



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Sjuksköterskans Erfarenheter Inom Nutritionsomvårdnad

En litteraturstudie med deskriptiv design

Robin Chienh

2017

Examensarbete, Grundnivå (yrkesexamen), 15 hp
Omvårdnad
Sjuksköterskeprogrammet
Examensarbete inom omvårdnadsvetenskap, 15 hp
Handledare: Eva Westergren
Examinator: Mikaela Willmer

Sammanfattning

Bakgrund

Undernäring är vanligt bland äldre personer i Sverige. Tydliga riktlinjer finns på vilka insatser som bör göras men ändå är det få åtgärder som utförs. Detta visar ett tecken på bristfällig organisation och ledning, eller att kompetens saknas hos personal som utför nutritionsomvårdnaden.

Syfte

Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter inom nutritionsomvårdnad. Samt att beskriva artiklarnas datainsamlingsmetod.

Metod

En litteraturstudie med deskriptiv design baserad på 10 vetenskapliga artiklar.

Huvudresultat

Sjuksköterskor hade begränsad kunskap och färdigheter inom nutritionsomvårdnad och kunde därför inte identifiera patienter som var undernärda. De var även motvilliga till att använda screening-instrument då det inte vet hur man gör. Stort ansvar ligger hos sjuksköterskan att utföra nutritionsomvårdnad som samtidigt måste prioritera andra uppgifter. Resultatet delades upp i tre delar som redovisas under rubrikerna, *Otillräckligt kunskap, Attityd, Ansvar och prioriteringar.*

Slutsats

Studier visar att sjuksköterskor har bristande kunskap inom nutritionsomvårdnad och användning av screening-instrument för att identifiera undernärda patienter.

Sjuksköterskan behöver mera utbildning inom nutritionsvård och hur man använder screening-instrument för att bättre kunna bemöta undernärda patienter.

Nyckelord: *Attityder, Kunskap, Nutritionsbedömning, Sjuksköterskans roll, Undernäring.*

Abstract

Background

Malnutrition is common among elderly people in Sweden. There are clear guidelines on what kind of intervention should be made, yet there are few actions being taken. This shows a sign of inadequate organisation and management, or lack of expertise in staff performing nutrition nursing care.

Aim

The aim for this study is to describe nurses' experience in nutritional nursing care. And describe the article's data collection method.

Method

A descriptive literature study based on 10 scientific articles.

Result

Nurses had limited knowledge and skills in nutrition nursing care and therefore could not identify patients who were malnourished. They were also reluctant to use screening instruments because they do not know how to use it. The nurse has a major responsibility to perform nutritional nursing care, which at the same time must prioritize other tasks. The results were divided into three sections, which are listed under the headings: *Insufficient Knowledge, Attitude, Responsibility and Priorities*

Conclusion

Studies show that nurses have insufficient knowledge in nutrition care and use of screening instruments to identify malnourished patients. The Nurse needs more training in nutrition care and how to use screening instruments to better respond and treat malnourished patients.

Keywords: *Attitude, Knowledge, Nursing role, Nutrition Assessment, Malnutrition.*

Innehåll

Introduktion.....	- 1 -
Begreppsdefinition.....	- 2 -
Nutritionsbedömning	- 3 -
Sjuksköterskans roll.....	- 3 -
Teoretisk referensram	- 3 -
Problemformulering.....	- 4 -
Syfte.....	- 5 -
Frågeställningar	- 5 -
Metod	- 5 -
Design	- 5 -
Databaser	- 5 -
Sökord.....	- 5 -
Sökstrategier	- 6 -
Tabell 1 – Databaser och sökord	- 6 -
Urvalskriterier.....	- 7 -
Urvalsprocess.....	- 7 -
Figur 1. Flödesschema över urvalsprocessen	- 8 -
Dataanalys.....	- 9 -
Forskningsetik.....	- 9 -
Resultat.....	- 9 -
Otillräcklig kunskap.....	- 9 -
Attityd	- 11 -
Ansvar och Prioritet	- 12 -
Den metodologiska aspekten - Datainsamlingsmetod	- 14 -
Diskussion.....	- 15 -
Huvudresultat.....	- 15 -
Resultatdiskussion	- 15 -
Diskussion - Metodologiska aspekten	- 18 -
Metoddiskussion	- 19 -
Kliniska implikationer för omvårdnad.....	- 19 -
Förslag till fortsatt forskning	- 20 -
Slutsats	- 20 -
Referenslista.....	- 21 -
Bilaga	- 26 -
Bilaga 1. Undersökningsgrupp av valda artiklar.....	- 26 -
Bilaga 2. De valda artiklars syfte och resultat	- 29 -

Introduktion

Undernäring är ett vanligt problem i Sverige och framför allt bland de äldre. Problemet anses vara så pass utbrett att Socialstyrelsen (SOSFS 2014:10) skärpte kravet för vården och omsorgens ansvar för att förbygga och behandla undernäring. Den nya föreskriften trädde i kraft den 1 januari 2015 och fastställer rutiner för bland annat hälso- och sjukvården som ska utreda patientens näringstillstånd. I rutinerna ska det fastställas när en patientens näringstillstånd ska utredas, hur en utredning går till, hur det ska förebyggas och hur det ska behandlas (SOSFS 2014:10).

Enligt Socialstyrelsens (2016) löper äldre inom hemtjänst och hemsjukvård störst risk för undernäring. Statistik visar att 49,9 procent av de personer som är registrerad via det nationella kvalitetsregistret för vård och omsorg, *Senior Alert*, har en planerad åtgärdsplan för undernäring. Denna statistik gäller dock bara de som är registrerad via *Senior Alert*. Det finns ingen tillförlitlig statistik som visar undernäringens prevalens på sjukhus. Däremot vet man från Socialstyrelsens (2014) håll att det finns vissa riskgrupper som drabbas lättast av undernäring och det är patienter som:

- Har sjukdomar med inflammatoriskt tillstånd som minskar aptit.
- Kroniska sjukdomar som minskar muskelmassa och fett t.ex. KOL, hjärtsvikt, njursvikt, reumatoid artrit och cancer.
- Har demenssjukdom.
- Har Parkinsons sjukdom.
- Har dålig munstatus.
- Har haft stroke.
- Har förstoppning
- Är äldre och bor ensam hemma.

Enligt Söderström, Rosenblad, Thors Adolfsson och Bergkvist (2017) och Koifman et al. (2012) löper äldre som är undernärda större risk att dö i förtid oavsett dödsorsak, i jämförelse med äldre som får sig med tillräckligt med näring. I Söderström et al. (2017) studie var det 17 av 20 dödsfall relaterad till undernäring. Vidare visar Koifman et al. (2012) studie att de patienter med hög risk för undernäring var även de som fick sin vistelse förlängd på sjukhus. Detta ökade risken för att drabbas av pneumoni, hjärtinfarkt, njursvikt eller chock. Dera och Woodham (2016) anser att en tidigt upptäckt av patienter som är undernärda kan även förhindra att patienter försvagas och

drabbas av infektionssjukdomar. Det i sin tur kan förhindra att dyrbara samhällsresurser i form av personal och pengar används i onödan.

Undernäring är ett komplext ämne och många faktorer som t.ex. fysiska förändring, livsstil och mental hälsa kan ha en avgörande roll. Enligt Faxén Irving, Karlström och Rothenberg (2016) påverkar aptiten alla sinnen. Matens smak, lukt, konsistens och utseende är alla faktorer som stimulerar eller hämna aptiten. Det är vanligt att vid ålderdomen sker en förändring av aptiten. Förändringar i hormoner och i kroppen gör att äldre känner mindre hunger och risken för åldersrelaterad anorexi kan utvecklas, vilket leder till undernäring.

Socialstyrelsen (2016) förespår att vård- och omsorgsarbetet kommer att öka och att en stor del av dessa äldre kommer att få vård i hemmet. Det finns tydliga föreskrifter på vilka insatser som bör göras för dessa äldre patienter som löper fara för undernäring men det finns även tecken på att få åtgärder utförs. Socialstyrelsen (2016) anser att detta är en indikation på bristfällig organisation och ledning, eller att kompetens saknas hos personal som utför nutritionsomvårdnaden.

Begreppsdefinition

Undernäring - Socialstyrelsen (2016) definition av undernäring är när en person har brist på energi, protein eller andra näringsämnen som ger upphov till mätbara och icke fördelaktiga förändringar i kroppen som t.ex. sammansättning, funktion och sjukdomsförlopp.

Världshälsoorganisation, WHO (2017) använder ordet *malnutrition* där undernäring är en av de tre underkategorierna. De andra två kategorierna är näringsbrist och övervikt. WHO beskriver *undernäring* som otillräckligt intag av energi som leder till ett tärande syndrom och uppvisas som låg vikt i förhållande till längd, eller tillväxtstörning som yttrar sig i kort längd i förhållande till ålder, eller underviktig som yttrar sig i låg vikt i förhållande till ålder. *Näringsbrist* definieras som otillräckligt intag av vitaminer och mineraler. *Övervikt* definieras som när en person är för tung i förhållande till längd där fettansamling på kroppen kan påverka personens hälsa negativt.

I denna litteraturstudie kommer Socialstyrelsen definition av undernäring att användas.

Äldre - Folkhälsomyndigheten (2017) tolkar äldre personer som är 65 år gammal och äldre.

Nutritionsbedömning

Socialstyrelsen (2014) uppmanar att alla hälso- och sjukvårdsperson att göra en initial riskbedömning när de träffar på en äldre patient genom att ställa tre frågor:

- Har patienten tappat vikt ofrivilligt?
- Har patienten ätsvårigheter?
- Är patienten underviktig?

Om svaret är ja på en av frågorna skall en dietist kontaktas eller en sjuksköterska med nutritionskompetens för vidare bedömning. I vissa fall kan logoped behövas kopplas in om patienten har sväljsvårigheter.

Senior alert som är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention, använder instrumentet Mini Nutritional Assessment (MNA) för att bedöma om äldre patienter löper risk för undernäring (Trinks 2017).

Sjuksköterskans roll

Sjuksköterskan har ett tydligt ansvar att kunna ge patienten en god och säker vård enligt patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659). En viktig del av detta ansvar är att kunna bedöma och ge patienten rätt nutritionsbehandling (SFS 2017:30). Chapman, Barker & Lawrence (2015) menar att sjuksköterskans roll är att delge information mellan olika vårdpersonal. Det är därför viktigt att alla inom organisationen tar del av nutritionsbehandlingen och tar ansvar för en god vård. Detta bekräftas även av Internation Council of Nurses (2014) som säger att sjuksköterskan ska verka för gott samarbete och respekterar kollegor och medarbetare, samt kunna ge patienten rätt information för samtycke eller avstå till omvårdnad och medicinsk behandling.

Teoretisk referensram

Orem själv beskriver sin egenvårdsteori i tre delar (Orem & Taylor 2011):

- Teorin om egenvård (theory of self-care)
- Teorin om egenvårdsbrist (theory of self-care deficit)
- Teorin om omvårdnadssystem (theory of nursing system).

Teorin om egenvård handlar om vad patienten behöver och hur den vårdar sig själv för att uppnå god hälsa. *Teorin om egenvårdsbrist* är den som förklarar hur patienter kan bli hjälpt från omvårdnaden när den inte själv kan uppnå god hälsa. Det tredje teorin, *teorin om omvårdnadssystemet* beskriver hur sjuksköterskan och patienten måste upprätthålla omvårdnaden för att kunna tillgodose god hälsa (Berbiglia & Banfield 2014). För att kunna bemöta de tre teorierna egenvård, egenvårdsbrist och omvårdnadssystem menar Orem och Taylor (2011) att man måste besvara fyra frågor:

1. När och varför behöver personen omvårdnad?
2. Är människor olika och hur skiljer det sig i deras kvalitativa och kvantitativa krav på hjälp från sjuksköterskan.
3. Vilken hjälp är giltigt om man utgår från personens förutsättningar?
4. Vilken form, struktur och innehåll är grundläggande för omvårdnadsbehov?

De två första frågorna är grunden till egenvårdsteori och egenvårdsbrist, lik fråga tre och fyra som är grunden till omvårdnadssystemets teori (Orem & Taylor 2011).

Berbiglia och Banfield (2014) sammanfattar *Dorothea Orem's egenvårdsteori* som att människan är kompetent och dess integritet ska upprätthållas. I rätt miljö kan patienten själv motiveras till god hälsa. Sjuksköterskan uppgift är att bedöma patientens hälsa för att identifiera dess behov av vård. Genom att kommunicera och interagera med patienten ökar förståelsen för patientens omvårdnadsbehov. Patienten ska stötts och utbildas av sjuksköterskan, så att patienten själv får förmågan att sköta sin egenvård och främja hälsa. Tillsammans ska sjuksköterskan och patienten utvärdera och följa upp de mål som är satt. Om patienten inte är förmögen att sköta sin egenvård ska sjuksköterskan ta ansvaret över patientens omvårdnad.

Problemformulering

Äldre människor är den patientgrupp som sjuksköterskor med störst chans kommer att arbeta med i omvårdnaden. Denna patientgrupp löper stor fara för undernäring och det finns risk att dessa personer blir svagare och mindre motståndskraftig mot infektionssjukdomar (Dera & Woodham 2016). Enligt Söderström et al. (2017) och Koifman et al. (2012) ökar undernäringen risken för en förtidig död. Dera och Woodham (2016) menar att detta leder i sin tur till ökad förbrukning av samhällsresurser i form av personal och pengar. Socialstyrelsen (2016) förespar att de äldre blir fler och behovet för vård- och omsorgsarbete kommer att öka framöver. Större

delen av denna befolkning kommer att få vård i hemmet. Trots att det finns föreskrifter för hur sjuksköterskor ska identifieras undernärda patienter är det många patienter som inte får den hjälp den behöver. Socialstyrelsen (2016) anser bland annat att det föreligger en kompetensbrist hos personalen som utför nutritionsomvårdnaden. Äldre undernärda patienter är något som sjuksköterskor kommer att träffa ofta. Det är därför viktigt att lyfta fram problematiken inom nutritionsomvårdnaden som verksamma sjuksköterskor erfaras. Denna litteraturstudie kan ha betydelse för nyblivna sjuksköterskor som tar första steget in i arbetslivet och möter denna patientgrupp för första gången som legitimerad sjuksköterska.

Syfte

Syftet med detta arbete är att beskriva sjuksköterskors erfarenheter inom nutritionsomvårdnad, samt att beskriva artiklarnas datainsamlingsmetod.

Frågeställningar

- Vilka erfarenheter, attityder och ansvar har sjuksköterskor gentemot nutritionsomvårdnad?
- Vilken datainsamlingsmetod beskriver artiklarna?

Metod

Design

En beskrivande litteraturstudie (Polit & Beck 2012).

Databaser

Det vetenskapliga kunskapsläget inom valt ämnesområde kunde hittas bland annat i databasen *Medline* via sökmotorn *PubMed* och databasen *Cinahl*. Enligt Polit och Beck (2012) är dessa två databaser relevanta eftersom de omfattar en stor mängd artiklar inom omvårdnadsrelaterad forskning.

Sökord

För att hitta betydelsefull forskning användes sökord som var relevant för denna litteraturstudie. I PubMed användes sökord med MeSH-termerna: *Malnutrition*, *nursing*, *education*.

I databasen Cinahl användes sökord som kallas för Cinahl-Headings (CH). Sökord som användes var: *Nurs**, *nutrition*, *knowledge*, *experience*, *perception*, *attitude*, *views*, *feelings*, och *nursing role*. För att minska ned på antal sökträffar ytterligare användes sökord som kallas för Major Headings (MH).

Sökstrategier

Sökning gjordes i först på PubMed för att sedan söka i Cinahl. Sökord som ansågs vara relevant till syftet och frågeställningarna användes. Första sökningen gav relativt många sökträffar och gav en bred bild på vad för artiklar som skulle kunna dyka upp. Eftersom första sökningen gav många artiklar där undernäring var temat, gjordes ytterligare sök för att smalna av resultat för att hitta artiklar som närmar sig syftet och frågeställningarna. Genom att kombinera sökorden tillsammans med de booleska operatörerna, AND, OR och NOT, kan sökningarna bli mer specifik eller mer vidgad. Enligt Polit och Beck (2012) är det booleska operatören AND, avgränsande, operatören OR, är vidgande och NOT, är begränsande för sökningen. En annan sak dem nämner är att man kan trunkera orden med en asterisk. T ex *nurs**, med asterixen expandera automatisk sökningen och letar upp alla sökträffar som börjar på *nurs*, t ex. *nurse*, *nurses*, *nursing* o.s.v. Dessa funktioner fungerar likadant på PubMed och Cinahl.

Flera sök gjordes även på databasen Cinahl med liknande sökord eller andra sökord beroende på hur många relevanta träffar som dök upp. En utökning på begränsningar i Cinahl gjordes från 5 år till 10 år, detta för att få fram mer artiklar då begränsningar på 5 år gav en väldigt liten sökträff. Största skillnaden med att söka i PubMed och i Cinahl är att i Cinahl måste man kryssa i filtret, *Peer Review*, om man ville ha granskade artiklar av forskare. Samtliga sökningar redovisas i tabell 1.

Tabell 1 – Databaser och sökord

Databas	Begränsningar (Limits) / sökdatum	Söktermer	Antal träffar	Antal artiklar utvalda efter titel och abstrakt	Antal utvalda artiklar för arbetet (exklusive dubletter)
Medline via PubMed	Full text, 5 year, Human, English, Adult: 65+ year. / 170904	Malnutrition AND Nursing (MeSH)	249	47	4
Medline via PubMed	Full text, 5 year, Human, English, Adult: 65+ year. / 170904	Malnutrition AND Nursing AND Education (MeSH)	40	3	1
Cinahl	Full text, Peer Reviewed, Publish date: 2007-2017,	Nurs* AND Nutrition AND	10	5	3

	English Language, Human, Age Group: 65+ years. 170908	Knowledge. (CH) Malnutrition (MH), Nursing knowledge (MH), Attitude of health personnel (MH)			
Cinahl	Full text, Peer Reviewed, Publish date: 2007-2017, English Language, Human, Age Group: 65+ years. 170908	Nurse OR Nurses AND Experience OR perception OR Attitude OR Views OR Feelings AND Nutrition (CH) Nutrition education (MH), Malnutrition (MH), Health knowledge (MH), Nutritional assessment (MH), Attitude of health personnel (MH)	74	2	1
Cinahl	Full text, Peer Reviewed, Publish date: 2007-2017, English Language, Human, Age Group: 65+ years. 170908	Nursing Role AND Nutrition (CH)	30	3	1
Total			403	60	10

Urvalskriterier

Inklusions- och exklusionskriterier har använts för att begränsa urvalet och endast artiklar som stämmer överens med syftet och frågeställningarna valdes ut för granskning. **Inklusionskriterier** var att artiklar fick både vara kvantitativ- och kvalitativstudier men att artiklarnas abstract skulle matcha syftet och frågeställningarna. Artiklar skulle vara granskade av andra forskare s.k. Peer Reviewed.

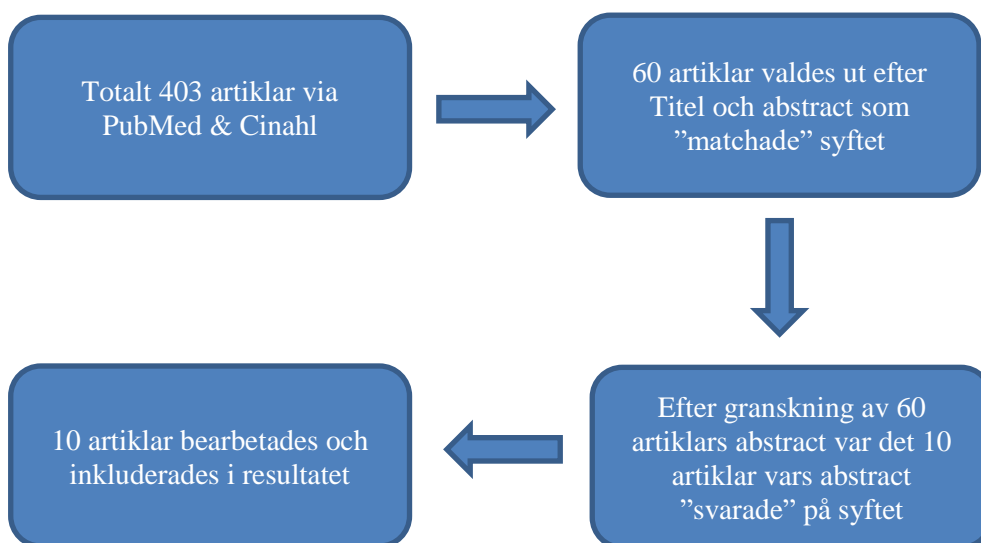
Exklusionskriterier var artiklar som saknades abstract, eller artiklar som inte kunde betraktas som vetenskapliga vilket betyder att artiklarna inte följer IMRaD-strukturen, eller artiklar som är av sorten, Systematic Reviews.

Urvalsprocess

Under september månad gjordes flera sökningar i databaserna PubMed och Cinahl på grund av att de innehåller en stor mängd forskningsartiklar som är omvårdnadsrelaterade. Detta för att hitta artiklar för att besvara syftet och frågeställningarna för detta arbete. Sökningarna gjordes först via PubMed med sökord

som kombinerades på olika sätt. I PubMed finns det även olika slags filter som man kunde kryssa i för att begränsa sökresultatet. Begränsningar som användes var, *Full text, 5 year, Human, English, Adult: 65+ year*. Begränsningar som, full text, valdes för att artiklarna skulle vara lättillgängliga. En begränsning gjorde först på fem år för att få så uppdaterad forskning som möjligt. För att filtrera bort ytterligare på resultatet valdes engelska för att slippa andra språk som inte kan läsas. Studier på djur behövdes inte, och ålder 65+ plus valdes för att syftet berör äldre undernärda patienter.

Första sök på PubMed gav upphov till 249 artiklar, varav 47 valdes ut i förstahand efter titel och abstract som matchade syftet. Efter granskning av abstract återstod endast fyra artiklar som valdes ut för vidare läsning och bearbetning. Flera sök gjordes på PubMed men få artiklar kunde hittas som matchade arbetets syfte och frågeställningar. Ett strategisk byte av databas gjordes därför och vidare sökning gjorde i Cinahl. I databasen Cinahl användes liknande begränsningar vid sök: *Fulltext, Peer Reviewed, Publish date: 2007-2017, English Language, Human, Age Group: 65+ years*. Till skillnad från sökningarna i PubMed gjordes sökning lite annorlunda i Cinahl. Tidsspannet ökade från fem år till tio år vid sök via Cinahl. Detta i hopp att det skulle ge fler artiklar. Andra sökord användes för att komma ännu närmare syftet och frågeställningarna. Totalt 60 artiklar valdes ut via deras titel och efter granskning av abstract resulterade i 10 artiklar (5 från PubMed och 5 från Cinahl) som bedömdes vara relevant till arbetets syfte och frågeställningar.



Figur 1. Flödesschema över urvalsprocessen

Dataanalys

De utvalda artiklarna som valdes till resultatet skrevs ut och lästes igenom en och en. Artiklarna fördes sedan in i en tabell som redovisas i *bilaga 1* och *bilaga 2*. I *bilaga 1* redovisas artiklarnas författare, titel, design eller ansats, undersökningsgrupp, datainsamlingsmetod och dataanalysmetod, och i *bilaga 2* redovisas artiklarna med författar, syfte och resultat. Detta för att få en helhetsbild på artiklarnas innehåll och spara tid till att hitta de artiklar som skulle användas vid skrivandet av arbetet. Tabellerna ger även en överblick på den metodologiska aspektens urval. Olika teman växte fram efter bearbetning av artiklarna som kunde grupperas i tre kategorier. De 10 artiklarna färgkodades efter de tre kategorier som blev *Otillräcklig kunskap*, *Attityd*, *Ansvar och prioriteringar*. Polit och Beck (2012) menar att färgkodning av artiklarna passa bra vid litteraturstudier, eftersom det blir lättare att se mönster och teman. Detta underlättar även analysen av materialet.

Forskningsetik

En litteraturstudie kräver ingen etisk godkännande av en kommitté. Vetenskapsartiklar som söks fram via PubMed uppvisar redan etiska övervägande. I Cinahl är Peer Reviewed vald som begränsning och därför visar artiklar med etisk övervägande vid sök. Objektivitet eftersträvas och plagiat och fusk är inte acceptabelt (Polit och Beck 2012).

Resultat

10 artiklar har valts ut för denna litteraturstudie vars resultat redovisas i *bilaga 1* och *bilaga 2*, samt i löpande text i tre kategorier, som har fått rubrikerna, *Otillräcklig kunskap*, *Attityd*, *Ansvar och Prioriteringar*. Dessa tre rubriker ska besvara syftet och det första frågeställningarna i denna studie. Under rubriken, *Den metodologiska frågeställningen*, besvaras den andra frågeställningen sist i resultatpresentationen.

Otillräcklig kunskap

I tre studier framkommer det att de flesta omvårdnadspersonal hade begränsade kunskaper när det gäller nutritionsomvårdnad (Eide, Halvorsen & Almedinge 2014; Ross, Mudge, Young, & Banks, 2011; Raja et al. 2008). De flesta är medvetna att det är viktigt att få i sig näring, men hade i övrigt dåliga kunskaper för att kunna utvärdera och identifiera patienter som låg i riskzon för undernäring. Sjukvårdspersonal kunde ibland

utgå från utseendet för att bedöma nutritionsstatus på patienten som t.ex. status på huden eller leta efter tecken på turgor (Eide et al. 2014; Adams et al. 2008). Patienter som såg smala ut var mer benägna att screenas för undernäring än om en patienterna var överviktiga. Sjukvårdspersonal hade negligerat att även överviktiga patienter kan lida av undernäring. Om patient var överviktig var personalen även motvillig att ta en vikt eller ens prata om det med patienten (Ross et al. 2011; Raja et al. 2008). Den kliniska observationen används hellre än att ta en objektiv mätning som vikt och BMI för att identifiera undernärda patienter. Detta resultera i att bara väldigt gamla människor som är klart underviktiga eller de som har ett litet matintag identifieras som undernärda (Eide et al. 2014).

Från Eide et al. (2014) studie visade det sig att sjuksköterskor var obekanta med de olika termerna för undernäring och istället beskrevs undernärda patienter som, *underviktiga, smala* eller *äter dåligt*. Sjuksköterskorna var även osäkra på hur de skulle utvärdera nutritionsstatus t.ex. vad för näring patienten behövde och hur mycket energi patienten gör av med. Andra sjuksköterskor menar att de var bra på att påbörja nutritionsbehandling men visste inte hur de skulle individualisera behandlingen för fortsatt nutritionsomvårdnad. En del visste inte heller vart de skulle vända sig till för att få svar på nutritionsfrågor som de stötte på. Som i Ross et al. (2011) studien var det många av vårdpersonalen som inte hade någon idé om vad de skulle göra med informationen som de fick fram av patienterna t.ex. om patienten sa att den hade svårt att äta p.g.a. dålig tandhälsa eller att den hade dålig aptit. Detta fenomen kan återspeglas i Adams et al. (2008) studie där 59 % av patienterna identifierades som risk för undernäring p.g.a. dålig aptit men bara 9 % av dessa patienter hänvisades till en dietist. Och utav dessa 9 % var det 7 % som inte träffade på en dietist trots att det fanns hänvisningar dokumenterade i patienternas journaler. Förutom att de inte visste var de skulle vända sig till menar Eide et al. (2014) att många av sjuksköterskorna inte heller visste vilka komplikationer som kunde uppstå på grund av undernäring. Enligt Adams et al. (2008) ökar risken för undernäring för inskrivna patienter när sjukvårdspersonal inte känner igen undernäring hos patienten, samt inte vet hur man ska utvärdera nutritionsstatus. Vidare menar forskarna att även om sjukvårdspersonal skulle upptäcka undernäring hos patienten är det inte säkert att några åtgärder görs då dokumentation av undernäring oftast är bristfällig, samt kommunikation mellan vårdpersonalen fallerar. Denna brist av kommunikation mellan personal återspeglas i Ross et al. (2011) studie

där dietisten beskriver sin frustration över att vårdpersonalen inte följer de nutritionsplan som de har satt upp. Dietisten kunde efter att ha ändrat patientens matrekommendationer, komma tillbaka efter några dagar för att sedan se att samma patient inte har fått den mat som föreskrivits i nutritionsplanen som dietisten har satt upp.

Trots att instrument i form av ett screening-formulär finns att använda för att identifiera undernärda patienter är det många sjuksköterskor som väljer att negligera detta instrument. Sjuksköterskor finner instrumentet oftast komplicerade och tycker det är alldeles för många steg som ska fyllas i. De finner det jobbigt och oftast kan de inte få fram alla svar som krävs för att fylla i formuläret. Det blir en hel del jagande efter information och man måste prata med patientens anhöriga för att få fram det. Från sjuksköterskans perspektiv finns det inte tid för detta (Raja et al. 2008).

Attityd

Kunskap och utbildning är viktiga faktorer för att upptäcka undernäring hos patienterna. När vårdpersonal saknar dessa faktorer har det visat sig påverka deras attityd gällande nutritionsomvårdnad (Bachrach-Lindström et al. 2007). I Geurden et al. (2014) studie blev 61 sjuksköterskor från samma hemsjukvårdsföretag tillfrågades om det fanns risk för att deras patienter skulle lida av undernäring svarade 54 % av sjuksköterskorna att de var helt övertygade att undernäring inte var ett vanligt problem för deras patienter. 64 % ansåg att risken för att deras patienter skulle drabbas av undernäring är liten. Samtidigt visade sig i samma undersökning att utav 100 patienter var det 45 % som låg i riskzon för undernäring, och 16 % var i direkt behov av nutritionsbehandling. Okunskap och attityd kunde utläsas från statistiken där 57 % av sjuksköterskorna indikerade att nutritionsomvårdnad inte var en prioriterad fråga inom hemsjukvården. 62 % ut av sjuksköterskorna tog ingen regelbunden vikt på patienterna fast att det ska göra enligt föreskrifterna, 54 % visste inte hur man beräknade BMI, och nästan ingen av sjuksköterskorna visste vad screening-instrumentet MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) användes till.

På ett svenskt universitetssjukhus kunde samma resultat utläsas när en studie angående vårdpersonalens attityd gentemot nutritionsomvårdnad genomfördes (Bachrach-Lindström et al. 2007). Forskarna menar att brist på kunskap och utbildning inom

nutrition gjorde att sjukvårdspersonalen hade en negativ attityd när det gäller att utföra screening på patienter för undernäring. Detta fenomen kunde fastställas när 252 sjukvårdspersonal på sjukhuset fick besvara på en enkät som mäter vårdpersonals attityd gentemot nutritionsomvårdnad. Endast 33% av 252 sjukhuspersonalen uppvisade en positiv attityd. Bland de tillfrågade sjukvårdspersonalen fanns det både sjuksköterskor (80 st.) och undersköterskor (168 st.). Sjuksköterskorna var i överlag mer positiva till nutritionsomvårdnad än vad undersköterskorna var.

På ett sjukhus i Danmark fick 16 sjuksköterskor utbildning och fick specialisera sig inom nutritionsomvårdnad. Detta i hopp att förändra attityden till nutritionsomvårdnaden bland personalen. Dessa 16 sjuksköterskor fick sedan utvärdera sin utbildning och sin roll som nutritionsansvarig sjuksköterska. Det som kom fram till var att deras roll hade ändrats från att vara den som assisterade läkaren och rådfrågade dietisten gällande nutritionsfrågor, till att vara delaktig vid läkarens beslut och kunna fatta egna beslut och ansvar för patientens nutritionsbehov. De var mer uppmärksamma på patientens nutritionsbehov och identifierade problemen fortare. De lärde sig att bemöta patientens behov och kunde anpassa typen av mat som motsvarade patientens humör och aptit. Den nutritionsansvariga sjuksköterskan involverade patienten mer och informerade oftare om matalternativ och varför det var bra att få sig maten. Sjuksköterskan kände sig även säkrare när det gällde att utvärdera patienten med olika screening-instrument (Bjerrum et al. 2011)

Ansvar och Prioritet

En av de största hinder som sjuksköterskorna stöter på inom nutritionsomvårdnad har hittills identifierats som brist på kunskap som i sin tur ger negativ attityd gentemot nutritionsomvårdnad.

Andra hinder som har identifierats via artiklarna är bristen på en tydlig roll och vems ansvar det är att sköta patientens nutritionsomvårdnad (Ross et al. 2011). Bjerrum, Tewes och Pedersen (2012) anser att en sjuksköterska som har en tydlig roll som nutritionsansvarig tar även nutritionsomvårdnaden på mer allvar och står oftast till förfogande för kollegorna när det gäller frågor kring nutrition.

Enligt Ross et al. (2011) jobbar oftast sjuksköterskor på sjukhuset team-orienterad med andra sjukvårdspersonal men känner oftast att de har dålig överblick på vad andra gör.

Sjuksköterskorna upplever oftast att de har dålig kommunikation mellan de olika vårdisciplinerna och när patientens nutritionsbehov förändras är det sällan denna förändring förmedlas mellan personalen. Enligt Geurden et al. 2015 uppstår samma problem även för sjuksköterskor på äldreboenden där kommunikationen mellan patienterna, personalen på boendet och personalen på hälsocentralen fallerar, vilket resulterar i att patienternas nutritionsproblem inte uppmärksammas.

På sjukhuset är alla dock överens att patienter som har nutritionsproblematik ska ha kostregistrering, men när frågan kommer till vägning av patienten är det oftast skilda meningar. Övrig vårdpersonal menar att sjuksköterskan är den som ska prioritera detta, då den har det övergripande ansvaret, medan sjuksköterskan menar att nutritionsomvårdnaden har olika områden och borde delas upp under olika ansvarsområden mellan personalen (Ross et al. 2011). Enligt Eide et al. (2014) kunde sjuksköterskan känna sig väldigt ensam när det gäller att sköta patientens nutritionsomvårdnad, fast att det inte finns någon specifik delegering som säger att sjuksköterskan måste göra det, känner sjuksköterskan ändå att den måste, eftersom ingen annan vill ta det ansvaret.

Under patientens måltider upplever sjuksköterskan denna tid som kaotisk och gör det oftast svårt att prioritera patientens nutritionsomvårdnad. Sjuksköterskan har inte tid att dela upp maten, mata patienten och utvärdera dess nutritionsbehov. Istället måste medicinerna administreras, blodsocker måste kontrolleras, patienter skickas på undersökningar och dokumentation måste göras. Nutritionsomvårdnaden reduceras till att bara genomföras om det var en absolut faktor som påverkade patientens hälsa. För att göra det hela ännu svårare går oftast vårdpersonal i skift på lunch under denna tid, vilket gör det svårt för sjuksköterskan att delegera och prioritera omvårdnadsarbeten. Det finns därför väldigt lite tid och utrymme för sjuksköterskan att faktiskt utföra nutritionsomvårdnad på de patienter som är i behov av det. Att tiden inte räcker till är ett stort problem för sjuksköterskorna trots effektiv planering. Eftersom måltiderna oftast ska genomföras inom en viss tidsram måste sjuksköterskan prioritera den medicinska omvårdnaden även hygien prioriteras före nutrition. Detta skapar en känsla av maktlöshet och frustration hos sjuksköterskorna eftersom de inte kan prioritera nutritionsomvårdnaden. En växande oro uppstår för om patienterna får i sig tillräckligt med mat, i vetskap om att vissa av dessa patienter lider av undernäring redan innan de

blev inlagda på sjukhus (Bjerrum, Tewes & Pedersen, 2012; Eide et al. 2014; Raja et al. 2008; Ross et al. 2011; Ullrich, McCutcheon & Parker, 2014). Enligt vårdpersonalen skulle många av dessa problem kunna lösas om det bara fanns tillräckligt med personal på avdelningen när måltiderna serverades (Ullrich, McCutcheon & Parker, 2014).

Det finns heller ingen tydlig policy från ledningen som vårdpersonalen kan följa och prioritera. Eftersom sjuksköterskan inte vet hur mycket tid som ska spenderas för att patienterna ska få möjligheten att få i sig tillräcklig med mat, medför detta att sjuksköterskan inte finner mening i att prioritera nutritionsomvårdnaden, eftersom det inte finns utsatt tid för det (Ullrich, McCutcheon & Parker, 2014). Ullrich, McCutcheon och Parker (2015) menar att sjuksköterskan behöver kunna sitta ostört med patienten i en lugn miljö för att kunna hjälpa och utvärdera patientens nutritionsbehov. Enligt Jefferies, Johnson och Langdon (2015) kan en välutformad policy som implementeras rätt ge positiva effekter. Detta visades i deras studie där tre stora sjukhus i Sydney-området utformade en ny policy på hur nutritionsomvårdnad skulle genomföras. Detta för att förbättra nutritionsomvårdnaden på sjukhuset som resulterade i att övervakningen av patienterna måltider förbättrades. Genom att familjemedlemmar, volontärer, personliga assistenter och övriga vårdpersonal fick hjälpa till var det större chans att patienterna åt av sin mat. I de fall där patienten inte åt av sin mat var mest beroende på att patienten inte tyckte om maten.

Den metodologiska aspekten - Datainsamlingsmetod

5 av 10 artiklar använde formulär/enkäter för att samla in data (Adams et al. 2008; Bachrach-Lindström et al. 2007; Geurden et al. 2014; Jefferies, Johnson & Langdon 2014; Raja et al. 2008) Utav dessa 5 använde 2 även intervjuer och intervjuformulär för att samla in det data som behövs (Adams et al. 2008; Raja et al. 2008).

3 utav 10 artiklar använde intervjuer för att få in sin data. Alla tre artiklar har använt sig av fokusgrupper för sin datainsamling (Bjerrum, Tewes & Preben 2012; Eide, Halvorsen & Almdinge 2014; Ross et al. 2011).

2 av artiklarna är skrivna av samma författare (Ullrich, McCutcheon & Parker 2014; 2015) som använder en datainsamlingsmetod som kallas för, Triangulering Kontrollgrupps Observation. Det går ut på att använda tre metoder för att få ihop en

helhet. Forskarna observera och antecknar deltagarna utan att interagera. Sedan intervjuas deltagarna, forskarna deltar nu mer aktiv och försöker tillsammans med deltagarna att lösa omedelbara problem som uppstått under studien.

Diskussion

Huvudresultat

Denna litteraturstudie gjordes med syftet att beskriva sjuksköterskors erfarenheter kring nutritionsomvårdnad. Resultat från datainsamling delades upp i kategorier som blev till tre rubriker, *otillräcklig kunskap*, *attityd* och *ansvar och prioriteringar*. De olika studierna målar upp en bild av många osäkra sjuksköterskor som ska ges sig på nutritionsomvårdnad. Osäkerheten bottnar i att sjuksköterskan oftast känner att den inte besitter tillräckligt med kunskap och färdigheter för att kunna utföra arbetet. En del väljer därför helt enkelt att undvika detta problem genom negativ attityd. Även om sjuksköterskan skulle besitta kunskaper och färdigheter fanns det fortfarande många hinder som gör att nutritionsomvårdnaden inte blir prioriterad. Tidsbrist är ett vanligt hinder för sjuksköterskan som oftast måste prioritera den medicinska behandlingen. Brist på personal gör att patienterna inte får den stöd de behöver vid måltiderna. Detta i sin tur ökar på arbetsbelastningen hos vårdpersonalen. För sjuksköterskan kan det kännas ensamt och tungt att ta allt ansvar för nutritionsomvårdnaden särskilt när ingen annan vill ta ansvaret för patientens nutritionsomvårdnad.

Från artiklarnas datainsamlingsmetod kunde man se att de flesta valde att använda formulär/enkäter för att samla in data. Några artiklar använde intervjuer för sin datainsamling och några få artiklar använde både intervjuer och enkäter.

Resultatdiskussion

Att sjuksköterskor känner att de saknar kunskap inom nutritionsomvårdnad är inget nytt fenomen om man ser på de nyare studier av Eide et al. (2014) och Ross et al. (2012) och jämför det med den äldre studien av Raja et al. (2008) som finns med i denna litteraturstudie. Vilket bekräftas av en äldre studie av Mowe et al. (2008) som också lyfter fram att det största hindret för att utföra nutritionsomvårdnad är bristen på kunskap. Bristen på kunskap blir därför ett stort hinder för att utföra

nutritionsomvårdnad. Flera studier bekräftar även att negativ attityd till att utföra nutritionsomvårdnad var stark kopplad till okunskap. Dess mindre sjuksköterskan kunde dess mindre ville den utföra nutritionsomvårdnaden (Bachrach-Lindström et al. 2007; Geurden et al. 2014; Bjerrum, Tewes & Pedersen 2012).

I en av studierna (Ross et al. 2012) uttrycker sjuksköterskan om att få dela på ansvaret när det gäller nutritionsomvårdnaden men istället kände sig sjuksköterskan oftast sig ensam med ansvaret (Eide et al. 2014). Sjuksköterskor och andra sjukvårdspersonal saknade oftast samarbete. Detta visade sig i studien från Ross et al. (2012) där sjuksköterskan inte hade någon bra kommunikation med övriga sjukvårdspersonal. I en tidigare studie av Mowe et al. (2008) visar det även att läkarna oftast inte besitter de kunskaper som krävs för att kunna utföra en nutritionsomvårdnad. Detta bekräftas av O'Connells et al. (2017) studie där sjuksköterskorna upplever att läkarna både saknade fokus och kunskap i ämnet. Läkarna var dessutom inte intresserad av att ta upp det under rondan. Författaren till denna litteraturstudie menar att det dåliga samarbetet mellan sjukvårdspersonal bero på att övriga sjukvårdspersonal förutom möjligtvis dietisten hade dåliga kunskaper inom nutritionsomvårdnad, och därför blir det ingen som kan utföra nutritionsomvårdnad på ett tillfredställande sätt. Studier där t.ex. sjuksköterskor hade fått mer utbildning eller hade bra förkunskaper, utförde även nutritionsomvårdnad oftare (Bjerrum et al. 2011; Bachrach-Lindström et al. 2007). Författaren till föreliggande litteraturstudie anser därför att stor vikt borde därför läggas på att utbilda samtliga sjukvårdspersonal inom nutritionsomvårdnad. Detta är i linje med en annan studie där sjukvårdspersonalen anser att om de bara kunde få mer kunskap i ämnet skulle de även vara mer motiverade att genomföra nutritionsomvårdnad (O'Connell et al. 2017).

Enligt författaren till denna litteraturstudie hamnar sjuksköterskans ovilja att utföra nutritionsomvårdnad på grund av bristande kunskap i konflikt med teorin om egenvård och egenvårdsbrist. Orems teori (Orem & Taylor 2011) ställer frågan om när och varför patienten behöver omvårdnad, samt frågan vad sjuksköterskan kan ge för hjälp som är anpassad till patienten? Utan kunskap kan sjuksköterskan inte bemöta och inspirera patienten till god hälsa. De kan inte heller hjälpa patienter som inte längre själv kan tillgodose god hälsa. Patienter som lider av egenvårdsbrist är beroende av den omvårdnad som sjuksköterskan kan tillgodose. Eftersom sjuksköterskan har bristande

kunskaper inom nutritionsomvårdnad får patienten som lider av undernäring inte en optimal vård.

Duerksen et al. (2016) anser att det finns många faktorer som spelar in när nutritionsomvårdnad inte utförs. Tids- och personalbrist är bidragande faktorer. Tidsbrist då det är flera arbetsuppgifter som en sjuksköterska behöver prioritera och genomföra. O'Connor et al. (2017) menar att hög arbetsbelastning gjorde nutritionsomvårdnaden till en lågprioriterad uppgift. Forskarna lyfter även fram att personalen kunde känna sig otillräcklig och stressad när de inte kunde genomföra nutritionsomvårdnad, vilket gjorde att de hellre lämnade över arbetsuppgiften till någon annan. Men ett annat frekvent svar var också att dokumentation av nutritionsomvårdnaden faller bort, vilket gjorde det svårt att göra uppföljningar på patienten och ge rätt vård. Bjerrum, Tewes och Pedersen (2012); Eide et al. (2014); Raja et al. (2008); Ross et al. (2011); Ullrich, McCutcheon och Parker (2014) påpekar alltså tids- och personalbrist som bidragande orsak till bristande nutritionsomvårdnad.

Författarens i denna litteraturstudie anser dock att det är viktigt att sjuksköterskan tar sig tid med patienten. Vilket även studien i Ullrich, McCutcheon och Parker (2015) säger. De menar att sjuksköterskan behöver kunna sitta ostört med patienten i en lugn miljö för att kunna hjälpa och utvärdera patientens nutritionsbehov, vilket går ihop med Orems teori om egenvård där sjuksköterskan måste ta reda på vilka krav på hjälp som patienten är i behov av för att kunna på egen hand uppnå god hälsa (Berbiglia & Banfield 2014; Orem & Taylor 2011). Sjuksköterskan måste få tillfälle att bedöma patientens hälsa för att kunna identifiera dess behov av vård. Genom att etablera kommunikation kan sjuksköterskan stötta och utbilda patienten så att den själv kan få förmågan att sköta sin egenvård och hälsa. Det är även viktigt att sjuksköterskan och patienten kan ha en kontinuerlig kommunikation för att upprätthålla god omvårdnad som är en del av Orems teori om omvårdnadssystemet (Berbiglia & Banfield 2014).

Bjerrum, Tewes & Pedersen, (2012); Eide et al. (2014); Raja et al. (2008); Ross et al. (2011); Ullrich, McCutcheon & Parker, (2014) beskriver de alla att sjuksköterskan inte finner tid under det kaotiska måltiderna p.g.a. att det är för mycket uppgifter som sjuksköterskan ska hinna med och samtidigt försvinner personal på lunch. Vilket gör det svårt för sjuksköterskan att få hjälp. Detta blir en ledningsfråga som måste tas upp på

avdelningen där en tydlig policy måste skrivas och följas för att det inte ska bli så kaotisk under måltiderna t.ex. skulle man kunna komma överens om att alla personal stannar kvar på avdelning under måltiderna för att hjälpas åt, eller som i studien av Jefferies, Johnson och Langdon (2015) där en ny policy gjorde att man kunde ta in anhöriga, volontärer, personliga assistenter och övrig sjukvårdspersonal som stöd för patienterna under måltiderna. Detta borde frigöra personal som t.ex. sjuksköterskan som skulle fokusera mer på andra uppgifter.

Att screena patienterna är ett av de viktigaste instrumenten som vårdpersonalen har för att kunna identifiera patienter med undernäring. Men screening-instrumenten är även en av de svårigheter som sjuksköterskorna stöter på. Främst ligger svårigheten i att förstå själva instrumentet, när den ska användas och hur man fyller i den? Raja et al. (2008) kom fram till att träning i att använda instrumenten gjorde att sjuksköterskorna var mer benägna att screena patienterna med instrumenten och ju mer de använde det ju bättre blev de. Samma slutsats kunde man se i en tidigare studie av Burden och Brierly (2014) där man följde upp nutritions-screening under fem år. De som fick utbildning och träning i nutritions-screening blev bättre på det. I båda studierna kom man dock fram att det största hindret för ej genomförd nutritions-screening var tidsbrist (Burden & Brierley 2014; Raja et al. 2008). Sharma et al. (2016) menar att hög arbetsbelastning och arbetskultur gör att sjukvårdspersonalen inte förväntas hinna med nutritions-screening.

Diskussion - Metodologiska aspekten

Den metodologiska aspekten visar att datainsamling kan ske på olika sätt. Att man inte behöver vara låst till en design, utan det går bra att blanda datainsamlingsmetod för att få fram den data som är mest lämpad för studien. Ett exempel är studierna från Ullrich, McCutcheon och Parker (2014; 2015) som använder en speciell metod för att samla data som de kallar för *Triangulering Kontrollgruppsobservation och aktionsforsknings gruppdiskussion*. Genom att observera, diskutera och påverka deltagarna kunde de se effekterna mycket snabbare.

Flera studier använder sig av fokusgrupper (Bjerrum, Tewes & Preben 2012; Eide, Halvorsen & Almding 2014; Ross et al. 2011), och enligt Polit & Beck (2012) är

fokusgrupper till för att homogena grupper med liknande bakgrund t.ex. ålder och kön, ska känna sig trygga och för att kunna uttrycka värderingar och tankar mer öppet.

.

Metoddiskussion

Författaren till denna studie har valt att göra en litteraturstudie med deskriptiv design då syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter inom nutritionsomvårdnad samt beskriva artiklarna datainsamlingsmetod. Det nuvarande kunskapsläget inom ämnet kunde hittas i databasen PubMed och Cinahl som Polit och Beck (2012) rekommenderar. Genom att använda båda databaserna täcker författaren till denna litteraturstudie ett stort område när det gäller att hitta vetenskapliga artiklar inom vårdvetenskap. Detta ses som en styrka. En av svagheterna var dock att författaren hade kunnat testat fler sökord för att få fram ännu mer relevanta artiklar. En annan svaghet var att föreliggande författare använde alldeles för många MeSH-termer och *Major Headings* i databasen PubMed respektive Cinahl. Detta gjorde att sökresultatet blev för smalt och specifikt, vilket kan vara därför föreliggande författare fick så få sökträffar. De 10 artiklarna var gjorda i olika länder vilket vid läsning och bearbetning gav ett intressant perspektiv på hur sjuksköterskor i andra länder upplever sin profession. Bland artiklar fanns det både äldre och nyare artiklar. Detta visade sig vara något positivt då det gick att urskilja hur mycket som hade förändrats under de gångna åren när det gällde sjuksköterskans erfarenheter inom nutritionsomvårdnad. Inklusions- och exklusionskriterier användes för att begränsa urvalet för att snabbt kunna begränsa de artiklar som valdes ut för granskning. Vetenskapliga studier på engelska var stor utmaning och tog lång tid att läsa igenom. Det är inte heller säkert att författaren har läst artiklarna korrekt. Många nya ord och termer gjorde att dataanalysen och bearbetning av resultatet tog minst tre gång så lång tid att göra än planerat. Polit och Beck (2012) rekommenderade att man färgkodade artiklarna efter teman. Detta gjorde det smidigare när man måste växla mellan artiklar vid skrivandet.

Kliniska implikationer för omvårdnad

Denna studie visar att sjuksköterskor erfara många hinder innan den kan genomföra nutritionsomvårdnad. Oftast måste de prioritera den medicinska omvårdnaden och får därför inte tid över för något annat. Äldre patienter med undernäring är de som drabbas värst när sjuksköterskan inte har tillräcklig med tid, kunskap och färdigheter. Patienten får inte den vård som den behöver. Resultatet i denna studie beskriver att många

patienter glider genom nutritions-screening för att de inte ser ut som den typiska undernärda patienten, vilket sjuksköterskor måste vara mer uppmärksammad på. Sjuksköterskor behöver inskaffa sig mer kunskap för att kunna bemöta dessa patienter och se till att rutiner och föreskrifter följs för varje patient för att undvika att patienter med undernäring blir oupptäckt.

Förslag till fortsatt forskning

Sjuksköterskor i denna studie har beskrivits som mindre kunniga inom nutritionsomvårdnad. Flera studier har dock påvisat att sjukvårdspersonal blir bättre på nutritionsomvårdnad ju mer utbildning och kunskap den får. Det borde därför vara obligatorisk att nutritionsomvårdnad är en stor del av sjuksköterskans utbildning. Fortsatt studier på sjuksköterskestudenter med utökad utbildning inom nutritionsomvårdnad borde göras för att se om utbildningen gör att framtida sjuksköterskor ger bättre nutritionsomvårdnad.

Slutsats

Studier visar att sjuksköterskor har bristande kunskap inom nutritionsomvårdnad. Många sjuksköterskor kan inte utvärdera om patienten är undernärdd, eller vilka komplikationer som kunde uppstå på grund av undernäring. Detta gör att många undviker att genomföra nutritionsomvårdnad. Många sjuksköterskor utgår med den kliniska observationen istället för att använd en objektiva mätinstrument vid nutritions-screening på grund av att screening-instrumenten var svårånvända. Det medför att många äldre undernärda patienter blir oupptäckta. Inlagda undernärda patienter får heller inte den vård som den skulle behöva eftersom sjuksköterskan oftast måste prioritera annat än nutritionsomvårdnad. Mycket av problemen skulle dock försvinna om det fanns mer personal, samt att sjuksköterskor och sjukvårdspersonal får mer utbildning inom nutritionsomvårdnad.

Referenslista

* = Referenser som har använts i resultatet.

*Adams, NE., Bowie, AJ., Simmance, N., Murray, M. & Crowe, TC. (2008). *Recognition by medical and nursing professionals of malnutrition and risk of malnutrition in elderly hospitalised patients*. Nutrition & Dietetics, 2008 Jun; 65(2): 144-150.

doi: 10.1111/j.1747-0080.2008.00226.x

*Bachrach-Lindström, M., Jensen, S., Lundin, R. & Christensson, L. (2007). *Attitudes of nursing staff working with older people towards nutritional nursing care*. Journal of Clinical Nursing, 2007 Nov; 16(11): 2007-2014.

doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01868.x

Berbiglia, VA. & Banfield, B. (2014). I Alligood, M.R. (red.). *Nursing theorists and their work*. (Eighth edition.) St. Louis, Missouri: Elsevier/Mosby. ss. 240- 255

*Bjerrum, M., Tewes, M. & Preben, P. (2012). *Nurses' self-reported knowledge about and attitude to nutrition – before and after a training programme*. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2012 Mar; 26(1): 81-89.

doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00906.x

Burden, ST. & Brierley, ER. (2014) *Evaluation of adherence to a nutrition-screening programme over a 5-year period*. European Journal of Clinical Nutrition, 2014 May; 68(1): 847-852.

doi:10.1038/ejcn.2014.95

Chapman, C., Barker, M. & Lawrence, W. (2015). *Improving nutritional care: innovation and good practice*. Journal of advanced nursing, 2015 Apr;71(4):881-94.

doi: 10.1111/jan.12571

Dera, M. & Woodham, D. (2016). *Treating malnutrition in the community*. British journal of community nursing, 2016 Nov;21(11):558-562.

doi: 10.12968/bjcn.2016.21.11.558

Duerksen, D. R., Keller, H. H., Vesnaver, E., Laporte, M., Jeejeebhoy, K., Payette, H., Gramlich, L., Bernier, P. & Allard, J. P. (2016). *Nurses' perceptions regarding the prevalence, detection, and causes of malnutrition in Canadian hospitals: results of a Canadian malnutrition task force survey*. Journal of parenteral and enteral nutrition, 2016 Jan;40(1):100-6.

doi: 10.1177/0148607114548227

*Eide, HD., Halvorsen, K. & Almedingen, K. (2015). *Barriers to nutritional care for the undernourished hospitalised elderly: perspectives of nurses*. Journal of Clinical Nursing, 2015 Mar; 24(5-6): 696-706.

doi: 10.1111/jocn.12562.

Faxén Irving, G., Karlström, B. & Rothenberg, E. (2016). *Geriatrisk nutrition*. 2:1 [rev.] uppl. Lund: Studentlitteratur ss. 73-75, 110.

Folkhälsomyndigheten (2017). *Folkhälsans utveckling – årsrapport 2017*.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/f/folkhalsans-utveckling-arsrapport-2017/> [2017-05-29]

*Geurden, B., Franck, E., Hartman, MJ., Weyler, J. & Ysebaert, D. (2014). *Prevalence of 'being at risk of malnutrition' and associated factors in adult patients receiving nursing care at home in Belgium*. International Journal of Nursing Practice, 2014 May; 21(5): 635-644.

doi: 10.1111/ijn.12341

International Council of Nurses (2014). *ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor*. Svensk sjuksköterskeförening.
https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf
[2017-10-12]

*Jefferies, D., Johnson, M. & Langdon, R. (2014). *Rekindling the role of nurses in patients' oral nutrition*. *International Journal of Nursing Practice*, 2014 Mar; 21(3): 286-296.

doi: 10.1111/ijn.12269

Koifman, E., Mashiach, T., Papier, I., Karban, A., Eliakim, R. & Chermesh, I. (2012). *Proactive screening in Israel identifies alarming prevalence of malnutrition among hospitalized patients – Action is needed*. *Nutrition*, 2012; 28(1): 515-519.

doi: 10.1016/j.nut.2011.07.028

Mowe, M., Bosaeus, I., Rasmussen, HH., Kondrup, J., Unosson, M., Rothenberg, E., Irtun, Ø. & The Scandinavian Nutrition Group (2008). *Insufficient nutritional knowledge among health care workers?* *Clinical Nutrition*, 2008; 27(1): 196-202.

doi: 10.1016/j.clnu.2007.10.014

O'Connell, MB., Jensen, PS., Andersen, SL., Fernbrant, C., Nørholm, V. & Petersen, HV. (2017). *Stuck in tradition - A qualitative study on barriers for implementation of evidence-based nutritional care perceived by nursing staff*. *Journal of Clinical Nursing*, 2017 Aug 17.

doi: 10.1111/jocn.14020

Orem, DE. & Taylor, SG. (2011). *Reflection on nursing practice science: The nature, the structure, and the foundation of nursing sciences*. *Nursing Science Quarterly*, 2011; 24(1): 35-41.

doi: 10.1177/089431840389061

Polit, DF. & Beck, CT. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (9th ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer. ss. 102, 226-227, 532-555

*Raja, R., Gibson, S., Turner, A. & Aroni, J. (2008). *Nurses' views and practices regarding use of validated nutrition screening tools*. Australian Journal of Advanced Nursing, 2008 Sept/Nov; 26(1): 26-33.

ISSN: 0813-0531

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

doi: 10.1111/j.1747-0080.2010.01495.x

Sharma, Y., Miller, M., Shahi, R., Hakendorf, P., Horwood, C. & Thompson, C. (2016) *Malnutrition screening in acutely unwell elderly inpatients*. British journal of community nursing, 2016 Oct 13;25(18):1006-1014.

doi: 10.12968/bjon.2016.25.18.1006

Socialstyrelsen (2014). SOSFS 2014:10. *Förebyggande av och behandling vid undernäring*.

<http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2014-10> [2017-10-12]

Socialstyrelsen (2014). *Minska risken för undernäring*.

<https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risiker/varnskadeomraden/undernaring> [2017-10-12]

Socialstyrelsen (2016). *Vård och omsorg om äldre: Lägesrapport 2016*. Falun: Edita Bobergs AB, <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-2-29> [2017-05-22]

Svenska författningssamling (2017). SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*.

Svenska författningssamling (2010). SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*

Söderström, L., Rosenblad, A., Thors Adolfsson, E. & Bergqvist, L. (2017). *Malnutrition is associated with increased mortality in older adults regardless of the cause of death*. British journal of community nursing, 2017 Feb;117(4):532-540.
doi: 10.1017/S0007114517000435

Trinks, A. (2017) Senior Alert. *Vårdpreventioner – Undernäring*.
<http://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=43947> [2017-10-25]

*Ullrich, S., McCutcheon, H. & Parker, B. (2014). *Nursing practice in nutritional care: a comparison between a residential aged care setting and a hospital setting*. Journal of Advanced Nursing, 2014 Aug; 70(8): 1685-1928

doi: 10.1111/jan.12345

*Ullrich, S., McCutcheon, H. & Parker, B. (2015). *Undernutrition in older people in Australia*. British Journal of Nursing, 2015 Apr; 24(7): 364-370.

doi: 10.12968/bjon.2015.24.7.364

World Health Organization (2017). *Malnutrition*. Fact Sheet.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/malnutrition/en/> [2017-10-12]

Bilaga

Bilaga 1. Undersökningsgrupp av valda artiklar

Författare+ publ.år, studieland	Titel	Design och eventuellt ansats	Undersökningsgrupp	Datainsamlingsmetod	Dataanalysmetod
Adams, Bowie, Simmance, Murray & Crowe. (2008), Australien	<i>Recognition by medical and nursing professionals of malnutrition and risk of malnutrition in elderly hospitalized patients.</i>	Kvalitativ och Kvantitativ design	Icke slumpmässigt urval. 100 äldre patienter och 57 sjukvårdgivare från medicinska avdelningar på ett sjukhus.	Forskarna utvecklade ett frågeformulär som utvärderade sjukvårdsgivarnas kunskaper gällande riskfaktorer för undernäring.	ANOVA, Chi-square test, Spearman test.
Bachrach-Lindström, Jensen, Lundin & Christensson. (2007), Sverige	<i>Attitudes of nursing staff working with older people towards nutritional nursing care.</i>	Kvantitativ	Icke slumpmässigt urval. Totalt 252 sjuksköterskor och undersköterskor som jobbade inom geriatrisk rehabilitering, medicinsk omvårdnad och äldreboende.	Personalens attityd utvärderades med utvärderingsmalen "Staff Attitudes to Nutritional Nursing Care Geriatric scale".	Kruskal-Wallis test, Mann-Whitney U-test + Bonferroni correction.
Bjerrum, Tewes & Preben. (2012), Danmark	<i>Nurses' self-reported knowledge about and attitude to nutrition – before and after a training programme.</i>	Kvalitativ interventionsstudie.	Icke slumpmässigt urval. 16 sjuksköterskor från medicin- och operationsavdelning, som i huvudsak hade ansvar för nutritionsbehandling.	Sjuksköterskorna delades in i två grupper och intervjuades innan och efter interventionen. En fokusgrupp intervjuades för att samla data gällande deras dagliga rutiner inom nutritionsvård.	Deduktiv innehållsanalys användes för att analysera data.
Eide, Halvorsen & Almedinge. (2014), Norge	<i>Barriers to nutritional care for the undernourished hospitalized elderly: perspectives of nurses.</i>	Kvalitativ - Studier på fokusgrupper med en fenomenologisk hermeneutisk ansats.	Icke slumpmässigt urval. 16 sjuksköterskor från sju avdelningar på ett stort norskt universitetssjukhus. De jobbade alla på avdelningar med stora andelar äldre patienter.	Fyra fokusgrupper intervjuades och samtalet spelades in.	Datas innehåll transkriberades och tolkades till tre sammanhang: self-understanding, a critical common-sense understanding and a theoretical

					understandin g.
Geurden, Franck, Hartman, Weyler & Ysebaert. (2014), Belgien	<i>Prevalence of 'being at risk of malnutrition' and associated factors in adult patients receiving nursing care at home in Belgium.</i>	Kvantitativ tvärsnittsdesign.	Icke slumpmässigt urval. 100 kunder från ett serviceboende. Kunderna som deltog var äldre än 18 år. Samt 61 sjuksköterskor valdes ut.	Två enkätundersökningar gjordes. En för kunderna och en för sjuksköterskorna.	MUST-screening, t-test, chi-squared-tests, P-value.
Jefferies, Johnson, & Langdon. (2014), Australien	<i>Rekindling the role of nurses in patients' oral nutrition.</i>	kvantitativ pre-post test design	Icke slumpmässigt urval. Inom tre sjukhus valdes 435 patienter (pre) 422 patienter (post) för undersökningen. Men endast 226 patienter (pre) and 240 patienter (post) slutförde enkätundersökningen.	Tre undersökningse nkäter användes: 1 Patient Feeding Census Sheet (PFCensus), 2 The Patient Feeding Audit Tool (PFAT), 3 The PFSatis was carried out using the General Hospital Meal Survey	Chi-square, t-test.
Raja, Gibson, Turner & Aroni. (2008), Australien	<i>Nurses' views and practices regarding use of validated nutrition screening tools.</i>	Både kvantitativ och kvalitativ med fokusgrupp. Samt undersökning av patientjournal.	Icke slumpmässigt urval 54 olika sjuksköterskor från operation- och medicinavdelningar med olika lång erfarenhet. Gemensamt var att de alla hade gått minst en kurs om nutritionsscreening.	Screening instrument: Malnutrition Screening Tool (MST) och Malnutrition Universal Screening Tool (MUST).	Chi-square, ljudinspelning som ordagrant transkriberas.
Ross, Mudge, Young & Banks. (2011), Australien	<i>Everyone's problem but nobody's job: Staff perceptions and explanations for poor nutritional intake in older medical patients.</i>	Kvalitativ deskriptiv design med semistrukturerade teman.	Icke slumpmässigt urval 22 vårdpersonal från akut medicinavdelningar valdes och indelade i tre fokusgrupper.	Fokusgrupperna intervjuades, samt ljudinspelning.	Intervjuerna transkriberades och analyserades enligt teman.
Ullrich, McCutcheon & Parker. (2014),	<i>Nursing practice in nutritional care: a</i>	Aktionsforskning för att kunna delta och göra	Ett äldreboende med 21st personal jämfördes med 24st	Triangulering Kontrollgrupps observation och aktionsforskning	Tolkande induktivt tillvägagångssätt med

Australien	<i>comparison between a residential aged care setting and a hospital setting.</i>	förbättringar inom området.	sjuusköterskor på ett stort sjukhus.	gs gruppdiskussion som spelades in samt ordagrann transkribering	analytisk hierarki
Ullrich, McCutcheon & Parker (2015), Australia	<i>Undernutrition in older people in Australia</i>	Aktionsforskning för att kunna delta och göra förbättringar inom området.	Icke slumpmässigt urval 24st sjuusköterskor deltog i aktionsforskningen och diskussionerna.	Triangulering Kontrollgruppsobservation och aktionsforskning gs gruppdiskussion som spelades in samt ordagrann transkribering	Tolkande induktivt tillvägagångssätt med analytisk hierarki

Bilaga 2. De valda artiklars syfte och resultat

Författare	Syfte	Resultat
Adams, Bowie, Simmance, Murray & Crowe.	Att utvärdera undernäringens utbredning bland populationen äldre, som är inlagda på sjukhus, samt utforska vårdgivarnas perception och medvetenhet för tecken, risker och behandling för undernäring.	30 % procent av patienterna identifierades som undernärda medan 61% var i risk för undernäring. Vårdpersonalen hade kunskaper gällande undernäring och vilka medicinska följder som uppkommer, men hade svårt att bedöma om patienterna hade gått ned i vikt eller tappat aptiten.
Bachrach-Lindström, Jensen, Lundin & Christensson.	Att utforska omvårdnadspersonalen i geriatriken och dess attityd gentemot vikten av nutritionsomvårdnad.	53% av omvårdnadspersonalen uppvisade en positiv attityd och tyckte att nutrition är viktigt i omvårdnaden.
Bjerrum, Tewes & Preben.	Att utforska om ett träningsprogram inom nutrition har någon inverkan på nutritionsansvariga sjuksköterskors attityd gentemot dess ansvar att utföra och utvärdera nutritionsomvårdnad.	Träningsprogrammet hade en viss inverkan på sjuksköterskans kunskap inom nutrition. Programmet gjorde att de kände sig säkrare och gjorde att de vågade ta mer ansvar för att sköta och utvärdera nutritionsomvårdnaden.
Eide, Halvorsen, & Almedingen .	Att identifiera vad sjuksköterskor erfara för svårigheter och barriärer för att kunna ge en god nutritionsomvårdnad för undernärda äldre människor som är inlagda på sjukhus.	Fem teman kunde identifieras som reflekterade barriärer som sjuksköterskor erfara i relation till att ge en adekvat nutritionsomvårdnad för äldre människor.
Geurden, Franck, Hartman, Weyler & Ysebaert.	Att utvärdera prevalensen av att vara i risk för undernäring för de vuxna som får hemsjukvård, samt fastställa faktorer som utgör en risk för undernäring. Detta för att även visa nuvarande situation inom nutritionsomvårdnad.	Undersökningen visade att sjuksköterskorna visade låg uppmärksamhet, okunskap, dålig kommunikation med ägarna, samt ett måttligt förhållningssätt till undernäring.
Jefferies, Johnson & Langdon.	Att implementera och utvärdera nutritionsomvårdnadspolicy för äldre patienter som är inlagda på sjukhus.	Patienternas rapporter visa på reducerad apatit trots tillgång på bra och mycket bra kvalitet på mat. Sjuksköterskan som var ansvarig för nutritionsomvårdnaden hade en definierad roll att organisera personal så att patienterna kunde få hjälpa att äta i en skyddad atmosfär.
Raja, Gibson, Turner & Aroni.	Att utforska utifrån sjuksköterskeperspektiv användningen av verktyget ”Malnutrition Screening Tool (MST) och Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)” på akutavdelningar i sjukhuset.	Den initiala användningen av verktygen var låga. Sjuksköterskorna var upptagna med andra uppgifter och en del var inte heller säkra på hur verktygen skulle användas. Några sjuksköterskor gjorde egna bedömningar på patienter utifrån egna erfarenheter. Vid andra mätningen hade sjuksköterskorna fått utbildning i hur verktygen fungerade samt fått stöd i hur verktygen används. Detta pågick under fyra månader. Resultatet var att användningen av verktygen ökade och

		svårigheter som sjuksköterskorna stötte på kunde urskiljas.
Ross, Mudge, Young & Banks	Upp till 60% av äldre medicinpatienter är undernärda med en fortsatt nedgång under sjukhusvistelsen. Det finns ett begränsat bevis för effektiv nutritionsintervention. Fokusgrupper guidades för att förbättra kontextuella och kulturella svårigheter av att mata äldre patienter på sjukhus.	All personal kände till att undernäring var av vikt, och att det var ett stort problem för äldre patienter inlagda på sjukhus. Svårigheter som personalen stötte på var att patienterna inte genomförde de uppsatta nutritionsplanerna och att det oftast saknade personal som kunde hjälpa patienterna med måltiderna. Bristande samarbete och kommunikation mellan olika personalgrupper gjorde att ingen riktigt tog ansvaret för nutritionsomvårdnaden. Det fanns även bristande kunskap på hur nutritionsomvårdnad skulle genomföras.
Ullrich, McCutcheon & Parker.	Att utforska likheter och skillnader i nutritionsomvårdnad mellan äldreboende och sjukhus.	Hur sjuksköterskor väljer att delta eller inte vid övervakandet av nutritionsomvårdnaden påverkar kvalitén av kundernas/patienternas erfarenhet av måltiden. Hur effektivt det dagliga arbetet läggs upp av sjuksköterskan påverkar hur den väljer att göra för att påverka måltiden eller förbättra situationen. Vid större förändring av nutritionsomvårdnaden krävdes det godkännande av ledningen.
Ullrich, McCutcheon & Parker.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Att assistera deltagarna att identifiera svårigheter och förmå dem att ge det bästa möjliga nutritionsomvårdnad. ■ Att ge deltagarna möjlighet att identifiera och implementera en intervention för att förbättra nutritionsomvårdnaden. ■ Att assistera deltagarna i att tänka kritisk och reflekterande som del av deras beslutfattningsprocess. ■ Att utvärdera gjorda förändringar i relation till kvalitet inom aktionsforskning. 	Forskningen fann att omvårdnadsarbetet inom nutritionsomvårdnad är beroende på de teknik som användes vid det dagliga arbetet som eftersträvar effektivitet, samt vilka val sjuksköterskor gör kring patientens måltid.