intervju).

”Han har en kone som må passes på at hun faktisk lager mat”(1.intervju).

4.5.3 Verdi for videre arbeid

I det siste dialogmøte signaliserte deltakerne at de ønsket å fortsette å kartlegge ernæring etter at prosjektet var avsluttet.

”Vi kommer nok til å fortsette med det” (4.intervju).

De opplevde at prosjektet hadde vært en vekker i forhold til fokus på ernæring, og en positiv erfaring som de ønsket å ta med seg i videre praksis.

”Det har vært en vekker på mange måter, kunnskap gjør deg mer bevisst” (4.intervju).

”Det er absolutt noe jeg vil prøve å ta med meg” (4.intervju).

4.6 Oppsummering

Arbeidsprosessen, interaksjonen og dialogen i gruppemøtene er av betydning for studiens kunnskapsutvikling og er beskrevet innledningsvis.

Sykepleiernes erfaringer er ulikt vektlagt i de ulike dialogmøtene. Ikke alle tema ble tatt opp i alle intervjuer. Temaene og deres vektlegging er illustrert og beskrevet.

Sykepleiernes erfaringer er gjort rede for knyttet opp mot strukturelle faktorer av betydning for ernæringskartlegging, ernæringsjournalen som praktisk verktøy i vurdering av brukerens ernæringsstatus og konsekvenser av kartlegging.

KAPITTEL 5 DISKUSJON

I dette kapitlet oppsummeres sykepleiernes erfaringer med Ernæringsjournalen som kartleggingsverktøy i hjemmebasert omsorg i lys av studiens forskningsspørsmål og anerkjent forskning. Strukturelle faktorerets betydning for ernæringskartlegging og Ernæringsjournalens anvendbarhet som praktisk hjelpemiddel diskuteres først. Deretter diskuteres hvilken betydning anvendelse av standardiserte verktøy kan ha for å styrke kvaliteten i vurdering av ernæringsstatus og tilrettelegging av individuelle ernæringstiltak/ ernæringsplaner og betydningen av lærende fellesskap i denne forbindelse. Studiens gyldighet og troverdighet diskuteres til slutt.

5.1 Strukturelle faktorer av betydning

Sykepleierne var enige om at en sykepleier må ha hovedansvar for kartlegging, og igangsetting av tiltak i forbindelse med kartlegging, av den enkelte bruker.

Jeg har erfart i løpet av mange år i hjemmebasert omsorg at det faglige ansvarsforholdet mellom hjelpepleier og sykepleier i praksis kan være en vanskelig balansegang.

Organisering av sykepleietjenesten slik at en sykepleier har hovedansvar for den enkelte bruker kan kalles primærsykepleie (Digernes, Botnen og Areklett, 1986). Organiseringen samsvarer også med definisjonen av Pasientansvarlig sykepleier [PAS], som en ordning der en bestemt sykepleier ivaretar pasientnære situasjoner og har hovedansvaret for å følge opp brukeren og pårørende (Strandquist, 2005).

Mottagere av hjemmebasert omsorg varierer i alder. De fleste er over 67 år, og med en gjennomsnittsalder på ca. 73 år (Hofseth og Norvold, 2003). Antallet brukere under 67 år, og over 90 år har økt mest de siste 10 årene (Statistisk sentralbyrå, 2009). Hjemmebasert omsorg har altså flest eldre brukere og den gamle pasienten er en sårbar gruppe ofte med et komplekst sykdomsbilde. Ernæringstilstand er i tillegg til aldersforandringer en viktig forklaring på skrøpelig og sårbarhet hos eldre (Ranhoff, 2008).

Det er sykepleieren som har ansvar for at oppfølging av brukeren er faglig forsvarlig (Fjørtoft, 2006). Å gi sykepleie i brukerens hjem gir unike muligheter for individuell tilpasning og helhetlig omsorg, men krever at hjemmesykepleieren har kompetanse på mange områder (ibid). ”En dyktig hjemmesykepleier må være i stand til å handle der og da, i en kompleks og ofte uforutsigbar arbeidshverdag” (ibid, s. 222). Situasjonene varierer med hensyn til hva kompetanse som er nødvendig. Akutte, ustabile og uavklarte situasjoner i hjemmetjenesten

krever sykepleierkompetanse. Avklarte og stabile situasjoner kan hjelpepleier eller omsorgsarbeider ivareta dersom kontinuitet og koordinering av tjenestetilbudet er sikret av PAS (Strandquist, Næss, Anderson, Stigen, Adal og Kirkevold, 2005). Hjemmesykepleieren arbeider selvstendig og dette krever evne til å vurdere og fatte de riktige beslutningene (Fjørtoft, 2006). I hjemmebasert omsorg er det ikke alltid så lett å se hva som er sykepleierens funksjon og oppgaver og det er gråsoner i forhold til hvem som skal gjøre hva (ibid). Sykepleierens funksjon må ikke relateres til enkeltoppgave, men defineres ut fra brukerens behov for sykepleie. Å lage mat for eksempel kan virke som en enkel praktisk oppgave, men i en uavklart situasjon kan det være nødvendig at en sykepleier går inn og gjør denne oppgaven for samtidig å observere endring i brukerens tilstand. Det kan være store utfordringer forbundet med samhandling og samarbeid med brukeren i enkelt situasjoner. Samarbeid med brukeren er nærmere omtalt i kap. 5.3. Når situasjonen er stabil og avklart er det kanskje ikke nødvendig at en sykepleier går inn (Fjørtoft, 2006).

I Nasjonalfaglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring er definerte ansvarsforhold fremhevet som viktig for å styrke ernæringsarbeidet (Helsedirektoratet, 2009).

Sykepleierne erfarte at hvordan brukeren ble fulgt opp hadde betydning for kontinuiteten i ernæringskartleggingsarbeidet.

I hjemmesykepleien kan kontinuerlig oppfølging være en utfordring. Tredelt vaktturnus med dag-, kvelds-, natt- og helgevakter fører til at mange ulike personer er innom hos brukerne i løpet av en uke. Det kan lett føre til at brukere opplever tilfeldigheter, manglende kontinuitet og kommunikasjonssvikt mellom ansatte. Et godt samarbeid innad er en forutsetning for å kunne sikre kontinuiteten og samordningen av tjenestene i størst mulig grad (Fjørtoft, 2006). Hjemmetjenesten i kommunen der studien ble gjort hadde en organisasjonsmodell med PAS og primær kontakt for hver bruker. Sykepleierne erfarte at bruk av PAS (Strandquist, 2005) var gunstig for å ivareta kontinuitet i ernæringskartleggingsarbeidet. PAS har oversikt over brukerens aktuelle behov og ressurser, har hovedansvaret for ernæringskartlegging, igangsetting av tiltak og oppfølging. PAS har også ansvar for å formidle aktuell informasjon til andre ansatte, samt delta i tverrfaglig samarbeid knytta til brukeren (ibid). For å sikre best mulig kontinuitet kan det vær gunstig å ha to kontakter (Strandquist, 2005). PAS er brukerens hovedkontakt men samarbeider med en primærkontakt. Primærkontakten behøver ikke ha sykepleiefaglig kompetanse, men kunne utføre delegerte sykepleieoppgaver etter opplæring og følge opp brukeren i stabile avklarte situasjoner (ibid). I denne aktuelle kommunen er

primærkontakten en hjelpepleier eller en helsefagarbeider. Tiltak skal ikke forandres av andre uten å konferere med PAS først.

Sykepleierne erfarte at selv om ulike ansatte var innom i løpet av en uke, ble likevel tiltak og kontinuerlig oppfølging ivaretatt ved bruk av PAS og primærkontakt som omsorgsmodellen. Denne omsorgsmodellen kan derfor bidra til at tjenesten blir samordnet og preget av kontinuitet, som er et av kriteriene som er valgt for god kvalitet i denne studien (SHD, 2005) (se kap. 2.1).

Sykepleierne erfarte at engasjementet for ernæringskartlegging hos kollegaene avtok, spesielt mot slutten av prosjektet.

Interessen blant kollegaene var avtakende, til tross for at positive prosessuelle faktorene tyder på at Ernæringsjournalen er anvendelig innenfor hjemmebasert omsorg (se kap. 5.2).

Sykepleierne uttrykte at det kunne være strukturelle faktorer som var årsaken til det dalende engasjementet de erfarte. Sykepleierne mente at ernæringskartlegging må forankres i ledelsen, integreres i organisasjonen og rutiner må innarbeides for at kartleggingen skal fungere på sikt. De mente også det må følges opp med internundervisning til ansatte på alle nivåer.

I følge Jensen (2009) er det viktig for legitimiteten i endringsarbeid og fremming av endringsprosesser at lederne er aktive deltakere i kvalitetsutviklingsarbeidet.

De nærmeste lederne til sykepleierne i denne studien, arbeidslagslederne, var positive til studien. De var i tillegg engasjert i rekruttering av deltakere, men ikke direkte involvert og engasjert i ernæringskartleggingsarbeidet.

Arbeidslagslederne står i en mellomposisjon med nær kontakt ut mot brukerne gjennom de tjenesteyterne de administrerer, men også mot ledergruppen og mot soneleder som er arbeidslagsledernes nærmeste leder. I Jensens studie (Jensen, 2009) ble arbeidslagslederne invitert inn i aksjonsgruppen etter en periode fordi deltakerne erfarte at ledere som aktive deltakere styrket beslutningsprosessene i aksjonsgruppen. Lederne legitimerte også tid til gruppemøter og seminarer, bidro aktivt i fremdriften av kvalitetsarbeidet, og bidro til kommunikasjon med ledergruppen i kommunen (Jensen, 2009).

For at arbeidslagslederne i arbeidslagene knyttet til denne studien skulle blitt involvert i ernæringskartleggingsarbeidet kunne de for eksempel blitt invitert inn i aksjonsgruppen som aktive deltakere.

Kvaliteten på de tjenestene som kommunen leverer er et lederansvar (SHD, 2006b).

I følge Internkontrollforskriften (2002, § 3) skal systematiske tiltak sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med fastsatte krav. Nasjonalfaglige retningslinjer for forbygging og behandling av underernæring pålegger kommunene å vurdere alle beboere i sykehjem/ institusjoner og personer innskrevet i hjemmesykepleien for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak og deretter månedlig (Helsedirektoratet, 2009). I følge de samme retningslinjene har det vist seg at ledelsesforankring og tydelig ansvarsfordeling er en viktig forutsetning for at ernæringsbehandling skal bli en integrert del av behandlingstilbudet (ibid). Ledelsen må sikre at tjenestene, i dette tilfelle kartleggingen, er helhetlig og sammenhengende for brukeren (SHD,2006b).

Som aktive deltakere i ernæringskartleggingsarbeidet kan arbeidslagslederne medvirke til at vi får et ernæringskartleggingsarbeid som er en integrert del av behandlingstilbudet, er helhetlig, sammenhengende og som gir varige endringer for brukeren.

Dette berører flere av kriteriene for kvalitet som denne studien tar utgangspunkt i (SHD,2005) (se kap 2.1).

Ernæringskartleggingsprosjektet som studien bygger på ble igangsatt før Nasjonalfaglige retningslinjer for forbygging og behandling av underernæring (Helsedirektoratet, 2009) ble vedtatt i juni 2009. Kommunen der studien ble gjennomført hadde ingen prosedyrer eller rutiner i forhold til ernæringskartleggingsarbeid på dette tidspunkt.

En dansk studie konkluderer med at ernæringspraksisen ble bedre etter at retningslinjer og standarder ble innført (Lindorf-Larsen, Rasmussen, Kondrup, Staun og Ladefoged, 2007).

I vårt prosjekt tok de deltakende sykepleierne ansvar for kartlegging, mens de sykepleierne som ikke var deltakende i studien ikke hadde noe definert ansvar for å utføre ernæringskartlegging.

Nasjonalfaglige retningslinjer for forbygging og behandling av underernæring (Helsedirektoratet, 2009) ansvarliggjør alle sykepleierne i forhold til ernæringskartlegging.

Uten et definert ansvar lokalt er det imidlertid min erfaring at oppgaver ofte ikke blir tatt tak i eller ikke blir fulgt opp.

Kommunene er pålagt å organisere og legge til rette for at helsetjenesten og helsepersonell skal oppfylle fastsatte krav (Kommunehelsetjenesteloven, 1982). ”Utvikling og forbedring av kvalitet forutsetter tydelige føringer, avklarte roller og god ledelse”(SHD, 2005, s. 13).

I kommunen der studien ble gjort er prosedyrer og rutiner nå under utarbeiding og forventes å være på plass i løpet av våren 2010. Nasjonalfaglige retningslinjer for forebygging og

behandling av underernæring (Helsedirektoratet, 2009) ligger til grunn for dette arbeidet. Erfaringer fra prosjektet som studien bygger har imidlertid hatt innvirkning på strukturelle endringer som er gjort i kommunen, blant annet i valg av en bearbeidet versjon av Ernæringsjournalen som kartleggingsverktøyet (se vedlegg nr. 8).

I tillegg til ledelsesforankring og definerte ansvarsforhold er kompetanse viktig for å styrke ernæringsarbeidet (Helsedirektoratet, 2009). Ledelsen har ansvar for å utvikle en kultur der systematisk kvalitetsarbeid inngår i en kontinuerlig prosess (SHD, 2006b).

Internkontrollforskriften (2002) stiller krav til kommunene, blant annet om at arbeidstakerne skal ha tilstrekkelig kunnskap innenfor sitt fagfelt. At sykepleie skal være kunnskapsbasert er understreket i Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, som en del av grunnlaget for all sykepleie (NSF, 2007).

Fordi alle ansatte blir involvert i observasjoner og oppfølging av tiltak må undervisning tilbys alle tjenesteutøvere. Tjenester av god kvalitet sikres gjennom faglige kompetente utøvere på alle nivåer (SHD, 2005, s.36).

Kollegaene til prosjektdeltakerne hadde fått undervisning innledningsvis i prosjektet. De deltakende sykepleierne samhandlet med sine kollegaer, spesielt i oppfølging av tiltak. Undervisningen var ikke fulgt opp med oppfølgende undervisning underveis i prosjektet. Forsetlund med flere hevder at etterutdanningstiltak i form av kurs, arbeidsgrupper og seminarer kan føre til forbedring i profesjonell praksis og dermed en bedring i helserelaterte utfall for brukeren (Forsetlund, Bjørndal, Rashidian, Jamtvedt, O'Brian, Wolf, Davis, Odgaard-Jensen og Oxman, 2009). Dette kan samsvare med deltakernes erfaring da de deltakende sykepleierne ikke opplevde det samme dalende engasjementet utover i prosessen som sine kollegaer (se kap. 5.3). Sykepleierne var deltakere i en arbeidsgruppe gjennom sin deltakelse i prosjektets aksjonsforskningsgruppe.

Det er ledelsens ansvar at utøverne har nødvendig kunnskap og kompetanse, og det må klargjøre for den enkelte medarbeider hva som forventes både i forhold til individuell arbeidsinnsats, og i forhold til organisasjonen. Det må gis rom for forbedringsarbeid (SHD, 2006b). At engasjementet avtar utover i prosessen kan tyde på at ernæringsundervisning gjøres på en annen måte, eller må oppdateres og gjentas regelmessig. Dette samsvarer med Wikby et al (2006) som konkluderer med at undervisning og kontinuerlig oppfølging er nødvendig for at ernæringskartlegging skal implementeres og gjøres. Viktigheten av kunnskap understrekes også i en studie av danske, svenske og norske leger og sykepleieres kunnskap om ernæring (Mowe, Bosaeus, Rasmussen, Kondrup, Unosson, Rothenberg og

Irtun, 2008). Deres studie viser at den vanligste grunnen til utilfredsstillende ernæringspraksis er manglende ernæringskunnskap (ibid). Studien synliggjør også at det er de tjenesteyterne har mest ernæringskunnskap som gir best ernæringsbehandling og konkluderer med at økt fokus på kunnskapsutvikling vil utligne forskjellene i ernæringsbehandling (ibid).

Det kan brukes ulike metoder for å øke tjenesteyternes ernæringskunnskap. Min erfaring er at tradisjonell undervisning, som dette prosjektet startet med, er det vanligste. Vi har nok alle vært deltakere på undervisning i ulike tema som engasjerer oss der og da men opplevd, på samme måte som prosjektdeltagernes kollegaer, at interessen snart avtar. Rapporter og personalmøter er også arenaer som kan brukes til faglige ”drypp”. Erfaring og læring er velkjente begreper fra skole og utdanning (Tiller, 2006). Erfaringslæring brukes også i helsevesenet (Jensen, 2009). Aksjonsforskning som denne studien bygger, kan beskrives som en form for erfaringslæring (ibid). Når sykepleierne deler erfaringer, reflekterer over disse erfaringene sammen med de andre og handler ut fra disse reflekterte erfaringer vil de kunne endre sin praksis. Sykepleierne i denne studien vist at dette kan gjøres. De erfarer også at en leder av gruppen kan være viktig for å stimulere gruppeprosessen. Jensen (2009) konkluderer i sin studie med at organisering av lærende fellesskap er en god måte og utvikle personalets kompetanse på. Dette diskuteres nærmere i kap. 5.3.

Sykepleierne i studien ønsket Ernæringsjournalen inn i dataverktøyet til kommunen, fordi de da mente den ville være enklere tilgjengelig og mer praktisk å anvende.

Dette finner støtte i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (SHD, 2005, s. 36) der det står at ”Informasjons- og kommunikasjonsteknologi [IKT] må benyttes for å sikre at relevant dokumentasjon følger brukeren i systemet”. Videre står det at ”IKT må benyttes slik at oppdatert faglig informasjon er tilgjengelig som beslutningsstøtte når tjenesten ytes” (ibid s. 36). Mange av hjemmetjenestens brukere er på regelmessige avlastningsopphold i institusjon og dette vil ikke minst være viktig når brukeren flytter mellom tjenestenivåene. Dette underbygges av Nasjonalfaglige retningslinjer for forbygging og behandling av underernæring der det står at ”dokumentasjon om ernæringsstatus og -behandling skal implementeres i gjeldende dokumentasjonssystemer og videreføres når bruker overføres til annet omsorgsledd ” (Helsedirektoratet, 2009 s. 9).

Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring har Ernæringsjournalen og andre ernæringskartleggingsverktøy som vedlegg og åpner for at disse vedleggene kan brukes som mal for å utarbeide lokalt tilpassede verktøy. Ernæringsjournalen

vil i løpet av våren 2010 være tilgjengelig i den aktuelle kommunenes dataverktøy, i en bearbeidet utgave som er tilpasset etter prosjektdeltakernes erfaringer (se vedlegg 8). Slik jeg ser det vil dette medvirke til at ressursene kan utnyttes bedre i form av effektiv dokumentering internt og mellom tjenesteledd. Når dokumentering elektronisk følger brukeren blir tjenestene også tryggere, sikrere og mer kontinuerlig for brukeren. Elektronisk ernæringskartleggingsverktøy vil også gjøre verktøyet lettere tilgjengelig når hjemmesykepleien i den aktuelle kommunen om kort tid skal ta i bruk Personal digital assistent [PDA]. PDA er håndholdt PC som tas med ut til brukerne. På denne måten innvirker elektronisk ernæringskartleggingsverktøy positivt inn i forhold til flere av kvalitetsindikatorerne vi har valgt å bruke i denne studien (SHD, 2005) (se kap. 2.1).

Økte personalressurser var ikke et tema hos sykepleierne ved bruk av Ernæringsjournalen som kartleggingsverktøy.

Det var interessant at deltakerne i løpet av prosjektperioden ikke snakket om personalressurser som en begrensning for ernæringskartlegging. Det er min erfaring at ved innføring av nye arbeidsoppgaver blir det ofte argumentert med at ”dette har vi ikke tid til”. En av grunnene til negative holdninger til ernæringskartlegging blant personalet i en svensk studie (Bachrach-Lindstrøm, Jensen, Lundin og Christenson, 2007) er antatt å være dårlig bemanning. Wikby et al (2006) konkluderer i sin studie med at i tillegg til undervisning og oppfølging er økte personalressurser nødvendig for at ernæringskartlegging skal praktiseres. I Wikby et al (2006) sin studie er det brukt kartleggingsverktøyet MNA (Helsedirektoratet, 2009) (vedlegg nr.7). MNA har delt vurderingen av ernæringsrisiko i to deler. Dersom du scorer en viss poengsum på del 1 går du videre til en nøyere vurdering av ernæringstilstanden i del 2. Det er ingen åpne felt for anmerkninger. MNA er nærmere beskrevet i kap 2.3. Ernæringsjournalen (vedlegg 1) er enkelt utformet på en side, med veiledning på baksiden. Det er plass til anmerkninger (Helsedirektoratet, 2006, 2009). Ernæringsjournalen er nærmere beskrevet i kap. 2.3.

Ettersom de to kartleggingsverktøyene er ulike kan det ikke settes likhetstegn mellom erfaringene som er gjort med bruk av verktøyene. Slik jeg ser det vil et omfattende verktøy være mer tidkrevende i bruk enn et enklere skjema som Ernæringsjournalen. Aagaard og Roel sier i sin rapport om utvikling av Ernæringsjournalen at ”skal man utvikle en metode som man håper helsepersonell skal kunne benytte i hverdagen, bør den være enkel og lite ressurskrevende (Aagaard og Roel, 2004). Sykepleiernes erfaringer med Ernæringsjournalen som praktisk hjelpemiddel for sykepleierne er diskutert i kap. 5.2.

Sykepleierne i studien kartla ikke alle brukerne de hadde ansvaret for. Når alle brukerne som har et hjemmesykepleievedtak skal kartlegges i henhold til Nasjonalfaglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (Helsedirektoratet, 2009), og følges opp, vil arbeidsbelastningen med kartlegging bli større. På en annen side kan kartlegging fange opp som brukere i fare for å utvikle dårlig ernæringsstatus. Underernæring kan få store konsekvenser for den enkelte bruker (Mowe, 2002). Ernæringskartlegging kan føre til forbygging av underernæring og på sikt minske hjelpebehovet til hjemmeboende eldre. Ernæringskartlegging og ernæringsrelaterte tiltak kan på denne måten føre til at den enkelte bruker får redusert behov for hjemmetjenester. Av den grunn kan ernæringskartlegging sett i et lengre tidsperspektiv føre til mindre arbeidsbelastning. Samarbeidsreformen vektlegger forbygging og tidlig intervensjon, slik at befolkningen i størst mulig grad skal være i stand til å ivareta egen helse (HOD, 2008). Med utgangspunkt i fremtidens helseutfordringer er det behov for å styrke det forebyggende helsearbeidet i kommunene (ibid, s. 83). Ernæringskartlegging ved hjelp av Ernæringsjournalen må sies å være et forbyggende tiltak. Sykepleierne erfarte at med bruk av et enkelt ernæringskartleggingsskjema som Ernæringsjournalen kan vi drive forebyggende og behandlende ernæringsarbeid innenfor de ressursene vi har til rådighet, og dermed utnyttes ressursene på en god måte i henhold til kriterier for kvalitet valgt i denne studien (SHD, 2005) (se kap. 2.1).

5.2 Ernæringsjournalen som praktisk hjelpemiddel

Sykepleierne erfarte skjemaet Ernæringsjournalen som et egnet verktøy for bruk i hjemmebasert omsorg.

Sykepleierne opplevde fremsiden av Ernæringsjournalen som oversiktlig og innbydende. Baksiden brukte de mer tid på å få oversikt over og de opplevde den som uoversiktlig ved første øyekast. Sykepleierne erfarte imidlertid at veiledningen på baksiden var informativ og nyttig, og inneholdt opplysninger de hadde bruk for i kartleggingsarbeidet.

Sykepleierne beskriver pkt. 4 ”andre ernæringsrelaterte data” som en god huskeliste å ha med til brukerne når de skulle kartlegge ernæring.

Sykepleierne hadde likevel noen kommentarer til skjemaet. De ønsket flere rubrikker på forsiden under pkt. 2. (vekt og vektutvikling). På denne måten ville de kunne bruke samme skjema og fylle ut i ved flere oppfølgende registreringer.

Sykepleierne erfarte at når de stilte spørsmål til brukerne om ”andre ernæringsrelaterte data” svarte brukerne sjelden bare ja eller nei, men hadde utfyllende opplysninger i tillegg.

Sykepleierne ønsket derfor plass til utfyllende kommentarer bak hvert av underpunktene i pkt. 4. (andre ernæringsrelaterte data). Dette samsvarer med ønskene til studentene som prøvde ut ernæringsjournalen i Aagaard og Roel (2004) sin rapport. De ønsker også forandringer i pkt 4., med plass til mer utfyllende opplysninger bak hver underpunkt (ibid).

Ernæringsjournalen er et av anbefalte verktøy til bruk i primærhelsetjenesten i Nasjonalfaglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (Helsedirektoratet, 2009) (se kap. 2.3). I Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (Helsedirektoratet, 2009) er det gjort en gradering av det vitenskaplige kunnskapsgrunnlaget anbefalingene bygger på. Styrken i anbefalingene er gradert i 4 nivåer: A, B, C og D, avhengig av hvor solid kunnskapsgrunnlaget er, med A som det mest solide. MUST og MNA er vurdert til nivå B, mens NRS 2002 og Ernæringsjournalen er vurdert til nivå D. På Nivå D er anbefalingene basert på ”konsensus i arbeidsgruppen uten at det foreligger autoritative retningslinjer eller relevante studier av tilfredsstillende kvalitet, samt vurderinger av etiske, praktiske og økonomiske forhold” (Helsedirektoratet, 2009, s. 4).

Det kan være grunn til å spørre seg om ernæringsjournalen fanger opp nok opplysninger da den ikke er så omfattende utformet som for eksempel MUST og MNA (se kap. 2.3 og kap. 5.1). Noen av studentene i rapporten til Aagaard og Roel (2004) ønsket flere underpunkter under pkt 4. For eksempel om dehydrering, væskebalanse og mer om matvaner. Sykepleierne i vår studie gav imidlertid ikke uttrykk for at de fikk manglende opplysninger ved å bruke Ernæringsjournalen. De erfarte at Ernæringsjournalen gjorde det enklere å fastslå om brukeren var underernært eller ikke. Ved hjelp av pkt 4 (andre ernæringsrelaterte data) tenkte sykepleierne over faktorer som kunne ha innvirkning på ernæringsstatusen til brukeren. Det var til hjelp stor i utforming av individuelle ernæringsplaner, og som kom i tillegg til utfylling av Ernæringsjournalen. Studien foregikk over en forholdsvis kort tidsperiode. Det kan derfor tenkes at ved å bruke skjemaet over lengre tid kunne sykepleierne gjort andre erfaringer.

En studie som tar sikte på å identifisere risikofaktorer forbundet med kartlegging av ernæring hos de eldste eldre og hjemmeboende eldre konkluderer imidlertid med at det er vanskelig å finne gode ernæringskartleggingsverktøy for denne gruppen (Callen og Wells, 2005). De anbefaler ikke for omfattende screening verktøy, ikke mer en 5 ja og nei spørsmål om matinntak, for å avdekke fare dårligere ernæringsstatus og uønsket vekttap (ibid).

Ernæringsjournalen er utviklet nettopp med tanke på å ikke være for omfattende (Aagaard og Roel, 2004).

Ernæringsjournalen er anbefalt av Helsedirektoratet i Nasjonalfaglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. På den bakgrunn og ut fra sykepleiernes erfaringer, ser jeg på Ernæringsjournalen som et trykt og sikkert verktøy for å vurdere hjemmeboende eldres ernæringsstatus. At tjenesten er trygg og sikker er en av kvalitetsindikatorerne som er valgt for denne studien (SND, 2005) (se kap. 2.1)

Studier om sykepleieres erfaringer med ernæringskartleggingsverktøy er ikke funnet ved søk anerkjente databaser. Denne studien er basert på erfaringer med Ernæringsjournalen. Om erfaringene ville vært de samme med bruk av andre kartleggingsverktøy, eller om andre kartleggingsverktøy ville vært mer praktiske for bruk i hjemmebasert omsorg, kan derfor ikke besvares med sikkerhet.

De praktiske problemene sykepleierne i studien støtte på beskrives som små og lette å løse.

For eksempel hadde ikke en del av brukerne vekt, så det ble innkjøpt en ”hjemmesykepleievekt” som sykepleierne kunne ta med ut til brukerne. Vekten ble oppbevart slik at den var tilgjengelig for sykepleierne på begge arbeidslag. Sykepleierne opplevde at det kunne være vanskelig å måle høyde på noen brukere fordi de stod ustøtt eller ikke klarte å rette seg ut i ryggen. På brukerne som ble kartlagt i prosjektet ble høyden målt på vanlig måte ved at brukeren stod inntil en vegg eller dørkarm, i noen tilfeller med ekstra støtte av en tredjeperson. Også i Aasgaard og Roel (2004) sin rapport hadde de fleste studentene som prøvde ut Ernæringsjournalen klart å måle høyde stående. Noen studenter i denne undersøkelsen hadde imidlertid målt høyde liggende i seng, langs ryggraden. Sykepleierne var opptatt av andre måter å måle høyde på da de forutså at høydemåling kunne bli et problem i forhold til en del av brukergruppen. Høyde kan måles med målebånd i seng langs ryggraden (Helsedirektoratet, 2006). I veiledning til MUST-brosjyren er alternative høydemålingsmetoder beskrevet (British Association for Parenteral and Enteral Nutrition [BAPEN], 2003). Underarmslegde eller knehøyde kan måles i cm og en tabell brukes for å konvertere lengden på underarm eller kne, til brukerens høyde i meter. Dersom høyden ikke kan fartslåes kan brukerens egendokumenterte eller erindrede høyde brukes, dersom det antas å være troverdige data (ibid).

Ut fra sykepleiernes erfaringer skal ikke praktiske problemer være til hinder for ernæringskartlegging med bruk av Ernæringsjournalen.

Ernæringskartlegging ved bruk av Ernæringsjournalen ikke tok mye ekstra tid.

Sykepleierne erfarte at de brukte mest tid på å informere om kartleggingen, mens utføring av selve kartleggingen ikke var så tidkrevende. De erfarte at mye kunne gjøres når de likevel var hos brukeren. Når de for eksempel var på et besøk om kvelden på tilsyn eller for å hjelpe med avkledding og legging, kunne de forberede brukeren på kartlegging neste dag.

Både informasjon og selve kartleggingen kunne gjøres når de var hos brukeren på andre oppdrag. Sykepleierne vektla at kartleggingen kunne gjøres når de hadde tid. Dersom det var en travel dag kunne de gjøre det en annen dag. Dette kan tolkes som en positiv holdning hos sykepleierne til å gjøre ernæringskartleggingsarbeid.

Som nevnt tidligere konkluderte Wicby et al (2006) i sin studie med at for å bruke kartleggingsverktøyet MNA må det fremkalles mer personalressurser. Betydning av ernæringskartleggingsverktøyets utforming i forhold til arbeidsbelastning og personalressurser er diskutert i kap. 5.1 Sykepleiernes erfaring kan tyde på at det er av betydning for ernæringskartlegging i praksis i hjemmebasert omsorg at kartleggingsverktøyet vi bruker ikke er for omfattende. Likevel handler det, slik jeg ser det, i stor grad om planlegging i hverdagen og ikke minst om vilje til å kartlegge ernæringsstatus. En studie fra danske sykehjem viser at det i stor grad er de manglende vilje hos de ansatte som er grunnen til at ernæringstiltak ikke fører frem (Beck, Damgård og Tetens, 2009). En svensk studie (Bachrach-Lindstrøm et al 2007) avdekker også negative holdninger til ernæringskartlegging blant personalet.

Dette samsvarer ikke med vår studie der deltakerne er positive til ernæringskartlegging. Det er det grunn til å spørre seg hvorfor deltakerne i den danske og svenske studien er negativt innstilt, mens sykepleierne i vår studie er positive. Studien til Beck et al (2009) konkluderer med at det må settes mer fokus på den betydning ernæringsintervensjoner har for helsearbeiderne i forhold til arbeidsmengde, nivå på ansatte, og jobbtilfredshet. Studien til Bachrach-Lindstrøm et al (2007) forklarer også de negative holdningene blant annet med dårlig bemanning.

Erfaringer fra vår studie kan tyde på at det i tillegg må fokuseres på effekten av aktiv deltagende oppfølging av helsearbeiderne. Viktigheten av undervisning og oppfølging av tjenesteyterne, gjerne i lærende fellesskap, er diskutert i kap. 5.1 og kap 5.3. Slik jeg ser det er det grunn til å tro at når refleksjon over erfaringer gir tjenesteyterne kunnskap, innsikt og forståelse for viktigheten ernæringsarbeid vil også deres holdning til å utføre kartleggingsarbeid bedres. Faglig kompetente tjenesteytere er i stand til å ta brukerens behov

på alvor og anvende pålitelig kunnskap for å utføre gode tjenester i et system som fremmer helhet (SHD, 2005).

Guidelines/kartleggingsverktøy er pålitelig kunnskap som i denne studien anvendes sammen med erfaringskunnskap utviklet i et felleskap og i samarbeid med brukeren. På denne måten anvendes kunnskapsbasert praksis til det beste for brukeren uten at det brukes store tidsmessige ressurser. Sykepleierne erfarer at Ernæringsjournalen er fleksibel i bruk, og kan tilpasses i hverdagen. Utnyttelse av ressursene som en kvalitetsindikator er tidligere diskutert (se s. kap. 5.1 s. 55).

5.3 Kartleggingens betydning for å styrke pleiekvalitet

Denne studien fokuserer på ernæringskartlegging ved bruk av Ernæringsjournalens betydning for å styrke kvaliteten i vurdering av ernæringsstatus og tilrettelegging av individuelle ernæringstiltak/ernæringsplaner og hvilken innvirkning det kan få på brukerens pleiekvalitet. Donabedian (1996) beskriver tre typer kriterier vi behøver informasjon om for å vurdere kvaliteten i ernæringsarbeidet: Struktur kriterier, prosess kriterier og resultat kriterier (se kap. 2.1) For å vurdere kvaliteten av ernæringskartleggingsarbeidet må derfor flere sider av sykepleierne erfaringer belyses.

Strukturelle kriterier sykepleierne har gjort erfaring med i studien omfatter ansvarsfordeling og organisatoriske faktorer og er diskutert i kap. 5.1.

Prosessuelle kriterier omfatter de erfaringene sykepleierne gjorde i forhold til aktivitet og samhandling mellom pleiepersonalet og brukerne som en følge av ernæringskartleggingen. Sykepleierne erfaringer med Ernæringsjournalen som et praktisk verktøy er en del av de prosessuelle erfaringene, og er diskutert i kap. 5.2.

Andre prosessuelle faktorer som sykepleierne gjorde erfaringer med diskuteres fortløpende.

Ernæringskartlegging førte til økt ernæringsfokus på arbeidslagene. Økt fokus førte igjen til at:

- Bevisstheten rundt ernæringsproblematikk blant de ansatte økte og nye tiltak ble iverksatt.

Dette samsvarer med funn hos Rugås og Martinsen (2003) som tydet på at vektkontroll førte til større oppmerksomhet på kosthold og måltidssituasjoner. Det samsvarer også med Aasgård og Roel (2004) sin rapport konkluderer med at å ha en Ernæringsjournal fører til økt oppmerksomhet mot å samle data om pasientens ernæringsstatus.

Kartlegging er et grunnleggende element i sykepleie og et av elementene i sykepleieprosessen (se kap. 2.3). Uten bruk av kartleggingsverktøy som måleinstrument i ernærings- kartleggingsarbeidet er det vanskelig å vurdere graden av ernæringsmessig risiko hos brukerne. Det var sykepleiernes erfaring at det var lettere å se alvoret i en situasjon når de hadde tall å forholde seg til. Sykepleierne erfarte at Ernæringsjournalen var en god "huskeliste" i datainnsamlingsarbeidet som gjorde det enklere å se ulike grunner til dårlig ernæring, og dermed var til hjelp i forhold til å sette inn riktige tiltak.

Kunnskapsbasert praksis innebar at sykepleierne bevisst brukte forskningsbasert kunnskap, erfaringskunnskap og brukerkunnskap i ernæringskartleggingsarbeidet (Polit og Beck, 2008). Ernæringskartleggingsverktøyet, som er basert på forskningskunnskap, er et hjelpemiddel til å innhente sikre opplysninger om brukerens ernæringsstatus og hjelper oss å diagnostisere et problem slik at vi kan sette inn relevante tiltak. Verktøyet kommer i tillegg til sykepleiernes faglige skjønn og opplysningene et kartleggings skjema gir oss må alltid relateres til en etisk og faglig vurdering gjort i samarbeid med brukeren (Helsedirektoratet, 2009).

Nasjonalfaglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring gir anbefalinger og råd som bygger på oppdatert forskningskunnskap. Ved å benytte kartleggingsverktøy som er anbefalt i retningslinjene sammen med faglig skjønn og i samarbeid med brukeren, anvendes kunnskapsbasert praksis (se kap. 2.2). Kunnskapsbasert praksis bruktes på denne måten til å utarbeide individuelt tilpassede ernæringsplaner for brukerne og brukerne var med og påvirket de tiltakene som iversattes.

Ulike tiltak som ble gjort var for eksempel ernæringsdrikke, hyppigere næringsrike måltider og kontakt med lege.

- Samhandling med brukeren om ernæring økte.

Planlegging og utforming av tjenestene i samspill med brukeren er en forutsetning for god kvalitet (SHD, 2005, s. 35). I Nasjonalfaglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring er samhandling framhevet som viktig for å styrke ernæringsarbeidet (Helsedirektoratet, 2009). I følge Jensen (2009, s. 306) er kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten knyttet til interaksjonen mellom bruker og tjenesteyter. Tjenester må hele tiden tilpasses brukerens behov og ønsker (ibid). Kunnskapsbasert praksis innehar brukerperspektivet der sykepleiernes rolle blir å tilrettelegge for gode beslutninger i samarbeid med brukeren (Nortvedt et al, 2007). Gode møter mellom sykepleier og bruker forutsetter at sykepleieren bruker forskningsbasert kunnskap, i dette tilfelle ernæringskartleggingsverktøy, i lys av sin erfaring i møte med den enkelte bruker (ibid).

Sykepleierne I studien samarbeidet med brukerne når kartleggingsskjemaet fyltes ut og det ble innhentet opplysninger om brukeren. På denne måten ble sykepleierne bedre kjent med brukerne, og bedre i stand til å se deres behov. Videre samarbeidet sykepleier og bruker for å komme frem til tiltak som var aktuelle for den enkelte bruker.

Bruk av Ernæringsjournalen involverer på denne måten brukerne, og gir dem innflytelse.

Dette er i tråd med kriteriene for kvalitet som er valgt for denne studien (SHD, 2005) (se kap. 2.1).

Det er viktig at ernæringskartleggingsarbeidet foregår i samarbeid med brukeren ikke bare fordi brukeren er den som kjenner sin egen situasjon best, men også fordi beslutninger om ernæringsbehandling kan innebære etiske problemstillinger som må håndteres hensiktsmessig (Helsedirektoratet, 2009). En av sykepleierne i studien var for eksempel opptatt av at noen kunne ha et anstrengt forhold til vekten sin. Hun mente kunne oppleves som inngripende for brukeren å skulle veies. Dette ble imidlertid ikke erfart som noe problem i denne studien.

Noe av grunnen kan være at de brukerne som sykepleiere valgte å kartlegge var brukere som hadde en betydelig ernæringsproblematikk og som sykepleierne tydelig kunne se hadde et ernæringsproblem. Når en større gruppe skal kartlegges med tanke på forbyggende tiltak må det tas høyde for at ikke alle er like positive og at noen vil oppleve det som inngripende.

Etiske problemstillinger må derfor tas hensyn til og sentrale etiske prinsipper som autonomi, ikke skade, gjøre det gode, barmhjertighet og rettferdighet må alltid ligge til grunn for de valg som gjøres (Helsedirektoratet, 2009). I Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er kunnskapsbasert praksis, sammen med det etiske prinsippet, lagt som grunnlag for all sykepleie (NSF, 2007) (se kap. 2.2).

Økt samhandling med brukeren er i tråd med Samhandlingsreformen (HOD, 2008) som understreker viktigheten av å understøtte brukerens evne til å mestre egen helse.

- Brukere og pårørende var positive til ernæringskartlegging.

Brukerne var glad for at ernæring ble satt fokus på og de ville gjerne ha hjelp. Sykepleierne erfarte at kartleggingen medførte at brukeren følte seg "sett", fulgt opp og ivaretatt. Også pårørende uttrykte at de satte pris på at det ble gjort en kartlegging og at tiltak ble iverksatt. Det kan tenkes sykepleierne gjorde disse erfaringene fordi gruppen brukere som ble kartlagt i studien var en utsatt gruppe. Det kan tenkes erfaringene blir annerledes når en større gruppe skal kartlegges med tanke på forbyggende tiltak. Likevel samsvarer sykepleiernes erfaringer med en studie gjort på danske sykehjem (Beck et al, 2009) som viste at beboerne var positive til ernæringskartlegging og til de tiltakene som ble satt i verk.

Mat er en viktig del av livet og et av våre grunnleggende behov. De fleste eldre gleder seg over god mat langt inn i alderdommen. Mat og måltider er for mange forbundet med sosialt samvær og hygge. Ulike aldersforandringer, funksjonssvikt, sykdom og sosial isolasjon kan gjøre at situasjonen forandrer seg. Redusert helsetilstand kan medvirke til nedsatt ernæringstilstand. Nedsatt ernæringstilstand kan på den andre siden medvirke til redusert helsetilstand (Brodtkorb, 2008). På denne måten kan det bli en ”vond sirkel”. Det kan være enkle grep som kan gjøres for at eldre igjen skal ha glede av mat og måltider, øke sitt næringsinntak og dermed bedre sin helse.

Ved å bruke verktøy i kartlegging er det lettere å fange opp de faktorene som kan være medvirkende i denne sammenhengen.

Sykepleiene i studien vår erfarte at ved å gå gjennom pkt 4 (andre næringsrelaterede data) i Ernæringsjournalen (se vedlegg 1) sammen med brukeren var det lettere å se brukerens behov og å kunne planlegge tiltak tilpasset den enkelte bruker. På det grunnlaget ble også individuelle ernæringsplaner utarbeidet i samarbeid med brukeren.

Bachrach-Lindstrøm et al (2007) viser i sin studie fra Sverige at individuelle ernæringsplaner forbedrer pasienttilfredsheten og har innvirkning på brukerens matinntak.

Dette samsvarer med funn i vår studie der sykepleierne erfarer at brukerne føler seg ivaretatt og hørt, er positive til ernæringskartlegging og til de tiltak som iverksettes.

Brukermedvirkning som en kvalitetsindikator er tidligere diskutert (se s. 61).

- Samarbeidet mellom kollegaer om ernæringsrelaterede temaer økte.

Ernæringskartlegging førte til faglige diskusjoner på arbeidslagene i forhold til tiltak som kunne settes i gang og oppfølging av tiltak, spesielt i starten av prosjektet. Sykepleieren samarbeidet ikke bare med brukerne, men også med primærkontaktene og med andre sykepleiere i arbeidet for å lage individuelle ernæringsplaner for brukerne.

Sykepleierne som var med i studien påvirket kartleggingsarbeidet ved å dele erfaringer med hverandre og i fellesskap planlegge handlinger på aksjonsmøtene. Det kunne være for eksempel være i forhold til praktisk kartleggings arbeid, aktuelle tiltak og erfaringer fra samhandling med brukeren og med andre kollegaer. Sykepleierne uttrykte tidlig i studien at dette samarbeidet/samholdet rundt et faglig tema gjorde at de fikk styrke og at sammen kunne de utrette mer: **”sammen er vi sterke”** (sitat fra 2. intervju).

Økt samarbeid vil utnytte personalressursene på en bedre måte. Vi kan hjelpe hverandre praktisk, men også med å dele vår kunnskap og erfaring med hverandre. Å utnytte ressursene som kvalitetsindikator er også diskutert i kap. 5.1, s. 55 og i kap 5.2, s. 59.

Ikke alle kollegaene var positive til ernæringskartleggingen. En negativ holdningen til ernæringsarbeid finner vi også i studien til Beck et al (2009), der de ansatte var negative til ernæringskartlegging, og oppfattet det som merarbeid. Det er viktig å understreke at kun var en liten gruppe av kollegaene som ble oppfattet som negative i vår studie. En studie gjort i Danmark, Sverige og Norge om ernæringsrutiner og holdninger blant leger og sykepleiere på sykehus viser lite samsvar mellom holdninger og handling (Mowe et al, 2006). Studien viser at over 90 % mener ernæringskartlegging og ernæringstiltak er viktig, mens det i Norge likevel bare var 16 % som utførte ernæringskartlegging, og 22 % som målte pasientenes ernæringsinntak. Norge var det landet som kom dårligst ut (ibid). Mowe et al (2006) konkluderer med at implementering av god praksis er vanskelig å oppnå (ibid). Sykepleierne i vår studie erfarte at de oppnådde resultater når de stod sammen. Derfor må vi se på måten kartleggingsverktøy implementeres på og hvordan kunnskap utvikles og deles. Denne studien viser at med en medvirkningsbasert og handlingsorientert tilnærming at det er mulig å bidra til endring av praksis. Kunnskapsutviklings betydning for tjenesteyteres engasjement og holdninger er diskutert i kap. 5.1, s. 52 og 54 og kap. 5.2., s. 58.

Det faglige engasjement til sykepleierne økte utover i aksjonsforskningsprosessen.

Denne prosessuelle faktoren kom ikke direkte til uttrykk gjennom uttalelsene til sykepleierne , men ble tolket av forskeren gjennom arbeidsprosessen, interaksjonen og dialogen i gruppen. Det var stor ulikhet i engasjementet til sykepleierne på første aksjonsgruppemøte, mens på det siste gruppemøte var aktiviteten til deltakerne jevnt fordelt. De deltakende sykepleiernes økende engasjement utover i prosjektperioden står i motsetning til kollegaenes engasjement som avtok (se kap. 5.1 s.). I motsetning til sine kollegaer var sykepleierne gjennom prosjektet i et lærende praksisfelleskap (se kap. 3). Det kan se ut som at ved å praktisere kunnskap, diskutere og reflektere over handlingene sammen med andre og gjøre seg erfaringer, økte den faglige tryggheten til den enkelte av sykepleierne. Økt faglig trygghet så ut til å medføre økt faglig engasjement. Sitatet ”**sammen er vi sterke**” fra 2. fokusgruppeintervju er også her illustrerende. Gjennom et faglig fellesskap gjør sykepleierne hverandre bedre. At gruppedialogene har hatt en leder (forskeren) som har stimulert prosessene i gruppen i en viss grad, kan også ha hatt betydning for progresjon i kunnskapsutviklingen. Blant annet introduserte forskeren Nasjonalfaglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring da de ble lansert midt i prosjektperioden.

I følge Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial og helsetjenesten (2005-2015) trenger utøverne gode kommunikasjonsferdigheter og muligheter til samarbeid, erfaringsutveksling og vurdering av eget arbeid for å levere faglig gode tjenester (SHD, 2005). Jensen (2009, s. 306) påpeker i sin studie at ”systematisk kvalitetsarbeid kan fremmes gjennom organisering i lærende fellesskap”. Funn i Jensens studie tyder på at personalets kompetanse utvikles i positiv retning på slike læringsarenaer (ibid). Forsetlund et al (2009) fremhever også arbeidsgrupper som en god lærearena for helsepersonell.

Slik jeg ser det er det grunn til å tro at faglig trygge og engasjerte sykepleiere gir tryggere og sikrere tjenester til brukerne. Trygge og sikre tjenester er en av kvalitetsindikatorerne som er valgt for denne studien (SHD, 2005) (se kap. 2.1).

En medvirkende grunn til at sykepleierne opplever økt faglig engasjement utover i prosjektperioden kan være at deltakerne ble tryggere på hverandre og at det derfor var lettere å ta ordet under gruppemøtene. På en annen side var sykepleierne i aksjonsgruppen kjent for hverandre fra før som kollegaer på to arbeidslag som var lokalisert i samme bygning og som hadde mye felles aktiviteter. Et jevnere engasjement blant sykepleierne kan også være påvirket av at forskningsleder ble tryggere i sin rolle utover i prosessen og ble bedre til å integrere alle i samtalen.

Slik jeg ser det er det likevel grunn til å anta at det lærende fellesskapet er hovedgrunnen til et økt faglig engasjement og en økt faglig trygghet.

Overordnede politiske føringer understreker viktigheten av kvalitetsutvikling og økt kompetanse til tjenesteutøverne (HOD, 2005; SHD, 2005) og studier understreker kompetansehevingens viktighet for bedring i tjenestekvaliteten (Forsetlund et al, 2009; Jensen 2009). Sykepleiernes erfaringer gjennom denne studien er med på å illustrere hvor viktig det er at disse politiske føringene blir konkretisert og realisert i forhold til den enkelte tjenesteyter. Studien viser at en medvirkningsbasert og handlingsorientert tilnærming til kvalitetsutvikling og kompetanseheving, der tjenesteyterne er i et lærende fellesskap, kan være gunstig.

Sykepleierne erfarte ernæringskartleggingen som en positiv erfaring de ønsket å ta med seg videre i arbeidet, også til andre arbeidssteder.

Sykepleierne erfarte at ernæringskartleggingsarbeidet både gav gode resultater for brukerne og var faglig utviklende for sykepleierne.

”Det har vært en vekker på mange måter. Kunnskap gjør deg mer bevisst”(4.intervju)

Denne erfaringen er slik jeg ser det med på å underbygge påstanden om at ernæringskartleggingsarbeidet i et lærende fellesskap gir økt faglig engasjement og økt faglig trygghet til den enkelte sykepleier. Sykepleierne fikk undervisning om ernæring innledningsvis i prosjektets første del, og har hatt regelmessig faglige diskusjoner med hverandre. Det er grunn til å tro at det i videre arbeid må legges til rette for faglige arenaer for at dette engasjementet skal vedvare. Se diskusjon i kap. 5.1, s. 52.

Å styrke faglig kompetanse er viktig for å rekruttere og beholde helsepersonell (HOD, 2005). Å rekruttere og beholde helsepersonell er en viktig forutsetning for god kvalitet i kommunens pleie- og omsorgstjenester og vil bli en stor utfordring i gjennomføring av Samarbeidsreformen (HOD, 2008). I den sammenheng er det viktig at vi har kunnskap om hvilke læringsarenaer som er best egnet for å styrke den faglig kompetanse hos helsepersonell slik at ressursene kan settes inn på effektive tiltak for å styrke kompetanse.

I den sammenheng kan denne studien være et bidrag.

Resultat kriterier, som omfatter ernæringskartleggingens konsekvens for brukeren, kommer som et resultat av struktur og prosess kriteriene, (Donabedian, 1996).

Dersom de strukturell kriteriene er gode øker det sannsynligheten for gode prosesser som igjen øker sannsynligheten for god pleiekvalitet for brukeren (ibid).

Endring i brukerens helsetilstand kommer bare i en viss grad til uttrykk gjennom sykepleierne. Sykepleierne erfarte at noen brukere fikk et mindre hjelpebehov etter at tiltak for å tilfredsstille brukeren ernæringsbehov ble satt i verk. Tiltak var for eksempel ernæringsdrikk, hyppigere næringsrike måltider.

”Han klarer seg bedre i dagliglivet. Han var en tyngre pasient før” (4. intervju).

” Han har fått mer krefter nå – så vi har kunnet trekke oss mer ut” (4. intervju).

Kartleggingens konsekvens for brukeren kommer imidlertid ikke tydelig nok frem i denne studien til at resultatkriterier kan vurderes. Denne studien har i hovedsak hatt fokus på sykepleiernes erfaringer, og nye studie bør vektlegge konsekvenser for brukerne.

Studiens resultater viser at de fleste kvalitetsindikatorer som er valgt for denne studien (SHD,2005) er berørt i positiv grad. Hvor vidt ernæringskartlegging ved hjelp av Ernæringsjournalen er virkningsfullt kan det imidlertid ikke sies noe sikkert om (se kap 2.1, s.7). Struktur, prosess og resultatkriteriene innvirker på hverandre. Alle tre kriteriene skal være med i en vurdering av kvalitet (Donabedian, 1996).

”Sammen er vi sterke”

Studiens overordnede målsetting var å styrke forebygging og behandling av underernæring hos hjemmeboende eldre ved å introdusere Ernæringsjournalen som kartleggingsverktøy.

I løpet av studien ble det utviklet kunnskap om sykepleiernes erfaring med bruk av dette verktøyet basert på et handlingsorientert og medvirkningsbasert samarbeid mellom sykepleierne og forsker.

I tillegg til sykepleiernes konkrete erfaringer med kartleggingsverktøyet oppstod en erfaringslæring som ikke var tilsiktet i planlegging av studien.

Sykepleierne erfarte at de gjennom samarbeid i gruppen utviklet et lærende fellesskap som var medvirkningsbasert og handlingsorientert, der de sammen kunne bidra til å endre praksis. Utsagnet **”sammen er vi sterke”** illustrerer og oppsummerer sykepleiernes lærings erfaringer. Sykepleierne ble dyktigere og engasjerte i denne prosessen.

Denne betydningen av det lærende fellesskapet som grunnlag for endring kom i tillegg til de konkrete arbeidserfaringene med bruk av Ernæringsjournalen. Erfaringen kan beskrives som en ”metalærings erfaring” (Coghlan og Brannic, 2005).

Denne erfaringskunnskapen hadde trolig ikke blitt fanget opp dersom studien var basert på andre datakonstruksjonsmetoder, for eksempel individuelle intervjuer.

For at forbygging og behandling av underernæring hos hjemmeboende eldre skal styrkes fordrer det en felles kultur der både kommunen, tjenesteyterne og brukerne arbeider med dette som mål. Studien viser at det er sammenheng mellom gode strukturelle faktorer og gode prosessuelle faktorer. Denne sammenhengen er avgjørende for om vi lykkes med ernæringsarbeidet. Utsagnet **”sammen er vi sterke”** er derfor illustrativt også for studien som helhet.

5.4 Studiens troverdighet og gyldighet

Studien er basert på erfaringene til et strategisk utvalg sykepleiere fra hjemmebasert omsorg. I kvalitative studier er et strategisk utvalg ”sammensatt ut fra den målsetting at materialet har potensial til å belyse den problemstillingen vi vil ta opp” (Malterud, 2003, s. 58). Sykepleiere i 75% stilling eller mer ble invitert inn i studien fordi sykepleiere i stor stillingsprosent vil ha størst kontinuitet i arbeidet.

Da studien hadde en tidsbegrenset ramme var det ikke ønskelig med et større utvalg enn 6 sykepleiere (se kap.2.2.4. s). Det ble rekruttert 5 deltagere. Da en sykepleier sluttet i jobben

under prosjektperioden var det i den siste delen av prosjektet 4 sykepleier som deltok. Det kan ikke utelukkes at resultatene hadde blitt annerledes med flere deltakere i prosjektet. Studien er gjort i hjemmebasert omsorg i en kommune med ca. 20 000 innbyggere, som er en middels stor norsk kommune.

Studiens kunnskapsutvikling er gjort i en prosess i et gruppefellesskap. Kunnskapsutviklingen har vært basert på deltakerens medvirkning. Dialogene har vært åpne, men ble til en viss grad styrt av forskeren ved at en intervjuguide ble brukt.

Ved at deltakere og forsker sammen oppsummerte på slutten av hver fokusgruppedialog ble det forsøkt å sikre at forsker oppfattet deltakernes meningsinnhold korrekt. På denne måten ble det gjort en "informantsjekk" av materialet (Krüger, 1998; Malterud, 2003). Kvale (1997) kaller det "en på stede kontroll". Dette er imidlertid i denne sammenhengen avhengig av at deltakerne våger å si sin mening i gruppefellesskapet. For å tilrettelegge for det ble det på forhånd klargjort "regler" for gruppesamlingene som innebar blant annet at alle skulle kunne si sin mening og at ingen uttalelser var gale (Krüger, 1998).

Gruppefellesskapet kan likevel hemme datagenereringen dersom ikke alle våger å uttrykke sin mening (Krüger, 1998). Kanskje andre data kunne kommet frem ved å intervju deltagerne individuelt. På den andre side ville man da gått glipp av dialogene som har fremmet kunnskapsutvikling. Det ideelle kunne trolig vært å kombinere ulike metoder i datagenereringen med individuelle intervju. Dette ble vurdert som for omfattende for denne studien.

Det kan tenkes at andre tema hadde blitt berørt dersom dialogen hadde fått flyte fritt, uten bruk av intervjuguide. På den andre siden er det grunn til å anta at dialogen da lett kan flyte ut og ikke omhandler tema relatert til studiens problemstilling (Morgen, 1998).

I analyseprosessen ble kondenserte meningsbærende enheter og innholdsbeskrivelser samhold med den opprinnelige sammenhengen de var hentet fra for å være sikker på at meningsinnholdet ble bevart. På denne måten minsket faren for at forskeren feiltolket materialet (Malterud, 2003).

I aksjonsforskning, som er samarbeidsbasert, utvikler forsker og deltagere sammen kunnskap basert på handling, som blir brukt til nye handlinger. På denne måten blir kunnskapens validitet testet i praksis ved pragmatisk validitet gjennom hele aksjonsforskningsprosessen (Kvale, 1997).

Analyse av datamaterialet og tolkning av studiens resultater ble gjort av en forsker som har arbeidet i hjemmetjenesten i mange år og som under studien arbeidet i hjemmetjenesten i kommunen der studien foregikk. Forskeren var derfor kjent med både studiens arena og

deltagerne. Det er grunn til å tro at forskerens faglige ståsted og forforståelse vil prege analyse og tolkning av resultatene (Malterud, 2003). For å motvirke dette kan flere forskere analysere og tolke materialet (Kvale, 1997). Det var ikke aktuelt i denne sammenhengen på grunn av studiens ressursmessige og tidsmessige begrensning

Det er ikke funnet forskningsstudier av sykepleieres erfaringer med ernæringskartleggingsverktøy i hjemmebasert omsorg som studiens resultater kan sammenlignes opp mot for å vurdere funnenes relevans (Malterud, 2003).

5.5 Oppsummering

Resultatene fra studien er oppsummert og diskutert i lys av studiens forskningsspørsmål og anerkjent forskning og er presentert i kap. 6.

Studiens troverdighet og gyldighet er vurdert og diskutert.

KAPITTEL 6 KONKLUSJON

”Ernæringsjournalen” er et praktisk hjelpemiddel i vurdering av ernæringsrisiko i hjemmebasert omsorg. Anvendelsen er fleksibel og kan tilpasses hjemmetjenestens strukturelle ramme.

Ernæringskartlegging ved hjelp av ”Ernæringsjournalen” fører til prosesser som kan være medvirkende til å styrke kvaliteten i vurdering av ernæringsstatus og tilrettelegging av individuelle ernæringstiltak/ernæringsplaner.

Lærende fellesskap styrker implementering av ”Ernæringsjournalen”.

Studien har vist at ”Ernæringsjournalen” er et verktøy som sammen med dyktige sykepleieres skjønn og samarbeid med brukeren kan medvirke til å styrke forebygging og behandling av underernæring hos hjemmeboende eldre.

For at Ernæringsjournalen skal få varig anvendelse i praksis fordrer det en felles kultur der strukturelle faktorer som ledelsesinvolvering, prosedyrer, retningslinjer og IT tilknyttede verktøy er integrert i organisasjonen.

Behov for videre forskning

Det er ikke gjort noen studie av Ernæringsjournalen med brukerperspektiv. Vi mangler derfor kunnskap om endring i brukerens helsetilstand som følge av kartlegging med bruk av Ernæringsjournalen og om brukerens erfaring med Ernæringsjournalen som kartleggingsverktøy.

Denne studien var basert på et prosjekt forgikk over ½ år. Det ville vært interessant å sammenligne studiens resultater med sykepleieres erfaringer med ernæringskartleggingsverktøy gjort over lengre tid.

Sykepleiernes erfaringer med ulike ernæringskartleggingsverktøy anbefalt til bruk i hjemmebasert omsorg ser ut til å mangle forskningsbasert kunnskap og er aktuelle forskningstema.

REFERANSER

- Aasgaard, H. og Roel, S. (2004). *Utvikling av ernæringsjournal: beskrivelse av ernæringsjournalen og dens praktiske gjennomføring foretatt av sykepleiestudenter*. <http://fulltekst.bibsys.no/hiof/arbeidsrapport/2004/hefte8-04.pdf> (nedlastet 10.11.08)
- Bachrach-Lindstrøm, M., Jensen, S., Lundin, R. Og Christensson, L. (2007). Attitudes of nursing staff working with older people towards nutritional nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 2007-2014.
- Beck, A.M., Pedersen, A. N. og Schroll, M. (2005). Undervækt og utilsigtet vekttap hos eldre på pleiecentre og i hjemmepleie- problemer, der bør gjøres noget ved. *Ugeskrift for Læger*, 167 (3), 272-274.
- Beck, A. M., Damkjær, K. og Tetens, I. (2009). Lack of compliance of staff in an intervention study with focus on nutrition, exercise and oral care among old (65+ yrs) Danish nursing home residents. *Aging Clinical and Experimental Research*, Vol. 21, No 2, 143-149.
- Bjørndalen, A. (2009) Målet er kunnskapsbaserte og brukersentrerte tjenester. I: H. Grimmen og L. I. Therum (red.). *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s.125-144). Oslo: Abstrakt forlag AS.
- British Association for Parenteral and Enteral Nutrition [BAPEN] (2003). *Malnutrition Universal Screening Tool [MUST]*. www.bapen.org.uk. (lastet ned 23.04.10)
- Brodtkorb, K. (2008) Ernæring, mat og måltider. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb og A. H. Ranhoff (red). *Geriatrisk sykepleie* (s. 254-266). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Brownie, S. (2006). Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency? *International Journal of Nursing Practice*, 12 (2), 110-118.

- Callan, B. L. og Wells, T. J. (2005). Screening for Nutritional Risk in Community-Dwelling Old-Old. *Public Health Nursing*, Vol 22, nr. 2, 138-148.
- Cavanagh, S. J. (1999). *Orems sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Coghalan, D. og Brannick, T. (2001). *Doing Action Research in your own organisation*. London: SAGE.
- Coghalan, D. og Brannick, T. (2005). *Doing Action Research in your own organisation*. London: SAGE.
- Digernes, A.S., Botnen, A. og Areklett, E. (1986). *Primærsykepleie i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Donabedian, A. (1996). The Quality of Care: How Can It Be Assessed? I: J.A. Schmele (red) *Quality Management in Nursing and Health Care* (s. 52.65) New York: Delmar Pbl.
- Donabedian, A. (1981). Criteria, Norms and Standards of Quality: What Do They Mean? *American Journal of Public Health*, Vol. 71, No. 4, 409-412.
- Fjørtoft, A-K. (2006). *Hjemmesykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørge AS.
- Forsetlund, L., Bjørndal, A., Rashidian, A., Jamtvedt, G., O'Brian, M.A., Wolf, F., Davis, D., Odgaard-Jensen, J. og Oxman, A. (2009). *Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcome*.
<http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003030/frame.html>
(nedlastet 21.04.10)
- Forskrift om kvalitet i helse- og omsorgstjenesten (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten for tjenesteyting*. Fastsatt etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.
<http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf.20030627-0792.html> (nedlastet 05.11.08)

- Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (2002). *Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten* av 20 desember 2002 nr. 1731.
<http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/for/ff-20021220-1731.html> (lastet ned 01.05.10)
- Guigoz, Y. (2006). The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature-What does it tell us? *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 10(6): 466-85.
- Hansen, H. F. Og Rieper, O. (2009) Evisensbævegelsens rødder, formål og organisering. I: H. Grimmen og L. I. Therum (red.). *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s. 17-39). Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Helsedirektoratet (2006). *Ernæringsjournalen*.
http://www.shdir.no/ernaering/servering/helseinstitusjoner/ern_ringsjournalen_44874
(nedlastet 10.09.08)
- Helsedirektoratet (2009). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*.
http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale_faglige_retningslinjer/nasjonale_faglige_retningslinjer_for_forebygging_og_behandling_av_underern_ring_443404 (nedlastet 05.09.09)
- Helse- og omsorgsdepartementet [HOD] (2005). *Mestring, muligheter og mening*. St.meld. nr. 25 (2005-2006). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v* av 2 juli 1999 nr.64.
- HOD (2007). *Oppskrift for et sunnere kosthold*. Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- HOD (2008). *Samhandlingsreformen*. St.meld. nr. 47 (2008-209). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Hofseth, C., og Norvoll, R. (2003). *Kommunehelsetjenesten - gamle og nye utfordringer*. En studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleietjenesten. SINTEF – rapport STF78 A033501, Oslo: Unimed Helsetjenesteforsikring.

- Jensen, L. H. (2009) *Kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenestene i sykehjem og hjemmebaserte tjenester – muligheter og begrensninger*. Avhandling til dr. phil graden, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.
- Kommunehelsetjenesteloven (1983). *Lov om helsetjenesten i kommunene* av 19, november 1983 nr. 66.
- Krueger, R. (1998). *Analyzing & Reporting Focus Group Results Focus Group kit 6*. California: SAGE Publications Inc.
- Kvale, S. (2001). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kyrkjebø, J. M. (1998). *Kvalitetsutvikling i helsetjenesten*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørge AS.
- Lindorf-Larsen, K., Rasmussen, H. H., Kondrup, J., Staun, M. og Ladefoged, K. (2007). Management and perception of hospital undernutrition – a positive change among Danish doctors and nurses. *Clinical Nutrition*, 26, 371-378.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Melnik, B. M. og Fineout-Overholt, E. (2005) Making the Case for Evidence-Based Practice. I: B. M. Melnik og E. Fineout-Overholt (red.). *Evidence-based practice in Nursing & Healthcare: a guide to best practice* (s. 3-24). Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Morgan, D. (1996). "Focus Groups". I: *Annual Review of Sociology* 22: 129-152
- Morgan, D. (1998). *The Focus Group Guidebook Focus group Kit 1*, Thousand Oaks, SAGE Publications Inc.
- Mowe, M. (2002). Behandling av underernæring hos eldre pasienter. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, nr.8, 122, 815-818.

Mowe, M., Bosaeus, I., Rasmussen, H.H., Kondrup, J., Unosson, M., og Irtun, Ø. (2006). Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: A questionnaire based survey. *Clinical Nutrition*, 25, 525-532.

Mowe, M., Bosaeus, I., Rasmussen, H.H., Kondrup, J., Unosson, M., Rothenberg, E. og Irtun, Ø. (2008). Insufficient nutritional knowledge among health care workers? *Clinical Nutrition*, 27, 196-202.

Nordtvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. og Reinart, L. M. (2007) *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo, Norsk Sykepleierforbund.

Norsk standard (2000). Systemer for kvalitetsstyring: grunntrekk og terminologi (ISO 9000:2000). Oslo: Norsk Standardiseringsforbund.

Norsk Sykepleierforbund [NSF] (1992). *Kvalitet i sykepleietjenesten – en innstilling fra Norsk Sykepleierforbund*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

NSF (1995). *Kvalitet i helsetjenesten – et brukerfokuset system for kontinuerlig forbedring av kvalitet*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

NSF (2006). *Sykepleie – et selvstendig og allsidig fag*.
<http://www.sykepleierforbundet.no/> (nedlastet 05.12.08)

NSF (2007). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.
<http://www.sykepleierforbundet.no/> (nedlastet 05.12.08)

Nygård undervisningssykehjem (2008).
<http://www.sandefjord.kommune/Nygard-Undervisningssykehjemmet-for-Vestfold/>
(nedlastet 28.09.08)

Payette, H., Bustier, V., Coulombe, C. og Gray-Donald, K. (2002). Benefits of nutritional supplementation in free-living, frail, undernourished elderly people: A prospective randomized community trial. *Journal of American Dietetic Association*, 102 (8), 1088-

1095.

Polit, D. F. og Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten(2008). <http://www.agribe.no> (nedlastet 28.09.08)

Ranhoff, A.H (2008) Den gamle pasienten. I: M. Kirkevold, K. Brodkorb og A. H. Ranhoff (red). *Geriatrisk sykepleie* (s. 75-86). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Rugås, L. og Martinsen, K. (2003). Underernæring er vanlig på sykehjem. *Sykepleien*, nr. 6/2003

Saletti, A., Johansson, L., Yifter-Lindgen, E., Wissing, U., Österberg, K. og Cederholm, T. (2005). Nutritional Status and a 3-Year Follow-Up in Elderly Receiving Support at Home. *Gerontology*, 51, 192-198.

Sosial- og helsedirektoratet [SHD] (2005). *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial og helsetjenesten (2005-2015)*. ”..og bedre skal det bli!” Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

SHD (2006a). *Evaluering av systemet med nasjonale kvalitetsindikator for spesialisthelsetjeneste*.

http://www.helsedirektoratet.no/kvalitetsforbedring/kvalitetsindikatorer/nasjonale_kvalitetsindikatorer_6274 (nedlastet 10.01.10)

SHD (2006b). *Rapport – for bedre ledelse og organisasjon*.

http://www.helsedirektoratet.no/kvalitetsforbedring/kvalitetsstrategi/praksisfeltets_anbefalinger/forbedre_ledelse_og_organisasjon_13416 (lastet ned 22.14.10)

SHD (2007a). *Ernæring i helsetjenesten*.

http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00018/IS-1424_18702a.pdf (nedlastet 28.11.07)

SHD (2007b). *Utkast til helhetlig plan for nasjonale kvalitetsindikatorer i helse og sosialsektoren.*

<http://www.kvalitetogprioritering.no/binary?id=3275> (nedlastet 10.01.10)

Statens helsetilsyn (2002). *Retningslinjer for retningslinjer.*

<http://www.helsetilsynet.no/trykksak.htm> (nedlastet 15.02.10)

Strandquist, M. (2005). *Pasientansvarlig sykepleier i kommunen, Stokkeprosjektet.*

http://www-bib.hive.no/tekster/hveskrift/rapport/2005-08/rapp8_2005.pdf

(nedlastet 02.11.08)

Strandquist, M., Næss, G., Anderson, A. M., Stigen, A. M., Adal, L. og Kirkevold, M. (2005) *Kompetansebasert bemanningsplan verktøy for kategorisering av pasientsituasjoner og beregning av bemanningsbehov.*

http://www-bib.hive.no/tekster/hveskrift/rapport/2005-07/rapp7_2005.pdf (laster ned 20.04.10)

Statistisk sentralbyrå (2009) *Komunal pleie- og omsorgsstatistikk.*

Tabell 4 Mottakarar av heimetenester, etter alder 1992-2008

<http://www.ssb.no/pleie/tab-2009-07-02-04.html> (lastet ned 25.04.10)

Sødrehamn, U., Bachrach-Lindstrøm, M. og Ek, A-C. (2006). Nutrition screening and perceived health in a group of geriatric rehabilitation patients. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1198-2006.

Therum, L. I., og Grimmen, H. (2009) Profesjonsutøvelse – kvalitet og legitimitet. I: H.

Grimmen og L. I. Therum (red.). *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s. 9-17). Oslo: Abstrakt forlag AS.

Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen:

Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørge AS.

Tiller, T. (2004). *Aksjonsforskning i skole og utdanning*. Kristiansand:

Høgskoleforlaget.

Tiller, T. (2006). *Aksjonslæring – forskende partnerskap i skolen*. Kristiansand: Høgskoleforlaget.

Weekes, C. E., Elia, M. og Emery, P. W. (2004). The development, validation and reliability of a nutritional screening tool based on the recommendations of the British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN). *Clinical Nutrition*, 23 (5): 1104-12, 2004 Oct.

Wikby, K., Ek, A-C. og Christensson, L. (2008). The two-step Mini Nutritional Assessment procedure in community resident homes. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 1211-1218

Williamson, G. R. og Prosser, S. (2002). Action research: politics, ethics, participation. *Journal of Advanced Nursing*, 40(5), 587-593.

Vedlegg nr. 1 (2 sider)

Pasientdata

Navn

Alder

Ernæringsjournal

1. Høyde

målt liggende målt stående m dato:

2. Vekt og vektutvikling

• Tidligere vekt:kg mnd/år:
• Vekt ved innleggelse:kg dato:
• Vekt ved registrering:kg dato:

• Vekttap/vektøkningkg.....% over antall mndr/år.....
(se nærmere veiledning på baksiden)

Vekt skal videre kontrolleres 1 g/uke i sykehus og 1g/mnd i sykehjem, og vektendringer skal bedømmes. Pasienter i sykehjem som har ernæringsproblemer /dårlig ernæringsstatus skal veies 1g/uke.

3. Kroppsmasseindex KMI (=BMI)

(se veiledning for utregning på baksiden)

4. Andre ernæringsrelaterte data (kryss av og skriv anmerkninger)

• Nedsatt matlyst	ja <input type="checkbox"/>	nei <input type="checkbox"/>
• Tannproblemer	ja <input type="checkbox"/>	nei <input type="checkbox"/>
• Tygge/svelgeproblemer	ja <input type="checkbox"/>	nei <input type="checkbox"/>
• Munnsårhet/munntørrehet	ja <input type="checkbox"/>	nei <input type="checkbox"/>
• Kvalme/oppkast	ja <input type="checkbox"/>	nei <input type="checkbox"/>
• Forstoppelse/diaré	ja <input type="checkbox"/>	nei <input type="checkbox"/>
• Ødemer	ja <input type="checkbox"/>	nei <input type="checkbox"/>
• Gripe/bevegelsesproblemer	ja <input type="checkbox"/>	nei <input type="checkbox"/>
• Trenger hjelp til å spise	ja <input type="checkbox"/>	nei <input type="checkbox"/>
• Synsproblemer	ja <input type="checkbox"/>	nei <input type="checkbox"/>

Anmerkninger (se baksiden)

.....
.....
.....

5. Vurdering (se baksiden):

.....
.....
.....
.....

Veiledning til utfylling av Ernæringsjournalen

1. Høyde måles inntil en vegg eller med målebånd i seng langs ryggraden. Vær oppmerksom på at aldringsprosessen medfører lengdereduksjon.

2. Vekt skal alltid registreres ved innleggelse.

Spør også om tidligere vekt og om mulig kartlegg evt vekttap siste 2 – 6 mnd før innleggelse. Vektregistrering skal foretas før frokost, fortrinnsvis uten tøy (kun undertøy/nattøy) og etter at blæren er tømt. Pålitelige data forutsetter standardiserte betingelser og evt. avvik må anmerkes. Vekttap i forhold til siste vektregistrering angis i %.

Prosentberegning av vektendring:

$$\frac{\text{Vektendring i kg (mellom siste og tidligere/siste veiing)} \times 100}{\text{Tidligere vekt (kg)}} = \% \text{ vekttap/ vektøkning}$$

3. KMI (=BMI) er et relativt mål for forholdet mellom høyde og vekt. Bruk kalkulator. Utregning av KMI:

$$\frac{\text{Vekt (kg)}}{\text{Høyde}^2 \text{ (angitt i meter)}} = \text{KMI}$$

$$\frac{60 \text{ kg}}{1,68 \text{ m} \times 1,68 \text{ m}} = \text{KMI ca 21}$$

WHO's referanseverdier for KMI hos voksne (15 – 65 år)

undervekt:	Under 18,5
normalvekt:	Mellom 18,5 – 24,9
overvekt:	Mellom 25,0 – 29,9
fedme:	Over 30

Når det gjelder personer over 65 år, har vi i Norge ingen andre referanseverdier. Studier viser imidlertid at KMI-verdien for eldre personer bør være høyere, og det er foreslått at normalverdien på KMI bør være 24 – 29, og at KMI under 22 som tegn på undervekt. (Mowe M. 2002, Beck A.M., Ovesen L, 1998)

4. Andre ernæringsrelaterte data. Under anmerkninger tilføyes tilleggsopplysninger som kan ha innvirkning på matinntak / ernæringsstilstand som for eksempel kognitiv svikt, feber, tretthet, slapphet eller tungpustethet under måltider, tydelige tegn på underernæring som magerhet, tynn/tørr hud, svimmelhet.

5. Vurdering

De registrerte opplysninger må vurderes og ende i en bedømmelse av ernæringsstatus:

- **God ernæringsstatus** forutsetter indikatorer som vanlig matinntak, normal KMI, manglende vekttap og ingen kliniske tegn på over- / underernæring.
- **Risiko for underernæring** kan være til stede ved en eller flere av følgende indikatorer: redusert matinntak, KMI under 18,5 hos voksne / under 22 hos eldre, vekttap på inntil 5% siste 2 måneder eller inntil 10% de siste 6 måneder, ett eller flere ernæringsrelaterte problemer, se pkt 4.
- **Alvorlig underernæring** forutsetter redusert matinntak, KMI under 18,5 hos voksne / under 22 hos eldre, vekttap over 5% de siste 2 måneder eller over 10% de siste 6 måneder og synlige kliniske tegn på underernæring.

Vedlegg nr. 2

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Liv Helene Jensen
Avdeling for helsefag
Høgskolen i Buskerud
Postboks 7053
3007 DRAMMEN

Vår dato: 23.03.2009

Vår ref :21267 / 2 / LT Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 06.02.2009. Meldingen gjelder prosjektet:

21267	<i>Ernæringskartlegging i hjemmebasert omsorg</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Buskerud, ved institusjonens overste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Liv Helene Jensen</i>
Student	<i>Rannveig Velken</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.


Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.11.2010, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Lis Tenold


Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Rannveig Velken, Semsveien 21, 3140 BORGHEIM

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, S.V.F., Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Vedlegg nr. 3

kommune
Helse- og sosialsektor

Saksbehandler:
Direkte telefon:
Vår ref.:
Arkiv:
Deres ref.:

Dato: 09.02.2009

Rannveig Velken
Semsveien 21
3140 NØTTERØY

**Søknad om å få gjennomføre en undersøkelse om ernæringskartlegging i
hjemmebaserte tjenester kommune**

Det vises til din søknad om tillatelse til å gjennomføre en undersøkelse om ernæringskartlegging i hjemmetjenesten. Temaet du har valgt er både viktig og interessant for kommunen og du får tillatelse til å gjennomføre undersøkelsen i Nøtterøy kommune.

Jeg vil gjerne at du informerer i ledergruppen slik du også skriver at du kan og vil komme tilbake til tidspunkt for dette.

Lykke til med arbeidet!

Med vennlig hilsen

kommunaldirektør

Kopi til:

Postadresse:
Besøksadresse:
E-post:

Telefon:
Telefaks:
Internet:

Bank:
Org.nr.:

Vedlegg nr. 4 (2 sider)

Forespørsel om deltakelse i et forskningsprosjekt om ”Ernæringskartlegging i hjemmebasert omsorg”.

Målet med dette prosjektet er å bedre forebygging og behandling av underernæring hos hjemmeboende eldre. Rapporter fra undersøkelser av kosthold og ernæringsstatus hos eldre tyder på at mange eldre befinner seg i risikozonen for underernæring. Nyere forskning dokumenterer alvorlige følger av underernæring hos eldre, og viser til behovet for kartlegging. ”Ernæringsjournalen” er et kartleggingsverktøy som Helsedirektoratet anbefaler til bruk i primærhelsetjenesten. Ernæringsjournalen finnes også i Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten, og er tilgjengelig fra Nøtterøy kommunes intranett.

Forskningsprosjektet vil forgå i de hjemmebaserte tjenestene i Nøtterøy kommune, og i samarbeid med undervisningssykehjemmet i Vestfold. Prosjektet har 2 faser:

I den første fasen får personalet tilbud om 2 timers undervisning om ernæring og ernæringskartlegging. Undervisningen vil bli gjennomført på Nøtterøy i samarbeid med Nygård Undervisningssykehjem.

I andre fase prøves ”Ernæringsjournalen” ut som kartleggingsverktøy for vurdering av hjemmeboendes ernæringsstatus ved hjemmebaserte tjenester i Nøtterøy kommune.

Sykepleiere som arbeider i hjemmebasert omsorg med mer enn 75 % stilling, og som er knyttet til brukere som ikke bor i bemannet omsorgsbolig blir invitert til å delta i studien. De første 6 som melder sin interesse vil settes sammen i en fokusgruppe med 3 sykepleiere fra Breidablikk arbeidslag og 3 sykepleiere fra Ekeberg arbeidslag. Deltagelse i prosjektet innebærer at du deltar på 2 timers undervisning og er med i utprøvingen av ”Ernæringsjournalen” i din praksis. Utprøvsperioden er planlagt fra mars til august/september 2009. Det vil være 4 møter i gruppen i løpet av disse 6 månedene, der sykepleierne diskuterer sine erfaringer med ernæringsjournalen som kartleggingsverktøy for vurdering av pasientenes ernæringsstatus. Møtene antas å vare ca. 1 time, og vil i størst mulig grad foregå i arbeidstiden. Samtalene i gruppen vil ha fokus mot erfaringer med bruk av ernæringsjournalen. Undertegnede vil fungere som forskningsleder og gjøre notater underveis, og det vil bli brukt lydbånd. En sammenfatning fra gruppemøtet tas med tilbake til gruppen i neste møte. Erfaringer fra siste møte sees i lys av nye erfaringer.

Det er frivillig å delta i studien. Opplysningene om deg vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennede opplysninger. Det er nødvendig å vite alder og hvor lenge du har arbeidet som sykepleier. Resultatene av studien vil publiseres som gruppedata. Informasjonen som kommer frem fra fokusgruppen vil danne grunnlag for en masteroppgave i klinisk helsearbeid. Lydbånd og notater aidentifiseres fortløpende og makuleres når masterprosjektet er gjennomført i november 2010. Prinsipper om sikring av personvern og taushetsplikt blir fulgt. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning ved Norsk Samfunnsvitenskaplige datatjeneste.

Dersom du ønsker å delta i studien, undertegner du samtykkeerklæringen nederst, og leverer den til din arbeidslagsleder så fort som mulig i vedlagte konvolutt. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke fra å delta i studien. Dette vil ikke få noen konsekvenser for ditt arbeidsforhold.

Hvis du senere ønsker å trekke deg fra studien eller har spørsmål til studien kan du kontakte undertegnede.

Vennlig hilsen

Rannveig Velken
Geriatrisk sykepleier/
Masterstudent i klinisk helsearbeid, studieretning aldring og eldreomsorg
Høgskolen i Buskerud, avdeling helsefag
tlf. 90635857

Veileder masteroppgaven:
Liv Helene Jensen, høgskolelektor/dr.stip., Høgskolen i Buskerud, avdeling helsefag

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien: "Ernæringskartlegging i hjemmebasert omsorg"

(Signert av prosjektdeltaker/sykepleier, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien:

(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg nr. 5 (4 sider)

INTERVJU–GUIDE 1. Fokusgruppemøte Ramme 60 min.

1.0 Orienterer kort om prosjektet:

- 4 møter: 1. Planlegging, 2. Erfaringer, 3. Erfaringer, 4. Oppsummering aug./sept.
- Lydbånd
- ”Møteregler”: Alle komme til orde, mobiltelefoner av, ingen gale synspunkt/uttalelser
- Min rolle
- Prøve ut minst 1 journal til neste møte.

2.0 Hvordan er oppmerksomheten angående ernæringsrisiko hos eldre på deres arbeidslag nå?

- Hvordan kartlegger sykepleiere pasientens ernæringsstatus?
- Hvor ofte
- På hvilken måte
- Eksempler fra siste uke?

3.0 Hvordan kan dere tenke dere å bruke ernæringsjournalen i deres praksis?

- Hvem skal kartlegges?
- Hvor ofte skal det kartlegges?
- Hvordan gjør vi det praktisk?
- Oppfølging: Sykepleiere, andre?

4.0 Hvordan vil dere informere bruker og pårørende om ernæringskartleggingen?

- Praktisk,
- Etisk

5.0 Oppsummering

- Minst 1 bruker kartlegges til neste gang
- Neste møte om en mnd.
- Ta med utfylt journal på neste møte
- Spørsmål

INTERVJU-GUIDE 2. fokusgr.m. (praktisk) Ramme 60 min.

1.0 Innledning

- Hva vi ble enige om sist: Prøve ut en journal til i dag.
- Denne gangen vil vi de på hvordan det har gått – utgangspkt. i en journal

2.0 Hvordan har dere brukt ernæringsjournalen i deres praksis?

Utgangspunkt i en journal:

- Hva har vært avgjørende for hvem som er kartlagt?
- Hvordan har dere gjort det praktisk? -tidsmessig
- mht. utfylling(ernæring-relaterte data)
- Hvilke tiltak
- Oppfølging av tiltak
- Hvem følger opp?
- Hvilke praktiske problemer har dere møtt? -

3.0 Hvordan har dere informert bruker og pårørende om ernæringskartleggingen?

- Praktisk,
- Etisk

4.0 Hvilken innvirkning på ernæringsrisiko har kartleggingen ført til på deres arbeidslag?

- fokus på ernæringsrisiko?
- betydning for pleiekvaliteten?

5.0 Orienter om retningslinjene

6.0 Oppsummering – en av deltagerne kan event. oppsummere?

- Kartlagte brukere følges opp videre
- Prøve å kartlegge en til?
- Neste møte om en mnd.
- Ta med utfylt journal på neste møte
- Spørsmål

INTERVJU-GUIDE 3. fokusgr.m. (praktisk) Ramme 60 min.

1.0 Innledning

- Hva vi ble enige om sist: Prøve ut en ny journal til i dag, og følge opp de påbegynte.
- Praktisk, med utgangspkt. i en journal

2.0 Hvordan har dere brukt ernæringsjournalen i deres praksis?

Utgangspunkt i en journal:

- Hva har vært avgjørende for hvem nye som er kartlagt?
- Hvordan har dere gjort det praktisk?
 - i hvilken forbindelse registrerte dere / tidsbruk? - mht. veiing
 - mht. måling av høyde - mht. utregning av % vekttap og BMI
 - mht. andre ernæringsrelaterte data: Gå punktvis gjennom
 - mht. baksiden av journalen, hvilke erfaringer har dere med denne veiledningen?
- Hvilke tiltak har kartleggingen ført til?
- Hvem følger opp tiltakene?
- Hvilke praktiske problemer har dere møtt?

3.0 Hvordan har dere informert bruker og pårørende om ernæringskartleggingen?

- Praktisk,
- Etisk

4.0 Hvilken innvirkning på ernæringsrisiko har kartleggingen ført til på deres arbeidslag?

- Hvordan har det innvirket på fokus ift. ernæringsrisiko på arbeidslaget?
- Hvilken betydning har kartleggingen hatt for pleiekvaliteten ift. brukerne?

5.0 Oppsummering – en av deltagerne kan event. oppsummere?

- Kartlagte brukere følges opp videre
- Neste møte aug/sept
- Ta med utfylte journaler på neste møte
- Spørsmål?

INTERVJU-GUIDE 4. fokusgr.m. (praktisk) Ramme 60 min.

1.0 Innledning Vi ble enige om sist: Følge opp de påbegynte ernæringsjournalene. Eventuelt starte kartlegging av de som det var planlagt å starte med før sist møte.

2.0 Hvordan har dere brukt ernæringsjournalen i deres praksis siden sist?

- i hvilken forbindelse registrer dere?
- hvordan disponeres tiden for å få til å kartlegge?
- hvilke nye erfaringer har dere gjort mht veiing, måling av høyde, utreg. av vekt tap og BMI?
- hvordan oppleves "andre ernæringsrelaterte data" som verktøy i kartleggingen?
- mht. baksiden av journalen, hvilke erfaringer har dere gjort med denne veiledningen?
- hvilke tiltak har kartleggingen ført til?
- hvordan blir tiltakene fulgt opp
- hvem følger opp tiltakene?
- hvilke praktiske problemer har dere møtt?

3.0 Hvilken innvirkning på ernæringsrisiko har kartleggingen ført til?

- hvordan har kartleggingen innvirket på fokus ift. ernæringsrisiko på arbeidslaget?
- dersom fokuset er endret, hvordan er det endret?
- hvilke reaksjoner har dere fått fra kollegaer på kartleggingen
- hvilken betydning har kartleggingen hatt for pleiekvaliteten til brukerne
- hvordan vil dere vurdere kvaliteten på pleien til de brukerne dere har kartlagt før og etter kartleggingen?
- hvordan vil dere beskrive ernæringsjournalen som kartleggingsverktøy for hjemmebasert omsorg?
- dersom dere mener ernæringsjournalen har forbedringspotensial i forhold til hjemmebasert omsorg, hva går forbedringspotensialet ut på?
- dersom det har skjedd en endring i forhold til oppmerksomheten på ernæringsrisiko på deres arbeidssted det siste halve året, hvordan vil dere beskrive endringen?
- hvordan vil dere håndtere ernæringsrisiko når prosjektet er avsluttet?

4.0 Oppsummering – en av deltagerne kan event. oppsummere?

- Spørsmål?

Vedlegg nr. 6 (2 sider)

MATRISE

Informanter i hvilket intervju:

X = ikke tilstede

Tema m/ undertema:	A				B				C				D				E			
	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4. X	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.	1. X	2.	3. X	4. X
Praktisk gjennomføring	33	3	6	2	42	1	7		19	7	7	2	14		3	1		4		
Fokus på ernæring(sammenl.)	18	17	30	9	14	10	34		14	10	26	5	3	7	35	3		4		
<i>Før intervensjonen:</i>																				
Observasjon av vekt- tap/lite matinntak	2				3				2											
Ernæring som tema	2	1			2															
Gjort tiltak tidligere	6				3				10				3							
Ikke gjort tiltak tidligere	3	2			2	2														
Dokumentasjon	5				4				2											
<i>Etter intervensjonen :</i>																				
Bevissthet		5	13			3	17			6	17			2	10			2		
Tiltak		3	5			1	7			2	3			1	8					
Samarb. bruker		3	6			3	4			1	2			1	9					
Samarb. kollegaer		3	6			1	6			1	4			3	8			2		

Forts. Tema m/undertema:	A				B				C				D				E			
	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4. X	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.	1. X	2.	3. X	4. X
Kartleggingens tidsbruk (sammenlagt)			3	7		2				1	2	7		4	6	9		2		
Konkret utføring			1	6		1				1	1	6		1	3	4		1		
Informasjon			2	1		1					1	1		3	3	5		1		
Bruker og pårørendes rolle, kunnskap og innstilling (sammenlagt)	7	4	3	3	12	9	4		3	2	2	1		5	2	2		5		
Rolle	3	3			7	2			3	1				2						
Kunnskap	5				5															
Innstilling		1	3	3		7	4			1	2	1		3	2	2		5		
Ernæringsjournalen som hjelpemiddel		13	5	8		12	10			7	3	5		7	5	9		8		
Ansvars fordeling		4	3	1		3	1			1	2	1		2	2			3		
Strukturell forankring				16							1	8				8				
Verdi for videre arbeid				3								4				4				

Vedlegg nr. 7

Mini Nutritional Assessment MNA®

Etternavn:	Fornavn:	Kjønn:	Dato:
Alder:	Vekt, kg:	Høyde, cm:	ID-nummer:

Besvar undersøkelsen ved å fylle inn de riktige poengsifferene. Bruk tallene fra hvert enkelt spørsmål og summer. Hvis oppnådd sum er 11 eller mindre på vurdering del I, fortsett med vurderingen del II for å komme fram til en gradering av ernæringstilstanden.

Vurdering, del I

A Har matinntaket gått ned i løpet av de 3 siste månedene pga nedsatt appetitt, fordøyelsesproblemer, vanskeligheter med å tygge eller svelge?

- 0 = alvorlig nedsatt appetitt
1 = moderat nedsatt appetitt
2 = ikke nedsatt appetitt

B Vekttap i løpet av de 3 siste månedene

- 0 = vekt tap over 3 kg
1 = vet ikke
2 = vekt tap mellom 1 og 3 kg
3 = ikke vekt tap

C Mobilitet

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

D Har opplevd psykologisk stress eller akutt sykdom i løpet av de 3 siste månedene

- 0 = ja 2 = nei

E Neuropsykologiske lidelser

- 0 = alvorlig demens eller depresjon
1 = mild demens
2 = ingen psykologiske lidelser

F Kroppsmasseindeks (KMI) (vekt kg) / (høyde x høyde)

- 0 = KMI mindre enn 19
1 = KMI 19 til mindre enn 21
2 = KMI 21 til mindre enn 23
3 = KMI 23 eller større

Undersøkelsespoengsum vurdering, del I

(sumtotal maks. 14 poeng)

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

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

Vurdering, del II

G Bor i egen bolig (ikke på alders/sykehjem eller sykehus)

- 1 = ja 0 = nei

H Bruker mer enn tre typer reseptbelagte medisiner pr dag

- 0 = ja 1 = nei

I Trykksår eller hudsår

- 0 = ja 1 = nei

J Hvor mange fullstendige måltider spiser pasienten pr dag?

- 0 = 1 måltid
1 = 2 måltider
2 = 3 måltider

K Utvalgte markører for proteininntak

- Minst en porsjon melkeprodukter (melk, ost, yoghurt) pr dag ja nei
 - To eller flere porsjoner belgfrukter eller egg pr uke ja nei
 - Kjøtt, fisk eller kylling/kalkun hver dag ja nei
- 0.0 = hvis 0 eller 1 ja
0.5 = hvis 2 ja
1.0 = hvis 3 ja

L Spiser to eller flere porsjoner frukt eller grønnsaker pr dag?

- 1 = ja 0 = nei

M Hvor mye væske (vann, juice, kaffe, te, melk...) inntas pr dag?

- 0.0 = mindre enn 3 kopper
0.5 = 3 til 5 kopper
1.0 = mer enn 5 kopper

N Matinntak

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

O Eget syn på ernæringsmessig status

- 0 = ser på seg selv som underernært
1 = er usikker på ernæringsmessig tilstand
2 = ser ikke på seg selv som underernært

P Hvordan vurderer pasienten sin egen helsetilstand sammenlignet med mennesker på samme alder?

- 0.0 = ikke like bra
0.5 = vet ikke
1.0 = like bra
2.0 = bedre

Q Overarmens omkrets (OO) i cm

- 0.0 = OO mindre enn 21 cm
0.5 = OO 21 til 22 cm
1.0 = OO mer enn 22 cm

R Leggomkrets (LO) i cm

- 0 = LO mindre en 31 cm
1 = LO 31cm eller større

Vurdering, del II (maks. 16 poeng)

Undersøkelsespoengsum, vurdering, del I

Totalvurdering, del I + del II (maks. 30 poeng)

Gradering av underernæringstilstand

17 til 23.5 poeng i fare for underernæring

Mindre enn 17 poeng underernært

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006;10:456-465.

Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Gerontol 2001;56A: M366-377.

Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.

© Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
For more information: www.mna-elderly.com

Vedlegg nr. 8 (2 sider)

Pasientdata:

Navn:

Alder:

Ernæringsjournal

TILPASSET

KOMMUNE

1. Høyde

målt liggende

målt stående

_____m

dato: _____

2. Vekt og vektutvikling

- Tidligere vekt: kg mnd/år : _____
- Vekt ved innleggelse: kg dato: _____
- Vekt ved registrering: kg dato: _____
- Vekttap/vektøkning kg: _____% over antall mndr/år _____

Vekt skal videre kontrolleres 1g/mnd i sykehjem og i hjemmesykepleien og vektendringer skal bedømmes. Pasienter i sykehjem som har ernæringsproblemer /dårlig ernæringsstatus skal veies 1g/uke.

3. Kroppsmasseindex KMI (=BMI) _____

4. Andre ernæringsrelaterte data (kryss av og skriv anmerkninger)

- | | J A | NEI | Kommentarer |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------|
| • Nedsatt matlyst ja nei | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| • Tannproblemer ja nei | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| • Tygge/svelgeproblemer ja nei | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| • Munnsårhet/munntørhet ja nei | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| • Kvalme/oppkast ja nei | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| • Forstoppelse/diaré ja nei | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| • Ødemer ja nei | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| • Gripe/bevegelsesproblemer ja nei | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| • Trenger hjelp til å spise ja nei | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| • Synsproblemer ja nei | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

Anmerkninger:

5. Vurdering:

Veiledning til utfylling av Ernæringsjournalen

1. **Høyde** måles inntil en vegg eller med målebånd i seng langs ryggraden. Vær oppmerksom på at aldringsprosessen medfører lengdereduksjon.
2. **Vekt** skal alltid registreres ved innleggelse. Spør også om tidligere vekt og om mulig kartlegg evt vekttap siste 2 – 6 mnd før innleggelse. Vektregistrering skal foretas før frokost, fortrinnsvis uten tøy (kun undertøy/nattøy) og etter at blæren er tømt. Pålitelige data forutsetter standardiserte betingelser og evt. avvik må anmerkes. Vekttap i forhold til siste vektregistrering angis i %.

Prosentberegning av vektendring:

$$\frac{\text{Vektendingen i kg (mellom siste og tidligere/siste veiing)} \times 100}{\text{Tidligere vekt (kg)}} = \% \text{veitap/vektøkning}$$

3. **KMI (=BMI)** er et relativt mål for forholdet mellom høyde og vekt. Bruk kalkulator. Utregning av KMI:

$$\frac{\text{Vekt (kg)}}{\text{Høyde}^2 \text{ (angitt i meter)}} = \text{KMI} \qquad \frac{60 \text{ kg}}{1,68 \text{ m} \times 1,68 \text{ m}} = \text{KMI ca 21}$$

WHO's referanseverdier for KMI hos voksne (15 – 65 år)		
Undervekt	Under	18,5
Normalvekt	Mellom	18,5 – 24,9
Overvekt	Mellom	25,0 – 29,9
Fedme	Over	30

Når det gjelder personer over 65 år, har vi i Norge ingen andre referanseverdier. Studier viser imidlertid at KMI-verdien for eldre personer bør være høyere, og det er foreslått at normalverdien på KMI bør være 24 – 29, og at KMI under 22 som tegn på undervekt. (Mowe M. 2002, Beck A.M., Ovesen L, 1998)

4. **Andre ernæringsrelaterte data.** Under anmerkninger tilføyes tilleggsopplysninger som kan ha innvirkning på matinntak / ernæringsstilstand som for eksempel kognitiv svikt, feber, tretthet, slapphet eller tungpustenhet under måltider, tydelige tegn på underernæring som magerhet, tynn/tørr hud, svimmelhet.
5. **Vurdering** De registrerte opplysninger må vurderes og ende i en bedømmelse av ernæringsstatus:
 - **God ernæringsstatus** forutsetter indikatorer som vanlig matinntak, normal KMI, manglende vekttap og ingen kliniske tegn på over- / underernæring.
 - **Risiko for underernæring** kan være til stede ved en eller flere av følgende indikatorer: redusert matinntak, KMI under 18,5 hos voksne / under 22 hos eldre, vekttap på inntil 5% siste 2 måneder eller inntil 10% de siste 6 måneder, ett eller flere ernæringsrelaterte problemer, se pkt 4.
 - **Alvorlig underernæring** forutsetter redusert matinntak, KMI under 18,5 hos voksne / under 22 hos eldre, vekttap over 5% de siste 2 måneder eller over 10% de siste 6 måneder og synlige kliniske tegn på underernæring.