

Beteckning _____



Institutionen för vårdvetenskap och sociologi

**Vårdpreventivt arbetssätt för att förhindra
undernäring hos äldre –
Intervjuer med vårdpersonal inom tre vårdnivåer**

*Helene Alftberg
juni 2009*

Examensarbete, 15hp, Avancerad nivå
Vårdvetenskap

**Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning distriktssköterska 75hp
Examinator: Maria Engström
Handledare: Anna-Greta Mamhidir**

Sammanfattning

Syftet med studien var att beskriva vårdpersonalens uppfattning om risker för undernäring och preventivt arbete hos personer 70 år och äldre, på olika vårdnivåer och inom en kommun. Studien hade en beskrivande design och tolv vårdpersonal deltog, varav fyra sjuksköterskor från en medicinavdelning, två sjuksköterskor, en sjukgymnast och en arbetsterapeut från en hälsocentral samt två sjuksköterskor, en enhetschef och en sjukgymnast från ett äldreboende inom en kommun. Intervjuer användes vid datainsamlingen. Data analyserades genom kvalitativ innehållsanalys och bildade kategorierna *Tillstånd som utgör en risk för undernäring, Säkerställa näringsintaget, Ett strukturerat arbetssätt samt Samverkan och ansvar*. Som risker för undernäring beskrevs sjukdomar, funktionsnedsättning samt förlorad uppfattning om vikten. Att säkerställa näringsintag innefattade mat, mellanmål och måltidsmiljö. Ett strukturerat arbetssätt handlade om riskbedömningar, åtgärder samt utvärdering. Vidare beskrevs samverkan inom och utanför den egna yrkesgruppen, vårdnivåer och ansvaret omkring arbetet med näringsfrågorna. Vårdpreventivt arbetssätt upplevdes spara tid, tydliggöra vad som skall göras och möjliggöra utvärderingar. Läkarens medverkan i det preventiva arbetet behöver klargöras och rutiner för spridning av arbetssättet till andra enheter formas. Vidare behövs beslut om hur näringstillstånd och behov ska dokumenteras och rapporteras för att säkerställas mellan vårdnivåerna.

Nyckelord; Undernäring, Äldrevård, Preventivt arbete, Riskbedömningar

Abstract

The purpose was to describe nursing staffs' perceptions of risks for malnutrition and preventive efforts thereof, for patients 70 years and older, at different care levels within one municipality. Descriptive design was used and twelve participants included; two district nurses, one physiotherapist and one occupational therapist from a health care centre, two registered nurses, one unit director and one physiotherapist from a nursing home in the municipality and four registered nurses from an internal medicine hospital ward. Interviews and qualitative content analysis was used resulting in four categories *Conditions of risks for malnutrition*, *Ensuring nutritional intake*, *Structured way to work* and *Collaboration and responsibilities*. The participants' described diseases, disabilities and lost of apprehension concerning weight constituting malnutrition risks. Meals and meal environment influence nutritional intake. Risk assessments, interventions and evaluations mirrored structured way of working. Collaboration with colleagues, other professionals and care levels were highlighted together with responsibilities. Physicians' participation in malnutrition preventions needs clarification. Improvements like documentation of the nutritional status among the elderly and reports between the different levels of care are needed to ensure safe nutritional care.

Keyword: Malnutrition, Elder care, Preventive work, Risk assessments

Innehållsförteckning

Introduktion	1
Problemområde	3
Syfte	4
Frågeställning	4
Metod	4
Design	4
Urval och undersökningsgrupp	4
Datainsamlingsmetod	5
Tillvägagångssätt	5
Dataanalys	6
Forskningsetiska överväganden	7
Resultat	7
Vårdpreventivt arbetssätt för att förhindra undernäring hos äldre på olika vårdnivåer	7
Tillstånd som utgör en risk för undernäring	8
Säkerställa näringsintaget	10
Ett strukturerat arbetssätt	12
Samverkan och ansvar	16
Diskussion	18
Huvudresultat	18
Resultatdiskussion	18
Metoddiskussion	22
Allmän diskussion	23
Referenslista	24

Introduktion

Äldre personer i dag är i många avseenden piggare och friskare än tidigare generationer. Att åldras är ingen sjuklig process i sig men risken för att drabbas av sjukdom och funktionsnedsättning ökar med stigande ålder (1). Brownie (2) påpekade i sin studie att äldre är en sårbar grupp för att drabbas av undernäring och att undernäring är vanligt hos gruppen äldre. Banks et al. (3) har beskrivit undernäring som ett problemområde bland äldre (3), det förekommer hos cirka 25 procent av patienter på sjukhus i Sverige (4,5) och motsvarande förekomst har beskrivits i andra västländer (6,7). Visvanatham et al. (8) beskrev från Australien angående äldres näringstillstånd att förekomsten av undernärda var hög i kommunens boenden. Undernärda patienter löper ökad risk för sjukdom och komplikationer, tillfrisknar sämre, kräver längre vårdtider samt har sämre livskvalitet (9,10).

Enligt Socialstyrelsens rapport (11) har vårdtiderna på sjukhusen förkortats och patienter överförs tidigare till kommunal äldreomsorg. Detta har inneburit att utskrivningsklara patienter från slutenvården är i behov av aktiva och långvariga insatser för sitt näringstillstånd vid förflyttning från slutenvård till kommunal äldreomsorg (11). ”En patient är utskrivningsklar om han eller hon av den behandlande läkaren inte längre bedöms behöva vård vid en enhet inom landstingets slutna hälso- och sjukvård” (12, sid. 3). Behovet av fungerande rutiner omkring näring och näringstillstånd inom äldreomsorgen har ökat då många kroniskt sjuka och svaga löper risk att utveckla undernäring. Många äldre har många år kvar att leva och bra näringsstatus är en förutsättning för god funktion och hög livskvalitet (11). Brownie (2) menade i sin studie att undernäring kan påskynda kroniska funktionsnedsättningar vilket är förknippat med dålig livskvalitet hos äldre.

Enligt Elia (13) är undernäring ett tillstånd då det uppstår en brist eller obalans av energi, protein andra näringsämnen som orsakar en ogynnsam effekt på kroppens vävnader, funktioner och kliniska utgång. Protein-energimalnutrition (PEM) är den vanligaste formen av undernäring i svensk sjukvård vilket innebär en kombination av energi-och proteinbrist (11). Kroniska sjukdomsprocesser och dåligt matintag leder till PEM och 65% av de äldre inlagda på sjukhus utvecklar detta (1, 14). Orsakerna till att undernäring utvecklas är flera t.ex. nedsatt aptit och depression (15, 16), nedsatt tugg- och sväljförmåga (2), demenssjukdomar (17) och muskelsjukdomar (2,16).

Vid hög ålder minskar aptiten, aktiviteterna blir färre och kroppsmassan minskar utan påverkan av sjukdom (18). Att drabbas av ett funktionshinder leder ofta till ett sämre intag av energi och viktiga näringsämnen (19) och att ha flera hälsoproblem samtidigt innebär ökad risk för undernäringstillstånd (2,16). Äldre har ofta ett otillräckligt intag av proteiner och energirika födoämnen, vilket är en bidragande orsak till ett försämrat näringsstatus (9). Enligt Andersson och Gustavsson et al. (20) var det vanligt att äldre kvinnor har ett lågt dagligt intag av energi som kan innebära en risk för bristande födointag (20). Detta gör att många äldre redan när de läggs in på sjukhus har dåligt näringsstatus.

Då näringsintaget påverkar patientens förutsättningar för tillfrisknandet är det viktigt för sjuksköterskor att se betydelsen av detta vid vård av äldre (21). Kruizenga et al. (22) beskrev i deras studie att undernäringstillstånd tidigt behöver identifieras och om preventiva åtgärder sätts in fortast möjligt förbättrades den kliniska behandlingen (22). Söderhamn och Söderhamn (23) påtalade vikten av att sjuksköterskor har kunskap om vilka risker det finns runt undernäring, att sådana tillstånd upptäcks så att åtgärder sätts in. Enligt Tunedal och Fagerberg (24) behöver sjuksköterskor ges möjligheter att hålla sig uppdaterade inom pågående forskning, utveckling inom vårdområdet samt att arbetet ska utföras i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Redan Florence Nightingale (25) påtalade i sin omvårdnadsteori att sjuksköterskor behöver ha en struktur gällande bedömning av patienten och föreslog åtgärder som i dag skulle förknippas med akademisk forskning och utbildning. Det förebyggande arbetet beskrivs som grundläggande inom omvårdnaden, och att undanröja hinder för naturens inneboende hälsofrämjande och läkande krafter. Omvårdnaden ska säkerställa att dessa hos människan inneboende hälsofrämjande och läkande krafter inte hotas eller hindras, och sjuksköterskan ska avlägsna alla faktorer i patientens omgivning som hotar läkningsprocessen. Även vikten av en väl sammansatt kost belyses (25).

Under hösten 2007 våren 2008 deltog tre team av vårdpersonal från sjukhus, primärvård och kommunen, i ett län i ett utbildningsprogram för att lära sig arbeta på ett preventivt sätt. Ett preventivt arbetssätt innebar att vårdpersonal lärde sig och sedan utförde riskbedömningar inom tre problemområden som förekommer hos äldre. Områdena var risk för undernäring och trycksår samt risk för fall. Utbildningsprogrammet var uppdelat på fyra seminarietillfällen

med fokus på att förändra det dagliga arbetssättet. Mellan seminarierna gjorde teamen egna riskbedömningar och undan för undan skulle de föra in arbetssättet i det vardagliga arbetet.

En longitudinell uppföljningsstudie har pågått för att undersöka teamens kunskaper och attityder kring problemområdena undernäring, trycksår och fall. Det har inneburit att intervjuer har gjorts vid tre tillfällen; före, strax efter att utbildningsprogrammet var avslutat samt slutligen ett år senare. Det första intervjutillfället genomfördes under hösten 2007, det andra under våren 2008 och det sista intervjutillfället genomfördes under hösten 2008.

Föreliggande studie omfattar en del av den longitudinella studien och fokus är riktat mot området undernäring och dess prevention.

Problemområde

Forskning finns när det gäller vad som kan utgöra eller utgör risker för undernäring hos äldre samt om prevention av undernäring (1-2,14-16,19-20). Flera studier (10,18,20,23) visade framförallt på att riskbedömningar och tidig identifiering av undernäring har positiva effekter för den äldre som vårdas på sjukhus, i primärvård- och kommunal vård. Enligt Persenius et al. (26) bedöms inte alltid näringstillstånd och användning av bedömningsinstrument är inte så vanligt förekommande varken i landstingets hälso- och sjukvård eller kommunal vård. Anledningen till att alla patienter inte bedöms kan vara brist på kunskap omkring nutritionen eller att bedömning anses som oviktigt (26). Rycroft-Malone et al. (27) beskrev att sjuksköterskor ska uppmuntras till och att de är skyldiga att använda evidens i sin yrkesverksamhet, men att evidens ofta tolkas som ren forskning. Vidare beskrevs att för att förbättra i praktiken fodras mer än att frambringa ny kunskap, det fodras skicklighet att integrera kunskapen i praktiken (27). Forsman et al. (28) frågade sig i deras studie om hälso- och sjukvården är oförberedd att ta till vara nyutbildade sjuksköterskors akademiska kunskaper. Inga studier har hittats som beskriver vårdpersonalens uppfattning omkring risker för undernäring och det preventiva arbetet hos äldre personer i sjukhusmiljö, primärvård eller kommunal omsorg. Därför är det viktigt att göra en studie för att undersöka hur det preventiva arbetet bedrivs efter att vårdpersonal gått ett utbildningsprogram för att lära sig ett preventivt arbetssätt. Vad som uppfattas som risker och hur det uppfattas att arbeta med ett mätinstrument för att identifiera och förhindra undernäring hos de äldre på olika vårdnivåer och inom en kommun, för att säkra näringstillståndet hos den äldre på alla vårdnivåer och inom kommunens särskilda boenden.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva vårdpersonalens uppfattning om risker för undernäring och preventivt arbete avseende undernäring hos personer 70 år och äldre, på olika vårdnivåer i ett län i Mellansverige.

Frågeställning

Hur reflekterar vårdpersonal omkring risker för undernäring hos patienter som är 70 år och äldre?

Hur reflekterar vårdpersonal omkring preventivt arbete avseende undernäring hos patienter som är 70 år och äldre?

Metod

Design

Studien hade en beskrivande design med kvalitativ ansats.

Urval och undersökningsgrupp

Inklusionskriterier har varit att deltagarna genomgått ett utbildningsprogram och lärt ett preventivt arbetssätt med fokus på områdena undernäring, trycksår och fall samt riskbedömningsinstrument. Urvalet till utbildningsprogrammet var ett "maximum variation sampling" (29). Vid denna form av urval är syftet att fånga variationer och spridning omkring hur olika vårdpersonal reflekterar utifrån t.ex. deltagares ålder, arbetsplats, antal arbetade år och yrkeskategori (29). Vidare rekryterades deltagarna från olika verksamheter inom sjukhus, primärvård samt kommunal omsorg. Samtliga som deltog i utbildningsprogrammet tillfrågades om att vara med i studien. Totalt har 12 vårdpersonal som ansvarar för äldre i behov av vård och omsorg intervjuats. Deltagarna var fyra sjuksköterskor från en medicinavdelning, två sjuksköterskor, en sjukgymnast och en arbetsterapeut från en hälsocentral samt två sjuksköterskor, en enhetschef och en sjukgymnast från ett äldreboende inom en kommun. Deltagarnas ålder varierade från 31-60 år och verksamma år i yrket var 2-24 år. Alla de intervjuade var kvinnor. Ingen av deltagarna i utbildningsprogrammet tackade nej till att delta i intervjuerna.

Datainsamlingsmetod

Författaren har utfört intervjuer med urvalsgruppen vid det tredje och sista intervjutillfället och använde öppna frågor enligt en frågeguide innehållande bakgrundsvariabler och frågeområde. Intervju användes som datainsamlingsmetod vilket innebär att deltagaren och intervjuare möts ansikte mot ansikte där det samtalas fritt utifrån frågeguiden för att få svar på studiens frågeställningar (29). Frågorna handlade om vårdpersonalens uppfattning om risker för undernäring och prevention vid undernäring, möjligheter och svårigheter, behov av stöd samt uppfattning om eget och ledningens ansvar. Bakgrundsvariablerna var; ålder, kön, utbildning/erfarenhet inom vårdarbete samt ansvarsområde.

Tillvägagångssätt

Före start av studien informerades och inhämtades tillstånd av berörda verksamhetschefer inom sjukhus, primärvård och kommun, för att genomföra studien. Efter medgivande till studien kontaktades berörda vårdenhetschefer via brev och telefon, som i sin tur förmedlade kontakten med deltagarna som uppfyllde inklusionskriteriet för studien. I informationsbrevet till berörd vårdpersonal framgick vem som skulle genomföra intervjuerna vid första omgången och övriga tillfällen, att deltagandet var frivilligt, att svaren skulle behandlas konfidentiellt och att resultatet inte skulle kunna härledas till en viss person. Därefter gav deltagarna skriftligt sitt medgivande till intervjuer vid tre tillfällen. Deltagarna i föreliggande studie har intervjuats för tredje gången vilket är ett år efter utbildningens slut. Intervjuerna genomfördes hösten 2008 av författaren efter att deltagarna blivit uppringda och tillfrågade om medverkan deltagarna fick välja lokal efter önskemål. Intervjuerna gjordes på deltagarnas arbetsplatser förutom i ett fall när en önskade bli intervjuad i hemmet. Intervjuerna pågick under 30 minuter till 60 minuter, spelades in på band och aidentifierades genom att erhålla en kod. Den första intervjun vid detta tredje intervjutillfälle sågs som en provintervju för att ge möjlighet till att korrigera och lägga till frågor. Frågor som lades till var: Hur deltagarna upplevde att arbeta med ett bedömningsinstrument, ledningens ansvar samt samverkan med läkarna. Efter tre intervjutillfällen tillkom frågan om de upplevde någon skillnad i arbetet före och efter riskbedömningarna. Några fördjupande frågor ”probes” lades till som t.ex. ”Hur tänker du då? Vad tror du det beror på?”

Dataanalys

I denna studie har enbart datamaterial från det tredje intervjutillfället använts.

En kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (30) har valts som metod för bearbetning av insamlad data. Graneheim och Lundman (30) beskriver kvalitativ innehållsanalys som en tolkning av textens underliggande budskap. Det innefattar att identifiera meningsbärande enheter utifrån studiens syfte, kondensering av text, koder och att kategorier och teman formuleras. Författaren av denna studie har lyssnat på intervjuerna och skrivit ut dem ordagrant och har läst igenom texten för att söka variationer, skillnader och likheter. Texten delades in i meningsbärande enheter som sedan kondenserades vilket enligt Graneheim och Lundman (30) innebär att förkorta de meningsbärande enheterna utan att förlora kärnan i innehållet. Dessa skrevs sedan som koder som därefter utifrån skillnader och likheter sorteras in i subkategorier och kategorier, exempel visas i tabell 1 nedan.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondenserad mening	Kod	Subkategori	Kategori
Men just det där lilla målet vi ger tre gånger om dagen och så fyra med kvällsfikat det är, det är ganska lätt (ett lätt sätt) och få i lite extra fett och energi	Det är lätt att få i extra fett och energi via mellanmålen.	Extra energi i mellanmålen	Mellanmål	Säkerställa näringsintaget
Som våra KOL patienter och sen ska man pressa dom, dom vet själv att dom behöver men dom har fullt sjå och andas.	KOL patienter har ibland arbetsamt med andningen, är då svårt att orka äta.	Personer med sjukdomen KOL	Sjukdom	Tillstånd som utgör en risk för undernäring
Vi gör ju en riskbedömning på alla nya hemsjukvårdspatienter	Gör riskbedömningen på alla nyinskrivna hemsjukvårdspatienter	Riskbedömer alla hemsjukvårdspatienter	Riskbedömning	Ett strukturerat arbetssätt

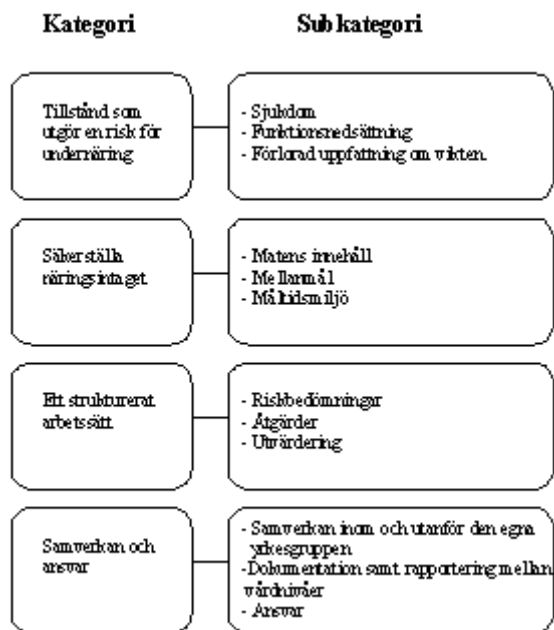
Forskningsetiska överväganden

Forskningsetiskt tillstånd är inte nödvändigt vid denna typ av studie eftersom deltagarna är vårdpersonal, inte befinner sig i någon beroendeställning och deltagandet var frivilligt och kunde avbrytas när helst så önskades. Inga personer kommer att kunna identifieras då den utskrivna texten aidentifierats och materialet förvarades inlåst. Resultatet i studien presenteras så ingen av deltagarna går att identifiera. Det är viktigt att den som intervjuar visar ödmjukhet så att den som intervjuas känner trygghet inför samtalet. Intervjupersonen har inte anställning inom samma kommun som de intervjuade.

Resultat

Resultatet av studien presenteras i löpande text och en figur utifrån de kategorier som formats vid analysen. Kategorierna beskrivs i löpande text och med citat från intervjuerna. Parentesen efter varje citat visar från vilken intervju citatet är hämtat. Texten beskrivs utifrån olika vårdnivåer, och inom en kommun. Där resultatet skiljer sig ses det i beskrivningen att det handlar om slutenvård, primärvård eller kommunen. Om inte vårdnivån finns utskrivet betyder det att inga skillnader gick att urskilja.

Vid analysen formulerades kategorier och subkategorier. Kategorierna som framkom var *Tillstånd som utgör en risk för undernäring, Säkerställa näringsintaget, Ett strukturerat arbetssätt samt Samverkan och ansvar*. Dessa kategorier beskriver deltagarnas uppfattningar och reflektioner omkring tillstånd som utgör risker för undernäring, vad som kan förbättra näringsintaget samt hur ett strukturerat arbete enligt ett mätinstrument bedrivs. Vidare beskrivs samverkan mellan egna och andra yrkeskategorier, mellan vårdnivåer och ansvaret omkring arbetet med näringsfrågorna.



Figur 1. Sammanställning av Kategorier och subkategorier.

Tillstånd som utgör en risk för undernäring

Kategorin framkom ur subkategorierna *Sjukdom*, *Funktionsnedsättning* och *Förlorad uppfattning om vikten* och beskriver deltagarnas uppfattning av tillstånd som kan utgöra en risk för den äldre personen att drabbas av undernäring.

Sjukdom

De intervjuade beskrev att när den äldre personen inte äter påverkar det dennes totala status och att personer som läggs in för akut sjukdom på sjukhus också ofta är undernärda. Det berättades att personer med olika sjukdomstillstånd kan behöva extra energi och dessa hade en ökad risk att drabbas av undernäring. Sjukdomarna som nämndes var Parkinsons sjukdom, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) och astma. Personer med KOL uppgavs ofta ha svårigheter att äta beroende på andningsproblem och ångest. Vidare beskrev vårdpersonalen att det upplevdes svårt att hantera när den äldre inte kunde eller ville äta.

”Det är ju många av dom här astma och KOL patienterna och Parkinson dom behöver alltså mycket mycket mer energi, dom bara går ner dom och är inte riktigt medvetna själv heller att dom behöver äta så mycket mer nej men det är ju svårt ”(10)

”Jag kan ju tänka mej en då som trots att hon var så väldigt väldigt sjuk, helt orienterad och hade en sån vilja, hon ville ville ville verkligen (äta) men kunde inte ”(1)

Funktionsnedsättning

De intervjuade beskrev att de äldre kunde ha sväljsvårigheter och svårt att tugga och då behövde kosten anpassas. Från kommunen beskrevs att äldre som inte hade förmåga att uttrycka sig när de var hungriga erbjöds lämplig mat och det skedde ofta. Inom primärvården poängterades att äldre som bodde i eget boende och inte hade förmågan att följa kostråd kunde ha behov av insatser från kommunens hemtjänstpersonal. Det var ett problem när personen inte ville ha hemtjänst då denne kunde behöva hjälp med t.ex. mellanmål.

”Ja allihopa är ju en väldig riskgrupp just dom här som är så dom kan ju inte äta själv och, här försöker man ju alltid att erbjuda och man ser ju om dom säger ifrån men försöker, vi tog upp en dam på en teamträff nu som går ner i vikt och jättesvårt att få henne och äta och sätter tungan för och det är den problematiken då så att då försöker vi anpassa kosten så att det ska gå lätt och svälja ner när hon fått in det i munnen”(5)

”För det är ju inte bara att vi går dit och säger jamen du behöver ju äta mellanmål, klara den äldre inte det själv och inte har någon hemtjänst så blir det inte det någonting, nä”(10)

Förlorad uppfattning om vikten

Deltagarna uppgav att den äldre kunde förlora uppfattningen om sin egen vikt. Det kunde handla om att den personen hade förlorat mycket vikt men själv inte hade uppmärksammat det, något som förvånade de intervjuade. Det beskrevs att de äldre inte såg hur smala de var, inte hade reflekterat över att vikt gått ner eller vad orsaken till vikt förlusten kunde vara.

”Ja jag tycker att dom äldre ofta har väldigt dålig koll på hur mycket dom väger ofta vet dom inte eller också tror dom att dom väger tio kilo mer än vad dom gör så”(10)

Säkerställa näringsintaget

Kategorin formades från subkategorierna *Matens innehåll*, *Mellanmål* samt *Måltidsmiljön*.

Här beskrivs de intervjuades uppfattning och reflektioner omkring matens innehåll vikten av att servera mellanmål samt måltidsmiljöns betydelse för att förbättra näringsintaget hos äldre.

Matens innehåll

De intervjuade påtalade att det var viktigt med ett bra näringsinnehåll för personer som åt lite och att berikad mat skulle ges till den som åt små portioner. Vidare att ett enkelt sätt att tillföra extra energi var att lägga en smörklick på maten. De kunde även beställa energirik mat från central köket och framföra önskemål om någon var undernärd. Men att det inte alltid gick att påverka val av maträtter eftersom köket följde sina rutiner. Deltagarna påpekade att det skulle vara ett större utbud på mellanmål och mer anpassat till vad de äldre tycker om.

”Försöker att berika maten, det gör vi ju och i potatismos brukar vi ju häva i en stor klick med Bregott då gör vi ju det så”(12)

”Jag skulle ju vilja att dom äldre fick vispgräddde chokladpudding och att man äter efterrätt i stället fast det styr ju inte vi över det är ju köket det”(6)

Mellanmål

Mellanmålens betydelse har uppmärksamats och det arbetas numera mycket med dessa, enligt de intervjuade. Energitäta mellanmål har blivit vanligare då det är ett lätt sätt att se till att den äldre får i sig extra näring och energi. De intervjuade beskrev att det hade visat sig att servering av mellanmål var viktigt bl.a. uppgavs att när färre mellanmål hade serverats så gick personerna ner i vikt. När serveringen av mellanmål ökade igen så sågs vikterna gå uppåt hos de äldre. Från kommunen beskrevs att personerna ökade i vikt sedan de flyttat till särskilt boende eftersom där fick de mat och mellanmål mer kontinuerligt. I primärvården poängterades att för personer i eget boende förekom ofta en lång nattfasta.

”Så att det kan jag väl nästan säga är ja nästan alltid, att dom ökar i vikt när dom väl flyttar in och dom får ju mer kontinuerligt det här med mat och mellanmål och så än när dom bor i ett eget boende”(4)

”Man upptäcker ganska ofta tycker jag att det är lång nattfasta för dom här som bor hemma, det är det. Säg att dom äter sin lunch och blir så mätt, på den på kvällen behöves inte så mycket och det blir en smörgås på eftermiddagen och sen blir det ingenting till morgon. Det är ganska vanligt att äldre äter så” (10)

På alla de tre vårdnivåerna uppgavs att användandet av näringsdrycker hade minskat efter att servering av kraftigare mellanmål hade börjat. Några menade att näringsdrycker inte fungerade så bra eftersom många tröttnade på dryckerna eller inte tyckte om dem. Andra uppgav att näringsdrycker var det bästa och lätt att ta till.

”Jag är jag tillhör dom som inte är så intresserad av näringsdrycker, tycker inte det är något, en eller två sen brukar dom inte vilja ha någon mer. Men tycker dom om dom så visst får dom näringsdrycker men oftast fungerar det inte” (6)

Inom slutenvården beskrev vårdpersonalen att det var svårt att komma ihåg att ge mellanmål t.ex. när de hade överbeläggningar på avdelningen och när det var stressigt.

”Men alltså ibland är det jättestressigt vi kan ha fyra sex överbeläggningar i korridoren alltså då är det jättesvårt att komma ihåg alltihopa det att komma ihåg visst ja femman två måste ha ett mellanmål, det kan vara svårt många gånger” (12)

Måltidsmiljön

Hur måltidsmiljön kunde utformas berodde på personens förutsättningar, enligt de intervjuade. Måltidsmiljön påpekades vara viktig för den sociala samvaron och en trivsselfråga. Det poängterades att störande moment vid måltiden skulle minimeras, att lugn och ro och trevlig dukning kunde förbättra måltidsmiljön. Att få hjälp av personal i lugn och ro poängterades av de intervjuade, men i slutenvården var detta svårt att göra då antalet vårdpersonal över lunchtid hade minskats. Många uppgavs behöva hjälp med matning och det skulle löna sig med extra personal i samband med måltiderna, enligt de intervjuade. Både kommunen och samhället skulle tjäna på den insatsen eftersom när personen får i sig för lite näring kan olika komplikationer uppstå och den äldre bli mer vårdkrävande, enligt deltagarna.

”Jag menar vi har ju många matningar och kan inte ge det där lilla lugnet vi måste ju gå på rasterna och sen har man kanske bara två personal ute och passar hela avdelningen och så har man fem sex matningar som man lägger sist” (3)

”Äter man inte får man inte i sej tillräckligt jag menar alltså att det får så mycket följdkomplikationer. Jag kan ju tycka jag att i längden så tjänar man på att vara en personal extra för hur mycket kostar det inte för samhället och ha dom på sjukhus en vecka och i vi blir faktiskt äldre så att jag tror jag i alla fall i slutändan så tjänar både kommuner och samhälle på att sätta in någon personal extra för att hjälpa det tycker jag” (12)

Deltagarna menade att det går att förändra ätandet då de upplevt att personer ökat i vikt när de haft sällskap och ätit tillsammans med andra i gemensam matsal. Att äta ensam var ett problem som beskrevs främst inom primärvården när den äldre bodde i eget boende. Vidare att om personen hade varit inlagd på sjukhus, näringstillståndet bedömts och åtgärder satts in så fanns det ändå en risk att undernäring kunde utvecklas vid hemkomsten om inte insatserna fortsatte där, menade de intervjuade.

”Flyttar dom till något annat boende och ja att dom flyttar till en lägenhet så att dom kan äta med andra då kan man förändra”(10)

”Men jag förstår ju det är ju jättesvårt för dom alltså att då försöker vi göra så gott vi kan här (på sjukhuset) och så är situationen ute i kommunerna (i eget boende), som den är alltså att det är så lätt hänt att dom blir undernärld” (12)

Ett strukturerat arbetssätt

Denna kategori framkom ur subkategorierna *Riskbedömningar*, *Åtgärder* samt *Utvärdering*. Kategorin beskriver deltagarnas reflektioner och uppfattning omkring att arbeta strukturerat efter ett mätinstrument samt att sprida arbetet vidare.

Riskbedömningar

Enligt de intervjuade så hade riskbedömningar med hjälp av MNA instrumentet, för att se om den äldre har risk för eller är undernärld, införts på de arbetsplatser där det var planerat. Det beskrevs att det tidigare inte alltid hade varit så lätt att uppmärksamma och få kontroll över den äldres näringstillstånd.

”Gör man den här riskbedömningen på alla hemsjukvårdspatienter så fångar man ju upp dom väldigt tidigt börjar planera direkt ja så att jag tycker att det är bra” (6)

Vårdpersonalen beskrev att införandet av riskbedömningar hade påverkat deras arbete. Vårdpersonalen uppgavs ha blivit mer observanta på äldre som äter och dricker dåligt, att arbetet omkring näringstillstånd hade förbättrats och att alla var mer noggranna med att ge mellanmål. Det upplevdes som en tidsvinst att riskbedöma då arbetet var strukturerat och alla visste hur de ska gå till väga med bedömningarna.

”Och så är det så mycket lättare som personal och se jaha nu har dom risk för undernäring och då blir det lite spännande och följa hur lyckas vi med det här då ” (4)

De intervjuade uppgav att sjuksköterskan var den som utförde riskbedömningarna, bedömningsinstrumentet upplevdes enkelt att arbeta med och det beskrevs positivt att få mäta och kunna se resultat.

”Det är ett mätinstrument och jag mäter vad jag gör, jag ser ett resultat, ja så det är ju bra” (6)

När äldre flyttade in till ett särskilt boende gjordes riskbedömningar för undernäring på alla och i samverkan med kontaktpersonen inom någon vecka, enligt de intervjuade. Det beskrevs att riskbedömningarna gjordes vid ankomstsamtalet inom slutenvården. Vidare beskrev deltagare att ibland blev bedömningar inte gjorda och det var t.ex. när arbetsbelastningen på avdelningen var hög, vikarierna var många och det bidrog till att vikt och längd kunde fattas.

”Och sen ibland är det väl på grund av stress (på sjukhusavdelning) då att man inte hinner med och det blir ju inte bättre av att dom drar ner på personal hela tiden. Men ja att det glöms bort tror jag också” (2)

Inom primärvården beskrevs att alla som blev aktuella för hemsjukvård riskbedömdes och det skedde tillsammans med hemtjänst och ibland deltog enhetschefen. Det poängterades att en del inte fångades upp i tid och då kom insatserna in för sent.

”När det blir bestämt om hemsjukvård på någon då som man inte har haft någon koll på utan den har haft hemtjänst i tio år och så tänker man, att oj har det varit så här, har han ätit så här dåligt, och kommun kommer in lite sent hos en del man kanske ja... jag tror att man skulle behöva göra (bedömningar) på många fler fånga upp dem lite tidigare, ja ja men vi har inte haft någon riktig ide hur vi skulle kunna göra nä ja” (10)

Åtgärder

I slutenvården lades en standardvårdplan upp av sjuksköterskan om det visade sig att den äldre var i risk för undernäring och då ingick kost-och vätskeregistrering, enligt deltagarna. Inom kommunen följdes vikten upp en gång i månaden, en måltidsordning lades upp med energirika mellanmål som fördelades över dygnet för att minska nattfastans längd. Även inom primärvården beskrevs det att måltidsordning ordnades och att vikten följdes regelbundet.

”Vi lägger ju upp en sådan här vad heter dom nu då, ja standardvårdplan heter dom å följer man lite kost och vätskeregistrering på han då” (2)

”Är det risk för undernäring då blir det i och för sej, så är måltidsordningen att man ska ha mellanmål och så här men att dom då får koncentrera sej på mycket kaloririka mellanmål då” (9)

Ibland kunde infusioner ordinerats för att förbättra allmäntillståndet och stimulera den äldre till att äta och dricka.

”Det är ju många gånger med våra patienter att får dom ett dropp då kanske dom orkar sen att äta och dricka och fått lite bättre allmäntillstånd” (3)

Utvärdering

I slutenvården uppgavs att vikter kontrolleras en gång i veckan eller vid behov men de intervjuade påpekade att vikter inte alltid följdes upp. Att utvärderingar inte gjordes kunde bero på hög arbetsbelastning vid överbeläggning eller låg bemanning. Ingen vikt hade då tagits innan hemgång och utvärdering kunde därför inte ske, enligt de intervjuade. Om äldre var inlagda på sjukhus och behandlades med vätskedrivande vägdes de dagligen enligt ordination av läkare.

”Men det är just det jag säger att när det blir nerdragningar och det var så tufft nu så det jag ser är att det fallerar, så har det varit vid utvärderingarna vi kanske inte har fått utgångsvikt heller och det behövs bara det så blir hela faller det liksom ” (1)

”Om dom står på vätskedrivande har dom vikt x 1 dagligen och då blir det ju gjort” (2)

Inom kommunen följdes riskbedömningarna upp en gång per år på alla äldre eller tidigare vid behov uppger de intervjuade. Vikt följdes en gång i månaden på dem som hade risk för eller undernäring. Inom primärvården beskrev de intervjuade att utvärdering gjordes av vikter någon månad efter riskbedömningen samt hur det gick att äta. Att regelbundet följa utvecklingen av vikt var ett bra sätt för att kunna utvärdera, enligt alla intervjuade.

”Ja och jag kan visa hemtjänsten hon äter inte, du ser ju här, jag kan ju gå dit och visa hon går ju ner i vikt, inte upp i vikt” (6)

Samverkan och ansvar

Kategorin samverkan med andra framkom ur subkategorierna *Samverkan inom och utanför den egna yrkesgruppen*, *Dokumentation samt rapportering mellan vårdnivåer* och *Ansvar*. Här beskrivs hur de intervjuade uppfattade och reflekterade över samverkan med andra yrkeskategorier, mellan vårdnivåer samt ansvaret omkring nutritionen .

Samverkan inom och utanför den egna yrkesgruppen

Samverkan inom och mellan de olika yrkeskategorierna sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut samt undersköterskor beskrevs ha utvecklats i och med det preventiva arbetssättet, något som påtalades av samtliga intervjuade. Dietist fanns att rådfråga på alla vårdnivåer vid större problem omkring nutritionen. Läkarna var inte skärskilt informerade att ett preventivt arbetssätt hade införts enligt de intervjuade och deras intresse för näringsfrågor uppgavs variera. Samarbete med läkarna förekom främst när det gällde att bedöma och ordinera infusion eller sondmat. Genomgående på vårdnivåerna upplevdes bra stöd från chefen och vikten av dennes medverkan för att driva det preventiva arbetet poängterades av de intervjuade.

”Jag tycker vi har samverkan med andra (andra yrkesgrupper) det har utvecklats under det här året”(10)

”Ja det är ju när det blir sondmatning och sånt där dropp som dom (läkarna) kommer in och sväljsvårigheter och allting sånt där när man säger att det inte går” (3)

Samverkan beskrevs av de intervjuade, även innebära att det preventiva arbetssättet enligt utbildningsprojektets syfte, allt eftersom skulle spridas till all personal på alla vårdnivåer. Det rapporterades inte ha varit så enkelt att motivera och sprida arbetssättet till övrig vårdpersonal. Att informera arbetskamrater om hur de skall arbeta och att ge information till dem som inte deltagit i den ursprungliga utbildningen upplevdes svårt.

”För det är inte riktigt samma ändå nä om man har varit med och fått hela biten själv så det är inte så himla enkelt ändå att tala om att så här så ska du göra”(10)

Dokumentation samt rapportering mellan vårdnivåer

Vårdpersonalen beskrev att samverkan mellan vårdnivåerna skedde via dokumentation och rapporter i dataprogrammet Meddix som finns på alla vårdnivåer, dokumentation i omvårdnadsepikris eller via informationsblad. De intervjuade påtalade brister i dokumentation och rapportering mellan vårdnivåerna då det inte skedde konsekvent. Det beskrevs att när de äldre förflyttades mellan vårdnivåerna så kunde det framgå att riskbedömning gjorts men inga åtgärder fanns dokumenterade. Inga gemensamma rutiner angående överrapportering av riskbedömningar mellan vårdnivåerna finns, vilket enligt de intervjuade bidrog till att resultatet av riskbedömningarna och åtgärderna inte alltid rapporterades. Något som i sin tur kunde bidra till att helheten om den äldres näringsstatus förlorades.

”För just nu står det ju oftast i status och det blir det är lite si och så om man får in det i dokumentationen eller inte just det här om dom har risk ” (2)

”Ibland så ser man att dom har gjort dom här bedömningarna men inte åtgärder och så där just utan man har noterat att man har gjort det och att det är risk och sen inte så mycket mer med det. Så ja det känns väl som vi jobbar lite på var sitt håll tyvärr ja”(5)

Ansvar

Sjuksköterskan ansvarade för att göra riskbedömningar, ordinera typ av näringstillägg och dess konsistens, enligt de intervjuade. Undersköterskorna ansvarade att signalera om problem uppstod. Chefens ansvar ansågs vara att ge förutsättningar i form av adekvat antal personal, att de har god kunskap om näring, om ätande och om att mata andra. De intervjuade inom vårdnivåerna poängterade att alla som arbetar omkring den äldre har ett ansvar att uppmärksamma hur denne äter och dricker.

”När jag är ansvarig sjuksköterska så är det ju mitt ansvar att riskbedömningarna blir gjorda” (2)

”Alla har väl ett ansvar att nämna och se om det är någon som är dålig och äta och dricka eller så”(11)

”Chefen har ju givetvis ett ansvar att det finns personal som kan mata om det behövs eller att det finns personal som har kunskap också så hon har ju ett ansvar för att det bedrivs en god omvårdnad som det är sagt och att det finns utrymme för det” (11)

Diskussion

Huvudresultat

Studiens syfte var att beskriva deltagarnas uppfattning omkring risker för undernäring hos den äldre personen och det preventiva arbetet för att förebygga undernäring på olika vårdnivåer inom en kommun. Resultatet presenteras utifrån fyra kategorier. *Tillstånd som utgör en risk för undernäring, Säkerställa näringsintaget, Ett strukturerat arbetssätt samt Samverkan och ansvar.* Tillstånd som beskrevs utgöra risk för att drabbas av undernäring var sjukdomar, funktionsnedsättning samt förlorad uppfattning om vikten. Att säkerställa näringsintag innefattade matens innehåll, mellanmål och måltidsmiljö. Ett strukturerat arbetssätt handlade om riskbedömningar, åtgärder samt utvärdering. Vidare beskrevs vikten av samverkan inom och utanför den egna yrkesgruppen, mellan vårdnivåerna samt ansvaret omkring arbetet med näringsfrågorna. Vårdpreventivt arbetssätt upplevdes spara tid, tydliggöra vad som behöver göras och möjliggöra utvärderingar. Läkarens medverkan i preventivt arbetet behöver klargöras och rutiner för spridning av arbetssättet till andra enheter formas. Beslut behövs om hur bedömningar av näringstillstånd, dess åtgärder ska dokumenteras och rapporteras för att

säkerställa en patientsäker vård mellan de olika nivåerna. Att observera näringsintag, rapportera resultatet samt att chefen stöder det preventiva arbetet ansågs vara viktigt.

Resultatdiskussion

I resultatet i föreliggande studie framkom att om den äldre drabbades av olika sjukdomstillstånd och funktionsnedsättningar så utgjorde det en risk att drabbas av undernäring. I studier av Chia-Hui et al. (16) och Akner et al. (1) har sjukdom och hög ålder angivits öka risken att drabbas av undernäring. Att personen hade svälj och tuggsvårigheter nämndes av de intervjuade som ett problem att få i sig tillräckligt med mat. Detta belyses även i studier, av Chia-Hui (16) och Feldblum et al. (15) som visade att hög förekomst av tugg- och sväljproblematik i gruppen undernärda som medförde en risk att drabbas av undernäring.

I föreliggande studie poängterades att personer med kronisk obstruktiv lungsjukdom och Parkinson sjukdom var extra utsatta för att drabbas av undernäring. Odencrants et. al (31) hade i sin studie gjort Mini Nutritional Assessment (MNA) bedömningar på personer med sjukdomen kronisk obstruktiv sjukdom (KOL) vilket visade att nästan hälften av de identifierade hade undernäring och resterande utom två risk för. Kashihara (32) beskriver när det gäller personer med Parkinsons sjukdom att näringstillståndet och viktförhållanden måste observeras i ett tidigt skede. Enligt Lorefält (33) tappade tre av fyra personer med Parkinsons sjukdom vikt .

Inom primärvården i föreliggande studie upplevdes det bekymmersamt att nattfastan var lång, att personen inte hade hemtjänst när denne behövde hjälp med bl.a. mellanmål och att det var svårt att fånga upp dem i tid om de inte hade hemtjänst. I en studie av Salletti (34) sågs förekomst av undernäring hos mer än 50% av personerna som vårdades inom hemsjukvården. Vidare betonades att det bör fokuseras mer på rutiner omkring näringstillståndet hos personer med hemsjukvård. Ebrahimi och Wijk (35) hade kartlagt nattfastans längd vid ett särskilt boende och resultatet visade att nattfastan var lång, i genomsnitt 14,5 timmar. I föreliggande studie uppgav de intervjuade inom den kommunala verksamheten att en av åtgärderna vid undernäring är att minska nattfastan.

Inom slutenvården i föreliggande studie påpekades att om personen riskbedöms, visar risk för undernäring och åtgärder sätts in så finns det ändå risk för utveckling av undernäring när de kommer tillbaka till det egna boende i fall inga insatser sätts in där. Johansson et al. (36) såg

vikten av att följa nutritionstatus hos äldre som bor i eget boende och beskriver att om risken är identifierad är det möjligt att hitta individuella åtgärder för att förhindra undernäring.

Deltagarna i föreliggande studie uppgav att de vid risk för undernäring lade upp en standardvårdplan. Enligt socialstyrelsen (37) kan en standardvårdplan upprättas för grupper av patienter med samma diagnos, symtom, problem eller behandling.

Resultatet i föreliggande studie rapporterade att måltidsmiljön var viktig bl.a. genom att den äldre kan få sällskap vid måltiden, äter bättre och ökar i vikt. Wright et al. (38) bekräftar att det ges stimulans till att äta bättre i en gemensam matsal i stället för i ensamhet. I studien jämfördes personer som åt vid sina sängar med personer som åt i gemensam matsal på samma avdelning det visade sig att de som åt i matsal åt mera mat (38). Att få hjälp i lugn och ro av personal vid måltiden kunde göra att de äldre åt bättre, enligt resultat i föreliggande studie. Det är tidskrävande att mata och det visat sig att när omvårdnaden organiserades så personen matades av samma vårdpersonal minskade ätproblematiken (39). Florence Nightingale (25) betonade redan på sin tid att mat ska serveras utifrån patientens aptit, lust att äta och denna ska kunna välja mat själv utefter aptit och hälsotillstånd och olika matrutiner och vanor ska respekteras.

Genom att riskbedöma med instrumentet MNA menade deltagarna i föreliggande studie att det blev en tidsvinst, arbetssättet blev strukturerat och det upplevdes positivt att resultat gick att mäta. Flera studier har påvisat att MNA instrumentet varit användbart som bedömningsinstrument för att identifiera undernäring hos de äldre (8, 18, 40). Beck et al. (41) poängterade att MNA instrumentet identifierade risken för undernäring men att endast identifiera risken inte löser problemet. Harris et al. (42) skrev i sin studie att Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) är ett mer exakt mätinstrument för vidare bedömning av näringstillståndet liksom Harris och Haboubi (43) beskrev att MUST visade bra evidens och var snabbare att göra än de flesta mätinstrument. Flera studier har beskrivit vikten av att använda bedömningsinstrument vid risk för undernäring eller undernäring, att det upptäcks i tid och att många identifieras. Men det finns kritik på mätinstrumentet MNA då risk för undernäring kan överskattas (44,45,46, 22).

I föreliggande studie beskrevs att utvärderingen var en viktig del för att ett resultat av riskbedömningen skulle kunna påvisas och att följa viktutvecklingen var ett bra sätt för att

kunna utvärdera. Alfengård (47) uppgav i sin studie att personer med hjärtsvikt vägs regelbundet och mest frekvent. I föreliggande studie påpekades att vikten inte alltid följdes upp på personer med risk för undernäring men dagligen om de behandlades med vätskedrivande och läkaren hade ordinerat vikt dagligen. Kan detta bero på att läkarordinationer är självklara att följa till skillnad från andra riktlinjer påpekar författaren till denna studie. Enligt Emanuelsson (48) saknades utvärderingar nästan helt i den kommunala hemsjukvårdens journaler och kan jämföras med resultatet i föreliggande studie där den kommunala verksamheten och primärvården rapporterade om regelbundna utvärderingar.

Att sprida arbetssättet, att använda ett validerat mätinstrument, till andra som inte själva har deltagit i samma utbildningsinsats upplevdes inte vara enkelt, enligt de intervjuade i föreliggande studie. Att berätta så att andra arbetskamrater förstod nyttan och säga till andra hur de skall arbeta upplevdes svårt av deltagarna. I Forsman et al. (28) studie undersöktes användandet av forskningsresultat hos sjuksköterskor som arbetat under ett respektive tre år och forskningsresultat användes hos hälften eller mindre av dem. En av grupperna i deras analys som representerade hög användning av forskningsresultat var den som kallades instrumentanvändare. De menade vidare att det kan finnas faror vid användning av mätinstrument, utifall de som använder sig av instruktioner och regler inte reflekterar över konsekvenserna (28). Författaren till denna studie menar att detta är en viktig aspekt med tanke på att MNA instrumentet är bra för att identifiera risk men det krävs att sjuksköterskan betänker vilka åtgärder som behövs vidare i egna verksamheten och nästa vårdnivå. Rycroft-Malone et al. (27) påpekade att evidensbaserad patientcentrerad vård bara kan uppstå när en bredare definition av vad som räknas som evidens är antaget och att utmaningen består i att överföra detta i praktiken.

Samverkan mellan vårdnivåerna skedde i föreliggande studie ofta via skriftlig rapportering men inga gemensamma rutiner angående rapporter mellan vårdnivåerna av riskbedömningarnas resultat nämndes och kunde bida till att resultat och åtgärderna inte alltid överrapporterades. Enligt boken Näringsproblem i vård och omsorg (11) bör den äldre personens näringsproblem uppmärksammas mellan alla vårdnivåer, rutinmässig överföring krävas däremellan om näringsproblemen och behoven, något som ska ligga till grund för en individuellt anpassade åtgärder (11). De intervjuade i föreliggande studie påpekade att resultaten av riskbedömningen ska rapporteras till andra vårdnivåer så helheten om den äldres

näringsstatus inte förloras. Persenius et al. (26) beskrev i en studie att dokumentationen omkring nutritionen var bristfällig.

Läkare på de olika vårdnivåerna var inte speciellt insatta i det preventiva arbetet visade resultatet i föreliggande studie. De kopplades in vid större problem och tog ställning till ordination av infusion och sondmat. Det nämndes förvånande nog inget om de intervjuades uppfattning omkring frågor som gäller prevention och näringstillstånd och dialogen med läkaren. I boken *Näringsproblem i vård och omsorg* (11) beskrivs att läkaren är den som ytterst ska ta ställning till åtgärder som ska vidtas gällande näringstillståndet och som har det övergripande ansvaret för eventuella utredningar som leder till rätt behandling. Thoreson et al. (49) uppgav att bristfällig kunskap omkring näring bland medicinsk personal har lett till bristande uppmärksamhet gällande undernäring.

I föreliggande studie beskrivs att sjuksköterskan främst är ansvarig att riskbedömningarna görs samt att se till att personen har ett fullgott näringsintag och ordinera olika konsistenser och näringstillägg. McDougall et al. (50) samt Green och Watson (51) beskrev att riskbedömningar oftast utförs av sjuksköterskor. I föreliggande studie beskrevs även att stöd och medverkan från chefen var viktigt för att driva det preventiva arbetet. Chefens uppgavs vara ansvarig för att det fanns tillräckligt med personal som har kunskap om näring och hur matning ska utföras. Enligt Furåker och Berntssons studie (52) angående vårdenhetschefers mål och arbete beskrivs att de vill ägna mer tid till forskningsfrågor men att det dock ägnas minst tid till detta. De beskriver vidare att flertalet chefer inte medverkar i omvårdnadsarbetet vilket kan leda till att omvårdnaden inte utvecklas. Deltagarna i föreliggande studie uppgav att stödet och medverkan från chefen är viktigt och fungerade bra.

Metoddiskussion

Resultatet i föreliggande studie har analyserats med en kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (30). Urvalet av deltagare till utbildningsinsatsen skedde genom "maximun variation sample" enligt Polit och Beck (29). Det gav möjlighet att få spridning och variation på hur vårdpersonalen reflekterar var det stor variation på deltagarnas ålder, arbetsplatser, år i yrket, yrkeskategori samt att de arbetade i olika verksamheter inom slutenvård, primärvård och den kommunala vården.

Materialet till studien bearbetades enligt en kvalitativ innehållsanalys (30) vilket innebär en tolkning av textens underliggande budskap. Enligt Graneheim och Lundman (30) bör studiens trovärdighet granskas utifrån begreppen ”credibility”, ”dependability” samt ”transferability”. ”Credibility” beskrivs som bedömning av studiens giltighet, dependability avser materialets stabilitet och pålitlighet. ”Transferability” handlar om materialets överförbarhet.

Att välja intervju för att få svar på syftet med studien var det enda alternativet då resultatet fritt skulle avspegla deltagarnas olika reflektioner och upplevelser. ”Credibility” avser enligt Graneheim och Lundman (30) giltighet och genom att välja deltagare med stor variation på yrke, ålder och arbetsplats ökar det resultatets ”credibility” genom att svaren på studiens syfte fångas ur olika vinklingar. En svaghet kan vara att alla deltagare var kvinnor. Påpekas bör också att författaren till denna studie har arbetat med att riskbedöma med mätinstrumentet MNA.

Materialet till studien har diskuterats med handledare kontinuerligt under analysens gång, då indelning av kategorier och subkategorier skedde och därför har risken olikheter i analysen minskats, vilket enligt Graneheim och Lundman (30) ökar ”dependability”. En svaghet gällande analysprocessen kan vara att den gjordes en tid efter att intervjuerna var transkriberade och kanske kan ha påverkat analysarbetet så till vida att inte analysen gjordes sammanhängande. Författaren till föreliggande studie har försökt att belysa tillvägagångssätt så tydligt som möjligt för läsaren genom att beskriva urvalsmetod, deltagarnas inklusionskriterier, datainsamlingsmetod och analysprocessen genom underkategorier och kategorier för att öka ”transferability” enligt Graneheim och Lundman (30).

Resultatet kan ha påverkats då detta var det tredje intervjutillfället och deltagarna svarade ibland inte uttömmande utan hänvisade till förra intervjutillfället och tyckte att de upprepade något de berättat förut. Några av deltagarna i intervjuerna var inte så aktiva i arbetet omkring nutritionen idag utan blev inkopplade när särskilda behov uppstod.

Allmän diskussion

Av resultatet i föreliggande studie ses att nästan alla personer 70 år och äldre riskbedöms på de arbetsplatser som deltagarna representerar och de var positiva till det preventiva arbetssättet. Det upplevdes problematiskt att sprida arbetssättet vidare till andra verksamheter. Den äldres näringstillstånd och behov kunde riskeras då det inte alltid fanns utarbetade rutiner

för hur resultaten från riskbedömningarna skulle dokumenteras och rapporteras mellan vårdnivåerna och samverkan kunde ske sporadiskt. Det framkom att det var ett problem när personen bodde i eget boende, åt ensam och inte hade insatser från hemtjänsten när de inte helt klarade av matsituationen själva. Det påpekades att det gick att förändra ätandet om den äldre fick äta tillsammans med andra, fler äldre behövde fångas upp i tid eftersom viktnedgången kan ha pågått en längre tid innan den uppmärksammas. Resultatet visade också att läkarens roll var otydlig omkring arbetet med näringstillståndet och att de kom in i ett sent skede när problem redan uppstått. Slutsats: Läkarens roll och medverkan i det preventiva arbetet omkring näring behöver klargöras inom den kommunala verksamheten, primärvården samt slutenvården. Vidare behövs det utarbetas rutiner för hur det preventiva arbetet ska kunna spridas inom andra verksamheter men även hur den äldres nutritionsstatus och behov ska säkerställas mellan vårdnivåerna. Utifrån resultatet i föreliggande studie skulle en framtida studie omkring hur näringstillståndet hos personer 70 år eller äldre som bor i eget boende utan insatser ska säkerställas vara av intresse.

Referenslista

1. Akner G, Cederholm T. Treatment of protein-energy malnutrition in chronic nonmalignant disorders. *Am J Clin Nutr* 2001; 74: 6-24.
2. Brownie S. Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency? *Int J Nurs Pract* 2006; 12: 110-118.
3. Banks M, Ash S, Bauer J, Gasill D. Prevalence of malnutrition in adults in Queensland Public hospitals and residential aged care facilities. *Nutr Diet* 2007; 64: 172-178.
4. Saletti A, Lindgren EY, Johansson L, Cederholm T. Nutritional status according to mini nutritional assessment in an institutionalized elderly population in Sweden. *Gerontology* 2000; 46: 139-145.
5. Ödlund Olin A, Koochek A, Ljungqvist O, Cederholm T. Nutritional status, well-being and functional ability in frail elderly service flat residents. *Eur J Clin Nutr* 2005; 2: 263-270.
6. Blaum CS, Fries BE, Fiatarone MA. Factors associated with low body mass index and weight loss in nursing home residents. *J Gerontol* 1995; 50: M162-168.
7. Beck AM, Pedersen AN, Schroll M. Underweight and unintentional weight loss among elderly in nursing homes and in home care-problems requiring intervention. *Ugeskr Laeger* 2005; 3: 272-274.
8. Visvanathan R, Macintosh C, Callary M, Penhall R, Horowitz M, Chapman I. The Nutritional Status of 250 Older Australian Recipients of Domiciliary Care Service and Its Association with Outcomes at 12 Months. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51: 1007-1011.
9. Eriksson E, Eriksson T. Medicinska sjukdomar. Specifik omvårdnad. Medicinsk behandling. Patofysiologi. 2:a upplagan. Lund: Studentlitteratur; 2008.
10. Loane D, Flanagan G, deSuin A, McNamara E, Kenny S. Nutrition in the community - an exploratory study of oral nutritional supplements an a health board area in Ireland. *J Hum Nutr Dietet* 2004; 17: 257-266.
11. Socialstyrelsen. Näringsproblem i vård och omsorg. Prevention och behandling. 1:a upplagan. Stockholm: Modin-Tryck; 2005.
12. Svensk författningssamling. Lag om ändring i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. 2003:1-4.

Åtkomst 2009-01-03 från: www.SFS 2003:193

13. Elia M, Ritz P, Stubbs RJ. Total energy expenditure in the elderly. *Eur J Clin Nutr* 2000; 54: 92-103.
14. Pennington CR. Disease-associated malnutrition in the year 2000. *Med J* 1998; 74: 65-71.
15. Feldblum I, German L, Castel H, Harman-Boehm I, Bilenko N, Eisinger M m fl. Characteristics of undernourished older medical patients and the identification of predictors for under nutrition status. *Nutrition Journal* 2007; 6: 37.
16. Chia-Hui C, Schilling LS, Lyder CH. A concept analysis of malnutrition in the elderly. *J Adv Nurs* 2001; 36: 131-142.
17. Mamhihir AG, Ljungren G, Kihlgren A, Wimo A. Underweight, weight loss and related risk factors among older adults in sheltered housing. A Swedish follow-up study. *J Nutr Health Aging* 2006; 4: 255-262.
18. Persson MD, Brisman KE, Katzarskiks KS, Nordenström J, Cederholm TE. Nutritional status using Mini Nutritional Assessment and subjective Global Assessment Predict Mortality in Geriatric Patient. *JAGS* 2002; 50: 1996-2002.
19. Gustavsson K, Andersson J. Strokedrabbade kvinnors svårigheter med mat och måltider. *Vård i Norden* 2004; 1: 4-8.
20. Andersson JC, Gustafsson K, Fjellström C, Sidenvall B, Nydahl M. Meals and energy intake among elderly women - an analysis of qualitative and quantitative dietary assessment methods. *J Hum Nutr Dietet* 2001; 14: 467-476.
21. Larsson M, Rundgren Å. Geriatriska sjukdomar. 2:a upplagan. Lund: Studentlitteratur; 2003.
22. Kruiuzenga HM, Tulder MWV, Seidell JC, Thijs A, Ader HJ, Bokhorst-de van der Schueren MAE. Effectiveness and cost-effectiveness of early screening and treatment of malnourished patients. *Am J Clin Nutr* 2005; 82: 1082-1089.
23. Söderhamn U, Söderhamn O. Reliability and validity of the nutritional form for the elderly (NUFFE). *J Adv Nurs* 2002; 37: 28-34.
24. Tunedal U, Fagerberg I. Sjuksköterska inom äldreomsorgen - en utmaning. *Vård i Norden* 2001; 2: 27-32.
25. Nightingale F. Notes on nursing: What it is, and what it is not Philadelphia: J.B Lipincott company; 1992.

26. Persenius MW, Hall-Lord ML, Bååth C, Larsson BW. Assessment and documentation of patients' nutritional status: perception of registered nurses and their chief nurses. *J Clin Nurs* 2008; 17: 2125-2136.
27. Rycroft-Malone J, Seers K, Tichen A, Harvey G, Kitson A, McCormack B. What counts as evidence in evidence-based practice? *J Adv Nurs* 2004; 47: 81-90.
28. Forsman H, Gustavsson P, Ehrenberg A, Rudman A, Wallin L. Research use in clinical practice-extent and patterns among nurses and three years postgraduation. *J Adv Nurs* 2009; 65(6): 1195-1206.
29. Polit DF, Beck CT. *Nursing Research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
30. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24: 105-112.
31. Odencrants S, Ehnfors M, Ehrenberg A. Nutritional status and patient characteristics for hospitalised older patient with chronic obstructive pulmonary disease. *J Clin Nurs* 2008; 17: 1771-1778.
32. Kashihara K. Weight loss in Parkinson's disease. *J Neurol* 2006; 7: 38-41.
33. Lorefält B, Ganowiak W, Pålhagen S, Toss G, Unoson M, Granerus AK. Factors of impotence for weight loss in elderly patients with Parkinson's disease. *Acta Neurol Scand* 2004; 110: 180-187.
34. Saletti A, Johansson L, Cederholm T. Mini Nutritional Assessment in elderly subjects receiving home nursing care. *J Hum Nutr Diet* 1999; 12: 381-387.
35. Ebrahimi Z, Wijk H. En hypotesgenererande studie av nattfastans längd, undernäring och hälsorelaterad livskvalitet hos äldre. *Vård i Norden* 2008; 2: 33-36.
36. Johansson Y, Bachrach- Lindström M, Carstensen J, Ek AC. Malnutrition in a home-living older population: prevalence, incidence and risk factors. A prospective study. *J Clin Nurs* 2008; 18:1354-1364.
37. Socialstyrelsen. Standardvårdplaner.
Åtkomst 2009-05-24 från:
<http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2006/9200/sammanfattning2006-124-4.htm>.
38. Wright L, Hichson M, Frost G. Eating together is important: using a dining room in an acute elderly medical ward increases energy intake. *J Hum Nutr Diet* 2006; 19: 23-26.

39. Athlin E, Norberg A. Caregivers' attitudes to and interpretations of the behaviour of severely demented patients during feeding in a patient assignment care system. *Int J Nurs Stud* 1987; 24: 145-153.
40. Shum NC, Hui WWH, Chu FCS, Chai J, Chow TW. Prevalence of malnutrition and risk factors in geriatric patients of a convalescent and rehabilitation hospital. *Hong Kong Med J* 2005; 11: 234- 242.
41. Beck AM, Ovesen L, Schroll M. Original communication a six months' prospective follow-up of 65+ yrs old patients from general practice classified according to nutritional risk by the Mini Nutritional Assessment. *Eur J Clin Nutr* 2001; 55: 1028-1033.
42. Harris DG, Davies C, Ward H, Haboubi NY. An observational study of screening for malnutrition in elderly people living in sheltered accommodation. *J Hum Nutr Diet* 2008; 21: 3-9.
43. Harris D, Haboubi N. Malnutrition screening in the elderly population. *J R Soc Med* 2005; 98: 411-414.
44. Burden ST, Bodey S, Bradbum YJ, Murdock S, Thompson AL, Sim JM m fl. Validation of a nutrition screening tool: testing the reliability and validity. *J Hum Nutr Dietet* 2001; 14: 269-275.
45. Neumann SA, Miller MD, Daniels LA, Ahern M, Crotty M. Mini Nutritional Assessment in geriatric rehabilitation: Inter-rater reliability and relationship to body composition and nutritional biochemistry. *Nutrition & Dietetics* 2007; 64: 179-185.
46. Christensson L, Unosson M, Ek AC. Evaluation of nutritional assessment techniques in elderly people newly admitted to municipal care. *Eur J Clin Nutr* 2002; 56: 810-818.
47. Alfengård K, Klevsgård R. Nutrition inom vård och omsorg. Kartläggning av rutiner och utbildningsbehov avseende nutrition inom slutna vård och inom vården av äldre i olika boendeformer i ett län i södra Sverige. *Vård i Norden* 2005; 25: 42-47.
48. Emanuelsson K, Lindencrona C. Äldre och nutrition. Dokumentationen vid en medicinsk klinik och i kommunal hemvård samt en fallbeskrivning i samband med omsorg och vård i eget hem. *Vård i Norden* 2000; 56: 29-34.
49. Thoresen L, Rothenberg E, Beck AM. Doctors and nurses on wards with greater access to clinical dieticians have better focus on clinical nutrition. *J Hum Nutr Diet* 2008; 21: 239-247.

50. McDougall T, Knight S, Kirkwood B, Watson R. Reliability of nurse assessment of malnutrition risk in hospital patients. *J Clin Nurs* 2008;17: 2791-2792.
51. Green SM, Watson R. Nutritional screening and assessment tools for use by nurses: literature review. *J Adv Nurs* 2005; 50: 69-83.
52. Furåker C, Berntsson L. Vårdenhetschefers mål och arbete. *Vård i Norden* 2003; 23: 27-32.