

EXAMENSARBETE

Sjuksköterskors bedömning och hantering av undernutrition hos äldre patienter som vårdas på sjukhus

Enkätstudie

Nurses assessment and handling of malnutrition status of elderly patients treated in hospital

Questionnaire study

Examensarbete inom ämnet omvårdnad
C-Nivå, 15 Högskolepoäng
Vårtermin 2008

Emilie Wilhelmsson
Maria Wååg

Handledare: Anneli Lantz
Examinator: Eva Jakobsson

SAMMANFATTNING

Titel: Sjuksköterskors bedömning och hantering av undernutrition hos äldre patienter som vårdas på sjukhus.

Institution: Institution för vård och natur, Högskolan i Skövde

Kurs: Examensarbete, i omvårdnad, 15 Högskolepoäng

Författare: Wilhelmsson, Emilie; Wååg, Maria

Handledare: Lantz, Anneli

Sidor: 17

Månad och år: Maj, 2008

Nyckelord: Undernutrition, äldre, sjuksköterska och bedömning

Mer än 25 % av äldre patienter lider av undernäring under sin sjukhusvistelse. Detta problem har varit känt i ett flertal år. Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors bedömning och hantering av undernutrition hos äldre patienter som vårdas på sjukhus. Metoden som valdes till studien var en kvalitativ enkätstudie och dess svar bearbetades genom en kvalitativ innehållsanalys. Resultaten presenterades i sju olika teman: *Den kliniska blicken*, *Samlad bedömning*, *Bedömningshjälpmedel*, *Registrering av kostintag*, *Psykisk hälsa*, *Undersköterskans roll* och *Tidsbrist*. Konklusionen är att sjuksköterskor har tillräcklig kunskap och hjälpmedel för att kunna bedöma ett adekvat nutritionsstatus på sina patienter. Det som dock hindrar dem är den ständiga tidsbristen som gör att nutritionsfrågor prioriteras lägre. Undersköterskorna tar ofta på sig ansvaret för nutritionsbedömningen.

ABSTRACT

Title: Nurses assessment and handling of malnutrition status of elderly patients treated in hospital.

Department: School of Life Sciences. University of Skövde

Course: Thesis in nursing care 15 ECTS

Author: Wilhelmsson, Emilie; Wååg, Maria

Supervisor: Lantz, Anneli

Pages: 17

Month and year: May, 2008

Keywords: Malnutrition, elderly, nurse and assessment

In spite of the fact the situation has been well known for several years, more than 25 percent of elderly patients suffer from malnutrition during hospital care. The aim of this study was to describe the nurse's assessment of nutrition status among elderly patients treated in hospital. The chosen method was a qualitative questionnaire and by using a qualitative content analysis, the answers were processed. The results were presented in seven themes; *The clinical eye*, *Resources*, *Raised assessment*, *Registration of food intake*, *Mental health*, *Assistant nurse's role* and *Lack of time*. Our conclusion is that nurses have enough knowledge and aid to appraise an adequate nutrition status on their patients, but is prevented by constant lack of time resulting in nutrition questions being lower prioritized. Instead, the assistant nurse takes more responsibility for the nutrition assessment.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	1
Nutritionsstatus.....	1
Omvårdnadsteoretiskt perspektiv på nutrition	2
Den äldre kroppen	2
Aktuell forskning.....	3
Sjuksköterskan ansvar	3
PROBLEMFÖRMULERING	4
SYFTE.....	4
Frågeställningar	4
METOD.....	4
Val av informanter	5
Processen.....	5
Datainsamling.....	6
Analys.....	6
Etik	6
RESULTAT	7
Den kliniska blicken.....	7
Bedömningshjälpmedel	7
Samlad bedömning	8
Psykisk hälsa	9
Registrering av kostintag.....	9
Undersköterskans roll.....	10
Tidsbrist.....	11
METODDISKUSSION	11
RESULTATDISKUSSION.....	12
Vidare forskning.....	14
Konklusion	15
REFERENSLISTA.....	16
Elektroniska källor	17

BILAGA 1-3

INTRODUKTION

Hjälper vi som vårdare våra äldre (> 65+) att återställa hälsan under deras vårdvistelse, eller orsakar sjukvården ett vårdlidande? Flera studier visar att undernutrition förekommer hos runt 25 % av de äldre patienterna som vårdas på sjukhus (Persson, 2002; Socialstyrelsen [SOS], 2004; Larsson & Lundgren, 2003; Cederholm, 2006). Tidigare studier visar att siffror ända upp till 40 % av de äldre som vårdas på sjukhus är undernutrierade (Larsson & Lundgren, 2003).

Då vi själva sett brister i rapportering och följsamhet beträffande patienternas födointag, har vi valt att göra en studie för att se hur sjuksköterskan på ett sjukhus i Västra Götalands Regionen arbetar kring nutritionsbedömningen hos sina äldre patienter. Vår förhoppning med studien är att hjälpa sjuksköterskor att sätta in rätt omvårdnadsåtgärder för äldre patienter som lider av undernutrition. Vilket ur ett större perspektiv kan leda till minskat onödigt lidande, en förbättrad överlevnadsförmåga samt minskade vårdkostnaderna för samhället (Persson, 2002). Socialstyrelsen (2004) har nämnt siffrorna 0,5-1 miljard kronor per år som kan sparas om vårdtiderna lyckas förkortas med hjälp av lämplig nutritionsbehandling.

Eriksson (2004) beskriver hälsa som en ständigt pågående process. Hälsans är en helhet, och helheten avgör individens upplevelse av hälsa. Det finns olika nyanser av hälsa: Att människan är en helhet som ständigt är i rörelse, att hälsan är relativ innebär att den varierar från människa till människa och även kulturella skillnader på synen av hälsa, hälsan är personlig och individbaserad och innebär att alla människor har sin egen hälsoreferens. Enligt International Council of Nurses [ICN], (2000) är sjuksköterskornas grundläggande ansvarsområden att främja hälsa, förebygga sjukdom, lindra lidande samt återställa hälsa.

Undernutrition är ett ohälsotillstånd som definieras som ett tillstånd av obalans mellan intag och omsättning av näringsämnen med ökad risk för sjuklighet (SOS, 2004). För att kunna tillgodose ICN fyra principer bör sjuksköterskans nutritionsstatusbedömning vara en viktig del i patientens omvårdnad för att undvika att patienten ska drabbas av undernutrition. Frågan är då hur sjuksköterskor hanterar bedömningen av patientens nutritionsstatus inom slutenvård?

Nutritionsstatus

Nutritionsstatus innebär att sjuksköterskan bedömer patienten utifrån en advekat anamnes. Anamnesen skall klargöra varför patienten sökt vård, patientens hälsohistoria/vårderfarenhet, pågående vård, överkänslighet, social bakgrund samt livsstil. Näringstillståndet dokumenteras enligt ett i Sverige väletablerat dokumentationssystem under sökord *Nutrition*. Under denna rubrik kan exempelvis munhållans kondition, aptit, matvanor, under- eller övervikt och kost beskrivas. Nutritionsstatus har en betydande roll för patientens välbefinnande och är en förutsättning för en god omvårdnad (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2000). Genom undersökningar och observation bör sjuksköterskan kontrollera patientens nutritionsstatus. Detta kan bestå i att hon/han kontrollerar energiintaget, vikt, aptit, se till att en tillfredsställande måltidsmiljö tillhandahålls, kontroll av urin, BMI (Body Mass Index), hud, samt blodprover (Larsson & Rundgren, 2003; Thorsdottir et al., 2005). Ett otillfredsställande

nutritionsstatus kan ha många olika orsaker, en bidragande faktor är att äldre ensamboende personer ofta har ett otillräckligt dagligt intag av energi och proteiner. Detta leder till att ett flertal äldre många gånger redan har ett dåligt nutritionsstatus vid inläggning på sjukhus. Utan åtgärder vid ett undermåligt nutritionsstatus ökar riskerna för komplikationer under patientens vårdtid (Ericson & Ericson, 2002). Det finns ett flertal hjälpmedel att tillgå för en tillfredsställande nutritionsbedömning exempelvis SGA (Subjective Global Assessment) som är ett frågeformulär där patienten fyller i svar på frågor som bland annat rör aptit och viktnedgång. Scin-fold test är ett annat hjälpmedel som kan användas vid bedömning av fett- och muskelmassaförluster genom att mäta överarmens omkrets (a.a).

Omvårdnadsteoretiskt perspektiv på nutrition

Kim (2000) beskriver att sjuksköterskans profession består i att lindra, upptäcka och förebygga ohälsa i alla specifika omvårdnadssituationer. Att ha information kring patientens omvårdnadssituation underlättar upptäckten av nya omvårdnadsproblem samt förhindrar att de uppstår. Det är därför sjuksköterskans ansvar att finna kunskap om de särskilda behoven avseende kosthållning och kostintag hos de äldre patienterna. Sjuksköterskan skall även få patienterna att medverka i vårdplanen avseende deras omvårdnadssituation. Patienternas medverkan gör att de har inflytande över sin situation och då ökar förutsättningarna för en god vård och relationen vårdare- patient stärks. Det har visat sig att vårdtagare på institutioner kan utveckla undernäring om delaktighet kring kosten saknas (a.a.). Omvårdnadsteoretikern Virginia Henderson beskriver sjuksköterskans funktion som den uppgift hon på eget initiativ kan åta sig och som hon är bäst kvalificerad att utföra, genom att göra sitt yttersta för att kunna uppnå största möjliga förståelse för de behov som patienterna har (Henderson, 1969). Henderson (1969) utgår från en patientcentrerad omvårdnad och hon förklarar att alla människor har gemensamma grundläggande behov, men olika sätt att tillfredsställa behoven. Utgångspunkten kommer bland annat utifrån patientens kultur och unika situation. Vid sjukdom och behandling förändras individens behov, vårdaren skall då hjälpa patienten med de dagliga rutiner som denne inte klarar själv. Henderson har tagit fram fjorton olika punkter som hon menar ingår i den allmänna omvårdnaden. En av dem är just att hjälpa patienten att äta och dricka (a.a). Omvårdnaden måste ta hänsyn till och genomföras efter patientens vanor och patientens uppfattning av hälsa och sjukdom. (Henderson, 1969).

Den äldre kroppen

I den äldre människans kropp sker vissa förändringar gentemot den yngres kropp. Den mest påtalade förändringen är att den totala mängden kroppsvatten minskar, detta på grund av att basalmetabolismen minskar samt att antalet celler i kroppen blir färre (Larsson & Rundgren, 2003; Steen, 2001). Larsson & Rundgren (2003) beskriver att mängden vatten i kroppen minskar från 65 % till 50-55 %. Kroppsutseendet omskapas genom att kroppens fett omfördelar sig, från extremiteterna till att lägga sig mer runt midjan (Steen, 2001). Även längden hos den äldre människan förändras. Ryggens kotkroppar pressas samman och minskningen kan bli upp till 5-6 cm (Larsson & Rundgren, 2003, Steen, 2001, Cederholm, 2001). Den naturliga viktnedgången beror på en minskning av kroppsmassan (Brownie, 2006; Cederholm, 2001) och då främst på den successiva minskningen av skelettmuskulaturen som inträffar hos äldre personer (Larsson & Rundgren, 2003). Dessa förändringar varierar

dock mycket från person till person och påverkas av ärftlighet, fysisk aktivitet, nutritionstillståndet samt sjukdom (Steen, 2001).

Ännu en förändring som sker är att den fysiska aktiviteten minskar (Larsson & Rundgren, 2003; Steen, 2001). Uträkningar som gjorts visar att från 30 års ålder fram till 80 års ålder minskar de totala energiutgifterna med cirka en tredjedel (Steen, 2001). Studier som gjorts har kommit fram till att äldre människor har ett ökat behov av vissa specifika näringsämnen gentemot yngre. Bland annat har äldre personer en ökad proteinomsättning. Ett för litet intag kan leda till vävnadsnekros, inflammationer (Steen, 2001), ökad risk för infektioner, trycksår och depression (Cederholm, 2001). Andra viktiga ämnen för äldre är vitamin D, kalcium, zink och kostfiber (Steen, 2001).

Aktuell forskning

En stor andel av de äldre patienterna på svenska sjukhus är undernuttrade (Harrysson, 2001; Antonsson, Robertsson & Wijk, 2005; Persson, 2002; Elmståhl, Persson, Andren & Blabolil, 1997). Undernutrition kan sammankopplas till förlängd vårdtid för patienterna (Persson, 2002; Holmén, Robertsson & Wijk, 2006; Tierney, 1996), vilket då också kan ge ökade sjukhuskostnader (Persson, 2002). Det kan även leda till att patienterna löper ökad risk för att drabbas av komplikationer såsom till exempel trycksår, nedsatt immunförsvar och ökad infektionsrisk (Antonsson et al., 2005; Persson, 2002; Harrysson, 2001; Johansson et al., 2006; Tierney, 1996). Dessa komplikationer kan för äldre patienter medföra risk för en förtidig död (Antonsson et al., 2005; Persson, 2002).

Tidigare forskning visar att 80 % av de äldre patienterna under det första dygnet under sin sjukhusvistelse inte åt eller drack någonting (Holmén et al., 2006). Vid de tillfällena då patienten inte själv kan kontrollera sitt näringsintag så måste sjukvården ingripa för att försäkra sig om att patienten täcker sitt näringsbehov (Cederholm, 2006). Flera studier påvisar att en bättre nutritionskontroll behövs på de äldre patienterna (Elmståhl et al., 1997; Holmén et al., 2006). Det framkommer att det är ett stort antal patienter som varken äter eller dricker tillräckligt, och att det borde införas rutiner kring patientens nutritionstatus. Ett sätt kan vara att föra mat- och vätskelista på alla äldre patienter (Holmén et al., 2006).

Sjuksköterskan ansvar

Det är sjuksköterskan som är ansvarig för en del av nutritionsbedömningen och ska identifiera eventuella problem som kan förekomma med födointag (Holmén et al., 2006; SOS, 2004).

Nutritionen utgör en del av den medicinska behandlingen, men är även en del av omvårdnaden (SOS, 2004). Det är sjuksköterskans arbetsuppgift att upprätthålla patientens omvårdnadsstatus (Ehnfors et al., 2000). Ett flertal studier visar att sjuksköterskor inte bedömer och ger individuellt anpassad mängd mat och dryck till patienterna (Persson, 2002; Harrysson, 2001). Sjuksköterskor uppfattar det komplicerat eller svårt att beräkna en patients energibehov samt att lägga upp en plan för dennes nutritionsbehandling, vilket blir ett bevis på att deras grundutbildning inte gett tillräcklig kunskap i ämnet nutrition enligt sjuksköterskorna själva (Johansson et al., 2006). Ett annat problem är att omvårdnadspersonal kan uppleva motstridiga känslor då de orsakar ett vårdlidande när de försöker att ge mat till

någon som har svårigheter att ta emot den eller inte vill ta emot den (Antonsson et al., 2005). Klara riktlinjer och en mer tydlig ansvarsfördelning, vilket i flera fall visat sig saknas, skulle kunna hjälpa personalen att ta motiverande beslut i nutritionsfrågor (Johansson et al., 2006). Sjukvårdspersonal ska alltid tänka på att all nutritionsbehandling alltid ska grunda sig på ett etiskt förhållningssätt (SOS, 1992).

PROBLEMFORMULERING

De äldre personer som drabbas av undernutrition riskerar att drabbas av ohälsa. Det tillhör sjuksköterskans arbete att försöka att förhindra och förebygga ohälsa i möjligaste mån. Det är viktigt att vårdpersonal reflekterar över nutritionens betydelse för kroppen och dess återhämtning under och efter sjukdom. Funderingar som dykt upp när vi tittat på tidigare forskning är, i vilken utsträckning och hur nutritionsbedömningar görs? Det ingår i sjuksköterskans omvårdnad att följa upp en patients nutritionsstatus samt tillgodose patientens näringsbehov.

SYFTE

Beskriva hur sjuksköterskor bedömer och hanterar undernutrition hos äldre under en sjukhusvistelse.

Frågeställningar:

Hur bedömer sjuksköterskan nutritionsstatus/nutritionsbehov hos den äldre (65+) patienten?
I vilken utsträckning gör sjuksköterskan nutritionsbedömning hos de äldre patienterna?
Hur bedömer sjuksköterskan undernäring hos denna patientgrupp?
Vilka åtgärder sätter sjuksköterskan in vid tecken på undernäring?

METOD

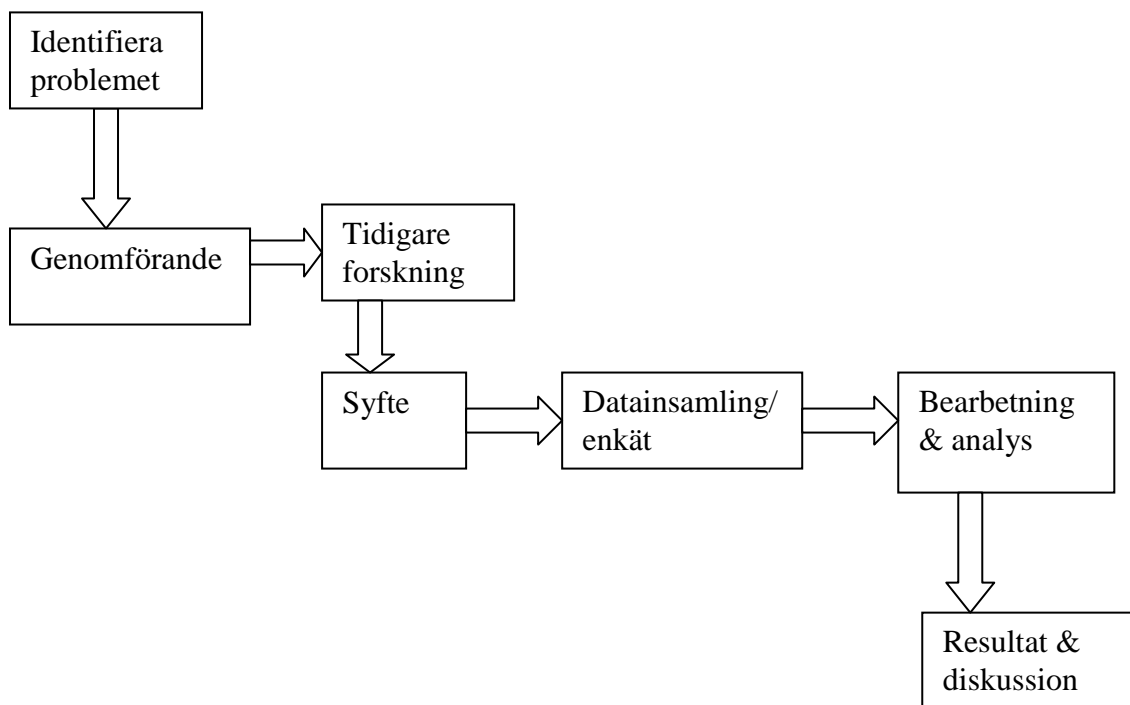
Syftet med denna studie är att beskriva hur sjuksköterskor bedömer nutritionsstatus hos äldre patienter under en sjukhusvistelse. Därför genomfördes en kvalitativ enkätstudie. Kvalitativ metod innebär att sjuksköterskornas subjektiva erfarenheter beskrivs i teman eller kategorier (Ruth, 1991; Olsson & Sörensen, 2004). Något som inte skulle komma fram om valet föll på en kvantitativ metod (Olsson & Sörensen, 2004). Inom denna kvalitativa metod väljer man även informanter mer strategiskt (Ruth, 1991), i detta fall sjuksköterskor med erfarenhet av att bedöma patienters nutritionsstatus.

Val av informanter

Inklusionskriterierna för medverkan i studien var att deltagarna var legitimerade sjuksköterskor med fastanställning eller var förordnande. De som inte uppfyllde inklusionskriterierna var timanställda sjuksköterskor, inhyrda sjuksköterskor från rekryteringsföretag, samt övrig omvårdnadspersonal. Detta då upphovsförfattarna tror att personal som inte känner sig hemma på sin avdelning kan uppleva en stress, vilket gör att nutritionsbedömningen kanske prioriteras bort av den anledningen. Ett sådant svar skulle då kunna stämma in med övriga sjuksköterskors svar, men av fel anledning. De deltagande sjuksköterskorna blev informerade om studiens syfte, se bilaga 2. Sjuksköterskorna som deltog i studien hade rätt att när som helst avbryta deltagandet eller avstå från att vara med i studien utan att uppge skäl till avbrottet. Det slutgiltiga urvalet utgjordes av 21 antal sjuksköterskor med i medeltal hade åtta antal år inom yrket. Av deltagarna var antal 20 kvinnor och antal 1 var man.

Processen

Studien genomfördes utifrån en kombination av Patel & Davidson (1994) och Ejlertsson (2005) modell för kvalitativ forskningsmetodik. Se figur 1.



Figur 1. Flödesschema över de olika stegen i en kvalitativ studie (Patel & Davidson, 1994; Ejlertsson, 2005).

Datainsamling

Åtta enhetschefer på ett länssjukhus i Västra Götalands Regionen kontaktades via elektroniskt brev med en förfrågan om intresse fanns bland sjuksköterskorna på avdelningen att delta i en enkätstudie. Berörda avdelningar var KAVA, GOA, MAVVA, Lungmedicin, Njurmedicin-, Ortoped-, Rematolog- och Nedre gastroavdelning. I breven med förfrågan gavs även information om studien (bilaga 1 och 2). Efter cirka två dagar kontaktades avdelningsföreståndarna för att se om intresse för deltagande fanns. Fyra avdelningar visade sig vilja vara med i studien. Enkäten lämnades över enligt överenskommelse med avdelningsföreståndaren vilket skedde via elektronisk post, brevpост eller personlig kontakt. Studiedeltagarna hade ungefär en vecka på sig att svara på enkäten. Av de fyra deltagande avdelningarna fanns sammanlagt 71 fastanställda eller förordnade sjuksköterskor och från dessa kom 21 enkäter in, vilket gav en svarsfrekvens på 29 %. Frågorna till studien konstruerades i linje med Ejlertssons (2005); (Bilaga 3).

Analys

När enkäterna samlats in, läste författarna igenom texterna flera gånger och antecknade stödord ur svaren på enkätfrågorna. Ur dessa kunde slutligen olika teman urskiljas ur materialet. Efter diskussion mellan författarna uteslöts vissa teman och andra tillkom. Med de olika teman uppställda, behandlades texterna återigen i sin helhet för att hitta nya vinklar utifrån de olika teman, dessa gav sedan svaret till syftet med studien, det vill säga resultatet. (Patel & Davidson, 1994; Kvale, 1991). De olika teman styrks av citat från enkäterna. Efter insamlandet gjordes kopior på svarsenkäterna för att författarna till studien fick egna duplikat av materialet. Författarna satt enskilt och gick igenom materialet i heltext upprepade gånger. Med fokus mot syftet för studien framkom sammanlagt elva olika teman. Därefter jämförde och diskuterade författarna sina olika teman. Svardsdata gick ytterligare igenom efter en djup analys av texterna utifrån de teman man först hade funnit. Ur dessa utvecklades det att bli sammanlagt sju slutgiltiga teman.

Etik

Informanterna informerades skriftligt om att studien är frivillig och att de när som helst kunde välja att avsluta den utan att behöva ge någon förklaring till varför. Avdelningsföreståndarna fick informationen även muntligt, se bilaga 1 och 2. Studien tillämpar kraven som Helsingforsdeklarationen (2000) nämner samt de som gäller mer specifikt för enkätstudier (Ejlertsson, 2005). Dessa är informationskravet om studien, som tar upp att deltagandet är frivilligt, konfidentialitetskravet som här innebär att obehöriga inte ska kunna identifiera enskilda deltagare eller kunna ta del av uppgifter, de ej har rätt till (Helsingforsdeklarationen, 2000; Ejlertsson, 2005) och nyttjandekravet som betyder att enkäterna med svar endast får användas till det syfte som uppgetts till deltagarna (Ejlertsson, 2005).

RESULTAT

Analysen resulterade i sju teman: *Den kliniska blicken; Bedömningshjälpmedel; Samlad bedömning; Psykisk hälsa; Registrering av kostintag; Undersköterskans roll samt Tidsbrist.*

Den kliniska blicken

Sjuksköterskor har teoretisk och praktisk kompetens inom omvårdnad. Dessa två tillsammans hjälper sjuksköterskan att utveckla sin kliniska blick. Med klinisk blick menas det som sjuksköterskan ser och känner. Med hjälp av denna börjar sjuksköterskan att tolka och bedöma patientens omvårdnadsbehov omedelbart vid mötet med patienten. Sjuksköterskorna i studien uppgav att frågor som uppstod vid vårdmötet till exempel kunde vara: Hur verkar patientens allmäntillstånd, trött/pigg/förvirrad, kroppsstorleken, mager/överviktig?

De flesta sjuksköterskor som deltagit i studien nämner denna blick, detta oavsett om de varit yrkesverksamma mindre än ett år eller upp till nästan 40 år. Det är av stor vikt att sjuksköterskan använder sin kliniska blick vid bedömning av patientens nutritionsstatus för få helheten av patienten. En av sjuksköterskorna i studien uttryckte sig så här:

”Den kliniska blicken talar om för mig om patienten är under/över eller normalviktig”

En professionell sjuksköterska bedömer patienten dagligen inkluderat nutritionsstatus med hjälp av kliniska blicken. Det är denna som ligger till grund för eventuella vidare undersökningar som ska tas upp på rondan med läkare. På rondan kommer sjuksköterskorna ibland med olika förslag till doktorerna på åtgärder som kan vara relevanta med hänsyn till nutritionsbedömningen. Detta gäller många gånger olika ordinationer. Ordinationerna kan till exempel gälla olika provtagningar, stöddropp till patienter som får i sig för lite vätska, och även speciella näringsdrycker. En sjuksköterska formulerade sig såhär:

”Läkarna får ordinera vissa näringsdrycker etc. Ofta efter våran bedömning, på grund av att de ej ser patienten lika mycket som vi”

Samtalen med läkaren kan handla om ordinerade läkemedel. Det kan visa sig att något av de eventuella läkemedlen som patienten står på, ger upphov till biverkningar som illamående vilket då kan som påverkar patienten mathållning. Om avdelningen inte har generella ordinationer på läkemedel som kan sättas in mot illamående tas detta upp med läkaren eller om en eventuell dosjustering ska ske.

Bedömningshjälpmedel

Patientens vikt och längd vid ankomst registreras på de några av vårdavdelningarna som medverkade i studien. BMI (Body Mass Index) kan räknas ut som ett stöd i nutritionsbedömning, när sjuksköterskan tror sig ha en patient som ligger i riskzonen för undernutrition. BMI räknas ut genom att dividera vikten med längden i kvadrat och om patienten har ett värde under tjugo räknas hon/han som underviktig. Några sjuksköterskor

nämner att BMI inte behöver vara lågt vid undernäring hos patienter, utan att matvanor och kostinnehåll spelar en väsentlig roll för undernutrition.

”Har även haft patienter som varit normalviktiga, men ändå varit undernärda, då de har ätit helt fel hemma”

Hudturgor bedöms av sjuksköterskorna med hjälp av bland annat *hudvecksnypp* för att avgöra om patienten är intorkad. En deltagare uttryckte sig:

”Nyper i skinnet för att se om patienten är intorkad”

Det framkom att sjuksköterskorna diskuterat med doktorerna om patientens eventuella bakomliggande faktorer till dålig aptit och undernutrition. Sjuksköterskan föreslog vid vissa tillfällen ytterligare undersökningar som exempelvis gastroskopi som kan vara en viktig del för en korrekt utredning av bakomliggande faktorer och som kan vara till hjälp för en korrekt nutritionsbedömning. Nortonskala används relaterat till trycksårsrisken hos undernärade äldre patienter. Citat från en sjuksköterska i studien:

”Jag använder en skala, så kallad Norton”

Nortonskalan är ett hjälpmedel för att bedöma patientens risk att utveckla trycksår och i skalan fyller sjuksköterskan i patientens poäng under respektive kategori. Födointag och vätskeintag är två kategorier av de sju som bedöms. Poängskalan är mellan fyra och ett, patienter som får tjugo poäng eller mindre bedöms som riskpatient för trycksårsutveckling. Detta är en riktlinje för en skärpt totalomvårdnad och trycksårsprofylax. I studien framkom även att tand och munstatus behöver ses över hos de äldre patienterna då detta kan påverka bland annat matlust och smak:

”Man försöker också ta reda på orsaken till minskat matintag, såsom minskad aptit, tandstatus”

Samlad bedömning

När patienterna kommer till avdelningen är det väsentligt att ta en ordentlig anamnes om nutritionen berättar sjuksköterskorna i studien. Det är viktigt att patienten själv om möjligt, alternativt anhöriga, beskriver sina egna alternativt anhörigas uppfattning av patientens matvanor. Alla människor har olika preferenser om vad som är ”rätt” mat och tillräckliga portioner. Vissa sjuksköterskor som deltog, intervjuade patienterna om deras kostintag och måltidsvanor för att kunna göra en riktig kostanamnes. I samtalet som görs under denna intervju kunde sjuksköterskan hitta riskpatienterna för undernutrition och beräkna uppskattat närings- och energiintag. Det som bör ingå i en kostanamnes är bland annat aptit och tidigare kostvanor. När patienten inte kan uppge information om sina kostvanor till exempel vid demens är anhöriga en hjälp för patienten. Sjuksköterskan behöver relevant information gällande patientens kost och vanor. Detta för att kunna göra en bedömning av patientens nutritionsstatus och nutritionsbehov. Anhöriga kan vara patienten till hjälp för att kartlägga kostvanor och vara ett stöd och/eller ett komplement till anamnes.

”Ibland får man rapport från patient/anhöriga att patienten tappat vikt och matlust”

Psykisk hälsa

Vad gäller den psykiska hälsan, så innebär det i detta sammanhang, sådant som kan påverka matlusten. Det är viktigt att poängtera att sjuksköterskan pratar och lyssnar på sin patient. Många gånger är det bristande matintresset på grund av tristess och att patienterna känner sig ensamma. Detta kan leda till psykisk ohälsa som exempelvis vid en depression kan patienten uppleva minskad aptit som leder till viktnedgång.

”Fysiska hälsan, psykiska hälsan och förmågan till ett aktivt stimulerande liv. Detta är frågor som måste värderas för att se patientens behov av nutrition”

Det är viktigt att sjuksköterskan uppmärksammar depression hos patienten. Depression kan kraftigt påverka patientens kostvanor och livskvalitet. Minskad aptit kan bero på grundsjukdom och/eller läkemedelsbiverkningar som patienten har. Genom samtal med patienten kan sjuksköterskan få information om patientens kost och matvanor och får därmed ett bättre underlag för en grundlig nutritionsbedömning.

”Man får samtala med patienten om hur mat/dryck intaget varit. Hur de känner med matlust och så vidare”

Många av de äldre patienterna behöver motiveras för att ha ett adekvat näringsintag. Många äldre äter och dricker alldeles för lite i hemmet. De äter också ofta fel sorts mat och allt för små portioner för att täcka kroppens näringsbehov. Det finns även patienter som inte äter tillräckligt på grund av ointresse, vilken en sjuksköterska uttryckte såhär:

”Har inte alltid med sjukdom att göra, utan oftare ensamhet och tristess”

En sjuksköterska måste alltså inte bara informera att patienten behöver äta utan motivera och uppmuntra för att få patienten att öka sitt näringsintag samt informera om vad som är bra kost för kroppen.

”Försöker uppmuntra patienten att äta mer näringsrikt”

Registrering av kostintag

Registrera och dokumentera patientens nutrition genom till exempelvis mat/vätskelista för att få en uppfattning om patientens nutritionsstatus är en viktig del av sjuksköterskans bedömning. Med hjälp av nutritionsregistrering kan sjuksköterskan se vad patientens dagliga kostintag är och på så sätt identifiera och förhindra undernutrition. Vissa i personalen registrerade patientens kostintag genom att se hur mycket mat som fanns kvar på brickan av den serverade portionen. Det är utifrån nutritionsregistrering som sjuksköterskan kan se varje enskild patients dagliga näringsintag och göra en beräkning för ett täckande dagligt näringsintag för den enskilda patienten. Det framgår av studien att sjuksköterskorna är medvetna om att de äldre (65+) som vårdas på sjukhus behöver fler kalorier, men att man inte alltid lägger fokus på det:

”Den kategorin [äldre] har ett större nutritionsbehov/kräver fler kalorier och det är tyvärr något som missas i vården. Det är liksom ok att om man är gammal att äta lite dåligt”

Näringsdrycker erbjuds patienterna som riskerar att bli eller är undernutrierade. Näringsdryckerna innehåller mycket kalorier, protein och kolhydrater. Energirik kost finns som ett alternativ vid undernutrition och innebär att maten är extra energiberikad med till exempel lite extra grädde och/eller efterrätt. En sjuksköterska uttryckte sig,

”Det är maten med lite extra grädde och efterrätt som gör att patienterna får i sig lite extra energi”

Sjuksköterskan har ett ansvar att informera patienten utifrån sin kompetens om varför närings- och energitillförsel är viktig och vilka närings- och energitillskott som finns att tillgå. För de patienter som sjuksköterskan upplever eller vet får i sig dåligt med näring, finns olika vägar att gå. En sjuksköterska beskriver sitt samarbete med undersköterskan så här:

”Vi samtalar om varje patient och vad den kan behöva för eventuellt extra tillskott i mat och dryck”

För de patienter som äter dåligt finns det möjlighet att beställa i samråd med läkare så kallad E-kost till patienten. Denna kost är extra energirik, och innebär att även om patienten får i sig en liten mängd, innehåller den fler kalorier i relation till vad en vanlig kostbricka skulle göra. Avdelningarna har tillgång till näringsdrycker, som de kan ge patienterna som dryck till maten eller mellan de olika måltiderna, för att få i patienten extra energi och näring. För de patienter som inte får i sig kost per os finns, om läkaren bedömer total parenteral nutrition (TPN), detta ges intravenöst till patienten. Dock strävar man efter att försöka undvika detta om möjligheten finns.

” Eventuellt kan parenteral nutrition behövas. Detta beslut får givetvis tas i samråd med patienten själv, doktorer med flera ”

När patienten har svårt att få i sig maten och behöver stöd och hjälp med detta bör sjuksköterskan bistå patienten hjälp. Genom att försöka att vara med och hjälpa patienten får sjuksköterskan information om hur pass mycket stöttning patienten behöver vid matintaget, samt hur mycket denne får i sig vid de olika måltiderna. En av sjuksköterskorna i studien uttryckte sig såhär:

”Är med patienten och matar om detta kan hjälpa patienten att få i sig mat”

Undersköterskans roll

I sjuksköterskans nutritionsbedömning utgör undersköterskans arbete en viktig del. Undersköterskan hjälper patienterna med sin dagliga ADL (allmän daglig livsföring) och hjälper därmed sjuksköterskan med information om patientens status via rapportering. Undersköterskan har inte formell kompetens att bedöma patientens nutritionsstatus, utan sjuksköterskan väger in information från undersköterskan och gör en bedömning utifrån sin yrkeskompetens. I studien nämns att undersköterskan har mer patientkontakt och att det är

hon/han som då sätter in vissa åtgärder till exempel näringsdryck och extra mellanmål. Sjuksköterskan får relevant information av undersköterskan för att göra nutritionsbedömning.

”Hör med undersköterskan om patienten äter? Har besvär från munhåla? Ont i tänder?”

Det nämns av flera i studien att undersköterskorna ofta har bättre översikt på patienternas nutritionsstatus än sjuksköterskorna själva, samt att det till och med ibland är undersköterskorna som helt gör nutritionsbedömningen eller redan tagit beslutet att sätta in patienten på E-kost samt näringsdrycker utan att först samråda med sjuksköterskan. Detta på grund av den tidspress som sjuksköterskorna upplever, vilket beskrivs av en sjuksköterska med dessa ord:

”Har duktiga undersköterskor som oftast har bättre koll [på patienternas nutritionsstatus] än jag som sjuksköterska”

Tidsbrist

Tidsbristen som flera sjuksköterskor upplever under sin arbetsdag gör att nutritionsbedömning prioriteras lägre. Detta leder till att patienternas nutritionsbehov inte alltid bedöms ordentligt. Det är också sällan eller aldrig de räknar ut BMI eller kaloribehovet på patienten enligt sjuksköterskorna som deltog i studien. Oftast är det bara det mest basala som dokumenteras under sökordet *nutrition*, som till exempelvis vikt. Vikt tas i stort sett på alla patienter vid ankomst men uppföljningen av vikten varierar något mellan avdelningarna. Sjuksköterskorna säger att det finns utmärkta hjälpmedel att tillgå vid nutritionsbedömning, men att tiden för att göra det inte förekommer.

”Vi har hjälpmedel att använda, men ofta inte tiden att göra ordentliga nutritionsstatus”

Endast de patienter som ligger i riskzon för undernutrition enligt den kliniska blicken kan räkna med att alltid få en ordentlig bedömning och uppföljning. En deltagare i studien svarade på frågan i vilken utsträckning nutritionsbedömning görs på äldre patienter såhär:

” Det görs på alla patienter som är i behov av det. Så fort man ser att patienten har svårt att få i sig tillräckligt ”

METODDISKUSSION

En kvalitativ metod valdes för att få fram hur sjuksköterskorna tänkte och beskrev sin bedömning av nutritionsstatus och undernutrition hos de äldre patienterna. Vid en kvantitativ metod hade författarna till studien inte fått fram samma innehållsrika resultat (Ruth, 1991; Olsson & Sörensen, 2004). Beslutet att genomföra en enkätundersökning föreföll, då tiden upplevdes knapp för att få möjligheten att få minst sex sjuksköterskor att gå ifrån sina arbetsuppgifter för att kunna medverka i en intervju. Med en enkätundersökning sågs vinster i att sjuksköterskorna i studien inte behövde avsätta en speciell tid för besvarandet av frågorna som vid en intervju. Vissa av sjuksköterskorna i studien avböjde och uppgav skäl, vilket upphovsförfattarna klargjort att de inte behövde med hänvisning till Helsingforsdeklarationen

(2000). Skälen som uppgavs var tidsbrist, tidsbrist på grund av upplärning av sommarvikarier eller att ingen sjuksköterska var intresserad att delta i studien. Tidsbristen kan ses som en faktor till det låga svarsdeltagandet.

Fördelar med en enkätstudie är att fler personer kan delta i studien jämfört med en intervju (Ejlertsson, 2005). Detta kan då ge en mer rättvis bild av situationen. Likaså valet att ta med sjuksköterskor från olika vårdavdelningar. Enkätfrågor bedömde vi vara ett strukturerat instrument för att få frågeställningarna och syftet med studien besvarade.

Andra fördelar med en enkätundersökning är att alla deltagare får samma frågor, de kan själva välja när de vill avsätta tid för att fylla i enkäten samt att de även har möjlighet att gå tillbaka till sina svar och komplettera eller dylikt innan inlämningsdatumet, vilket kan leda till mer genomtänkta svar (Ejlertsson, 2005). Nackdelar är dock att frågorna kan misstolkas och författarna har då ingen möjlighet att reda upp missförståndet (Ejlertsson, 2005). Enkäten kan också bli liggande och glömmas bort, då deltagarna själva tar ansvar för när de skulle svara på enkäten. Hade upphovsförfattarna valt att genomföra studien med intervju hade det funnits en möjlighet att ställa kompletterande frågor utefter svaren med hjälp av så kallade *öppna frågor* (Olsson & Sörensen, 2004).

Det låga sluddeltagandet tros bero på att ansvaret för förfrågan till sjuksköterskorna lämnades över till avdelningsföreståndarna. Detta gör det omöjligt att veta exakt hur studien presenterades för sjuksköterskorna. Om den togs upp som en punkt på en arbetsplatsträff för att bli ordentligt uppmärksammat eller om den sattes in i en informationspärm, där risken fanns att den försvann bland andra informationspapper. Skulle studien göras om rekommenderas att man istället ordnar att upphovsförfattarna själva kan komma till avdelningen och informera sjuksköterskorna om studien.

Studiens syfte var att sjuksköterskorna skulle beskriva hur de bedömde och hanterade undernutrition hos äldre som vistades på sjukhus. Utifrån syftet formulerades frågorna så att dessa täckte det preciserade problemet. Under frågornas bearbetningsfas formulerades de om och vissa togs bort för att enkäten bara skulle täcka studiens problemområde och inte innehålla frågor som var icke relevanta till syftet med studien. För att se om frågorna fungerade för individerna de var avsedda för genomfördes en pilotstudie på en representativ grupp. Den representativa gruppen bestod av fem sjuksköterskor som inte ingick i studien. Efter pilotstudien formulerades vissa frågor om och vissa ströks. Syftet med pilotstudien var att frågorna skulle vara funktionella i vår enkätstudien. De båda författarna började att gå igenom svarsenkäterna enskilt. Efter den enskilda genomgången diskuterades de teman som urskiljts, där vissa tema försvann och andra tillkom. Därefter gjordes en gemensam sammanställning efter diskussion av respektives resultat, vilket ger upphov till ett mer objektiva slutresultat (Patel & Davidsson, 1994).

RESULTATDISKUSSION

Sjuksköterskorna i studien beskriver den kliniska blicken som en viktig del vid bedömning och tolkning av patienternas omvårdnadsbehov. Missas de äldre undernärda om den kliniska blicken felbedömer en patients nutritionsstatus, eller om den kliniska blicken inte är utvecklad hos sjuksköterskan som gör bedömningen? Mycket av sjuksköterskors bedömning vilar på den kliniska blicken, det är den som talar om för dem när någon patient verkar ha fallit utanför de

gränser som krävs för ett tillfredställande nutritionsstatus. Det som tåls att fundera på är de som inte upplevs lida av undernutrition enligt den kliniska blicken, är om de patienterna inte får en bra nutritionsbedömning? En intervjustudie med fokusering på den kliniska blicken inom området nutritionsbedömning borde komma med ett intressant resultat angående detta. Tidigare studier har fått fram att sjuksköterskor tycker att det är svårt att bedöma ett adekvat nutritionsstatus samt att deras kunskap ibland upplevs bristfällig (Johansson et al., 2006). I författarnas studie har det kommit fram att nutritionsbedömningen av patienten görs i viss mån, men inga klara, strukturerade riktlinjer för åtgärder och när dessa åtgärder skall sättas in nämns. Hur sjuksköterskorna i studien bedömer undernäring är diffust och här ges få konkreta förslag på bedömningsmetoder. Sjuksköterskorna har kunskap om nutritionens betydelse vid sjukdom och efter sjukdom men tidsbrist och arbetsbelastning styr om sjuksköterskan eller undersköterskan utför bedömningen. Ett åtgärdsförslag kan vara att göra en kvalitetsutveckling som leder till att klara och tydliga riktlinjer uppkommer för bedömning av äldre patienters nutritionsstatus. Andra åtgärder för att undvika detta kan enligt upphovsförfattarna vara att införa rutin på att alltid ta inkomstsvikt på alla patienter samt att sedan följa upp denna minst en gång per vecka. Även uppdatera nutritionsstatus ordentligt var tredje dag, det vill säga inte bara dokumentera en ny vikt, utan se och fråga hur det går för patienten och dennes mathållning.

I upphovsförfattarnas studie uppgavs BMI som ett bedömningshjälpmedel sjuksköterskorna hade att tillgå vid nutritionsbedömning. Larsson & Rundgren (2003) tar upp att när man blir äldre omfördelas kroppsfettet och längden minskar genom att kotkropparna i ryggen pressas samman. Hur får man då fram ett tillförlitligt BMI-värde på en äldre patient? Om en patient exempelvis genom åren har bibehållit en stabil, normal vikt men krympt i kroppslängd, kan detta resultera i ett högt BMI-värde. Hur förhåller man sig till detta? Enligt socialstyrelsen (2004) bör BMI bedömas med en kombinerad värdering på BMI-värdet, viktförlusten och eventuella nutritionsproblem. Akner (2006) säger att vid bedömning av BMI på enskilda äldre patienter inte kan ge ett tillförlitligt värde, då äldres kroppslängd till exempel är förändrad. Istället borde den äldre personens vikt följas över en längre tid, skulle personen minska i vikt på ett ofrivilligt sätt borde en närmre utredning genomföras och se till olika funktioner i kroppen. Bland dessa finns bland annat som helkroppsfunktioner (ADL, mental- och socialfunktion), systemfunktion (blodtryck, blodsocker), vävnadsfunktion (bindvävensfunktion) organfunktion (hjärt-, lung- och muskelfunktion) och så vidare. Alla dessa funktioner hör till att upprätthålla ett basalt jämviktstillstånd kroppen, förändringar i detta leder till förändringar i kroppen (a.a.). Författarna till denna studie tror att BMI är ett bra hjälpmedel att utgå ifrån, men resultatet får inte enskilt stå för hela bedömningen. Förutom BMI, ska sjuksköterskan utvärdera några av de andra funktioner som Akner (2006) tog upp. Bland annat då ADL och psykosociala faktorer

I upphovsförfattarnas studie beskrev några av sjuksköterskorna att anhöriga kan vara ett stöd för att få en adekvat anamnes rörande nutrition. Men är anhöriga alltid ett bra komplement? Med tanke på att sjuksköterskorna kanske inte känner till alla fakta i familjerelationen. Författarna till denna studie resonerar som så, att om patientsituationen kräver att sjuksköterskan behöver mer information om tidigare nutritionsställning och denne inte kan få den på annat sätt, såsom exempelvis genom kommunsköterska eller dylikt bör anhöriga kontaktas om patienten tillåter det. Sedan får sjuksköterskan lita på att den informationen hon/han får är sann. Dock ska hon/han alltid ha i åtanke att människor kan uppskatta situationer olika, beroende på människors olika preferenser. Exempelvis vad en person kan tycka är rimlig kosthållning för en äldre person, kan i vården ses som malnutrierad. Studieresultatet beskriver att de flesta deltagarna anser att en viktig del var att lyssna på

patienten, motivera och stötta patienten samt att informera om kostens betydelse vid sjukdom och förebyggande av sjukdom. I studien upplever sjuksköterskorna en stress och tidspress i sitt basala omvårdnadsarbete. Kan tidsbristen vara en fara för att missa depressionssymtom hos äldre patienter? Kan stressen göra att motiverande samtal och kostinformation bortses eller bortprioriteras på grund av tidsbrist? En åtgärd som sjuksköterskorna kan göra för att påvisa tidsbristen för ledningen är att göra en vårdtyngdsmätning, där man förslagsvis fyller i ett vårdtyngdspapper exempelvis Rush Medicus Process Instrument efter morgonarbetet (Udén, 1994).

I studieförfattarnas resultat var det ett flertal av deltagarna som uppgav att de vid kostregistrering tittade vad som var kvar på brickan när den bars ut efter måltid. Detta registrerades sedan som näringsintag. Kan man lita på att patienten ätit det som inte finns kvar på brickan? Detta är en intressant fråga som vid en vidare intervjustudie borde fördjupas mer. Kan eller får sjuksköterskan göra en bedömning på något hon/han inte har sett. Denna frågeställning är inget som upphovsförfattarna funnit i någon tidigare forskningsstudie, men efter enkätresultaten så verkar det som ett relativt vanligt bedömningsätt bland sjuksköterskor ute på olika vårdavdelningar. Kan det vara för att spara tid, då sjuksköterskan inte behöver fråga patienten själv hur mycket hon/han åt utan kan istället då snabbt slänga ett öga på tallriken när den bärs ut/bort från patienten? Studieresultatet tar även upp att vårdpersonalen missar att äldre har ett större nutritionsbehov och behöver fler kalorier. Enligt Larsson & Rundgren (2003) är en advekat näringstillförsel av stor vikt för att den äldre patienten ska få goda förutsättningar för rehabilitering och tillfrisknande som möjligt. Författarna till denna studie upplever att det saknas åtgärder och klara riktlinjer för påkommen undernäring och nutritionsbedömning i vården av äldre. Några sjuksköterskor i studien nämner att de hjälper patienterna med nutritionsproblem genom till exempel matning. Henderson (1969) beskriver matningen av patienter som en omvårdnadsåtgärd som utförs av sjuksköterskan. Tidsbristen som har uppgetts tidigare i vår studie gör att det uppkommer frågetecken kring matning som en omvårdnadsåtgärd utförd av en sjuksköterska. Det är även tidsbristen som enligt beskrivningar av deltagare i studien är den största faktorn till att nutritionsbedömningarna är ofullständiga. Vilka omvårdnadsåtgärder som sjuksköterskorna utför ska prioriteras mindre för att fullständiga nutritionsbedömningar skall kunna utföras?

I studieförfattarnas resultat beskrev sjuksköterskorna hur viktig undersköterskan var i omvårdnadsarbete. Ett gott samarbete i arbetsgruppen och en klar kommunikation i arbetslaget är viktiga bitar för att uppnå ett gott omvårdnadsresultat på alla nivåer. Studien visade dock att undersköterskan ofta utförde nutritionsbedömningen, antingen i samråd med sjuksköterskan eller ensam. Det som kan diskuteras är ifall undersköterskan har kompetens nog att göra en advekat nutritionsbedömning. Undersköterskan kan ha reell kompetens att utföra bedömningen, men den formella kompetensen saknas. Tidigare studier nämner samma sak och har liksom upphovsförfattarna kommit fram till att tydligare riktlinjer och ansvarsfördelning bör påvisas (Johnsson et al. 2006).

Vidare forskning

I den här studien har det kommit upp nya vinklar som det borde forskas vidare på inom ämnet. Förslag som upphovsförfattarna har är ytterligare forskning på undersköterskans arbetsuppgifter och ansvar. Genomföra studier om den kliniska blicken och att arbeta fram ordentliga riktlinjer för nutritionsbedömning behöver utföras. Genom att tydliggöra och

särskilja undersköterskornas och sjuksköterskornas ansvar och arbetsuppgifter kan klarare riktlinjer inom omvårdnaden skapas. I nuläget finns inte klara riktlinjer utan ibland gör undersköterskan nutritionsbedömningen och ibland gör sjuksköterskan den, men undersköterskan saknar då den formella kompetensen att utföra den. Det är sjuksköterskans ansvar och arbetsuppgift att dokumentera nutritionsförhållandena, men ofta är det inte hon/han som gör bedömningen. Frågor som har kommit upp efter genomförd studie är om det är detta som gör att det missas eller struntas i? Vem bär ansvaret för uppföljningen? Förslag från studieförfattarna är att undersköterskorna får en egen kompetensbeskrivning där deras yrkesroll, ansvar och arbetsuppgifter klargörs. En sådan skulle kunna komma att höja statusen på undersköterskeyrket samt särskilja arbetsuppgifter och ansvarsfördelning. I denna studie framkom det att den kliniska blicken är ett viktigt bedömningsinstrument beträffande patienters omvårdnad. Fortsatt forskning beträffande den kliniska blicken anser upphovsförfattarna vara viktigt för att sjuksköterskor ska kunna reflektera kring den samt för att belysa vikten av en väl utvecklad klinisk blick. Förslag som att definiera blicken, skulle kunna hjälpa sjuksköterskestudenter att utveckla den och träna under utbildningen på att använda den. Genom att belysa avsaknaden av klara och tydliga riktlinjer för nutritionsbedömning och åtgärder vid undernäring eller risk för sådan och att ansvarsfördelningen kring detta problem bör tydliggöras rekommenderar upphovsförfattarna att sådana riktlinjer snabbt bör arbetas fram. Upphovsförfattarnas förslag på fortsatta studier består av att göra ett åtgärdsprogram där det klart och tydligt framgår vad som ska göras när, hur och av vem. Ett sådant åtgärdsprogram kvalitetssäkrar omvårdnaden och skulle kunna minska onödigt vårdlidande, minska vårdköerna och på sikt eventuellt minska samhällskostnaderna inom svensk sjukvård. Riktlinjer för upptäckt och bedömning av undernäring är något som skulle kunna förhindra/minska problemet med undernäring hos våra äldre som vistas på sjukhus väsentligt.

Konklusion

I sjuksköterskans kompetens föreligger teoretisk kunskap och beprövad erfarenhet, när dessa knyts samman bildar de en gemensam grund för sjuksköterskornas bedömning av patienter. Det som kommit fram ur resultatet är att sjuksköterskor har tillräcklig kunskap och hjälpmedel för att kunna bedöma ett adekvat nutritionsstatus på sina patienter. Det som dock hindrar dem är den ständiga tidsbristen som gör att nutritionsfrågor prioriteras lägre. Undersköterskorna har mer tagit på sig ansvaret för nutritionsbedömningen trots att dessa ej har formell kompetens. En stressad sjuksköterska kan också riskera att missa orsaker till dåligt matintag, till exempel depressioner hos äldre. Resultatet har också visat på att mycket av bedömningen hänger på den kliniska blicken. Det är den som avgör om man går vidare i nutritionsbedömningen, dock finns det inga klara, strukturerade riktlinjer för åtgärder och när dessa åtgärder skall sättas in. Hur sjuksköterskorna i studien bedömer undernäring är diffust. Sjuksköterskorna har kunskap om nutritionens betydelse vid sjukdom men tidsbrist och arbetsbelastning styr om sjuksköterskan eller undersköterskan utför bedömningen.

REFERENSLISTA

- Akner, G., (2006). Bedömning och behandling av nutritions- och undernutritionstillstånd inom äldreården. *Nordisk geriatrik*, 4, 24-34.
- Antonsson, A., Robertsson, B., & Wijk, H. (2005). Går det undvika viktnedgång med hjälp av majsberikning? *Nordisk geriatrik*, 4, 13-15.
- Brownie, S. (2006). Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency? *International Journal of Nursing Practice* 12, 110-118.
- Cederholm, T. (2006). Undernäring vanligt inom svensk sjukvård. *Läkartidningen*, 103, 1713-1717.
- Cederholm, T. (2001). Malnutrition hos äldre – en utmaning för sjukvården. *Läkartidningen*, 98, 1228-1230.
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A., & Thorell-Ekstrand, I. (2000). *Vips-boken*. Stockholm: Vårdförbundet.
- Ejlertsson, G. (2005). *Enkäter i praktiken – En handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Elmståhl, S., Persson, M., Andren, M., & Blabolil, V. (1997). Malnutrition in geriatric patients: a neglected problem? *Journal of Advanced Nursing*, 26, 851-855.
- Ericson, E., & Ericsson, T. (2002). *Medicinska sjukdomar –specifik omvårdnad, medicinsk behandling, Patofysiologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, K. (2004). *Vårdprocessen*. Mölnlycke: Liber AB.
- Harrysson, L. (2001). Maten och måltidsmiljön på sjukhus. *Vård i nordn*, 1, 35-39.
- Henderson, V. (1969). *Basic Principles of Nursing Care*. Geneva: International council of nurses.
- Holmén, M., Robertsson, B., & Wijk, H. (2006). Tools to assess the nutritional status of acutely ill older adults. *Nursing older people*, 18, 31-35.
- International Council of Nurses. (2000). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Johansson, U., Larsson, J., Rothenberg, E., Stene, C., Unosson, M., & Bosaeus, I. (2006). Nutritionsbehandling inom slutenvården. Svenska sjukhus klarar inte Europarådets riktlinjer. *Läkartidningen*, 103, 1718-1724.

Kim, HS. (2000). *The nature of teoretical thinking in nursing*. New York: Springer Publishing Company.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur

Larsson, M., & Rundgren, Å. (2003). *Geriatriska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.

Olsson, H., & Sörensen, S. (2004). *Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Persson, M. (2002). Aspects of nutrition in geriatric patients- Especially dietary assessment, intake and requirements. Geriatrics; Division of Geriatric Medicine, Lund University.

Patel, R., & Davidson, B. (1994). *Forskningsmetodikens grunder*. Lund. Studentlitteratur.

Ruth, J-E. (1991) Reliabilitets- och validitetsfrågan I kvalitativa respektive kvantitativa forskningstradition. *Gerontologia*, 5, 277-290.

Steen, B. (2001). Biologiskt åldrande – en miniöversikt. Fokus på områdena hjärta/blodtryck och nutrition. *Läkartidningen*, 98, 1924-1928.

Tierney, A. (1996). Undernutrition and elderly hospital patients: a review. *Journal of advanced nursing*, 23, 228-236.

Thorsdottir, I., Jonsson, P.V., Asgeirsdottir, A.E., Hjaltadottir, I., Bjornsson, S., & Ramel, A. (2005). Fast and simple screening for nutritional status in hospitalized, elderly people. *The British Dietetic Association*, 18, 53-60.

Udén, G. (1994). *Kvalitetssäkring i omvårdnad-olika perspektiv*. Lund. Studentlitteratur.

Elektroniska källor

Socialstyrelsen. (1992). Livsuppehållande åtgärder i livets slutskede.

Hämtad på Internet: 2008-05-04

<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/5A6DA0B1-06B4-40B3-9926-7D71980D5563/2089/1992702.pdf>

Socialstyrelsen. (2004). Näringsproblem i vård och omsorg.

Hämtad på Internet: 2008-05-04

<http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2000/3115/2000-3-11+Sammanfattning.htm>

Världsläkarförbundets Helsingforsdeklaration. (2000). Etiska principer för medicinsk forskning som omfattar människor.

Hämtad på Internet: 2008-05-04

<http://www.laakariliitto.fi/files/helsinkidecl.pdf>

Högskolan i Skövde
Institutionen för vård och natur
Sjuksköterskeprogrammet
2008-X-X

Till avdelningsföreståndare, en förfrågan om deltagande i enkätstudie.

Vi är två sjuksköterskestudenter vid Högskolan i Skövde som arbetar med en studie (c-uppsats) vars syfte är att beskriva hur sjuksköterskan bedömer nutritionsstatus hos äldre under en vårdvistelse.

Sjuksköterskorna kommer att få besvara ett antal frågor på en enkät som delas ut och samlas in under veckorna 9-10.

Deltagandet är frivilligt och allt material kommer att behandlas konfidentiellt vilket innebär att det inte kommer att framgå vem som skrivit vad samt allt material kommer att förvaras så att det inte kommer obehöriga till del.

Härmed önskar vi att Ni gör en förfrågan hos samtliga sjuksköterskor; fast anställda samt de som har förordnande, om intresse att delta i studien. Vi kommer att kontakta Dig om några dagar för besked.

Med vänliga hälsningar

Maria Vååg
Adress: XX
Tfn. XX
E-post: XX

Emilie Wilhelmsson
Adress: XX
Tfn. XX
E-post: XX

Ansvarig handledare

Anneli Lantz
Tfn. XX
E-post: XX

Till Sjuksköterska

Vi är två sjuksköterskestudenter vid Högskolan i Skövde som arbetar med en studie (c-uppsats) vars syfte är att beskriva hur sjuksköterskan bedömer nutritionsstatus hos äldre under en vårdvistelse.

Du kommer att få besvara ett antal frågor på en enkät som delas ut och samlas in under veckorna 9 och 10.

Deltagandet är frivilligt och allt material kommer behandlas konfidentiellt vilket innebär att det inte kommer att framgå vem som skrivit vad samt att materialet inte kommer obehöriga till del.

Jag ger härmed mitt intresse till att delta i enkätstudien.

Datum/Ort

Namn

Maria Vååg
Adress: XX
Tfn. XX
E-post: XX

Emilie Wilhelmsson
Adress: XX
Tfn XX
E-post: XX

Ansvarig handledare

Anneli Lantz
Tfn. XX
E-post: XX

Högskolan i Skövde
Institutionen för vård och natur
Sjuksköterskeprogrammet
2008-X-X

Enkätstudie

Vi vill än en gång poängtera att deltagandet är frivilligt och allt material kommer att behandlas konfidentiellt vilket innebär att det inte kommer att framgå vem som skrivit vad.

1. Kön?

Kvinna

Man

2. Antal år som yrkesverksam sjuksköterska?

**3. Beskriv hur ni som sjuksköterska bedömer den äldre (65+) patientens
nutritionsstatus/nutritionsbehov?**

**4. Beskriv i vilken utsträckning ni som sjuksköterska gör nutritionsbedömning på
den äldre patienten?**

Vid behov skriv på baksidan, men tydliggör till vilken fråga svaret avser. När du är färdig lägg din enkät i bifogat kuvert. Kuvertet hämtas upp onsdagen den 5 mars.

Vid frågor kontakta studieförfattarna
Maria Wååg
E-post: XX
Tfn. XX

Emilie Wilhelmsson
E-post: XX
Tfn. XX

Tack för din medverkan!

