

Högskolan i Skövde
Institutionen för vård och natur

**Sjuksköterskans upplevda kunskap, ansvar och utbildning
avseende malnutrition inom allmän omvårdnad
En litteraturstudie**

**Nurses' experience of knowledge, responsibility and education
about malnutrition in general healthcare
A literature review**

Examensarbete i omvårdnad
10 poäng
Höstterminen 2007
Författare: Eriksson, Sofia
Lernbrink, Frida
Handledare: Gustafsson, Maria

SAMMANFATTNING

Titel:	Sjuksköterskans upplevda kunskap, ansvar och utbildning avseende malnutrition inom allmän omvårdnad
Institution:	Institutionen för vård och natur, Högskolan i Skövde
Kurs:	Examensarbete, i omvårdnad, 15 högskolepoäng
Författare:	Eriksson, Sofia; Lernbrink, Frida
Handledare:	Gustafsson, Maria
Sidor:	15
Månad och år:	Januari, 2008
Nyckelord:	Sjuksköterska, omvårdnad, nutrition och kunskap.

Syftet med studien var att beskriva hur sjuksköterskan upplever sin kunskap, ansvar och utbildning avseende malnutrition inom allmän omvårdnad. Malnutrition är en vetenskaplig term för undernäring. Undernäring är ett tillstånd som uppkommer då kroppens behov av energi och näringsämnen inte täcks under en längre tidsperiod. Sjukdom medför ofta nedsatt aptit och många sjukdomstillstånd ger ökad energiomsättning. Malnutrition är ett vanligt förekommande tillstånd bland inlagda patienter, i synnerhet bland äldre. Som metod valdes litteraturstudie där sju vetenskapliga artiklar låg till grund. Resultatet presenterades i tre teman som tillsammans ger en övergripande bild av sjuksköterskans upplevda kunskap, ansvar och utbildning avseende nutrition. De tre teman som framkom var sjuksköterskans roll och ansvar, utbildning samt sjuksköterskans kunskap om identifiering av riskpatienter. Resultatet visar att det finns brister i kunskapen hos många sjuksköterskor. Ansvarsfördelningen är oklar mellan de olika yrkesgrupperna, vilket leder till att andra arbetsuppgifter prioriteras och patienterna får inte den nutritionella omvårdnad de behöver. Genom ökad kunskap om nutrition och klara riktlinjer för ansvarsfördelningen mellan olika yrkesgrupper, skulle malnutrition kunna förebyggas på ett bättre sätt än vad som görs idag. Färre fall av undernäring skulle leda till kortare vårdtider vilket i sin tur ger en bättre folkhälsa och en förbättrad ekonomi inom hälso- och sjukvården.

ABSTRACT

Title: Nurses' experience of knowledge, responsibility and education about malnutrition in general healthcare

Department: School of Life Sciences, University of Skövde

Course: Thesis in nursing care 15 ECTS

Author: Eriksson, Sofia; Lernbrink, Frida

Supervisor: Gustafsson, Maria

Pages: 15

Month and year: Januari, 2008

Keywords: Nurse, care, nutrition and knowledge.

The aim of this study was to describe the nurse's experience of knowledge, responsibility and education about malnutrition in general healthcare. Malnutrition is a scientific term for undernutrition. Malnutrition is a condition that accrue when the intake of energy is not enough for the bodys need during a long time. Illness often brings lower appetit and several conditions provides a higher energy metabolism. Malnutrition is common among inpatients, especially among elderly patients. The chosen method was a litterature review; seven articles met the scientific standards of quality. The result was presented in three themes. The themes were: the nurse's role and responsibility, education and the nurse's knowledge about identifying risk-patients. The result showed that there are knowledge gaps in the nurse's knowledge. The responsibility distribution is unclear between the different professional groups, which give priority to other job assignments and the patients don't get the healthcare they need. An increased knowledge in nutrition along with clarified guidelines for the responsibility for distribution, malnutrition could be prevented. Fewer malnourished patients would lead to shorter hospital stay. This would result in a better public health and better economical situation in healthcare.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Historik	1
Definitioner	2
Malnutrition	2
Nutrition och omvårdnad	3
Omvårdnadsteoretiska perspektiv	5
Problemformulering	5
SYFTE	5
Frågeställningar	5
METOD	6
<i>Figur 1. Polit och Becks flödesschema</i>	6
Datainsamling	6
<i>Tabell 1. Sökord och antal träffar i relevanta databaser.</i>	7
<i>Tabell 2. Artikelöversikt</i>	7
Dataanalys	8
Etiska aspekter	9
RESULTAT	9
Sjuksköterskans roll och ansvar	9
Utbildning	10
Sjuksköterskans kunskaper om identifiering av riskpatienter	10
DISKUSSION	11
Metoddiskussion	11
Resultatdiskussion	12
Konklusion	14
REFERENSLISTA	16

INLEDNING

Jahren Kristoffersen refererar till Nightingale som redan på 1800-talet skrev att en allsidig kost är bra för god hälsa. Människan måste tillföras en viss mängd näringsämnen av viss kvalitet för att kroppen ska utvecklas normalt och uppleva god hälsa och välbefinnande. Både för lite och för mycket mat kan leda till sjukdom och död, och sjuksköterskan måste ha kunskaper i näringslära för att ge undervisning, råd och handledning om tillfredsställande kosthåll och sunda matvanor (Jahren Kristoffersen, 1998).

Vi ville skriva vårt examensarbete inom ämnet nutrition, detta på grund av att vi tycker det är ett intressant och viktigt område i omvårdnaden och något som ligger i tiden idag.

Patienter med malnutrition är en grupp som förekommer överallt inom sjukvården, även om det inte är detta patienten vårdas för primärt. Vi tror att samtliga sjuksköterskor inom alla discipliner behöver grundläggande kunskap inom området nutrition.

Malnutrition är ett ohälsotillstånd, som vi i detta arbete vill utgå från avseende sjuksköterskans kunskaper inom nutrition. Under vår verksamhetsförlagda utbildning har vi stött på flera situationer där sjuksköterskan hade behövt mer kunskap avseende nutrition för att kunna ge en fullgod omvårdnad.

BAKGRUND

Historik

Det svenska kosthållat har under det senaste århundradet genomgått stora förändringar. Utvecklingen inom industri och teknologi har gett bättre ekonomiska villkor. Många har flyttat från landsbygd till städer, och många människor från andra länder har bosatt sig i Sverige. Vi reser också mer och mer. Detta har gjort att vi fått tillgång till många nya råvaror, 1930 var det en stor händelse att få en apelsin till jul, medan vi idag kan äta flera om dagen året runt. Matfettskonsumtionen har stadigt ökat fram till nu. Många allvarliga hälsoproblem i vår del av världen beror på för högt innehåll av fett, socker och salt i maten. Samtidigt äter vi för mycket kolhydrater, fibrer och en del ämnen som vitamin D och järn. Det höga fettintaget ökar risken för hjärt- kärlsjukdomar. Vuxendiabetes (typ 2) och övervikt/fetma är andra hälsoproblem, där kost och matvanor har en central roll. Den viktigaste åtgärden för att få kontroll över de sjukdomar som har samband med våra matvanor är att förebygga dem med hjälp av ett hälsosammare kosthåll (Jahren Kristoffersen, 1998).

Sjuksköterskor möter människor under alla livsfasen, undervisning och rådgivning kring kostens sammansättning är en viktig arbetsuppgift. I Sverige är det sällsynt med undernäring och bristsjukdomar av de slag som man ser i u-länderna. Undernäring är dock inte helt ovanligt inom äldreomsorg och sjukhusvård bland annat beroende på brister i kostförsörjningen (Jahren Kristoffersen, 1998).

Definitioner

Nutrition betyder närande och tillförsel av näring (Nationalencyklopedin, 2007). Nutritionsstatus är ett tillstånd där en balansgång råder mellan tillgång (energiintag) och efterfrågan (energibehov). En obalans mellan energiintag och energibehov kan resultera i undernäring eller övernäring (Dudek, 2007).

Malnutrition är en vetenskaplig term för undernäring. Undernäring är ett tillstånd som uppkommer då kroppens behov av energi och näringsämnen inte täcks under en längre tidsperiod. Det finns en obalans mellan intag och behov. Ordet undernäring kan också betyda felnäring som innebär såväl bristande intag av energi och näringsämnen som överkonsumtion av detsamma – fetma (Nationalencyklopedin, 2007).

Genom att räkna ut Body Mass Index ser man hur kroppsvikten förhåller sig relaterat till kroppslängden. BMI-värdet tas fram genom en matematisk uträkning där kroppsvikten divideras med kvadraten på kroppslängden. $BMI = \text{kg/m}^2$ (Dudek, 2007).

Referensvärden för BMI (Dudek, 2007):

Undervikt	BMI under 18,5
Normalvikt	BMI 18,5 – 24,9
Övervikt	BMI 25 – 29,9
Fetma	BMI över 30

BMR står för Basal Metabolic Rate, basalmetabolism. Detta är ett index på energiförbrukningen i kroppen under basala förhållanden, det vill säga vanligen efter vila och på fastande mage (Lundh & Malmquist, 1998).

MNA betyder Mini Nutritional Assessment. Detta är ett instrument med vilket man översiktligt kan bedöma förekomsten av undernäring.

Malnutrition

Då en person lider av kraftig över- eller undervikt uppstår problem med olika fysiska funktioner, däribland kondition och ADL. Faktorer som kan påverka en persons nutritionsstatus i olika riktning är ett antal mekanismer. Däribland förekommer aptit och motivation att äta, födointag, endokrin och biokemisk reglering samt energiomsättning (Socialstyrelsen, 2005).

Sjukdom medför ofta nedsatt aptit samtidigt som behovet av bland annat protein ökar. Patienter med svåra infektioner har en kraftigt ökad energiomsättning. Om man inte tillför dessa patienter tillräckliga mängder näring kommer det tära mycket på patientens egna energireserver. En patient som har en svår infektion eller patienter som utsatts för trauma har mindre energireserver än vad en frisk människa har. Energi – och proteinbalansen påverkas positivt av omedelbar näringstillförsel. Då en frisk person inte får i sig den energi som täcker det biologiska behovet tar kroppen i första hand användning av upplagrat fett som energikälla vid svält eller fasta (Hessov & Ovesen, 1988).

Får en individ inte tillräckligt med mat så dör hon. Innan detta sker försvagas organismen på flera viktiga områden och risken för andra sjukdomar och komplikationer ökar väsentligt. Komplikationer som kan uppstå till följd av undernäring (Hessov & Ovesen, 1988):

- Trötthet
- Mobiliseringssvårigheter
- Trycksår
- Lungemboli
- Pneumoni
- Hjärtinsufficiens

De som löper störst risk att drabbas av malnutrition är de som är äldre, lågutbildade, ensamstående och har låg inkomst. Den mat de äldre väljer att konsumera beror på deras fysiska förutsättningar att handla, förbereda, tugga och svälja mat samt eventuell matintolerans relaterat till kroniska sjukdomar och biverkningar av mediciner (Dudek, 2007). I princip finns två uppkomstmekanismer som orsakar malnutrition, den ena är sänkt intag av energi och/eller näringsämnen i förhållande till kroppens behov och den andra är en förhöjd omsättning av energi och/eller näringsämnen i förhållande till behovet (Socialstyrelsen, 2005).

Aktuell forskning visar att malnutrition är vanligt förekommande såväl inom slutenvård som inom vård och omsorg av äldre i olika boendeformer (Socialstyrelsen 1997). Socialstyrelsen har i en stor undersökning studerat förekomsten av malnutrition hos cirka 900 personer i särskilda boenden för äldre. Av denna framgick att 36 procent av de äldre bedömdes som malnutrierade samt att 48 procent bedömdes löpa risk att utveckla malnutrition. Vidare redovisas att ingen äldre person boende på sjukhem uppskattades vara "välnärd" (Socialstyrelsen, 2006). Var femte patient som är inlagd på sjukhus beräknas vara malnutrierad. Vårdtiden för malnutrierade patienter visar sig vara längre, de kräver mer receptbelagda läkemedel och de drabbas i högre utsträckning av infektioner under vårdtiden. Av patienterna i den aktuella undersökningen som bedömdes som allvarligt sjuka var 25 procent malnutrierade (Edington et. al., 2000). I en studie gjord på två geriatriska avdelningar i Malmö, visar att de flesta (80%) av patienterna hade ett lågt energiintag och mer än hälften av dem hade lägre intag av vitamin D, järn och vitamin B-12 än vad som är rekommenderat av livsmedelsverket. Majoriteten av patienterna hade ett lägre intag av energi än vad de förbrukade och flera av dem hade lägre intag av energi än deras uppskattade BMR. De patienter som dog sex månader efter studiens start hade signifikant lägre energi – och proteinintag och en negativ energibalans jämfört med dem som var vid livet 6 månader efter studiens början (Elmeståhl, Persson, Andren & Blabolil, 1997).

Nutrition och omvårdnad

Att identifiera nutritionella problem hos äldre kan vara svårt. Detta på grund av att kroppen och organen förändras i förhållande till åldrandet. Förändringar i bland annat magsäck och tarmar, hjärt – och kärlförändringar, njur-, lever- och muskelförändringar gör att det blir svårt att bedöma om patienten har en tillfredsställande vikt eller inte. Det är även svårt att bedöma rätt vikt på en patient som är sängliggande, och längden kan vara svår att mäta då

äldre personer ofta har benskörhet med kotfrakturer och på grund av det en krokig ryggrad. Ett annat problem vid mätning av längd är balanssvårigheter och sjunkande blodtryck vid uppresning (Dudek, 2007). Pirlich et. al. (2006) har i en omfattande tysk studie, utförd på nära 2000 patienter, bedömt nutritionsstatus med hjälp av två av de vanligaste beräkningsmetoderna, BMI och MNA. Resultatet visade stora skillnader mellan de två metoderna då antalet patienter som bedömdes malnutrierade var betydligt fler då man räknade ut deras BMI än om man använde den andra mätmetoden.

Vid utredning av en persons nutritionella status bör både patientens egna uppgifter tas med och en objektiv utredning tillämpas. Patientens egna uppgifter inkluderar bland annat tidigare och aktuella sjukdomar, aktuella symtom, aptit, tugg- och sväljförmåga samt måltidsmiljön. Den kompletterande utredningen innefattar faktorer som basal energiomsättning, kroppsundersökning, samt patientens funktionstillstånd avseende fysisk och social funktion. (Socialstyrelsen, 2005) I Handbok för hälso- och sjukvården (Sjukvårdsrådgivningen, 2007) finns uppgifter om att en omsorgsfull datainsamling skall utföras för att identifiera patienter med dåligt nutritionsstatus. Där ingår patientens längd, nuvarande vikt, tidigare normalvikt och BMI och detta är uppgifter som skall dokumenteras vid inskrivning på sjukhus eller annan vårdinstans. Ansvaret att bedöma en patients näringstillstånd vilar enligt Socialstyrelsen (2000) på patientansvarig läkare, sjuksköterskor tillsammans med dietist. Genom behandling av undernäring i tidigt skede kan man förhindra att befintliga sjukdomar förvärras och att risken för uppkomst av ytterligare sjukdomstillstånd reduceras (Edington et. al., 2000). Man räknar med att undernäringen bland patienter står för 20 procent av sjukhuskostnaderna (Amaral et. al., 2007).

Socialstyrelsen skriver i sina allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvård att syftet med omvårdnad är att stärka hälsa, förebygga sjukdom och ohälsa utifrån patientens individuella möjligheter och behov. För att möjliggöra detta förutsätts bland annat att riskfaktorer identifieras, däribland undernäring och nutritionsproblem. Sjuksköterskan är den som fortlöpande har kontakt med patienten och hon har det primära ansvaret för patientens omvårdnad (SOSFS 1993:17).

Enligt socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1993:17) ingår det i sjuksköterskans ansvarsområde att ansvara för att omvårdnadsåtgärderna planeras, genomförs och utvärderas på ett ändamålsenligt sätt samt samordnas med behandling och andra åtgärder. Hon ska även se till att omvårdnadsåtgärderna genomförs i samverkan med andra personalgrupper. Och hon ska ansvara för att de omvårdnadsteoretiska och etiska grunderna för att omvårdnadsåtgärder tydliggörs så att de kan ligga till grund för det dagliga arbetet. Det ingår även att utvärdera den egna verksamheten samt följa utvecklingen och forskningen inom verksamhetsområdet för att förmedla och inkludera nya råd i verksamheten.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) har alla patienter rätt till vård som skall vara av god kvalitet. Den som vänder sig till hälso- och sjukvården skall när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada.

Omvårdnadsteoretiska perspektiv

Jahren Krisoffersen (1998) refererar till Florence Nightingale (1954) som hävdade att de sjuka själva känner vad de behöver när det gäller mat. Det är inte matens kemi som ska bestämma kosten till den sjuke, utan observation av de sjuka är den enda nyckeln till en riktig diet, hävdade hon. Idag har man mycket mer kunskap om kostens kemiska sammansättning än vad man hade på 1800-talet. Kostens innehåll och kvalitet är viktig att bedöma vid omvårdnad, men samtidigt är det observation av vad den sjuke äter som ska vara utgångspunkten för hur man ordnar kosthåll. Sjuksköterskan måste ha kunskap om psykosociala och andliga förhållanden, såväl som fysiologiska faktorer som påverkar intaget av föda (Jahren Kristoffersen, 1998). Henderson (1982) hävdar att det är en omvårdnadsuppgift att hjälpa patienten till eller skapa förutsättningar för att han ska kunna äta och dricka tillräckligt. Sjuksköterskan är den som har bäst möjlighet att lägga märke till och rapportera båda vad patienten tycker om eller inte tycker om av den mat han får, och vad han eventuellt inte tål. Henderson poängterar även sjuksköterskans förebyggande ansvar när det gäller att påverka till ett sunt kosthåll och goda hälsovanor. Sjuksköterskan bör utgå från de matvanor som patienten har. Undervisning om normal vikt i förhållande till längd och ålder och nutritionsmässiga behov är också uppgifter för sjuksköterskan (Henderson, 1982).

Problemformulering

Var femte patient som är ineliggande på sjukhus är malnutrierad. En studie från 1999 visar att både sjuksköterskor och läkare har dålig kunskap när det gäller bedömning och hantering av undernäring. En fjärdedel av de läkare och sjuksköterskor som deltog i studien kunde inte redogöra för referensvärdena för BMI. Endast en tredjedel av sjuksköterskorna kunde räkna ut procentuell viktninskning hos patienter (Nightingale & Reeves, 1999). Sjuksköterskan har det primära ansvaret för patientens omvårdnad (SOSFS 1993:17). Syftet med omvårdnaden är att stärka hälsa och förebygga ohälsa utifrån patientens behov. Sjuksköterskan måste kunna identifiera riskfaktorer och veta hur man förebygger dessa (Socialstyrelsen, 2005). För att kunna identifiera och förebygga problem, bör man ha kunskap inom ämnet, förvärvat genom utbildning och erfarenhet. Den här studien riktar sig till all omvårdnadspersonal, chefer samt beslutsfattare inom hälso – och sjukvård och inom utbildningsområdet i avsikt att tydliggöra sjuksköterskans upplevda kunskapsnivå och omvårdnadsansvar.

SYFTE

Syftet med denna studie är att beskriva hur sjuksköterskan upplever sin kunskap, ansvar och utbildning avseende malnutrition inom allmän omvårdnad.

Frågeställningar

- Vilket omvårdnadsansvar upplever sig sjuksköterskan ha inom området nutrition?
- Upplever sjuksköterskan att utbildningen inom ämnet nutrition är tillräcklig?

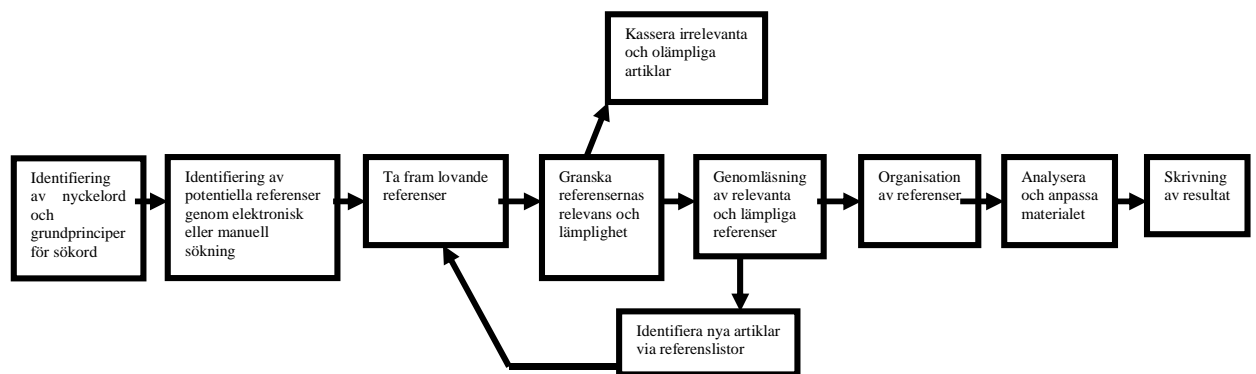
- Hur ser sjuksköterskan på sin kunskap om identifiering av riskpatienter?

METOD

Föreliggande arbete är en litteraturstudie som gjorts genom att undersöka och granska vald litteratur i ämnet nutrition (Polit & Beck, 2004). Enligt Backman (1998) är syftet med en litteraturstudie att sammanställa litteratur som finns inom ett visst område.

Studien är uppbyggd kring Polit och Becks (2004) flödesschema enligt figur 1.

Figur 1. Polit och Becks flödesschema



Datainsamling

Kravet på artiklarna var att de skulle handla om sjuksköterskans kunskaper om nutrition. Det gjordes inga geografiska begränsningar eftersom detta eventuellt hade utelämnat artiklar som vore rimliga att ta med, de artiklar som inte kunnat kopplas till vår kultur valdes dock bort.

Då sökorden identifierats påbörjades sökningen i relevanta databaser. Databaserna ELIN och CINAHL användes och de identifierade sökorden var *nurse* and *nutrition* and *knowledge* och avgränsades till dokument endast tillgängliga i fulltext. Samma sökord användes i PubMed men på grund av ett för stort antal träffar begränsades sökningen med ytterligare ett sökord; *hospital*. Även en manuell sökning gjordes på högskolans bibliotek i Skövde, detta i tidskriften *Vård i Norden*.

Enligt Backman (1998) blir sökningen heltäckande samt ger många artiklar med relevant innehåll då man använder fler referensdatabaser. Elektroniska sökningar har gjorts i databaserna PubMed, CINAHL och ELIN som innehåller Academic Search Elite, ScienceDirect, Emerald; Kluwer Online, springer LINK och Wiley Inerscience samt arXiv, Cognprints och Caltech.

Vid sökning i databaserna framkom resultatet som visas i tabell 1.

Tabell 1. Sökord och antal träffar i relevanta databaser.

Databas	Sökord	Sök alternativ	Antal träffar	Valda artiklar
CINAHL	Nurs* AND Nutrition AND Knowledge	Full text	59	2
ELIN	Nurse AND Nutrition AND Knowledge	Full text	33	4
PubMed	Nurse* AND Nutrition AND Knowledge AND Hospital	Full text	222	0

Den manuella sökningen i tidskriften *Vård i Norden* gav en träff.

Ett urval gjordes för att skapa en klarare bild över vilka artiklar som var relevanta för studien. Urvalet gick till så här:

Först lästes alla titlar igenom, redan då kunde många artiklar väljas bort. Abstract lästes igenom i de artiklar där titeln ansågs vara relevant. Därefter granskades artiklarna som valts ut för att se om de var vetenskapliga, dessa skall uppfylla följande kriterier; författarnas fullständiga efter- och förnamn, fullständig artikelrubrik, årtal vid artikelpubliceringen, tidskriftens namn, International Standard Serial Number, dokumenttyp, språk i artikeln, söktermer och abstrakt (Backman, 1998).

Efter att ha valt ut de artiklar som var relevanta upprättades en överblickbar lista enligt Polit och Becks (2004) metod med olika kolumner för författare, syfte, metod, urval och resultat. Detta redovisas i tabell 2. Resultatet omfattar sju vetenskapliga artiklar publicerade år 1998-2006.

Tabell 2. Artikelöversikt

Författare, Tidsskrift, År, Land	Titel	Syfte	Metod	Urval	Resultat
Aagaard, <i>Nutrition and Nursing Knowledge</i> , <i>Vård i Norden</i> , 1998, Norge.		Undersöka och beskriva hur sjuksköterskor tar hand om näringsbehovet hos äldre patienter i den somatiska vården.	Frågeformulär.	118 sjuksköterskor som jobbar på medicinavdelningar på fyra olika sjukhus i Norge.	30 procent av sjuksköterskorna tycker att deras kunskapsnivå hos äldre patienters nutritionsbehov är för dåligt, och lika många håller sig inte ajour med ny kunskap.
Alfengård & Klevsgård, <i>Nutrition inom vård och omsorg</i> , <i>Vård i Norden</i> , 2005, Sverige.		Att vidare inventera behovet av utbildning avseende nutrition, bland personalen inom vården.	Frågeformulär.	I studien deltog totalt 109 personer med olika befattningar inom vården.	Det finns behov av utbildning avseende nutrition både inom slutenvården och öppenvården.
Kondrup, Johansen, Plum, Bak, Höjlund-Larsen, Martinsen, Andersen, Bårnthsén, Bunch & Lauesen,		Att undersöka hur man skulle kunna minska antalet malnutrierade patienter och göra	Bedömningsinstrument, frågeformulär, strukturerade intervjuer.	268 sjuksköterskor.	Resultatet visar att rutinerna kring patienter med undernäring är dålig.

<i>Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals</i> , Clinical Nutrition, 2002, Danmark.	nutrition till en mer central del i vården.			
Kowanko, Simon & Wood, <i>Nutritional care of patient: nurses knowledge and attitudes in an acute care setting</i> , Journal of Clinical Nursing, 1998, Australien.	Att utforska sjuksköterskornas attityder och kunskaper kring nutrition och tillhandahållandet av mat till patienter inlagda på sjukhus.	Intervjustudie.	Sju sjuksköterskor.	De flesta hade god förståelse för kostens betydelse för hälsan. Medvetenheten inom nutritionen är dock inte tillräcklig.
Perry, <i>Nutrition: a hard nut to crack. An exploration of the knowledge, attitudes and activities of qualified nurses in relation to nutritional nursing care</i> , Journal of Clinical Nursing, 1997, England.	Att undersöka sjuksköterskors attityder och kunskap avseende nutrition på sjukhus.	Frågeformulär och observationer.	92 sjuksköterskor.	Sjuksköterskorna upplevde att bedömning av nutritionsstatus främst var deras ansvar.
Perry, <i>Fishing for understanding: nurses knowledge and attitudes in relation to nutritional care</i> , International Journal of Nurses Studies, 1997, England.	Att utforska sjuksköterskors attityder, kunskap och tillhandahållen vård på sjukhus.	Frågeformulär och observation.	92 sjuksköterskor.	Dålig förbindelse mellan kunskap, attityder och beteende hos sjuksköterskorna.
Rasmussen, Kondrup, Ladefoged & Staun, <i>Clinical nutrition in Danish hospitals: a questionnairebased investigation among doctors and nurses</i> , Clinical Nutrition, 1999, Danmark.	Att undersöka tillämpandet av klinisk nutrition på danska sjukhus och att jämföra resultatet med en specifikt framtagen standard. Man ville på så vis identifiera eventuella problem inom områdena attityder, kunskap och praktik.	Frågeformulär.	395 läkare och 462 sjuksköterskor.	40% ansåg sig kunna för lite om nutrition i allmänhet, 79% efterlyste någon form av guide inom området, 77% angav att nutritionsmässig bedömning borde göras på alla patienter.

Dataanalys

Fribergs (2006) rekommendationer har använts vid analys av litteraturen. Artiklarna lästes igenom flera gånger av båda författarna var för sig för att sedan diskuteras tillsammans. Detta för att få en känsla för vad de handlade om, därefter granskades likheter och olikheter mellan resultaten i de olika artiklarna. En sammanställning gjordes och ett system utarbetades där överstrykningspennor i fyra olika färger användes. Med de olika färgerna markerades i artiklarna svaren på syftet och frågeställningarna till detta arbete. Därefter utformades rubriker och resultatet började växa fram.

Etiska aspekter

Detta är en litteraturstudie av tidigare forskning som redan granskats, därför anser vi att ingen person riskerar att komma till skada. När det gäller tolkningar och översättningar, har materialet behandlats med största respekt mot respektive författare. Vid användning av engelska artiklar har vi försökt att på ett korrekt sätt översätta dessa till svenska. I forsknings – och studiesammanhang finns det alltid etiska ställningstagande att ta hänsyn till. Enligt Helsingforsdeklarationen ansvarar forskaren för riktigheten och tolkning av resultatet. I Helsingforsdeklarationen finns en viktig aspekt där det står att forskaren alltid bör vara kompetent och väl insatt inom det aktuella området (MFR-rapport 2, 2003).

Arlebrink (1996) skriver att den medicinska forskningen inte är lika etiskt kontroversiell som omvårdnadsforskningen. Istället blir den stora frågan i omvårdnadsforskning om den forskning som bedrivs är meningsfull eller inte. Vidare menar Arlebrink att det finns ett problem, man kan aldrig vara säker på om forskningen är meningsfull innan resultatet är klart. Till en början kan denna typ av forskning uppfattas som meningslös, men i ett längre perspektiv kan resultaten visa sig vara mycket betydelsefulla. Tanken bakom all forskning, skriver Arlebrink, både omvårdnads- och medicinsk forskning är att ta fram ny kunskap som praktiskt går att tillämpa. Detta på grund av att målet med all vårdforskning är att kunna ge en bättre medicinsk vård och omvårdnad åt patienten.

RESULTAT

De kategorier som framkom under arbetets gång var: sjuksköterskans roll och ansvar, utbildning samt sjuksköterskans kunskaper om identifiering av riskpatienter.

Sjuksköterskans roll och ansvar

Sjuksköterskor anser sig ha det största ansvaret för patienternas nutrition, samtidigt som de tycker att den egna kunskapen inte är tillräcklig för att kunna ta det ansvar som tilldelats dem. (Perry, 1997a; Perry, 1997b). I Aagaards (1998) studie uppgav mer än hälften av de tillfrågade sjuksköterskorna att de i hög eller mycket hög grad tar ansvar för att patienterna får sitt näringsbehov tillgodosett. Resterande sjuksköterskor tycker sig ha ansvar till en viss grad. Aagaard skriver vidare att en förutsättning för att kunna ta ansvar är att man vet exakt vad man har ansvar för.

Samtliga sjuksköterskor i Kowankos et. al. (1999) studie är överens om att de av sagt sig många av omvårdnadsuppgifterna kring nutrition, detta ansvarar istället övrig vårdpersonal och serveringspersonal för. Detta innebär att sjuksköterskan ofta inte har full inblick i vad patienten beställt för mat eller vad han ätit. De flesta vet dock att det är sjuksköterskan som har det yttersta ansvaret för att patienten får en korrekt nutrition. En av sjuksköterskorna i studien uppgav att det är sjuksköterskans ansvar att patienten upprätthåller en god nutrition men att andra omvårdnadsåtgärder måste prioriteras högre.

I Rasmussen, Kondrup, Ladefoged & Stauns (1999) studie uppgav de flesta deltagarna att en eller ett par sjuksköterskor ska ansvara för att nutritionstatus fastställs på alla patienter

vid inskrivningen på sjukhus. Detta görs dock i praktiken i endast i 20 % av fallen. Majoriteten av deltagarna anser att sjuksköterskan är den som är mest fokuserad på klinisk nutrition. Majoriteten av läkarna anser att det är de som bestämmer när en "kostlista" skall upprättas men flertalet av sköterskorna ser detta som sin uppgift. Läkarna och sköterskorna var överens om att kostintag skall dokumenteras av sjuksköterskan. Majoriteten av såväl läkarna som sjuksköterskorna anser att läkaren är ansvarig för att fastställa patientens nutritionsstatus, men de flesta av sjuksköterskorna anser sig ha en stor del av ansvaret. De flesta av läkarna känner ansvar för att agera på ett dåligt nutritionsstatus och sjuksköterskorna känner detsamma om sig, att det ligger på deras ansvar.

Utbildning

Flertalet sjuksköterskor upplever sin utbildning avseende nutrition otillräcklig och majoriteten saknar helt tillgång till utbildningsprogram på den avdelning de arbetar. Majoriteten av sjuksköterskorna upplever det svårt att beräkna en patients energibehov och cirka hälften anser det svårt att lägga upp en plan för nutritionsbehandling. (Rasmussen et. al., 1999). De flesta sjuksköterskor känner att de inom ramen för sin utbildning har fått för lite kunskap om nutrition och de anser att det är av stor betydelse att man har kompetens att behandla bland annat undernäring.

Sjuksköterskor ställer sig mycket positiva till införande av utbildning/fortbildning på arbetsplatsen då många tycker att grundutbildningen avseende nutrition inte täcker behovet. De önskar sig exempelvis mer praktisk information om vilken kost som rekommenderas till en patient som äter dåligt samt specifik undervisning kring diet för patienter med särskilda sjukdomstillstånd (Kowanko, et al., 1999). Önskemålen gäller också utbildning om undernäringens konsekvenser för hälsan och nutritionella stödåtgärder (Alfengård & Klevsgård, 2005). En av de deltagande sjuksköterskorna i Kowankos et al. (1999) studie nämnde att det skulle vara av stor betydelse med ökad kunskap om vikten av god nutritionsvård i jämförelse med sjuksköterskans övriga arbetsuppgifter

Sjuksköterskans kunskaper om identifiering av riskpatienter

Rutinerna kring bedömning av nutritionsstatus och identifiering av riskpatienter visar sig brista i sjukvården. Flera studier fann att bedömning av nutritionsstatus bland patienter var ett lågprioriterat område (Kondrup et. al., 2002; Kowanko et. al., 1999; Rasmussen et. al., 1999) Majoriteten av sjuksköterskorna i Perrys (1997a, b) undersökning ansåg att alla patienter skall vägas in då de skrevs in på sjukhus. Samma studie visar att majoriteten av de deltagande sjuksköterskorna inte kunde ange det rekommenderade värdet på BMI. Endast hälften sjuksköterskorna beskriver att detta utförs på alla – eller nästan alla – patienter vid inskrivning. Detta styrks även i Kondrups et al. (2002) studie. Cirka hälften av respondenterna i Aagaards (1998) studie svarade att nutritionen alltid eller ofta är en central punkt i inskrivningssamtalet, medan resterande hälft svarade att detta sällan tas upp. Mer än hälften av sjuksköterskorna uppgav att deras avdelning har rutiner för observation av patienternas kostintag, medan en tredjedel svarade att de till en viss del har detta. Bara 7 procent uppgav att de räknar ut patientens BMI vid misstanke om undernäring. Det visar sig att många avdelningar inte har fasta rutiner i dokumentationen av patientens vikt vid inskrivning på medicinska avdelningar.

Sjuksköterskor hade förståelse för att god nutrition är en viktig del av ett hälsosamt leverne, men flera av dem kunde inte klart redogöra för det mer ingående. Detta visar sig i uttalanden som ”nutrition är det du äter och dricker” och endast några av dem kunde klart redogöra för de olika näringsgrupperna (Kowanko et. al, 1999). Flera sjuksköterskor i samma undersökning ansåg att den nattliga fastan på tolv till fjorton timmar var för lång för patienterna. Det var dock men det var sällsynt att patienterna föreslogs ta något litet mellanmål för att göra fastan kortare. Författarna skriver vidare att det fanns några sjuksköterskor som hade uppfattningen att det inte fanns problem med malnutrition på sjukhuset alls. Brister i kunskapen kring kostens teoretiska och praktiska aspekter visar sig även i Kondrups et al. (2002) studie där bland annat kunskapen är otillräcklig när det gäller vad, hur mycket och hur ofta patienten bör äta. Avsaknaden av kunskap gällde även att bedöma patientens energibehov och de upplever det svårt att uppskatta innehållet av energi och protein i den mat som serveras på sjukhuset (Kondrup et. al., 2002). Detta är den främsta orsaken till att sjuksköterskor inte kan bedöma patienternas nutritionsstatus på ett korrekt sätt. (Kondrup et. al., 2002; Kowanko et. al.,1999).

Sjuksköterskorna som deltog i Kowankos et al. (1999) studie hade misstankar om att det för närvarande fanns malnutrierade patienter på sjukhuset där de arbetade. Enligt dem bedömdes viktnedgång, orkeslöshet och dålig kondition på patientens hår och hud som tydliga symtom på malnutrition. En av sjuksköterskorna uppgav att hon tog hänsyn till både fysiska och psykiska symtom. I studien ställdes frågan hur sjuksköterskorna finner orsaken till en patients minskade aptit eller oväntade viktneidgång. Deltagarna svarade då att de då frågar patienten om dennes normala kostintag och vad som är annorlunda idag. En sjuksköterska uppgav att man ägnar mer tid och kraft åt en patient som ser malnutrierad ut, väger lite och äter dåligt, än det ägnas åt andra patienter. Kowanko et al (1999) skriver att riskfaktorer för undernäring är nyuppkommen oavsiktlig viktnedgång samt att leva ensam. Deltagarna i denna studie var även överens om att dessa patienter borde ha uppmärksammas tidigare än när undernäringen redan var ett faktum.

De största problemen inom nutrition och identifiering av riskpatienter var enligt sjuksköterskorna i Aagards (1998) studie bristande kunskaper. Tidsbrist, dålig ekonomi och underbemanning var några av de andra kategorier som framkom. I Rasmussens et. al. (1999) studie angav läkare och sjuksköterskor otillräcklig kunskap, bristande intresse, oklar ansvarsfördelning, svårigheter att bedöma riskpatienter och tidsbrist som orsaker till utvecklingen av malnutrition under vårdtiden.

DISKUSSION

Metoddiskussion

För att kunna besvara syfte och frågeställningar valdes en litteraturstudie som metod. Fördelen med ett sådant arbete är att man får en bra bild av den befintliga forskningen inom området (Backman, 1998). Förhoppningsvis kan man sammanställa den forskningen och på så sätt få en bra överblick av problemet. Då vårt sökresultat endast gav sju stycken

relevanta artiklar kan detta val av metod diskuteras. Eventuellt hade en intervjustudie gett ett annat resultat än det som framkommit. Då hade man kunnat utforma öppna frågor där sjuksköterskorna själva kunde få beskriva sina faktiska kunskaper och eventuella brister.

Den sökväg som valdes för att få fram underlag till studien resulterade i 314 träffar. Att endast sju relevanta vetenskapliga artiklar hittades kan bero på att fel sökord har valts. Det kan också bero på att missar har gjorts vid urvalsprocessen. Polit och Beck (2004) skriver att en studie inte skall värderas utefter antalet referenser som används utan dess kvalitet bör istället belysas och värderas.

Att artiklarna är utländska är något läsaren bör ha i åtanke. Paralleller kan i de flesta fall dras till svenska förhållanden och de artiklar som inte kunnat kopplas till vår kultur har valts bort. De i resultatet redovisade artiklarna är publicerade mellan år 1998-2006. Målet var att använda så aktuella artiklar som möjligt.

Att båda uppsatsförfattarna var för sig har läst igenom, tolkat och granskat artiklarna och först därefter gjort en gemensam sammanställning skapar förutsättningar för en mer korrekt bedömning av artiklarna och ett mer objektivet återgivet resultat (Patel & Davidson, 1994). Metoden är dock mer tidskrävande än om uppsatsförfattarna hade fördelat artiklarna mellan sig och sammanställt materialet på egen hand. Granskningsprocessen gick smidigt eftersom de flesta artiklar hade relativt lättförståelig engelska. Man bör, då man läser denna litteraturstudie, ha i åtanke att den mestadels bygger på kvantitativt material.

Från början var tanken att arbetet skulle vara inriktat endast på välfärdssjukdomar. Inriktningen förändrades dock under resans gång då vi insåg hur vanligt malnutrition är bland kostrelaterade sjukdomar, i synnerhet bland ineliggande patienter på sjukhus.

Resultatdiskussion

Sjuksköterskor möter människor under alla livsfaser, och undervisning och rådgivning kring kostens sammansättning är en viktig arbetsuppgift (Jahren Kristoffersen, 1998). Tidigare forskning visar att malnutrition är ett stort problem inom sjukvården (Socialstyrelsen, 1997; 2005; Edington et al. 2000). I resultatet framgår att sjuksköterskor inte anser sig ha tillräckliga kunskaper för att identifiera dessa patienter och att formell utbildning inom ämnet nutrition saknas (Kondrup et al., 2002; Kowanko et al., 1999; Rasmussen, et al., 1999). Det finns brister i såväl grundutbildningen som fortlöpande utbildning på arbetsplatsen. De ställer sig dock positiva till införande av målinriktad fortbildning på arbetet och det finns ett tydligt behov av detta. Utbildning och fortbildning ökar intresse och kunskap som förhoppningsvis leder till ett effektivare, mer strukturerat och kvalitetsmässigt omhändertagande.

Sjuksköterskor hade varierande attityder till bedömning och behandling av malnutrition bland patienter. De ansåg att sjukhusets ledning förväntade sig att bedömning av nutritionsstatus bland patienter skulle göras vid inskrivning (Kondrup et al. 2002). De tyckte sig även få för lite stöd av läkare och att fördelningen av ansvar mellan sjuksköterskor och läkare inte var tydlig nog. (Kowanko et al. 1999). Enligt Socialstyrelsen (2000) har patientansvarig läkare och sjuksköterskor tillsammans med dietist gemensamt ansvar för att bedöma patienternas nutritionstillstånd samt att dokumentera och vidarebefordra uppgifterna till nästa vårdgivare. Uppsatsförfattarnas åsikt är att om en god

nutritionsvård skall kunna ges, förutsätter det att läkare, dietister, sjuksköterskor och undersköterskor samarbetar samt att varje yrkesgrupp vet vilka arbetsuppgifter som ingår i den egna och de andra gruppernas yrkesroll. En tydlig struktur och arbetsfördelning i form av ansvarsbeskrivningar kan underlätta det praktiska arbetet. En gemensam, fortlöpande utbildning på arbetsplatsen, inriktad på kommunikation mellan de olika yrkesgrupperna, vårdplanering och rutiner kan vara en annan god förutsättning. Detta inte minst med tanke på att tidigare studier visar att cirka var femte patient som är inlagd på sjukhus beräknas vara malnutrierad (Edington et. al., 2000).

Enligt socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1993:17) ansvarar sjuksköterskan för att omvårdnadsåtgärderna planeras, genomförs och utvärderas på ett ändamålsenligt sätt. Hon ska även se till att omvårdnadsåtgärderna genomförs i samverkan med andra personalgrupper. Trots detta framgår det i resultatet att ansvarsfördelningen avseende nutrition är oklar bland de olika professionerna. Uppsatsförfattarna har uppfattat det som att läkare, sjuksköterskor och dietister har olika utgångspunkter för nutritionsbehandling. Dietisten är den enda av de tre som i sin yrkesutövning är inriktad på enbart nutritionsbehandling. För läkaren är nutritionen en del av hela det medicinska perspektivet, och för sjuksköterskan är den en av delarna i omvårdnaden. Är socialstyrelsens allmänna råd otydliga när det gäller vad som ingår i sjuksköterskans ansvarsområde?

I resultatet framgår att endast 7 procent av sjuksköterskorna räknar ut patientens BMI vid misstanke om undernäring (Aagaard, 1998). För att möjliggöra bedömning av nutritionstatus är det ett minimum att bedömningen innefattar beräkning av BMI (Sjukvårdsrådgivningen, 2007; Socialstyrelsen, 2000). I en tidigare studie har man jämfört två metoder för bedömning av malnutrition, BMI och MNA (Pirlich et. al. 2006). Resultatet visar att de två olika metoderna gav olika utslag, då antalet patienter som bedömdes malnutrierade var betydligt fler vid tillämpandet av den ena metoden. Enligt Socialstyrelsen (2006) finns det ingen etablerad metod att beskriva en människas nutritionstillstånd. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:736) skall all behandling och vård bedrivas i enlighet med ”vetenskap och beprövad erfarenhet”. Hur ska man som sjuksköterska kunna bedöma en patients nutritionstatus när det inte finns någon etablerad bedömningsmetod vid malnutrition?

Edington et al. (2000) menar att om man behandlar undernäring i tidigt skede kan man förhindra att sjukdomstillstånd förvärras och minska risken för uppkomst av ytterligare sjukdomar. Därför är sjuksköterskans kunskap om identifiering av riskpatienter av allra största vikt. Edington skriver vidare att om identifieringen skall ske korrekt måste patienten både vägas och mätas och detta bör göras med jämna tidsintervaller för att man ska kunna vara observant på en eventuell förändring. Resultatet visar att de flesta sjuksköterskor ansåg att det var viktigt att bedöma patientens nutritionstatus och menade att detta alltid borde göras. I verkligheten utfördes bedömningar i ett fåtal av fallen (Rasmussen, 1999). Detta gör att patienter riskzon lätt missas vilket Edington et al. (2000) menar leder till längre vårdtider.

Flera studier visar på att alla eller nästan alla äldre patienter inlagda på sjukhus och vårdtagare på äldreboenden är malnutrierade (Socialstyrelsen, 2006; Elmeståhl, Persson, Andren & Blabolil, 1997). Har detta ett samband med bristen på kunskap och utbildning hos dagens sjuksköterskor? Sjuksköterskan är den som har det primära ansvaret för

patientens omvårdnad, det är hon som har den fortlöpande kontakten och ska kunna identifiera riskfaktorer, däribland nutritionsproblem (SOSFS 1993:17).

Tidigare studier visar på att vid tillämpning av de två vanligaste bedömningsinstrumenten för identifiering av malnutrierade patienter får man två helt olika resultat.

Konklusion

Sjuksköterskorna ansåg sig ha det största ansvaret för patienternas nutrition och de flesta upplevde att de tar ansvar för att patienterna får sitt näringsbehov tillgodosett. Samtidigt kände sjuksköterskorna att kunskapen inte var tillräcklig för att kunna ta ansvar för de uppgifter som tilldelats dem. Sjuksköterskans kunskap kring identifiering av riskpatienter brister i vården. Många av dem kunde inte ange det rekommenderade värdet på BMI, endast hälften av dem tillämpade metoden vid inskrivning på avdelningen. Då det fanns misstanke om malnutrition hos en patient var det bara ett fåtal av sjuksköterskorna som räknade ut patientens BMI. Sjuksköterskor hade förståelse för att god nutrition är en viktig del av ett hälsosamt leverne, men flera av dem kunde inte klart redogöra för det mer ingående. Många kunde heller inte redogöra för vad, hur mycket och hur ofta patienten bör äta. Enligt sjuksköterskorna bedömdes viktminskning, orkeslöshet och dålig kondition på patientens hår och hud på tydliga symtom på malnutrition. Bristen på kunskap var enligt sjuksköterskorna den huvudsakliga orsaken till att det uppstår problem kring identifiering av riskpatienter.

Majoriteten av läkare och sjuksköterskor ansåg att läkaren var ansvarig att fastställa patientens nutritionsstatus men kostintag skulle dokumenteras av sjuksköterskan. Många sjuksköterskor upplever att ansvarsfördelningen är oklar. Att samordna de olika yrkesgrupperna där varje grupp vet vilka arbetsuppgifter som ingår i både den egna och medarbetarnas yrkesroll är något som borde ligga inom chefens eller avdelningsföreståndarens ansvarsområde.

Sjuksköterskor har bristfälliga kunskaper avseende nutrition i omvårdnaden, anledningen till detta kan vara att en fördjupning i ämnet helt eller delvis saknas i grundutbildningen. Flertalet sjuksköterskor upplevde sin utbildning avseende nutrition otillräcklig men de ansåg att det är av stor betydelse att ha kunskap i att behandla malnutrition. De ställde sig positiva till införande av utbildning/fortbildning på arbetsplatsen. Sjuksköterskorna önskade sig praktisk kunskap om rekommenderad kost då en patient äter dåligt samt specifik undervisning kring diet för patienter med särskilda sjukdomstillstånd. Det är av stor betydelse med ökad kunskap om vikten av god nutritionsvård i jämförelse med sjuksköterskans övriga arbetsuppgifter.

Uppsatsförfattarna anser att om tillräckliga resurser tilldelas personalen, både materiella och sådana som är knutna till kunskap och tid, borde vård och behandling av patienter med malnutrition kunna förbättras och vårdkostnaderna skulle sänkas. Färre fall av malnutrition skulle kunna leda till kortare vårdtider för många patienter vilket i sin tur ger en bättre folkhälsa och en förbättrad ekonomi inom hälso- och sjukvården.

Det skulle vara intressant med ytterligare forskning för att studera hur fördjupande utbildning inom nutrition skulle påverka förekomsten av patienter med malnutrition samt de ekonomiska vinsterna vid förbättrad omvårdnad av dessa patienter.

REFERENSLISTA

Aagard, H. (1998). Ernæring og sykepleiekunnskap. *Vård i Norden*. No 50, Vol 18, 22-26/35.

Alfengård, K. & Klevsgård, R. (2005). Nutrition inom vård och omsorg. Kartläggning av rutiner och utbildningsbehov avseende nutrition inom slutenvård och inom vården av äldre i olika boendeformer i ett län i södra Sverige. *Vård i Norden*, No 76, Vol 75, 42-47.

Arlebrink, J. (1996). *Grundläggande vårdetik – teori och praktik*. Lund. Studentlitteratur.

Dudek, S. (2007) *Nutrition essentials for nursing practice*. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins.

Elmeståhl, S., Persson, M., Andren, M. & Blabolil, V. (1997). Malnutrition in geriatric patients: a neglected problem? *Journal of Advanced Nursing*. No 26, 851-855.

Edington, J., Boorman, J., Durrant, E.R, Perkins, A., Giffin, C., James, R., Thomson, J., Oldroyd, J. Smith, J.C., Torrance, A.D., Blackshaw, V., Green, S., Hill, C.J., Berry, C., McKenzie, C., Vicca, N., Ward, J.E. & Coles, S.J. Prevalence of malnutrition on admission to four hospitals in England. *Clinical Nutrition*, No 3, 197-195.

Henderson, V. 1982. Grundprinciper för patientvårdande verksamhet. Stockholm: Almqvist & Wiksell. Liber.

Jahren Krisoffersen, N. (1998). *Allmän omvårdnad 3. Patienten och sjuksköterskan – kropp, behov och metoder*. Stockholm. Liber.

Kondrup, J., Johansen, N., Plum, L.M., Bak, L., Højlund Larsen, I., Martinsen, A., Andersen, J.R., Bærnthsén, H., Bunch, E. & Lauesen, N. (2005). Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. *Clinical nutrition*, No 21 (6): 461-468.

Kowanko, I., Simon, S. & Wood, J. (1999). Nutritional care of the patient: nurses' knowledge and attitudes in an acute care setting. *Journal of Clinical Nursing*, No 8: 217-224.

MRF-rapport2. (2003). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning. Forskningsetisk policy och organisation i Sverige*. Uppsala: Almqvist & Wiksell Tryckeri.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2001). *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber AB.

Patel, R. & Davidson, B. (1994). *Forskningsmetodikens grunder – Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.

- Perry, L. (1997a). Fishing for understanding: nurses knowledge and attitudes in relation to nutritional care. *International Journal of Nursing Studies*. No 34, 359-404.
- Perry, L. (1997b). Nutrition: a hard nut to crack. An exploration of the knowledge, attitudes and activities of qualified nurses in relation to nutritional care. *Journal of Clinical Nursing*. No 6, 315-324.
- Pirlich, M., Schutz, T., Norman, K., Gastell, S., Lubke, H., Bischoff, S., Bolder, U., Frieling, T., Guldenzoph, H., Hahn, K., Jauch, K., Schindler, K., Stein, J., Volkert, D., Weimann, A., Werner, H., Wolf, C., Zurcher, G., Bauer, P. & Lochs, H. (2006) A German hospital malnutrition study. *Clinical Nutrition*, No 25, 563-572.
- Polit, D. & Beck, C. (2004). *Nursing research – Principles and Methods*. (7th edition). Philadelphia,: J B. Lippincott Company.
- Rasmussen, H., Kondrup, J., Ladefoged, K. & Staun, M. (1999) Clinical nutrition in Danish hospitals: a questionnairebased investigation among doctors and nurses. *Clinical Nutrition*, No 18, 153-158.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Svensk författningssamling. Stockholm. Liber.
- Sjukvårdsrådgivningen. (2007). *Handbok för hälso- och sjukvård*. Hämtad från WWW 2007-11-29. <http://www.sjukvardsradgivningen.se/handboken>
- SOSFS 1993:17. *Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården*. Svensk författningssamling. Stockholm. Liber.
- Socialstyrelsen. (2005). *Folkhälsorapport*. Stockholm: Epidemiologiskt centrum. <http://www.socialstyrelsen.se/Puplicerat/2005/8707/2005-111-2.htm>
- Socialstyrelsen (2006) *Bedömning och behandling av nutritions- och undernutritionstillstånd inom äldreården*. Hämtad från WWW 2008-01-10 <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/30923E29-AC7D-4AB6-A2DE-C988D8BCDD88/6060/200612335.pdf>
- Socialstyrelsen. (2005). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Hämtad från WWW 2007-09-03. <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/33C8D178-0CDC-420A-B8B4-2AAF01FCDFD9/3113/20051052.pdf>
- Socialstyrelsen. (2000). SoS-rapport 2000:11. *Näringsproblem i vård och omsorg. Undernäring- prevalens och incidens*. Stockholm.
- Äldreuppsdraget 97:5. *Näringsproblem i äldreboendet*. Stockholm: Socialstyrelsen, 1997.