Örebro universitet, Institutionen för hälsovetenskap och medicin
Omvårdnadsvetenskap
Omvårdnadsvetenskap C, Självständigt arbete 15 hp
Vårterminen 2013

Inställning till nutritionsomvårdnad hos sjuksköterskor

Nurses' attitudes towards nutritional care

Karolina Amnå
Eva-Lisa Laestadius

Sammanfattning
Bakgrund: Nutrition är viktigt i alla människors liv. Sjukdom påverkar individens närings- och energibehov. Malnutrition ger negativa följder för individens återhämtning vid sjukdom. Upp till hälften av patienterna på svenska sjukhus lider av malnutrition eller har för litet nutritionsintag i förhållande till näringsbehovet. Sjuksköterskan har i sin profession omvårdnadsansvaret över patientens nutrition och ska arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet.
Syfte: Syftet var att beskriva sjuksköterskors inställning till nutritionsomvårdnad.
Metod: En litteraturstudie med systematisk sökning och deskriptiv design har genomförts.
Resultat: Osäkerhet fanns hos sjuksköterskor angående ansvaret, men de angav en positiv inställning till bedömning av patienternas nutritionsstatus. Vissa patienter bedömdes men inte alla. Den kliniska blicken användes i högre grad i bedömning än evidensbaserade bedömningsinstrument. Kunskaperna i nutrition varierade. Utbildning i nutrition ansågs vara nödvändig, bra och ge positiv effekt. Hinder för adekvat nutritionsomvårdnad angavs vara tidsbrist, arbetsbelastning och konkurrerade aktiviteter för sjuksköterskorna.
Slutsats: Nutrition får lägre prioritet än annan medicinsk behandling på grund av tidsbrist, kunskap och otydlig ansvarsfördelning. Avsaknad av en holistisk syn på patienten när det gäller nutritionsomvårdnad finns hos sjuksköterskorna. Ett evidensbaserat arbetssätt kräver kunskap, tid och resurser.

Sökord: inställning, nutritionsomvårdnad, sjuksköterskor

Innehåll

1. Bakgrund 1

1.1 Inledning 1

1.2 Energi- och näringsbehov 1

1.3 Ohälsa 1

1.4 Befolkning i världen och Sverige 2

1.5 Bedömning 2

1.6 Evidensbaserad omvårdnad 2

1.7 Definitioner 3

1.8 Problemformulering 3

2. Syfte 3

3. Metod 3

3.1 Sökstrategi 3

3.2 Urval 4

3.3 Dataanalys 5

3.4 Etiskt resonemang 5

4. Resultat 5

4.1 Ansvar 5

4.2 Bedömning 6

4.3 Åtgärder 7

4.4 Riktlinjer 7

4.5 Kunskaper 7

4.6 Utbildning 8

4.7 Hinder 8

4.8 Resultatsammanfattning 9

5 Diskussion 9

5.1 Metoddiskussion 9

5.2 Resultatdiskussion 11

5.2.1 Ansvar **11**

5.2.2 Bedömning **12**

5.2.3 Åtgärder **12**

5.2.4 Utbildning **13**

5.2.5 Hinder **13**

5.3 Slutsats **14**

5.4 Klinisk nytta **14**

Referenser **16**

Bilaga 1
Bilaga 2

1. Bakgrund

1.1 Inledning

Nutrition är viktigt i alla människors liv, och många faktorer bidrar till att intaget ska bli optimalt. Dessa faktorer är funktion, aktivitet, delaktighet, omgivningsfaktorer och personliga faktorer. Felnäring kan uppstå om någon av dessa saknas. Det som reglerar vårt behov av mat är hunger, aptit, kultur och normer. Antalet måltider och deras sammansättning behöver vara anpassade till personens tillstånd och ålder. Äldre drabbas oftare än yngre av problem med nutrition, ofta i kombination med kroniska sjukdomar (Westergren, 2009).

1.2 Energi- och näringsbehov

För att behålla kroppsvikten krävs en balans mellan förbrukning och intag av energi. Det finns två delar i energiförbrukningen – den grundläggande, som krävs för att behålla kroppsvärmen och hålla igång de vitala organens funktion, samt den energiförbrukning som krävs vid fysisk aktivitet. Energibehovet varierar utifrån kön, ålder, grad av fysisk aktivitet och sjukdomsbild (Livsmedelsverket, 2012; Rothenberg & Karlström, 2010). Vuxna individer har ett genomsnittligt dagligt energibehov på 30 kcal/kg kroppsvikt (Stubberud, Almås & Kondrup, 2011). För äldre individer minskar energibehovet (Brodkorb, 2010; Brownie, 2006) till en nivå som motsvarar 70-80% av unga vuxnas behov (Dehlin & Rundgren, 2000, refererad i Brodtkorb, 2010).

För friska individer bör näringsintaget bestå av energigivande näringsämnen, som kolhydrater, fett och proteiner, samt andra viktiga näringsämnen, som vitaminer och mineraler. För individer som drabbats av sjukdom är det viktigt att ta hänsyn till patientens näringsförluster, sjukdomens art och behandling (Stubberud et al., 2011). För äldre skiljer sig nutritionsbehovet något från yngre individers. Behovet ökar vad gäller vissa näringsämnen och minskar vad gäller andra (World Health Organization, [WHO], u.å.).

1.3 Ohälsa

När en individ blir sjuk eller behöver medicinsk vård kan individens nutritionsstatus och behov av näring förändras (Stubberud et al., 2011). Äldre individer har högre sårbarhet än yngre på grund av att normala åldersförändringar påverkar kroppens olika organ (Brodtkorb, 2010; Brownie, 2006; Hylen Ranhoff, 2010; Rothenberg, 2010) och att reservkapaciteten att klara av olika sjukdomstillstånd är nedsatt (Hylen Ranhoff, 2010). De äldre blir lättare sjuka, förloppet är snabbare och olika komplikationer är vanligare (Brownie, 2006; Hylen Ranhoff, 2010). Utöver sjukdom och ålder kan socioekonomiska faktorer som låg inkomst och ensamhet vara en bidragande faktor till malnutrition (Norman, Pichard, Lochs & Pirlich, 2008).

Uppemot en fjärdedel av patienter på svenska sjukhus lider av malnutrition, och ytterligare en fjärdedel har för litet nutritionsintag i förhållande till näringsbehovet (Cederholm, 2006). Malnutrition, det vill säga, undernäring och/eller felnäring, ger negativa följder för individens återhämtning vid sjukdom. Flera kroppsfunktioner påverkas vid malnutrition. Minskad muskelmassa och därmed sänkt muskelskraft ger försämrad andning med sänkt lungfunktion som följd. Cirkulationen påverkas också vilket ger en försämrad hjärtfunktion. Hudkostymen drabbas och ger ökad risk för trycksår och försämrad sårläkning (Stubberud et al., 2011).

Vid sjukdomar som hjärt- och kärlsjukdomar, osteoporos, diabetes och vissa cancerformer spelar matvanor en viktig roll. Ensidig kost, ekonomiska faktorer samt åldersrelaterade faktorer som nedsatt kognitiv funktion och försämrad syn påverkar individens nutritionsstatus

negativt. Med förbättrade kostvanor kan risken för sjukdomar som hjärt- och kärlsjukdomar och stroke minska med 30-40% (WHO, u.å.).

Malnutrition är ett allvarligt tillstånd som ofta förbises. Tillståndet är nästan alltid förknippat med sjukdom (Faxen Irving, 2010; Norman et al., 2008). Malnutrition och sjukdomsrelaterad undernäring är ett angeläget hälso- och sjukvårdsproblem i Europa (Faxén Irving, 2010; Furman, 2006). I och med möjligheterna att behandla kroniska sjukdomar och förlänga liv uppstår också en ökning av nutritionsproblemen. Det är viktigt av flera olika skäl, såväl samhällsekonomiska som individuella, att problemet upptäcks tidigt och behandling påbörjas (Faxén Irving, 2010).

1.4 Befolkning i världen och Sverige

Medellivslängden ökar i Sverige. År 2010 var den 83,5 år för kvinnor och 79,5 år för män (Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut, 2012). Även antalet och andelen äldre personer, det vill säga de som är 60 år och äldre, i världens befolkning ökar (WHO, u.å.). Det som bidragit till detta är framför allt att överlevnaden har ökat i hjärt- och kärlsjukdomar, hjärtinfarkt och stroke, sjukdomar som främst drabbar äldre personer (Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut, 2012).

1.5 Bedömning

Socialstyrelsen (2011) anger vikten av att en nutritionsbedömning av patienter/vårdtagare genomförs inom ett dygn efter inskrivning på sjukhus eller äldreboende. Sjuksköterskan har i sin profession omvårdnadsansvaret, i vilket bedömning av risk för malnutrition ingår (Rothenberg, 2013). I den europeiska nutritionsorganisationen ESPEN:s riktlinjer från 2002 rekommenderas de validerade bedömningsinstrumenten Mini Nutritional Assessment (MNA), Nutritional Risk Screening (NRS 2002) och Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) för att bedöma risk för malnutrition hos olika patientgrupper (Kondrup, Allison, Elia, Vellas & Plauth, 2003). Fler evidensbaserade bedömningsinstrument finns, som till exempel Subjective Global Assessment (SGA) (Stubberud et al., 2011). Den svenska tvärprofessionella föreningen för främjande av klinisk nutrition och metabol forskning, SWESPEN, och som är en del av ESPEN, anger att en sammanvägning av ofrivillig viktförlust, ätsvårigheter och undervikt kan användas som underlag för bedömning av nutritionsstatus hos patienter och vårdtagare (*Nutritionsbehandling i sjukvård och omsorg*, 2006).

1.6 Evidensbaserad omvårdnad

Evidensbaserad omvårdnad är en process och ett förhållningssätt som innebär att vetenskapliga resultat från forskning används som komplement till andra kunskaper (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). I processen granskas allt tillgängligt vetenskapligt underlag inom ett ämnesområde. Kritiska frågor ställs, en systematisk sökning genomförs varpå resultatet sammanställs och granskas för att sen tillämpas i praktiken i samråd med patienten. Förhållningssättet innebär det att det finns en vilja att använda evidens i beslutsfattande kring patientens omvårdnad. Evidensbaserad omvårdnad syftar till att ge patienten den bästa vården enligt evidens, samt att effektivisera hälso- och sjukvårdens resurser (Svensk sjuksköterskeförening, 2011). Evidens definieras som bästa tillgängliga bevis (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], u.å.; Svensk sjuksköterskeförening, 2011) som framkommer genom relevant patientnära systematisk forskning inom omvårdnadsområdet (Willman et al., 2011). Tyngdpunkten ligger på granskning av resultat som har betydelse för patienten (SBU, u.å.; Svensk sjuksköterskeförening, 2011; Willman et al., 2011). Evidens kompletteras och kombineras med kunskap om enskilda individers behov och upplevelser samt de organisatoriska och ekonomiska förutsättningar som gäller inom vården (Willman et al., 2011). Klinisk expertis i

kombination med evidens och patientens förutsättningar och önskningar ska användas när beslut om vård ska fattas (SBU, u.å.: Svensk sjuksköterskeförening, 2011). För att kunna tillämpa evidensbaserad omvårdnad i den dagliga verksamheten måste sjuksköterskan kunna formulera en klinisk relevant forskningsfråga och ha kännedom om tillvägagångssättet för att finna vetenskaplig litteratur (SBU, u.å.; Svensk sjuksköterskeförening, 2011; Willman et al., 2011). Evidensbaserad omvårdnad rubriceras som utvärderingsforskning som ofta definieras som en vilja att använda vetenskapliga tekniker och metoder för utvärdering (Willman et al., 2011).

1.7 Definitioner

Malnutrition definieras som undernäring och/eller felnäring (Brodtkorb, 2010). Undernäring innebär att intaget understiger behovet, antingen på grund av ökat behov, exempelvis vid sjukdom, eller på grund av minskat intag, exempelvis vid aptitlöshet. Felnäring innebär att det finns en brist på speciella näringsämnen, som vissa vitaminer och mineraler, på grund av för litet intag eller ensidig kosthållning (a.a.). I detta arbete användes termen nutritionsbedömning för både nutritionsscreening och -bedömning. Deltagarna i studierna benämndes som sjuksköterskor då dessa var i majoritet, även om några av deltagarna tillhörde andra professioner. Ordet författarna användes om författarna till denna litteraturstudie.

1.8 Problemformulering

Sjukdom påverkar individens närings- och energibehov. Sammantaget upp till hälften av patienterna på svenska sjukhus lider av malnutrition eller har för litet nutritionsintag i förhållande till näringsbehovet. Malnutrition ger negativa följder för individens återhämtning vid sjukdom. Evidensbaserad omvårdnad syftar till att ge patienten den bästa vården, baserad på bland annat evidens och klinisk expertis, samt till att effektivisera hälso- och sjukvårdens resurser. En holistisk syn på människan krävs för att kunna identifiera alla aspekter av en persons nutritionsstatus, då det är många faktorer som påverkar den.

Sjuksköterskan har i sin profession ett självständigt ansvar för att uppmärksamma, kartlägga och åtgärda malnutrition. Därför behövs god kompetens hos sjuksköterskan gällande nutritionsomvårdnad. Sjuksköterskans inställning till nutritionsomvårdnad påverkar densamma, men även patientens livskvalitet och på sikt samhället.

2. Syfte

Syftet var att beskriva sjuksköterskors inställning till nutritionsomvårdnad.

3. Metod

Vald metod var litteraturstudie med systematisk sökning med beskrivande design (Forsberg & Wengström, 2008). Litteraturstudie innebär att litteraturen inom ett definierat område systematiskt söks fram, granskas kritiskt och sammanställs (a.a.). I det här arbetet innebär det att sammanställa data från tidigare empiriska studier.

3.1 Sökstrategi

Först formulerades syftet. Därefter togs de meningsbärande orden undernäring, nutritionsbedömning, inställning och sjuksköterska ut. Databaser som valdes var CINAHL, Medline och SveMed+ då de är databaser som innehåller vetenskapliga artiklar inom ämnet omvårdnad. Databasen PsycInfo valdes för att det är en databas med psykologisk forskning inom bland annat omvårdnad. De meningsbärande orden översattes till CINAHL Headings, MeSH-termer respektive Thesaurus-termer. CINAHL Headings användes i CINAHL, MeSH-termer i SveMed+ och Medline samt Thesaurus-termer i PsycInfo.

Det meningsbärande ordet undernäring blev i CINAHL Heading och i MeSH *Malnutrition*. I Thesaurus fanns inte ordet undernäring eller nutritionsbedömning så det större begreppet *Nutrition* fick ersätta de begreppen. Nutritionsbedömning blev *Nutritional Assessment* i CINAHL Heading och *Nutrition Assessment* i MeSH. Inställning blev i CINAHL Heading *Attitude of Health Personnel* samt *Nurse Attitudes,* i MeSH *Attitude of Health Personnel* samt *Health Knowledge, Attitudes, Practice* och i Thesaurus *Health Personnel Attitudes*. Det meningsbärande ordet sjuksköterska kombinerades med det bärande ordet inställning och blev i CINAHL *Attitude of Health Personnel* samt *Nurse Attitudes,* i MeSH *Attitude of Health Personnel* samt i Thesaurus *Health Personnel Attitudes.*

Sökorden kombinerades därefter med de booleska operatorerna AND och OR. Utöver de artiklar som hittades vid de systematiska sökningarna användes även en artikel från en manuell sökning som rekommenderades via ScienceDirect, en webbsida som bland annat innehåller artiklar inom ämnet omvårdnad. Sökorden som användes resulterade i aktuell vetenskaplig litteratur. Valda begränsningar var att artiklarna skulle ha publicerats 2008-2013, att de var peer reviewed och skrivna på engelska. (Se Bilaga 1).

3.2 Urval

Artiklar inkluderades om de var originalartiklar och handlade om sjuksköterskans inställning till nutritionsomvårdnad.

Urvalet skedde i flera steg. Först lästes titlar, och de som svarade mot syftet gick vidare till nästa steg i vilket abstract lästes. De artiklar vars abstract svarade mot syftet gick vidare till det sista steget i vilket hela artikeln lästes. Efter genomläsning sorterades de artiklar bort som inte svarade mot syftet (Rosén, 2012). Artiklar exkluderades om de behandlade enbart andra professioners eller patienters inställning till nutritionsomvårdnad. Urvalet resulterade i 12 artiklar (Bilaga 1).
Utvalda artiklar granskades med hjälp av modifierade granskningsmallar för kvalitativ och kvantitativ metod enligt Willman et al. (2011). Artiklarna redovisades i artikelmatriser (Bilaga 2).

Kvalitativa artiklar granskades av författarna utifrån trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet (Lincoln & Guba, 1985, refererad i Wallengren & Henricson, 2012). De aspekter som granskades var problemformulering, kontext, etiskt resonemang, urval, metod och resultat (Willman et al., 2011). Kvalitativa artiklar värderades vara av hög kvalitet om kontexten var klart beskriven, urvalet motiverat, välbeskriven urvalsprocess, datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Ytterligare skulle tillförlitlighets-/reliabilitetshänsyn vara beskriven, kopplingen mellan data och tolkning påvisades samt metodkritik beskriven. För låg kvalitet var frågeställningen vag eller dåligt formulerad, deltagargruppen dåligt beskriven samt resultatredovisningen bristfällig. Artiklarna bedömdes vara av medelkvalitet om det fanns element av både låg och hög kvalitet (Olsson & Sörensen, 2011).

Kvantitativa artiklar granskades utifrån validitet och reliabilitet. De aspekter som granskades var metod, deltagarkarakteristika, urval, randomiseringsförfarande, blindning, bortfallsanalys och -storlek, statistisk metod, instrument och resultat (Willman et al., 2011). Kvantitativa artiklar värderades vara av hög kvalitet om frågeställningen var väldefinierad, om det fanns tillräckligt antal deltagare och om adekvata statistiska metoder använts. För låg kvalitet var antalet deltagare för få, metoden bristfälligt beskriven, studiens genomförande bristande och

de statistiska metoderna tveksamma. Artiklarna bedömdes vara av medelhög kvalitet om det fanns element av både låg och hög kvalitet (Olsson & Sörensen, 2011).

3.3 Dataanalys

En modifierad textanalys enligt Polit och Beck (2012) genomfördes.
Författarna gjorde sig en helhetsbild av data genom att läsa igenom materialet flera gånger. Relevant innehåll i texten markerades och anteckningar gjordes under genomläsningen med avsikten att få med all information som svarade mot syftet. Innehållet sammanställdes och sorterades i artikelmatriser. Utifrån det sammanställda och sorterade innehållet framkom kategorier. Författarna diskuterade kategorierna när osäkerhet fanns. Kategorierna presenterades slutligen i resultatet (Polit & Beck, 2012).

3.4 Etiskt resonemang

Forskningsetiska principer ska behandlas i examensarbeten (Kjellström, 2012). Etiska överväganden som gjorts av författarna var att resultatet skulle vara till nytta för patienter, sjuksköterskor och, i förlängningen, för samhället (Vetenskapsrådet, 2011). Författarna presenterade all data som svarade mot syftet utan att egna värderingar styrde vad som presenterades i resultatet. Data varken förvrängdes eller fabricerades och författarna refererade till upphovsman och originaltext (a.a.), i artikelmatriser, referenslista och löptext. För att artiklar skulle inkluderas i litteraturstudien skulle de ha godkänts etiskt eller ha ett etiskt resonemang. Om det inte framkom i artikeln att den var etiskt godkänd eller hade ett etiskt resonemang, så granskades tidskriftens hemsida för att kontrollera om tidskriften krävde att artiklarna har etiskt godkännande innan publicering. Om inte det framkom på hemsidan mailades redaktören för tidskriften (Forsberg & Wengström, 2008).

4. Resultat

Resultatet sammanfördes i sju kategorier som presenterades under rubrikerna *ansvar, bedömning, åtgärder, riktlinjer, kunskap, utbildning* och *hinder*.

4.1 Ansvar

Drygt hälften av sjuksköterskorna upplevde att bristande ansvar (Mowe et al., 2008) var en bidragande faktor till bristande nutritionsbehandling. Osäkerhet om vem som ansvarade för bedömning framkom i flera studier (Aydin & Karaöz, 2008; Kim & Choue, 2009; Porter, Raja, Cant & Aroni, 2009; Ross, Mudge, Young & Banks, 2011). Det framkom att sjuksköterskor som arbetade i multidisciplinära team saknade medvetenhet om sin egen och andras roll i teamet gällande nutritionsomvårdnad (Ross et al., 2011). Ett flertal sjuksköterskor angav att ansvaret för bedömning av nutritionsstatus låg hos dietister och läkare (Aydin & Karaöz, 2008; Kim & Choue, 2009; Porter et al., 2009), och en del angav att ansvaret låg hos sjuksköterskorna (Kim & Choue, 2009; Porter et al., 2009). De flesta sjuksköterskorna i studien av Aydin och Karaöz (2008) angav att de inte hade någon funktion i bedömningen av patientens nutritionsstatus medan en sjuksköterska angav att sjuksköterskor borde ha en roll i bedömningen då de arbetade patientnära.

Ansvaret för patientens nutritionsproblem ansågs enligt majoriteten av sjuksköterskorna i studien av Kim och Choue (2008) ligga hos läkaren, och mindre än hälften angav att ansvaret låg hos sjuksköterskan. Khalaf, Berggren och Westergren (2009) beskrev att majoriteten ansåg att sjuksköterskan var huvudansvarig för patienternas nutritionsbehov. Ross et al. (2011) fann att sjuksköterskorna såg på nutritionsrelaterade aktiviteter som specifika uppgifter med varierande grad av ansvar. Vissa aktiviteter, som mat- och vätskelista, upplevdes av sjuksköterskorna vara specifika för dem men inte andra, som att väga patienterna. Aydin och

Karaöz (2008) beskrev att några av sjuksköterskorna inte genomförde kontroller om inte läkaren ordinerat dem. En sjuksköterska angav att rollen begränsades till att kontrollera att patienterna fick mat i tid och att de följde dieten, och en ansåg att deras uppgift i bedömningen var att inhämta nutritionsanamnes, följa upp vikt och biokemiska parametrar (a.a.).

Bjerrum, Tewes och Pedersen (2012) fann att det var skillnad i sjuksköterskornas uppfattning om deras specifika roll före och efter nutritionsutbildning hade genomförts på arbetsplatsen. Sjuksköterskorna ansåg att deras roll före utbildningen var att assistera läkarna. Efter utbildningen ansåg de fortfarande att läkarna hade den ledande rollen att ansvara för nutrition, men de såg sig själva vara medansvariga. Sjuksköterskorna upplevde att de hade ett ansvar för att identifiera riskpatienter, men de var otydliga gällande specifika exempel på vad som ingick i ansvaret (a.a.).

4.2 Bedömning

Nästan samtliga sjuksköterskor (90 %) uppgav en positiv inställning till att bedöma patienternas nutritionsstatus (Holst, Rasmussen & Unosson, 2008) och att bedömningen underlättades av en positiv inställning till värdet av hela nutritionsprocessen (Porter et al., 2009). Sjuksköterskorna uttryckte en mer positiv inställning till bedömningsprocessen om de hade aktivt stöd från ledningen (a.a.).

En majoritet av sjuksköterskorna angav att nutritionsbedömning förekom på arbetsplatsen. Endast ett fåtal angav att det inte förekom och övriga angav att de inte visste (Villalon, Laporte & Carrier, 2011). Flertalet sjuksköterskor ansåg att bedömning av nutritionsstatus skulle genomföras rutinmässigt på varje patient som togs in på avdelningen (Johansson, Rasmussen, Mowe & Staun, 2009; Kim & Choue, 2009; Villalon et al., 2011). Även i studien av Aydin och Karaöz (2008) angav sjuksköterskorna att bedömning av nutritionsstatus skulle göras på patienterna, men de kunde inte ge tillräcklig eller tydlig information om hur den skulle göras. Majoriteten av sjuksköterskorna angav att viktkontroll borde vara en del i inskrivningsrutinen (Holst et al., 2008; Kim & Choue, 2009).

Några sjuksköterskor uttryckte åsikter om att inte bedöma vissa patienter då de ansåg att inte alla behövde det (Porter et al., 2009; Raja et al., 2008). Även i en annan studie angav sjuksköterskorna att bedömning av nutritionsstatus inte genomfördes på alla patienter (Persenius, Hall-Lord, Bååth & Larsson, 2008). Porter et al. (2009) visade i sin studie att sjuksköterskorna upplevde svårigheter gällande besluten om vilka individer som skulle bedömas och hur bedömningen skulle genomföras.

Sjuksköterskor angav att evidensbaserade instrument för bedömning av nutritionsstatus sällan eller aldrig användes (Aydin & Karaöz, 2008; Porter et al., 2009; Villalon et al., 2011). Vid misstanke om malnutrition tog vissa sjuksköterskor direktkontakt med dietisten, då de ansåg att det var en tidsbesparande åtgärd, istället för att själva genomföra bedömning med instrument (Porter et al., 2009; Raja et al., 2008).

Sjuksköterskor angav att de kunde använda sin kliniska blick för att bedöma risk för malnutrition hos patienter (Porter et al., 2009; Raja et al., 2008; Ross et al., 2011) och de angav ett antal informella sätt för att bedöma nutritionsstatus hos patienterna (Ross et al., 2011). Patienter som tycktes vara underviktiga nutritionsbedömdes men inte patienter som "såg friska ut" (Porter et al., 2009; Raja et al., 2008). Sjuksköterskorna hade inte övervägt att även överviktiga kunde vara i riskzonen för malnutrition (Raja et al., 2008).

En minoritet av sjuksköterskorna upplevde att det var svårt att identifiera malnutrierade patienter och angav att de saknade bedömningstekniker. Ungefär hälften av sjuksköterskorna uppgav att det var svårt att beräkna patientens energibehov (Holst et al., 2008; Johansson, Rasmussen et al., 2009; Mowe, et al., 2008).
Några sjuksköterskor ansåg att mer kommunikation och stöd från dietist skulle öka förståelsen för det bedömningsinstrument som skulle användas (Porter et al., 2009).

4.3 Åtgärder

Ett flertal sjuksköterskor hade ett högt intresse av att behandla malnutrierade patienter (Mowe et al., 2008) och att ordinera nutritionsbehandling (Johansson, Rasmussen et al., 2009).
Flertalet angav även att det var relevant att få information om (Mowe et al., 2008) och att ordinera nutritionsbehandling (Johansson, Rasmussen et al., 2009).

Khalaf, Berggren och Westergren (2009) fann att sjuksköterskorna ansåg att patienternas önskemål borde vara utgångspunkt för alla nutritionsåtgärder. I Holst et al. (2008) instämde nästan samtliga sjuksköterskor i att en omvårdnadsplan för nutrition skulle inkluderas i patientjournalen inom 72 timmar efter inskrivning för patienter med minskat matintag eller försämrad nutritionsstatus. En majoritet av sjuksköterskorna angav dock att det var svårt att upprätta en sådan plan (Holst et al., 2008; Johansson, Rasmussen et al., 2009; Mowe et al., 2008). Sjuksköterskorna ansåg att energiintaget per dygn skulle kontrolleras hos patienter med risk för malnutrition och de ansåg även att nutritionsintaget skulle diskuteras på avdelningsronderna (Holst et al., 2008).

4.4 Riktlinjer

Villalon et al. (2011) fann att kunskaper om riktlinjer för bedömning av nutritionsstatus varierade hos sjuksköterskorna. Ungefär två tredjedelar angav att sådana riktlinjer fanns medan nästan en femtedel angav att de inte hade riktlinjer på arbetsplatsen och lika många var osäkra på om det fanns några sådana. I Persenius et al. (2008) angav dock majoriteten av sjuksköterskorna att det inte fanns riktlinjer för malnutrition, medan enbart ett fåtal var osäkra.

En majoritet av sjuksköterskorna i Johansson, Rasmussen et al. (2009) saknade yrkesspecifika, skrivna rutiner gällande nutritionsomvårdnadsprocessen och ungefär två tredjedelar angav att det vore bra om nationella riktlinjer upprättades.

En välfungerande organisation upplevdes underlättande för nutritionsomvårdnaden (Khalaf et al., 2009). Det tycktes lättare att acceptera och klargöra ansvaret när personalen kunde relatera sina handlingar till tydliga riktlinjer som följdes av all personal. När inga riktlinjer för ansvar för nutrition fanns kunde vissa basala omvårdnadsaspekter förbises. När några i personalen arbetade ”efter eget huvud” och inte följde riktlinjerna upplevdes arbetet ineffektivt (a.a.).

4.5 Kunskaper

Drygt hälften av sjuksköterskorna upplevde att bristfälliga kunskaper (Johansson, Rasmussen et al., 2009; Mowe et al., 2008) var en bidragande faktor till bristande nutritionsbehandling. Cirka en tredjedel av sjuksköterskorna angav att de hade tillräcklig insikt i vikten av adekvat nutrition för patienternas tillfrisknande (Mowe et al., 2008) och att de hade hög till mycket hög kunskap att ordinera nutritionsbehandling (Johansson, Rasmussen et al., 2009). Nästan nio av tio sjuksköterskor ansåg att deras kunskap i behandling av malnutrierade patienter var god till mycket god (Mowe et al., 2008) och nästan två tredjedelar angav att de hade

tillräckliga kunskaper för att vårda malnutrierade patienter (Holst et al., 2008). Studien av Ross et al. (2011) fann dock att alla sjuksköterskor upplevde att de hade begränsade kunskaper om hjälpmedel och service.

4.6 Utbildning

Holst et al. (2008) och Mowe et al. (2008) fann att majoriteten av sjuksköterskorna upplevde att de hade tillräcklig till god utbildning i nutrition från sin grundutbildning och att drygt hälften ansåg att de hade en bra grund för att ta beslut om klinisk nutrition (Mowe et al., 2008). Sjuksköterskorna ansåg att utbildning i klinisk nutrition var bra (Holst et al., 2008; Mowe et al., 2008) och nödvändig (Kim & Choue, 2009). Khalaf et al. (2009) fann att sjuksköterskorna ansåg att de hade ett ansvar och en plikt att hålla sina kunskaper uppdaterade gällande nutrition.

Nutritionsutbildning på arbetsplatsen förändrade sjuksköterskornas sätt att hantera bedömningen av nutritionsstatus. De kände sig tryggare när de fyllde i bedömningsformulären (Bjerrum et al., 2012), och de upplevde att de fick en bättre kompetens genom övning i och erfarenhet av bedömningar (Raja et al., 2008). Bjerrum et al. (2012) fann att sjuksköterskorna upplevde att den kunskap de uppnått genom utbildningen hjälpte dem att känna en större säkerhet i sin roll och att de hade ett mindre behov av att rådfråga läkarna.

Efter utbildningen upplevde sjuksköterskorna nutrition som en vital del i vården och att den därför skulle ges hög prioritet. Bjerrum et al. (2012) beskrev även att sjuksköterskorna upplevde att de var mer medvetna om deras specifika roll och bedömde att den underlättade utvecklingen av nutritionsvården. Sjuksköterskorna upplevde att de hade fått en större medvetenhet om att involvera och rådgöra med kollegor om vikten av att säkerställa god nutrition. De angav att de hade blivit mer medvetna om, exempelvis, betydelsen av mellanmål för att tillgodose patientens energibehov (a.a.).

4.7 Hinder

Bjerrum et al. (2012) fann att sjuksköterskor upplevde det svårt att fokusera på nutrition på grund av arbetsbelastningen. Tidsbrist angavs som ett hinder för att genomföra bedömning av nutritionsstatus (Bjerrum et al., 2012; Khalaf et al., 2009; Porter et al., 2009; Villalon et al., 2011) och som en av orsakerna till bristande nutritionsomvårdnad (Johansson, Rasmussen et al., 2009; Mowe et al., 2008). Sjuksköterskorna upplevde att tid inte fanns för att prata med patienten eller för att diskutera frågor från kollegor (Bjerrum et al., 2012). Övriga hinder som angavs var personalbrist (Aydin & Karaöz, 2008; Porter et al., 2009; Villalon et al., 2011), att bedömningsinstrument upplevdes svåra att använda (Bjerrum et al., 2012; Raja et al., 2008) samt brist på nutritionsutbildade resurspersoner (Khalaf et al., 2009; Villalon et al., 2011).

Om patienten inte ville samverka upplevde sjuksköterskorna att omvårdnaden försvårades (Khalaf et al., 2009; Ross et. al., 2011). Sjuksköterskorna uttryckte en känsla av hjälplöshet när patientens önskemål gick emot sjuksköterskornas önskan att hjälpa dem att återhämta sig. De uppgav att de slets mellan behovet av god nutritionsstatus hos patienten, önskan att låta patienten bestämma och närståendes förväntningar (Khalaf et al., 2009). Raja et al. (2008) beskrev att sjuksköterskorna angav att de hade en bristande kommunikation med patienterna och uttryckte frustration över att behöva ha frekvent kontakt med familj eller tolk för att få den information de behövde för att kunna genomföra bedömning av patientens nutritionsstatus.

Porter et al. (2009) uppgav att sjuksköterskorna ansåg det problematiskt att få vikthistorik från patienterna samt att det ibland var svårt att väga patienterna. Även i studien av Khalaf et al. (2009) fann sjuksköterskorna att det var svårt att väga patienterna på grund av deras rörelsebegränsningar. Motstånd fanns hos många sjuksköterskor mot att samtala om nutrition med, eller väga, överviktiga patienter (Raja et al., 2008) och mot att bedöma patienter med kort vårdtid, vid de tillfällen då de inte uppfattade någon effekt av en sådan tidskrävande process (Porter et al., 2009). Att behöva samråda med andra professioner innan beslut kring patientens nutrition kunde fattas upplevdes frustrerande eftersom det fördröjde nödvändig omvårdnad (Khalaf et al., 2009).

Nutrition upplevdes vara en lågprioriterad åtgärd som fick stå tillbaka till förmån för konkurrerande aktiviteter (Porter et al., 2009) som mediciner (Bjerrum et al., 2012; Ross et al., 2011), dokumentation, patientomvårdnad och andra riskbedömningar (Raja et al., 2008) samt akuta situationer (Ross et al., 2011).

4.8 Resultatsammanfattning

Osäkerhet om vem som ansvarade för bedömning framkom i flera studier. Läkare, dietist och sjuksköterska angavs ha ansvaret. Sjuksköterskor i en studie angav att de hade ett ansvar och en plikt att hålla sig uppdaterade inom området. De hade överlag en positiv inställning till bedömning av patienternas nutritionsstatus. Flertalet sjuksköterskor angav att nutritionsbedömning förekom på arbetsplatsen och att den skulle genomföras rutinmässigt. Många angav att de bedömde vissa patienter men inte alla och att de upplevde sig kunna använda sin kliniska blick i stället för bedömningsinstrument för att bedöma nutritionsstatus. Sjuksköterskorna uppgav att de hade högt intresse av att ordinera och behandla malnutrition. De angav att patienternas önskemål borde vara utgångspunkt för alla nutritionsåtgärder. De angav varierande upplevelser av sina kunskaper i nutrition och om riktlinjer för bedömning. Majoriteten ansåg att utbildning i nutrition var nödvändig och bra samt att utbildning i nutrition på arbetsplatsen gav effekt. Hinder för nutritionsomvårdnaden upplevdes vara bland andra tidsbrist, arbetsbelastning och konkurrerade aktiviteter.

5 Diskussion

5.1 Metoddiskussion

En litteraturstudie genomfördes i vilken tidigare empirisk forskning har undersökts och sammanställts (Forsberg & Wengström, 2008). Författarna anser att en litteraturstudie var relevant för att besvara syftet.

För att få fram ett så stort urval som möjligt av relevanta artiklar som svarade mot syftet genomfördes litteratursökningen i fyra databaser: CINAHL, Medline, SveMed+ och PsycInfo. En styrka med sökningarna var att många av artiklarna återkom i sökresultaten i de olika databaserna. En svaghet kunde vara att använda sökord och kombinationer kan ha resulterat i att andra relevanta artiklar exkluderades. Enligt Karlsson (2012) är syftet med en litteratursökning att få en bra balans mellan hög sensitivitet och hög specificitet, det vill säga mellan ett hanterbart antal träffar och antalet relevanta träffar som kan ha exkluderats i sökningen. Den booleska operatorn OR ger en bred sökning med hög sensitivitet och operatorn AND ger en ökad träffsäkerhet (a.a.).

Begränsning gjordes till artiklar publicerade de senaste fem åren, för att få fram aktuell forskning inom ämnet. Sökningen resulterade i ett tillräckligt antal artiklar. En svaghet kan ha varit att tidsbegränsningen gjort att tidigare publicerade artiklar med hög relevans förbisågs. Originalartiklar, som svarade mot syftet, inkluderades då de var primärkällor och resultaten

kunde analyseras av författarna. Litteraturöversikter exkluderades då de var andrahandskällor och därmed var de sammanställda primärkällorna redan tolkade och analyserade av andra forskare (Polit & Beck, 2012).

I några av artiklarna ingick fler professioner än sjuksköterskor, och i vissa kunde sjuksköterskornas svar särskiljas från de övriga professionernas men i artiklarna av Khalaf et al. (2009), Mowe et al. (2008) och Raja et al. (2009) var det inte möjligt. Författarna valde dock att inkludera även de artiklarna då sjuksköterskor som grupp var i majoritet i de studierna.

De artiklar som ingick i litteraturstudien var fem kvantitativa, tre kvalitativa och fyra med blandad metod. En styrka med att artiklar med olika design/metod ingick var att de bidrog med både "bredd" och "djup", där forskningsområdet kunde belysas från olika perspektiv. De kvantitativa artiklarna ger ett underlag med stort antal deltagare och stor bredd. De kvalitativa artiklarna ger ett underlag med färre deltagare och större djup (SBU, 2013).

Svagheten med de kvantitativa studierna var att de var tvärsnittsstudier. En sådan studie ger en bild av en grupp individer vid en viss tidpunkt. För att en sådan studie ska kunna generaliseras måste deltagarna i studiegruppen vara representativa för den större populationen. Ett slumpmässigt urval av deltagare i studien är därför av stor vikt (Willman et al., 2011). Styrkan var att antalet deltagare i de skandinaviska studierna var stort samt att sjukvårdssystemen i dessa länder liknar varandra. Svarsfrekvensen varierade i alla de kvantitativa studierna, från 34 % till 78,1 %, vilket kan göra att resultatet inte är reliabelt. I de studier där bortfallet var stort var också underlaget stort, med över tusen deltagare. I studien med den högsta svarsfrekvensen var deltagarantalet drygt två hundra. I en av studierna angavs ingen svarsfrekvens. Det kan ha även funnits ett högre intresse för nutrition hos dem som svarade jämfört med dem som inte svarade, vilket nämndes i två av studierna där bortfallsanalys hade genomförts.

Kvalitativa studier kan vara överförbara till en liknande grupp och kontext. Kvalitativa studier syftar till att beskriva uppfattningar, erfarenheter, behov, värderingar och önskemål och de är inriktade på att förstå helheten (Willman et al., 2011). Styrkan var att två av de tre studierna som ingick i författarnas litteraturstudie var från Sverige (kirurgisk vårdavdelning) respektive Danmark (kirurgisk och medicinsk vårdavdelning) vilket gör att det kan vara möjligt att överföra studiens resultat till liknande grupper och kontexter. I studien av Bjerrum et al. (2012) var sjuksköterskorna nutritionsansvariga och kunde då ha ett större intresse av och mer kunskap om nutrition än sjuksköterskor i övrigt vilket kan vara en svaghet då det kan ha vinklat resultatet.

De valda artiklarna var studier genomförda i flera olika länder, vilket kan vara både en styrka och en svaghet. Sex av de artiklar som ingick i författarna litteraturstudie var från länder utanför Europa. De utomeuropeiska ländernas sjukvårdssystem kan skilja sig åt från de europeiska och därmed också från det svenska sjukvårdssystemet, vilket kan göra att studierna inte är helt överförbara till svenska förhållanden. Styrkan med studier från utomeuropeiska länder är att de bidrar med mångfald. Tre av artiklarna var genomförda i Skandinavien och hade använt samma population, vilket kan vara en svaghet. Styrkan kan vara att de tre studiernas syfte och därmed också resultat skiljde sig åt och att de var och en för sig på olika sätt svarade mot syftet i litteraturstudien.

Granskning av de inkluderade artiklarna genomfördes av författarna var och en för sig och därefter jämfördes granskningarna tillsammans, vilket kan ses som en styrka. Sammantaget bedömdes kvaliteten i de granskade artiklarna som ingick i studien vara av medelkvalitet eller hög kvalitet. Fyra artiklar värderades vara av medelkvalitet, och åtta av hög kvalitet. I bedömningsunderlaget för värdering av artiklarna ingick inte bortfall som kriterium för kvalitet, vilket ledde till att artiklar som författarna ansåg vara av medelkvalitet värderades vara av hög kvalitet. Modifierade granskningsmallar enligt Willman et al. (2011) samt bedömningsunderlag enligt Olsson och Sörensen (2011) har använts för att kunna granska och värdera artiklarna objektivt. Ringa erfarenhet hos författarna kan ha orsakat brister i granskningen och värderingen vilket i sin tur kan ha lett till brister i värderingen.

Analysen av artiklarna genomfördes av författarna var för sig och därefter jämfördes anteckningarna och de preliminära kategorierna. Där det fanns skillnader diskuterade och motiverade författarna sina noteringar för att sedan enas om kategorierna, vilket kan ses som en styrka (Henricson, 2012). En svaghet kan vara att författarna omedvetet kan ha inkluderat data från artiklarna i kategorierna trots att dessa data inte helt passade in. Ytterligare kan begränsningar i språkkunskaperna ha medfört att feltolkningar av ord och begrepp gjorts. En svaghet kan ha varit att författarnas analys påverkats av deras förkunskaper inom området nutrition. För att säkra att analysen var grundad i data har författarna deltagit i grupphandledningar under arbetets gång.

Författarnas förförståelse gällande nutrition varierade då de har olika tidigare erfarenheter av vården. Gällande nutritionsomvårdnadsprocessen har författarna grundläggande kunskaper från sin utbildning. Författarnas förförståelse gällande sjuksköterskors inställning till nutritionsomvårdnad var ganska ringa och hade inhämtats under de verksamhetsförlagda placeringarna.

För att följa gällande etiska principer har författarna genomfört en noggrann granskning av artiklarnas etiska aspekter (Kjellström, 2012). Författarna presenterade utan förvrängning all data i resultatet. Referenser har gjorts till upphovsman och originaltext. Etiska överväganden gjordes även utifrån att litteraturstudiens resultat skulle vara till nytta, och inte till skada, för patienter, sjuksköterskor och samhället (Vetenskapsrådet, 2011).

Det är allmänt känt att sjuksköterskeprofessionen är ett kvinnodominerat yrke. Dufwa (2006) beskriver att andelen män som arbetar som sjuksköterskor ligger på drygt tio procent. Könsfördelningen bland sjuksköterskorna angavs enbart i två av de studier som ingick i vår litteraturstudie. I den ena deltog endast kvinnor och i den andra ingick en man i studien.

5.2 Resultatdiskussion

Syftet var att beskriva sjuksköterskors inställning till nutritionsomvårdnad. Huvudfynden diskuteras under rubrikerna *ansvar, bedömning, åtgärder, utbildning,* och *hinder* med utgångspunkt från sjuksköterskors inställning

5.2.1 Ansvar

Sjuksköterskor upplevde att det fanns en osäkerhet om vem som ansvarade för bedömning av patienternas nutritionsstatus. Hur de uppfattade sitt eget ansvar varierade (Aydin & Karaöz, 2008; Bjerrum et al., 2012; Kim & Choue, 2009; Porter et al., 2009; Ross et al., 2011). Liknande resultat visas i tidigare studier av Kowanko, Simon och Wood (1999) och Perry (1997a, 1997b). Johansson et al. (2006) och Johansson, Bosaeus et al. (2009) beskriver däremot att nästan alla sjuksköterskor anser att de har det största ansvaret för att bedöma

nutritionsstatus hos patienter. Hodge (2008) finner att sjuksköterskan anser att de har en viktig roll i nutritionsbedömningen. Rothenberg (2013) beskriver att sjuksköterskan har omvårdnadsansvaret för nutrition vilket också är författarnas uppfattning. Författarna förvånas dock inte över att de kliniskt verksamma sjuksköterskorna känner en osäkerhet i sin roll som ansvariga för nutritionsomvårdnaden, då ansvarsfördelningen inte tycks ha fått fullt genomslag i omvårdnaden i de verksamheter som författarna tagit del av.

5.2.2 Bedömning

Sjuksköterskor angav överlag en positiv inställning till att bedöma patienters nutritionsstatus (Holst et al., 2008) och uppgav att en positiv inställning till värdet av nutritionsomvårdnadsprocessen underlättade bedömning (Porter et al., 2009). En positiv inställning till bedömning återfanns i Bachrach-Lindström, Jensen, Lundin och Christensson (2007) och Mowe et al. (2006) vilket stärker resultatet. De nyare studierna visar att en ökning har skett av andelen sjuksköterskor med en positiv inställning till nutrition. Flertalet sjuksköterskorna ansåg att bedömning var viktig (Kim & Choue, 2009; Villalon et al., 2011). Det visar en skillnad från tidigare forskning i Perry (1997a, 1997b) där en majoritet av sjuksköterskorna ansåg att det inte var viktigt. Det kan, enligt författarna, tyda på att fler sjuksköterskor idag, jämfört med tidigare, har en större medvetenhet och kunskap om vikten av nutrition. Att inställningen är positiv och att bedömning anses viktig har författarna upplevt i mötet med yrkesverksamma sjuksköterskor, vilket kan visa att det finns en ökande trend att se nutrition som en viktig del i vården.

Sjuksköterskor bedömde inte alla patienter (Persenius et al., 2008; Porter et al., 2009; Raja et al., 2008). En minoritet av sjuksköterskor använde evidensbaserade instrument för nutritionsbedömning (Aydin & Karaöz, 2008; Porter et al., 2009; Raja et al., 2008; Villalon et al., 2011). Klinisk blick och andra informella sätt användes för bedömning av nutritionsstatus (Porter et al., 2009; Raja et al., 2008; Ross et al., 2011) vilket även beskrivs i Kowanko et al. (1999). Saunders, Smith och Stroud (2011) beskriver att bättre bedömning och användandet av evidensbaserade bedömningsinstrument ledde till att lämplig nutritionsbehandling genomfördes och att detta kunde resultera i en klinisk förbättring hos patienten. De anger också att alla patienters nutritionsstatus borde bedömas rutinmässigt med ett validerat bedömningsinstrument. Att så få patienters nutritionsstatus bedömdes med validerade bedömningsinstrument överraskade författarna då det finns många sådana rekommenderade att använda inom vården. Författarna ser användandet av den kliniska blicken som en viktig del i bedömningen, och då i kombination med övriga strategier och lämpliga bedömningsinstrument. Detta stärks genom studier genomförda av Söderhamn och Söderhamn (2008) och Odencrants, Ehnfors och Grobe (2007). De beskriver att sjuksköterskor som inhämtar information om nutrition på flera olika sätt - genom samtal med patienten, observationer, kontroller och samverkan i team - har bättre möjligheter att genomföra optimal nutritionsbedömning av patienterna. Sjuksköterskorna i författarnas litteraturstudie använder olika strategier för att bedöma nutritionsstatus, men tycks inte använda sig av dem i kombination med varandra för att få en holistisk syn i bedömningen av patientens nutritionsstatus.

5.2.3 Åtgärder

Flertalet sjuksköterskor angav att grundutbildningen hade gett dem en bra grund för klinisk nutrition (Holst et al., 2008; Mowe et al., 2008). En majoritet av sjuksköterskorna upplevde att de hade tillräckliga kunskaper att vårda malnutrierade patienter (Holst et al., 2008; Mowe et al., 2008) och det är även något som beskrivs i Johansson et al. (2006). Ett flertal sjuksköterskor upplevde att det var svårt att upprätta nutritionsplaner för patienterna (Holst et

al., 2008; Johansson, Rasmussen et al., 2009; Mowe et al., 2008) vilket även framkommer i Johansson, Bosaeus et al. (2009). Det var känt, enligt Holmes (2006), att många sjuksköterskor saknade kunskap för att erbjuda optimal nutritionsvård. Kondrup et al. (2002) beskriver att sjuksköterskorna har otillräckliga teoretiska och praktiska kunskaper om nutrition. Nowak, Harrison och Hutton (2007) fann en skillnad mellan sjuksköterskors upplevda och faktiska kunskaper om nutrition. Författarna anser resultatet vara trovärdigt då de teoretiska kunskaperna inte med nödvändighet alltid kan likställas med de praktiska. Yrkesskicklighet kommer genom kontinuerlig träning. Författarna förvånas till viss del över bristen på kunskap då det finns skrivna riktlinjer såväl internationella, nationella som lokala lätt tillgängliga via Internet.

Khalaf et al. (2009) beskriver att sjuksköterskorna ansåg att patienternas önskemål borde vara utgångspunkt för alla nutritionsåtgärder. Sjuksköterskorna angav att ett dilemma uppstod, och som försvårade nutritionsomvårdnaden, när patientens önskemål och ovillighet att samverka gick emot sjuksköterskornas önskan att hjälpa dem (Khalaf et al., 2009; Ross et al., 2011). Att så få sjuksköterskor angav patientmedverkan som en viktig del i nutritionsomvårdnaden förvånade författarna, men å andra sidan tycks bara några få av artiklarna ha tagit upp den frågan i sina studier. Författarna finner det dock trovärdigt att dilemman kan uppstå i mötet mellan sjuksköterska och patient, vilket medför att tid och kunskap krävs för att kunna hitta en framkomlig väg för att optimera omvårdnaden om patienten. Individualiserad vård visar ett positivt samband med tillfredställelse över behandling hos patienterna i en studie genomförd av Suhonen, Välimäki och Leino-Kilpi (2005). Pedersen (2005) beskriver att individualiserad nutritionsomvårdnad höjer energi- och proteinintag hos patienter.

5.2.4 Utbildning

Majoriteten av sjuksköterskorna ansåg att utbildning i nutrition var bra (Holst et al., 2008) och nödvändig (Kim & Choue, 2009). Sjuksköterskorna ansåg att de hade ett ansvar och en plikt att hålla sig uppdaterade inom området (Khalaf et al., 2009). International Council of Nurses [ICN] etiska kod (2007) samt Socialstyrelsen (2005) anger att sjuksköterskan har ett personligt ansvar att behålla sin yrkeskompetens genom livslångt lärande. Holmes (2006) anser att sjuksköterskor bör se till att deras kunskaper möjliggör identifiering och vård av malnutrierade patienter då de har en central roll i nutritionsomvårdnaden. Författarna instämmer i att utbildning i nutrition är bra och viktig, eftersom sjuksköterskor har ett självständigt ansvar inom området. Resultatet visar dock att det finns delade åsikter bland sjuksköterskorna gällande detta ansvar. För att kunna ta ansvar och känna sig trygga i nutritionsomvårdnaden krävs ett kontinuerligt lärande. Söderhamn och Söderhamn (2008) beskriver att kunskap, intresse och tid krävs för att genomföra nutritionsbedömning, samt att utbildning i nutrition också behöver ha hög prioritet.

Nutritionsutbildning på arbetsplatsen gjorde att sjuksköterskorna kände sig tryggare i nutritionsbedömning (Bjerrum et al., 2012) och att de fick en bättre kompetens genom övning och erfarenhet (Raja et al., 2008). Suominen, Kivisto och Pitkala (2007) fann att nutritionsutbildning för sjuksköterskor ledde till att patienternas genomsnittliga energiintag ökade och att deras nutritionsstatus hade förbättrats ett år efter genomförd utbildning.

5.2.5 Hinder

Sjuksköterskorna angav ett antal hinder för god nutritionsomvårdnad där tidsbrist (Bjerrum et al., 2012; Johansson, Rasmussen et al., 2009; Khalaf et al., 2009; Mowe et al., 2008; Porter et al., 2009; Villalon et al., 2011) framkommer och att konkurrerande aktiviteter prioriteras högre (Khalaf et al., 2009; Villalon et al., 2011). Tidsbrist framkommer även i flera andra

studier (Adams, Bowie, Simmance, Murray & Crowe, 2008; Hodge, 2008; Kondrup et al., 2002; Kowanko et al., 1999) likaså konkurrerande aktiviteter (Adams et al., 2008; Hodge, 2008; Holmes, 2006; Kowanko et al., 1999, Xia & McCutcheon, 2006) vilket styrker resultatet. Ovanstående hinder känner författarna igen från möten med kliniskt verksamma sjuksköterskor och deras upplevelser av arbetsbelastning och prioriteringar. Enligt en rapport från Arbetsmiljöverket (2012) angav många sjuksköterskor att de upplevde en hög till mycket hög arbetsbelastning/stress som pågått över en längre tid. Socialstyrelsen (2000) anger att: "Den sjuka individens nutrition måste betraktas på samma sätt som annan medicinsk behandling och därmed underkastas samma krav på utredning, diagnos, behandlingsplanering och uppföljning/dokumentation." (s. 11). Resultatet visar på en diskrepans mellan det som framkommer i resultatet och det som anges i styrdokument. Vikten av god nutritionsomvårdnad betonas, enligt författarna, i sjuksköterskeutbildning och styrdokument men det får litet genomslag i den praktiska verkligheten där den medicinska behandlingen är överordnad nutritionsomvårdnaden, vilket också enligt författarna tyder på att sjuksköterskor inte i tillräckligt hög utsträckning lyckas hävda det självständiga ansvaret inom området. Nutrition ingår i det övergripande begreppet omvårdnad och sjuksköterskan har ett övergripande ansvar för nutritionsomvårdnaden (Rothenberg, 2013). Enligt Socialstyrelsen (2005) ingår att sjuksköterskan ska kunna tillämpa omvårdnadsprocessen på ett självständigt sätt. I detta ingår att kunna observera, bedöma, diagnosticera, ordinera, planera, genomföra och utvärdera omvårdnaden.

5.3 Slutsats

Litteraturstudien visar att nutritionsomvårdnad ses som viktig i sjuksköterskans profession. Sjuksköterskor har överlag en positiv inställning till nutritionsomvårdnaden men de anger varierande grad av ansvar för densamma. Brist på tid, kunskap och tydlig ansvarsfördelning inom organisationen gör att nutrition får lägre prioritet än övrig medicinsk behandling. Sjuksköterskor visar en viss avsaknad av att se patienten som en helhet när det gäller bedömning av nutritionsstatus. Patienters nutritionsstatus bedöms med olika metoder och validerade bedömningsinstrument, undersökningar och kontroller samt den kliniska blicken, men de används inte i samverkan med varandra vid bedömningen. Att arbeta evidensbaserat kräver kunskap, tid och resurser.

5.4 Klinisk nytta

Litteraturstudiens resultat kan vara till nytta för sjuksköterskor i deras omvårdnadsarbete gällande nutrition. För att kunna ge optimal nutritionsomvårdnad krävs att sjuksköterskor arbetar utifrån evidens och beprövad erfarenhet. Om sjuksköterskor samverkar för att få till stånd kontinuerlig utbildning i nutrition på arbetsplatsen och bereds tid och resurser för att kunna höja sin kompetens i praktiken, samt arbetar aktivt för att utveckla samverkan mellan professioner och stärker sitt ansvar som ansvariga för nutritionsomvårdnaden, kommer resultatet att gynna såväl patienter, vårdpersonal som samhälle. Sjuksköterskor kan också få insikt i vikten av att ta ansvar för sin egen kunskapsutveckling genom att ta del av riktlinjer och aktuell forskning inom området.

Ytterligare studier, kvantitativa och kvalitativa, krävs för att kunna dra säkrare slutsatser om sjuksköterskors inställning till nutritionsomvårdnad. Vidare studier krävs också för att se om en utveckling har skett över tid mot en bättre användning av evidensbaserade instrument och metoder i nutritionsomvårdnaden som främjar patientens välbefinnande och hälsa.

Crowley et al. (2004, refererad i Olsson & Sörensen, 2011) anser att tiden mellan forskningsresultat och den faktiska användningen av resultaten gör nyttan av forskningen svår att bedöma. Den genomsnittliga tiden innan kunskapen är befäst i verksamheten är ungefär sjutton år. Det skulle innebära att riktlinjer från organisationer och myndigheter som presenterats i början av 2000-talet kommer att fungera fullt ut först närmare 2020-talet.
Författarna avslutar med att citera Olsson och Sörensen (2011, s. 274):

> Det finns stora förväntningar på att vården ska implementera forskningens resultat och att framtagen evidens om effektiva metoder ska erbjuda bästa möjliga vård. Cykeln från evidens till praxis betraktas av många som självklar, men evidens i sig är inte tillräcklig för en direkt tillämpning inom rutinmässig vård. Detta har gett anledning till diskussioner om "gapet" mellan forskningsresultatet och "nyttan" inom hälso- och sjukvården.

Referenser

* artiklar i resultatet

Adams, N.E., Bowie, A. J., Simmance, N., Murray, M. & Crowe, T.C. (2008). Recognition by medical and nursing professionals of malnutrition and risk of malnutrition in elderly hospitalised patients. *Nutrition & Dietetics, 65*(2), 144-150. doi:10.11111/j.1747-0080. 2008.00226.x

Arbetsmiljöverket. (2012). *Nationell tillsyn av överbeläggningar inom akutsjukvården* (Rapport 2012:02). Stockholm: Arbetsmiljöverket. Från http://www.av.se/dokument/publikationer/rapporter/ RAP2012_02.pdf

*Aydin, N., & Karaöz, S. (2008). Nutritional assessment of patients before gastrointestinal surgery and nurses' approach to this issue. *Journal of Clinical Nursing, 17*(5), 608-617. doi:http://dx.doi.org/ 10.1111/j.1365-2702.2007.02002.x

Bachrach-Lindström, M., Jensen, S., Lundin, R. & Christensson, L. (2007). Attitudes of nursing staff working with older people towards nutritional nursing care. *Journal of Clinical Nursing, 16*(11), 2007-2014. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01868.x

*Bjerrum, M., Tewes, M., & Pedersen, P. (2012). Nurses' self-reported knowledge about and attitude to nutrition - before and after a training programme. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 26*(1), 81-89. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00906.x

Brodtkorb, K. (2010) Näring mat och måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. Hylen Ranhoff (Red.), *Geriatrisk omvårdnad: God omsorg till den äldre patienten*. (s. 250-261). Stockholm: Liber.

Brownie, S. (2006). Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency?. *International Journal of Nursing Practice, 12*(2), 110-118. doi:10.1111/j.1440-172X.2006.00557.x

Cederholm, T. (2006). Undernäring vanligt inom svensk sjukvård. *Läkartidningen, 103*(21-22), 1713-1717. Hämtad från http://ww2.lakartidningen.se/store/articlepdf/4/4141/LKT0621s1713_1717.pdf

Dufwa, S. G. (2006). Klass och kön i vården. I H. Strömberg & H. Eriksson (Red.), *Genusperspektiv på vård och omvårdnad* (s. 41-55). Lund: Studentlitteratur.

Faxén Irving, G. (2010). Sjukdomsrelaterad undernäring hos äldre. I G. Faxén Irving, B. Karlström & E. Rothenberg, *Geriatrisk nutrition* (s.111-121). Lund: Studentlitteratur.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (2. uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.

Furman, E. (2006). Undernutrition in older adults across the continuum of care: nutritional assessments, barriers, and interventions. *Journal of Gerontological Nursing, 32*(1), 22-27. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 471-479). Lund: Studentlitteratur.

Hodge, A. (2008). An exploratory case study of cancer nurses' understanding and use of nutritional screening in patients diagnosed with cancer... Selected abstracts from the British Dietetic Association Conference 2008. *Journal of Human Nutrition & Dietetics, 21*(4), 388-389. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

Holmes, S. (2006). Barriers to effective nutritional care for older adults. *Nursing Standard, 21*(3), 50-54. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

*Holst, M. Rasmussen, H.H. & Unosson, M. (2008). Well-established nutritional structure in Scandinavian hospitals is accompanied by increased quality of nutritional care. *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism,4*(1), e22-e29, doi:10.1016/j.eclnm. 2008.09.002

Hylen Ranhoff, A. (2010). Den äldre patienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. Hylen Ranhoff (Red.), *Geriatrisk omvårdnad: God omsorg till den äldre patienten*. (s. 73-84). Stockholm: Liber.

International Council of Nurses. (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Johansson, U., Bosaeus, I., Larsson, J., Rothenberg, E., Stene, C., & Unosson, M. (2009). Nutritionsbehandling i äldrevård - ett bortglömt perspektiv. Enkätstudie visar tydliga brister i omhändertagandet av äldre. *Läkartidningen, 106*(40). 2538-2542. Hämtad från http://www.lakartidningen.se/store/articlepdf/1/12841/LKT0940s2538_2542.pdf

Johansson, U., Larsson, J., Rothenberg, E., Stene, C., Unosson, M.,& Bosaeus, I. (2006). Nutritionsbehandling inom slutenvården. Svenska sjukhus klarar inte Europarådets riktlinjer. *Läkartidningen, 103*(21-22). 1718-1724. Hämtad från http://www.lakartidningen.se/ store/articlepdf/4/4144/LKT0621s1718_1724.pdf

*Johansson, U., Rasmussen, H., Mowe, M., & Staun, M. (2009). Clinical nutrition in medical gastroenterology: room for improvement. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland), 28*(2), 129-133. doi:10.1016/j.clnu.2009.01.002

Karlsson, E.-K. (2012). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 95-113). Lund: Studentlitteratur.

*Khalaf, A., Berggren, V. & Westergren, A. (2009). Caring for undernourished patients in an orthopaedic setting. *Nursing Ethics, 16* (1), 5-18. doi:10.1177/0969733008097986

*Kim, H. & Choue, R. (2009). Nurses' positive attitudes to nutritional management but limited knowledge of nutritional assessment in Korea. *International Nursing Review, 56*(3), 333-339. doi: 10.1111/j.1466-7657.2009.00717.x

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 69-92). Lund: Studentlitteratur.

Kondrup, J., Allison, S., Elia, M., Vellas, B., & Plauth, M. (2003). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland), 22*(4), 415-421. Hämtad från databasen Medline with Full Text.

Kondrup, J., Johansen, N., Plum, L., Bak, L., Larsen, I., Martinsen, A., ... Lauesen, N. (2002). Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland), 21*(6), 461-468. Hämtad från databasen Medline with Full Text.

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, 8*(2), 217-224. doi:http://dx.doi.org/ 10.1046/j.1365-2702.1999.00251.x

Livsmedelsverket. (2012). *Så beräknas ditt energibehov*. Hämtad den 5 april, 2013, från Livsmedelsverket, http://www.slv.se/sv/grupp1/ Mat-och-naring/Svenska-narings-rekommendationer/ Sa-beraknas-ditt-energibehov/

Mowe, M., Bosaeus, I., Rasmussen, H., Kondrup, J., Unosson, M. & Irtun, Ø. (2006). Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: A questionnaire based survey. *Clinical Nutrition 25*, 524-532. doi:10.1016/j.clnu.2005.11.011

*Mowe, M., Bosaeus, I., Rasmussen, H., Kondrup, J., Unosson, M., Rothenberg, E. & Irtun, Ø. (2008). Insufficient nutritional knowledge among health care workers?. *Clinical Nutrition, 27*(2), 196-202. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

Norman, K., Pichard, C., Lochs, H., & Pirlich, M. (2008). Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland), 27*(1), 5-15. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

Nowak, M., Harrison, S., & Hutton, L. (2007). Nutrition-related knowledge, beliefs and practices of Australian nursing staff. *Nutrition & Dietetics, 64*(2), 121-126. doi: 10.1111/j.1747-0080.2007.00087.x

Nutritionsbehandling i sjukvård och omsorg. (2006). Stockholm: Dietisternas Riksförbund, Nutritionsnätet, Svensk förening för klinisk nutrition och SWESPEN.

Odencrants, S., Ehnfors, M., & Grobe, S. (2007). Living with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): part II. RNs' experience of nursing care for patients with COPD and impaired nutritional status. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 21*(1), 56-63. Hämtad från databasen Medline with Full Text.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv. (3. uppl.) Stockholm: Liber.

Pedersen, P. (2005). Nutritional care: the effectiveness of actively involving older patients. *Journal of Clinical Nursing, 14*(2), 247-255. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00874.x

Perry, L. (1997a). Fishing for understanding: nurses knowledge and attitudes in relation to nutritional care. *International Journal of Nursing Studies, (34)*6, 395-404. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

Perry, L. (1997b). Nutrition: a hard nut to crack. An exploration of the knowledge, attitudes and activities of qualified nurses in relation to nutritional nursing care. *Journal of Clinical Nursing, 6*, 315-324. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

*Persenius, M., Hall-Lord, M., Bååth, C. & Larsson, B. (2008). Assessment and documentation of patients' nutritional status: perceptions of registered nurses and their chief nurses. *Journal of Clinical Nursing, 17*(16), 2125-2136. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02202.x

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (9.ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

*Porter, J., Raja, R., Cant, R. & Aroni, R. (2009). Exploring issues influencing the use of the Malnutrition Universal Screening Tool by nurses in two Australian hospitals. *Journal of Human Nutrition & Dietetics, 22*(3), 203-209. doi: http://dx.doi.org.db.ub.oru.se/ 10.1111/j.1365-277X.2008.00932.x

*Raja, R., Gibson, S., Turner, A., Winderlich, J., Porter, J., Cant, R. & Aroni, R. (2008). Nurses' views and practices regarding use of validated nutrition screening tools. *Australian Journal of Advanced Nursing, 26*(1), 26-33. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

Rosén, M. (2012). Systematisk litteraturöversikt. I M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 429-444). Lund: Studentlitteratur.

*Ross, L. J., Mudge, A. M., Young, A. M. & Banks, M. (2011). Everyone's problem but nobody's job: Staff perceptions and explanations for poor nutritional intake in older medical patients. *Nutrition & Dietetics, 68*(1), 41-46. doi:http://dx.doi.org/10.1111/ j.1747-0080.2010.01495.x

Rothenberg, E. (2010). Äldre och åldrande. I G. Faxén Irving, B. Karlström & E. Rothenberg, *Geriatrisk nutrition* (s.35-51). Lund: Studentlitteratur.

Rothenberg, E., (2013). *Nutrition: Ansvarsfördelning*. Hämtad 5 april, 2013, från Vårdhandboken, http://www.vardhandboken.se/ Texter/Nutrition/Ansvarsfordelning/

Rothenberg, E & Karlström, B. (2010). Äldres näringsbehov. I G. Faxén Irving, B. Karlström & E. Rothenberg, *Geriatrisk nutrition* (s.53-74). Lund: Studentlitteratur.

Saunders, J., Smith, T. & Stroud, M. (2011). Malnutrition and undernutrition. *Medicine, 39(1)*, 45-50. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.mpmed.2010.10.007

Socialstyrelsen (2000). *Näringsproblem i vård och omsorg: prevention och behandling* [Elektronisk resurs]. Stockholm: Socialstyrelsen. Från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/11653/2000-3-11_0003012.pdf

Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska* [Elektronisk resurs]. Stockholm: Socialstyrelsen. Från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/ 9879/2005-105-1_20051052.pdf

Socialstyrelsen (2011). *Näring för god vård och omsorg: en vägledning för att förebygga och behandla undernäring* [Elektronisk resurs]. Stockholm: Socialstyrelsen. Från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18400/2011-9-2.pdf

Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut (2012). *Folkhälsan i Sverige: årsrapport 2012*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18623/2012-3-6.pdf

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (u.å.). *Evidensbaserad vård*. Hämtad 4 mars, 2013, från Statens beredning för medicinsk utvärdering, http://www.sbu.se/sv/Evidensbaserad-vard/

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2013). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Hämtad den 5 april, 2013, från Statens beredning för medicinsk utvärdering, http://www.sbu.se/metodbok

Statistiska Centralbyrån. (2012). *Sveriges framtida befolkning 2012-2060*. Hämtad 31 januari, 2013 från http://www.scb.se/statistik/_publikationer/BE0401_2012I60_BR_BE51BR1202.pdf

Stubberud, D.G., Almås, H. & Kondrup, J. (2011). Nutrition vid sjukdom. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk omvårdnad. 1*. (2., [uppdaterade] uppl., s. 471-498). Stockholm: Liber.

Suhonen, R., Välimäki, M., & Leino-Kilpi, H. (2005). Individualized care, quality of life and satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing, 50*(3), 283-292. doi:http://dx.doi.org/10.1111/ j.1365-2648.2005.03391.x

Suominen, M., Kivisto, S. & Pitkala, K. (2007). The effects of nutrition education on professionals' practice and on the nutrition of aged residents in dementia wards. *European Journal of Clinical Nutrition, 61*, 1226-1232. doi: 10.1038/sj.ejcn.1602639

Svensk Sjuksköterskeförening. (2011). *Evidensbaserad vård* [Broschyr]. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening. Från http://www.swenurse.se/Documents/Publikationer%20pdf-filer/OM.Evidensbaserad.vard_web.pdf

Söderhamn, U. & Söderhamn, Ö. (2008). A successful way for performing nutritional nursing assessment in older patients. *Journal of Clinical Nursing, 18*, 431-439. doi:10.1111/ j.1365-2702.2008. 02378.x

Wallengren, C. & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (red.), Vetenskaplig *teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 481-496). Lund: Studentlitteratur.

Westergren, A. (2009). Nutrition och ätande. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s. 311-347). Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet (2011). *God forskningssed* [Broschyr]. Stockholm: Vetenskapsrådet. Från http://www.vr.se/download/ 18.3a36c20d133af0c12958000491/1321864357049/God+forskningssed+2011.1.pdf

*Villalon, L., Laporte, M., & Carrier, N. (2011). Nutrition Screening for Seniors in Health Care Facilities: A Survey of Health Professionals. *Canadian Journal of Dietetic Practice & Research, 72*(4), 162-169. doi:http://dx.doi.org/10.3148/72.4.2011.162

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization. (u.å.). *Nutrition for older persons*. Hämtad 28 januari, 2013, från World Health Organization, http://www.who.int/nutrition/topics/ageing/en/index.html

Xia, C., & McCutcheon, H. (2006). Mealtimes in hospital -- who does what?. *Journal of Clinical Nursing*, *15*(10), 1221-1227. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01425.x

Sökmatris

Bilaga 1

Dubbletter exkluderades i efterföljande sökningar.

Datum, klockslag	**Databas**	**Avgränsning**	**Sökord**	**Urval 1** Antal träffar	**Urval 2** Lästa titlar	**Urval 3** Lästa abstract	**Urval 4** Antal artiklar till studien
130304, 10:30	CINAHL	Peer review Engelska 2008-2013	1.Malnutrition (MH)	1 083			
130304,10:32		”	2.Attitude of Health Personnel (MH)	5 035			
130304, 10:36		”	3. Nurse Attitudes (MH)	4 806			
130304, 10:38		”	4. Nutritional Assessment (MH)	2 527			
130420, 16:00		”	5. (1 OR 4) AND (2 OR 3)	32	10	9	8

Datum, klockslag	**Databas**	**Avgränsning**	**Sökord**	**Urval 1** Antal träffar	**Urval 2** Lästa titlar	**Urval 3** Lästa abstract	**Urval 4** Antal artiklar till studien
130304, 11:00	SveMed+	Peer review Engelska 2008-2013	1.Malnutrition (MeSH)	22			
130304, 11:02		“	2. Attitude of Health Personnel (MeSH)	190			
130304, 11:04		”	3. Health knowledge, attitudes, practice (MeSH)	81			
130420, 16:25		”	4. Nutrition Assessment (MeSH)	44			
130420, 16:30		”	5. (1 OR 4) AND (2 OR 3)	3	1	0	0

Datum, klockslag	**Databas**	**Avgränsning**	**Sökord**	**Urval 1** Antal träffar	**Urval 2** Lästa titlar	**Urval 3** Lästa abstract	**Urval 4** Antal artiklar till studien
130304, 10:46	Medline	Engelska 2008-2012	1. Malnutrition (MH)	3 139			
130304, 10:48		”	2. Attitude of Health Personnel (MH)	19 016			
130304, 10:50		“	3. Health knowledge, attitudes, practice (MH)	24 608			
130313, 19:30		“	4. Nutrition Assessment (MH)	2 003			
130420, 17:00		“	5. (1 OR 4) AND (2 OR 3)	85	6	4	3

Datum, klockslag	**Databas**	**Avgränsning**	**Sökord**	**Urval 1** Antal träffar	**Urval 2** Lästa titlar	**Urval 3** Lästa abstract	**Urval 4** Antal artiklar till studien
130313, 12:00	PsycInfo	Peer review Engelska 2008-2013	1.Nutrition (DE)	1905			
130313, 12:02		“	2. Health Personnel Attitudes (DE)	4104			
130420, 17:30		”	3. 1 AND 2	22	1	1	0

Antal artiklar till litteraturstudien:11 samt den som tillkom genom manuell sökning: 12

Artikelmatris **Bilaga 2**

Författare **Artikelns titel, tidskrift** **Land**	**Syfte**	**Design**	**Värdering**	**Resultat**
Aydin, N. & Karaöz, S. (2008) Nutritional assessment of patients before gastrointestinal surgery and nurses' approach to this issue. *Journal of Clinical Nursing,17*, 608-617 doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02002.x Turkiet	Syftet med denna studie var att utvärdera nutritionsstatusen hos patienter som ska genomföra gastro-intestinal-operation och att fastställa sjuksköterskors åsikter angående detta.	**Design/metod** Deskriptiv kvantitativ, kvalitativ **Population** Patienter som ska opereras gastrointestinalt. Sjuksköterskor som arbetar med patienterna. <u>Inklusionskriterier</u> Patienter som ska opereras gastrointestinalt, sjuksköterskor som arbetar med dessa patienter. **Urvalsförfarande** 57 patienter intagna för operation på allmänkirurgen på Kocaeli University Medical Faculty Hospital, mellan april och juni 2003 inkluderades i studien. Sjuksköterskorna arbetade med dessa patienter. **Urval** Konsekutivt, strategiskt **Beskrivning slutlig studiegrupp** 57 patienter. 8 sjuksköterskor **Datainsamlingsmetod** Frågeformulär, intervjuer **Analysmetod** Statistisk analys, innehållsanalys	**Styrkor** Tydlig kontext, motiverat urval, välbeskriven urvalsprocess, datainsamlings-metod, transkribe-ringsmetod och analysprocess. Koppling mellan data och tolkning påvisas. Svagheter med studien lyfts. Valida frågeformulär. **Svagheter** Exklusionskriterier saknas. **Värdering** Medel	<u>Ansvar:</u> De flesta angav att bedömningen skulle göras av läkare, en angav att det var dietisten som skulle göra den. Fem sjuksköterskor av åtta angav att de inte hade någon funktion i nutritionsbedömningen. En sjuksköterska angav att rollen begränsades till att kontrollera att patienten fick mat i tid och att de följde dieten. Sjuksköterskor som angav att de hade en roll i bedömningen sammanfattade den som att ta upp nutritionsanamnes, följa upp vikten och analysera biokemiska parametrar. En sjuksköterska angav att sjuksköterskor behövde ha en roll i nutritionsbedömningen för att de interagerade direkt med patienterna. Sjuksköterskor som angav att de inte bedömde nutritionsstatus angav att de bara genomförde det som läkaren hade skrivit i en ”dietary request form”. En sjuksköterska angav att de inte vägde patienter med lågt matintag om inte läkaren ordinerade det. <u>Bedömning:</u> Sjuksköterskorna var överens om att nutritionsstatus skulle göras på patienterna, men de kunde inte ge tillräcklig eller tydlig information om hur den skulle göras. Sjuksköterskorna angav att ingen definitiv metod eller instrument användes i nutritionsbedömning på deras klinik. En sjuksköterska önskade att bedömningen skulle ske i samarbete med övriga professioner, läkare, dietist och sjuksköterska, för att optimera bedömning och åtgärder. <u>Hinder:</u> För att kunna ha en roll måste antal patienter per sjuksköterska vara få, i den arbetssituation de befann sig fanns bara tid för rutinmässiga procedurer.

Författare Artikelns titel, tidskrift Land	**Syfte**	**Design**	**Värdering**	**Resultat**
Bjerrum, M., Tewes, M., & Pedersen, P. (2012). Nurses' self-reported knowledge about and attitude to nutrition – before and after a training programme. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 26*(1), 81-89. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00906.x Danmark	Syftet var att undersöka hur ett utbildnings-program för sjuksköterskor med särskilt ansvar för nutrition påverkade sjuk-sköterskornas kunskap om nutrition, deras medvetenhet och attityd till nutritions-behandling.	**Design/metod** Kvalitativ studie. **Population** Sjuksköterskor Inklusionskriterier Sjuksköterskor med ansvar för nutritionsomvårdnadskvalitet som deltog i en nutritionsutbildning. **Urvalsförfarande** Sjuksköterskor med ansvar för nutritionsomvårdnadskvalitet på medicinska eller kirurgiska avdelningar vid Rigshospitalets Hjärtcentrum i Köpenhamn som deltog i ett utbildningsprogram. **Urval** Bekvämlighetsurval. **Beskrivning slutlig studiegrupp** 16 sjuksköterskor indelades slumpvis i två grupper om åtta personer i vardera. **Datainsamlingsmetod** Fokusgruppintervjuer. **Analysmetod** Innehållsanalys.	**Styrkor** Tydlig kontext, motiverat urval, välbeskriven urvalsprocess, datainsamlingsmetod, transkriber-ingsmetod och analysprocess. Koppling mellan data och tolkning påvisas. Samma person intervjuade och gjorde analysen. **Svagheter** Saknar metodkritik **Värdering** Medel	Ansvar De tycktes medvetna om sitt ansvar för att identifiera riskpatienter, men blev otydliga när det kom till att ge specifika exempel på vad detta ansvar innefattade. Innan utbildningsprogrammet angav sjuksköterskorna sin roll som att assistera läkarna och önskade kunna konsultera dietister i högre grad. Efter utbildningen ansåg de fortfarande att läkarna hade den ledande rollen att ansvara för nutrition, men att de såg sig själva som del i detta ansvar. Utbildning: Den kunskap de uppnått hjälpte dem att känna större säkerhet och ett mindre behov av att fråga läkarna om råd. Efter utbildningen benämndes nutrition att vara en vital del i vården och att den därför skulle ges hög prioritet. De var mer medvetna om att involvera och rådgöra med kollegor om vikten av att säkerställa nutrition och särskilt att se till att mellanmål fanns tillgängliga dygnet runt. De var mer medvetna om sin specifika roll och definierade att den underlättade utvecklingen av nutritionsvården. De kände att de nu agerade mer ansvarsfullt i relationen till deras kollegor och noterade att de hade uppnått mer respekt för att utföra sin roll. Utbildningen förändrade sjuksköterskornas upplevelse i hanterandet av nutritionsbedömningen. De kände sig tryggare när de fyllde i formulären. Innan utbildningen var detta ett problem eftersom inte alla sjuksköterskor förstod formulären. Hinder Nutrition var lågprioriterad till förmån för andra aktiviteter, som medicin och hygien, både före och efter utbildningen. De uppgav att tid inte fanns för att prata med patienten. Arbetsbelastningen gjorde att sjuksköterskorna hade svårt att kunna fokusera på nutritionen. De ansåg att det fanns för lite tid att diskutera frågor från kollegor under de korta morgonmötena, och de noterade att kollegor ibland avstod från att fråga på grund av att sjuksköterskorna var så upptagna.

Författare Artikelns titel, tidskrift Land	**Syfte**	**Design**	**Värdering**	**Resultat**
Holst, M. Rasmussen, H.H. & Unosson, M. (2008). Well-established nutritional structure in Scandinavian hospitals is accompanied by increased quality of nutritional care. *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism,4*(1), e22-e29. doi:10.1016/j.eclnm.2008.09.002 Sverige, Norge, Danmark	Syftena med studien var - Att beskriva sjuksköterskors attityder till god nutritionsomvårdnad enligt ESPEN:s riktlinjer kontra sjuksköterskornas självrapporterade faktiska nutritionsomvårdnad. - Att utvärdera vikten av utvalda hinder för att hantera klinisk nutrition i enlighet med sjuksköterskornas självrapporterade uppgifter. - Att utforska huruvida sjuksköterskor, som arbetar på avdelningar med en väldefinierad organisatorisk struktur gällande ledning av klinisk nutrition enligt ESPEN:s rekommendationer, har bättre nutritionsomvårdnad i relation till dessa riktlinjer.	**Design/metod** Kvantitativ tvärsnittsstudie. **Population** Sjuksköterskor i Skandinavien. Inklusionskriterier Arbeta på avdelningar för internmedicin, medicinsk gastroenterologi, onkologi, allmän- och gastrointestinalkirurgi, ortopedisk kirurgi och intensivvård. **Urvalsförfarande** Del i större studie, läkarna randomiserades från ett register och sjuksköterskorna rekryterades från samma avdelningar. Avdelningsföreståndarna på respektive avdelning fick fem till tio frågeformulär. De skulle behålla ett och dela ut resterande konsekutivt till de sjuksköterskor de mötte på avdelningen den aktuella dagen. **Urval** Randomiserat/konsekutivt. **Beskrivning slutlig studiegrupp** 2605 sjuksköterskor, med en relativt lika fördelning av respondenter mellan länderna. Ålder: 30-49 år, majoriteten hade mindre än tio års erfarenhet i yrket. **Datainsamlingsmetod** Frågeformulär. **Analysmetod** Statistisk analys.	**Styrkor** Väldefinierat syfte, tillräckligt antal deltagare, adekvat statistiska metoder Beskriver studiens begränsningar. Relevant och beskrivet urval, Valida frågeformulär. Bortfallstorlek angiven. Svarsfrekvens (46 %). **Svagheter** Osäkerhet om urvalet verkligen gjordes konsekutivt. **Värdering** Hög	Bedömning En stor majoritet av sjuksköterskorna (90 %) angav en positiv inställning till att undersöka patienternas nutritionsstatus och till att patienterna skulle vägas vid intagning på avdelningen (93 %). Nästan samtliga (97 %) angav att patienternas energibehov skulle beräknas innan förskrivning av nutritionsbehandling. Lika många ansåg att energiintaget per dygn skulle kontrolleras hos patienter med risk för malnutrition. 97 % angav att fortlöpande kontroller av riskpatienter skulle göras. Åtgärder Tre fjärdedelar av sjuksköterskorna angav intresse för behandling av malnutrierade patienter. Nästan alla sjuksköterskorna (93 %) höll med om att en omvårdnadsplan för nutrition skulle inkluderas i patientjournalen inom tre dygn efter intagningen för patienter med försämrad nutritionsstatus eller minskat matintag. En stor majoritet sjuksköterskor (92 %) ansåg att patienternas nutritionsintag skulle tas upp på avdelningsronderna. Två tredjedelar tyckte att det var svårt att lägga upp ett nutritionsprogram för de malnutrierade. Kunskap Färre än två tredjedelar av sjuksköterskorna svarade att de hade goda grundkunskaper i klinisk nutrition i sin utbildning och att de hade tillräckliga kunskaper för att vårda malnutrierade patienter. Ungefär en tredjedel av sjuksköterskorna upplevde det svårt att identifiera patienter med nutritionsproblem, drygt hälften av dem ansåg att det var svårt att beräkna patienternas energibehov. Över en tredjedel (39 %) av sjuksköterskorna saknade tekniker för att identifiera malnutrierade patienter. Utbildning Nästan alla sjuksköterskor som genomgått utbildning på avdelning tyckte att utbildning i klinisk nutrition var bra.

Författare Artikelns titel, tidskrift Land	**Syfte**	**Design**	**Värdering**	**Resultat**
Johansson, U., Rasmussen, H., Mowe, M., & Staun, M. (2009). Clinical nutrition in medical gastroenterology: room for improvement. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland), 28*(2), 129-133. doi:10.1016/j.clnu.2009.01.002 Sverige Danmark Norge	Syftet med studien var att undersöka attityder och rutiner bland läkare och sjuksköterskor gällande nutritions-behandling på intern-medicinska specialist-avdelningar med särskild inriktning mot medicinsk gastroenterologi	**Design/metod** Kvantitativ tvärsnittsstudie. **Population** Läkare och sjuksköterskor i Skandinavien. <u>Inklusionskriterier</u> Läkare och sjuksköterskor verksamma inom internmedicin, medicinsk gastroenterologi på sjukhus i Sverige, Norge och Danmark. <u>Exklusionskriterier</u> Läkare och sjuksköterskor inom onkologi. **Urvalsförfarande** Frågeformulär om attityder och rutiner skickades ut till 12000 läkare och sjuksköterskor inom olika specialiteter. Från det urvalet gjordes denna studies urval. **Urval** Randomiserat (Läkare) Konsekutivt (Sjuksköterskor) **Beskrivning slutlig studiegrupp** 1348 läkare och sjuksköterskor verksamma inom internmedicin (1155) och medicinsk gastroenterologi (193). 75 % av respondenterna var yngre än 50 år. **Datainsamlingsmetod** Frågeformulär. **Analysmetod** Statistisk analys	**Styrkor** Väldefinierat syfte, tillräckligt antal deltagare, adekvat statistiska metoder Beskriver studiens begränsningar. Relevant och beskrivet urval, Valida frågeformulär. Bortfallstorlek angiven. Svarsfrekvens (34 %). Gruppen sjuksköterskor går att urskilja från gruppen läkare i tabeller. **Svagheter** Osäkert om urvalet av sjuksköterskor verkligen blev konsekutivt. **Värdering** Hög	En klar skillnad noterades mellan hur respondenterna önskade att det skulle vara och hur det var gällande nutritionsbedömning, viktkontroll vid intagning på sjukhus, beräkning av energibehov, uppföljning/kontroll av nutritionsmål och dokumentation av nutritionsplan för alla riskpatienter. <u>Bedömning:</u> Nästan samtliga ansåg att nutritionsbedömning skulle vara standard/rutin. Drygt hälften angav att de tyckte att det var svårt att beräkna energibehov hos patienten. <u>Åtgärder:</u> Fler än hälften angav att de hade högt/mycket högt intresse och nästan samtliga angav att det fanns en hög/mycket hög relevans av att ordinera nutritionsbehandling. <u>Kunskap:</u> Nästan två tredjedelar ansåg att de hade tillräcklig kunskap från sin utbildning för att ta beslut om nutrition. Kunskap uppskattades högt eller mycket högt hos ungefär en tredjedel av sjuksköterskor att ordinera nutritionsbehandling till malnutrierade patienter. Nästan två tredjedelar angav att de ansåg att det var svårt att upprätta en nutritionsplan för patienten. <u>Riktlinjer:</u> Nästan samtliga ansåg det vara bra om läkare respektive sjuksköterskor hade yrkesspecifika skrivna rutiner gällande nutritionsprocessen. Nästan alla angav att de önskade lokala riktlinjer för att identifiera patienter med risk för malnutrition. Ungefär två tredjedelar ansåg att det vore bra om nationella riktlinjer upprättades. <u>Faktorer/Hinder som bidrog till icke-optimal nutritionsbehandling</u>: Drygt hälften av sjuksköterskorna (53 %) angav bristande kunskaper, drygt en tredjedel bristande intresse (36 %), nästan en tredjedel (29 %) tidskrävande och ett fåtal angav tekniska svårigheter (5 %).

Författare Artikelns titel, tidskrift Land	**Syfte**	**Design**	**Värdering**	**Resultat**
Khalaf, A., Berggren, V. & Westergren, A. (2009). Caring for undernourished patients in an orthopaedic setting. *Nursing Ethics, 16* (1), 5-18. doi:10.1177/0969733008097986 Sverige	Syftet med denna studie var att utforska sjuksköterskors och undersköterskors erfarenheter av och etiska reflektioner om nutritionsomvårdnad för undernärda patienter.	**Design/metod** Kvalitativ. **Population** Sjuksköterskor och undersköterskor <u>Inklusionskriterier</u> Arbeta på ortopedavdelning. **Urvalsförfarande** Ett strategiskt urval av respondenter av författarna i samråd med en sjuksköterska specialiserad i nutrition. **Urval** Strategiskt. **Beskrivning slutlig studiegrupp** 8 sjuksköterskor, 5 undersköterskor, 12 kvinnor, 1 man. Majoriteten har under 10 års yrkeserfarenhet. **Datainsamlingsmetod** Intervjuer **Analysmetod** Innehållsanalys	**Styrkor** Tydlig kontext, motiverat urval, välbeskriven urvalsprocess, datainsamlings-metod, transkriber-ingsmetod och analysprocess. Koppling mellan data och tolkning påvisas. Författarna uppnådde samstämmighet om analysen. **Värdering** Hög	<u>Ansvar</u> Några ansåg att personalen har ett ansvar och en plikt att hålla sig uppdaterad gällande nutrition. De flesta respondenter ansåg att sjuksköterskan var huvudansvarig för patienternas nutritionsbehov. <u>Bedömning</u> Sjuksköterskorna upplevde att det var svårt att väga patienter vid inskrivning på grund av begränsad rörlighet relaterad till frakturer. <u>Åtgärder</u> Sjuksköterskorna ansåg att patienternas önskemål borde vara utgångspunkt för alla nutritionsåtgärder. <u>Riktlinjer</u> En välfungerande organisation upplevdes underlättande för nutritionsomvårdnaden. Det tycktes lättare att acceptera och klargöra ansvaret när personalen kunde relatera sina handlingar till tydliga riktlinjer som följdes av all personal. När inga riktlinjer för ansvar fanns kunde vissa basala omvårdnadsaspekter förbises. Resultatet beskrevs som ineffektivitet när några i personalen arbetade ”efter eget huvud” och inte följde riktlinjerna. <u>Hinder:</u> Fokus ofta på det akuta, frakturen, nutrition hamnade i skymundan. De flesta ansåg att korta sjukhusvistelser hindrade optimal nutritionsomvårdnad, det hann inte hända så mycket på en kort vistelse. Samtidigt uttryckte de en känsla av hjälplöshet när patientens önskemål gick emot personalens önskan att hjälpa dem att återhämta sig. Om patienten inte ville samverka upplevde respondenterna att omvårdnaden försvårades. Personalen uppgav att de slets mellan behovet av god nutritionsstatus hos patienten, önskan att låta patienten bestämma och närståendes förväntningar. Några angav att kompetent stöd från dietist saknades i organisationen. Att behöva samråda med andra professioner innan beslut kring patientens nutrition kunde tas upplevdes frustrerande eftersom det fördröjde den omvårdnad som behövde ges. Stress och tidsbrist på grund av underbemanning upplevdes som huvudorsak till frustration och att sjuksköterskorna kände att de gav bristande omvårdnad.

Författare **Artikelns titel, tidskrift** **Land**	**Syfte**	**Design**	**Värdering**	**Resultat**
Kim, H., & Choue, R. (2009). Nurses' positive attitudes to nutritional management but limited knowledge of nutritional assessment in Korea. *International Nursing Review*, *56*(3), 333-339. Doi: 10.1111/j.1466-7657.2009.00717.x Sydkorea	Syftet med denna studie var att undersöka avdelningssjuksköterskors attityder till och kunskaper om nutritions-behandlingen hos patienter intagna på sjukhus.	**Design/metod** Beskrivande design, kvantitativ **Population** Sjuksköterskor på sjukhusavdelningar <u>Inklusionskriterier</u> Sjuksköterska på intermedicin, kirurgi, intensivvård på universitetssjukhuset i Seoul, Sydkorea **Urvalsförfarande** Frågeformulär delades ut till sjuksköterskor på ovan nämnda avdelningar. **Urval** Bekvämlighetsurval **Beskrivning slutlig studiegrupp** 221 sjuksköterskor. Medelålder 32,5 (22-51år) Yrkeserfarenhet:1-29år, (md: 7) Majoriteten hade en master- eller doktorsgrad i omvårdnad. **Datainsamlingsmetod** Frågeformulär. **Analysmetod** Statistisk analys	**Styrkor** Väldefinierat syfte, tillräckligt antal deltagare, adekvat statistiska metoder Beskriver studiens begränsningar. Relevant och beskrivet urval, Valida frågeformulär. Bortfallstorlek angiven. Relativt hög svarsfrekvens (78,1%). **Värdering:** Hög	<u>Bedömning:</u> Drygt två tredjedelar angav att det var viktigt att bedöma nutritionsstatus på varje patient som togs in på avdelningen, och endast ett fåtal ansåg det inte vara viktigt. Majoriteten ansåg att det var viktigt att väga patienterna vid intagning på avdelning. <u>Ansvar:</u> Majoriteten av sjuksköterskorna angav att ansvaret för patientens näringstillståndsproblem låg hos läkaren (85,5%), och mindre än hälften angav att ansvaret låg hos sjuksköterskan. Mer än hälften tyckte att ansvaret för bedömning av nutritionstillstånd låg hos dietister respektive läkare, och något fler än en tredjedel att det låg hos sjuksköterskor. <u>Utbildning:</u> En stor majoritet av sjuksköterskorna angav nödvändigheten av nutritionsutbildning i kursplanerna. <u>Kunskap:</u> Färre än en tredjedel av dem angav att de hade haft möjlighet att läsa nutritionskurser under sin utbildning. Få angav att de hade kunskap om olika instrument för nutritionsbedömning (laboratorieprover, vikt, längd, BMI).

Författare **Artikelns titel, tidskrift** **Land**	**Syfte**	**Design**	**Värdering**	**Resultat**
Mowe, M., Bosaeus, I., Rasmussen, H., Kondrup, J., Unosson, M., Rothenberg, E., & Irtun, Ø . (2008). Insufficient nutritional knowledge among health care workers?. *Clinical Nutrition, 27*(2), 196-202. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text Skandinavien (Norge, Danmark, Sverige)	Syftet var att studera läkares och sjuksköterskors självrapporterade kunskaper i nutritions-behandling**,** med fokus på ESPEN:s riktlinjer om nutritions-screening, bedömning och behandling.	**Design/metod** Kvantitativ tvärsnittsstudie. **Population** Läkare och sjuksköterskor i Skandinavien <u>Inklusionskriterier</u> Arbetar på avdelningar med förväntade nutritionsproblem. Internmedicin, ”Digestive department”, onkologi, allmänkirurgi, ortopedi, gastrointestinalkirurgi och anestesi. **Urvalsförfarande** 6000 frågeformulär till läkare och 6000 till sjuksköterskor. Läkare randomiserades från lista, Sjuksköterskorna kunde inte randomiseras fram, utan togs från samma avdelning som utvalda läkare – konsekutivt urval av avdelningsföreståndaren **Urval** Randomiserat/konsekutivt **Beskrivning slutlig studiegrupp** 4512 läkare och sjuksköterskor 1753 läkare, 2759 sjuksköterskor. **Datainsamlingsmetod** Frågeformulär **Analysmetod** Statistisk analys	**Styrkor** Väldefinierat syfte, tillräckligt antal deltagare, adekvat statistiska metoder, beskriver studiens begränsningar. Relevant och beskrivet urval, valida frågeformulär. Bortfallsanalys och -storlek beskriven. **Svagheter** Bristande metod (beskriven i annan artikel, där beskriven bra). Saknar exklusions-kriterier Går inte att särskilja gruppen sjuksköterskor från gruppen läkare **Värdering:** Hög	<u>Bedömning</u> En fjärdedel ansåg att det var svårt att identifiera undernärda patienter och över en tredjedel (40 %) saknade tekniker för att identifiera dessa patienter. Fler än hälften tyckte att det var svårt att beräkna patientens energibehov. <u>Åtgärder:</u> Alla respondenter angav att de var intresserade av behandling av undernäring, och att det var relevant att bli informerad om behandling av undernärda patienter. Nästan två tredjedelar (60 %) angav att det var svårt att organisera nutritionsprogram. De angav medelgoda kunskaper om behandling av malnutrierade patienter. Nästan nio av tio angav att deras kunskaper i behandling av undernärda patienter var god till mycket god. <u>Kunskap:</u> Vanligaste orsaken till bristande nutritionsvård var otillräcklig kunskap, följt av brist på intresse och bristande ansvar. Tre fjärdedelar svarade att de har tillräcklig insikt i vikten av adekvat nutrition i patienternas tillfrisknande. Drygt hälften ansåg att deras utbildning hade gett dem en bra grund för att ta beslut om klinisk nutrition. Majoriteten av sjuksköterskorna upplevde att de hade tillräcklig till god utbildning i nutrition. <u>Riktlinjer:</u> Två tredjedelar svarade att det fanns ett behov av generella nationella riktlinjer för nutritionsbehandling och –terapi. <u>Utbildning</u> Sjuksköterskorna ansåg att utbildning i klinisk nutrition var bra.

Författare Artikelns titel, tidskrift Land	**Syfte**	**Design**	**Värdering**	**Resultat**
Persenius, M., Hall-Lord, M., Bååth, C., & Larsson, B. (2008). Assessment and documentation of patients' nutritional status: perceptions of registered nurses and their chief nurses. *Journal of Clinical Nursing*, *17*(16), 2125-2136. Doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02202.x Sverige	Syftet med denna studie var att, inom kommunal- och landstingvård, studera (1) avdelnings-föreståndares/ medicinskt ansvariga sjuksköterskor och sjuksköterskors uppfattning om bedömning av patienters nutritionsstatus och om nutritions-bedömnings-instrument, (2) sjuksköterskors uppfattning om dokumentation i relation till nutrition, såväl som fördelar och nackdelar med VIPS-modellen.	**Design/metod** Deskriptiv studie, blandad metod **Population** Avdelningsföreståndare/MAS och sjuksköterskor som arbetar i kommun och landsting i Sverige. <u>Inklusionskriterier</u> Aktiva sjuksköterskor **Urvalsförfarande** Sjuksköterskor från15 av 16 kommuner i ett län deltog. Kommun, ett frågeformulär till en sjuksköterska per boende, Landsting, var 5:e sjuksköterska på avdelningarna. **Urval** Subjektivt urval, strategiskt urval i landstingssjuksköterskegruppen. **Beskrivning slutlig studiegrupp** 131 sjuksköterskor svarade på frågeformuläret samt 15 medicinskt ansvariga i kommunerna och 27 avdelningsföreståndare i landstinget. **Datainsamlingsmetod** Telefonintervjuer, frågeformulär **Analysmetod** Innehållsanalys, statistisk analys	**Styrkor** Väldefinierat syfte, tillräckligt antal deltagare, adekvat statistiska metoder, beskriver studiens begränsningar. Relevant och beskrivet urval, valida frågeformulär. Bortfallsanalys och -storlek beskriven. Representativt urval, generaliserbart i Sverige. Tydlig kontext, motiverat urval, välbeskriven urvalsprocess, datainsamlingsmetod, transkriberingsmetod och analysprocess. Koppling mellan data och tolkning påvisas. I innehållsanalysen deltog flera av författarna för att uppnå samstämmighet. **Svagheter** Uppges inte hur författarna kom i kontakt med avdelningsföreståndarna/ MAS. Saknas exklusionskriterier. **Värdering** Hög	<u>Bedömning:</u> Majoriteten av sjuksköterskorna svarade att bara vissa patienter bedömdes. De angav tillstånd som till exempel minskad förmåga att äta och dricka, sänkt allmäntillstånd, viktförändringar, sår och diagnoser som orsak till att bedömning genomfördes. Uppemot en femtedel av sjuksköterskorna inom kommunal vård och över en tredjedel av sjuksköterskorna inom landstingsvård uppgav att nutritionsbedömning genomfördes på alla patienter. <u>Riktlinjer:</u> Två tredjedelar angav att inga riktlinjer gällande malnutrition fanns och ett fåtal angav att de inte visste om sådana fanns. Signifikant fler sjuksköterskor inom landstinget svarade att riktlinjer fanns jämfört med sjuksköterskor inom kommun.

Författare Artikelns titel, tidskrift, Land	**Syfte**	**Design**	**Värdering**	**Resultat**
Porter, J., Raja, R., Cant, R., & Aroni, R. (2009). Exploring issues influencing the use of the Malnutrition Universal Screening Tool by nurses in two Australian hospitals. *Jo urnal of Human Nutrition & Dietetics, 22* (3), 203-209. doi: http://dx.doi.org.db.ub.oru.se/10.1111/j.1365-277X.2008.00932.x Australien	Syftet med studien var att fastställa vilka faktorer som stödjer eller hindrar sjuksköterskans användning av 'MUST'.	**Design/metod** Blandad metod, deskriptiv **Population** Sjuksköterskor Inklusionskriterier Arbeta på två avdelningar på två sjukhus i Australien där nutritionsbedömnings-instrumentet MUST skulle användas **Urvalsförfarande** Urval enligt ovan. **Urval** Bekvämlighetsurval **Beskrivning slutlig studiegrupp** Majoriteten arbetade heltid, kvinnor <40 år, med mindre än 5 år i organisationen. Tre fokusgrupper à 6 sjuksköteskor (18st) på de två avdelningarna (allmänmedicin och gastroenterologi och leversjukdomar). **Datainsamlingsmetod** Journalgranskning, Fokusgrupper **Analysmetod** Statistisk analys och innehållsanalys	**Styrkor** Tydlig kontext, motiverat urval, välbeskriven urvalsprocess, datainsamlings metod, transkriber-ingsmetod och analysprocess. Koppling mellan data och tolkning påvisas. **Svagheter** Rekrytering till fokus-grupperna. Oklart om datamättnad, analysmättnad. **Värdering** Hög	Bedömning: De flesta sjuksköterskorna angav att bedömningsinstrumentet borde vara del i intagningsprotokollet. Olika åsikter om detta framkom mellan de två avdelningarna. På den avdelning som genomförde utbildning och hade stöd från ledningen tycktes sjuksköterskorna acceptera bedömningsinstrumentet i högre grad. Nutritionsbedömning tillsammans med övrig riskbedömning fick lägre prioritering efter observationer, läkemedelslistor, omvårdnadsplaner. Sjuksköterskorna angav att annan dokumentation gick före såsom löpande omvårdnad och medicinsk behandling. Sjuksköterskorna upplevde att det var ett dilemma när de skulle besluta om vilka som skulle bedömas och hur det skulle genomföras. Några uttryckte åsikter om att inte bedöma vissa patienter då de ansåg att inte alla behövde det. De angav motstånd att bedöma patienter med kort vårdtid, då de inte uppfattade någon effekt av en process som uppfattades som tidskrävande. De angav som underlättande för bedömning var positiv inställning av värdet av nutritionsprocessen samt kompetens i att genomföra uppgiften. Avdelningen med aktivt stöd från avdelningsföreståndaren hade fler positiva kommentarer. Sjuksköterskor upplevde att muntlig konsultation baserad på klinisk bedömning eller läkarens begäran skulle snabbt vidarebefordras till dietist. Att använda bedömningsinstrument sågs som dubbelarbete av många sjuksköterskor. Ansvar: De flesta sjuksköterskor instämde i att det ingick i deras ansvar att bedöma nutrition. Vissa sjuksköterskor angav att ansvaret för nutritionsbedömning låg hos dietisterna. Kunskap: Sjuksköterskorna verkade lita på sitt eget omdöme och deras uppskattning över behovet att göra bedömning på alla. Sjuksköterskorna angav att de kunde använda sin kliniska blick för att bedöma risk för malnutrition hos en patient. De ersatte instrumentet med en subjektiv bedömning och likställde låg vikt med nutritionsrisk. Vissa sjuksköterskor ansåg inte att det fanns ett behov eller värde av ett evidensbaserat instrument. Sjuksköterskorna efterlyste utbildning, de med liten erfarenhet av bedömningsinstrumentet angav att det var svårt att använda. Andra angav att formuläret borde vara enklare och mer användarvänligt. Hinder: Vissa sjuksköterskor tyckte att det var för betungande att genomföra bedömning. Det framkom klart att nutritionsbedömning var en del av en lång ansvarslista för sjuksköterskan vid intagning av patienter. Sjuksköterskorna angav att de inte hade tid eller bemanning för att slutföra bedömning. Några angav att införandet av bedömningsinstrumentet medförde ett antal problem som till exempel svårigheter att genomföra de kontroller och inhämta den information som krävdes på grund av patienternas mentala och fysiska status. (ex vikt, vikthistorik).

Författare Artikelns titel, tidskrift Land	**Syfte**	**Design**	**Värdering**	**Resultat**
Raja, R., Gibson, S., Turner, A., Winderlich, J., Porter, J., Cant, R., & Aroni, R. (2008). Nurses' views and practices regarding use of validated nutrition screening tools. *Australian Journal of Advanced Nursing, 26*(1), 26-33. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text Australien	Syftet med studien var att utforska sjuksköterskors inställning till och användandet av Malnutrition Screening Tool (MST) och Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) på akutsjukvårdsavdelningar.	**Design/metod** Kombinerad metod. Kvalitativ och kvantitativ. Kvasiexperimentell. **Population** Sjuksköterskor i Australien. <u>Inklusionskriterier</u> Sjuksköterskor som arbetar på avdelningar med MUST och avdelningar med MST. **Urvalsförfarande** Sjuksköterskor på fyra avdelningar (två allmänmedicinska avdelningar, samt en neurologisk gastroenterologisk och en gastroenterologisk avdelning). Två avdelningar använde MUST och två MST. **Urval** Konsekutivt urval. **Beskrivning slutlig studiegrupp** 54 informanter (50 sjuksköterskor och 4 undersköterskor) från fyra avdelningar. **Datainsamlingsmetod** Fokusgruppintervjuer. Data om nutritionsbedömning från patientjournaler. **Analysmetod** Statistisk analys. Innehållsanalys.	**Styrkor** Tydlig kontext, motiverat urval, välbeskriven urvalsprocess, datainsamlings metod och transkriber-ingsmetod. Koppling mellan data och tolkning påvisas. **Svagheter** Analysförfaran-det bristfälligt beskrivet. **Värdering** Medel	<u>Bedömning</u> Det fanns en brist i förståelsen av att förutsättningarna för bedömning inkluderade alla patienter. Några sjuksköterskor angav att de baserade sin bedömning på patienternas vikt för att exkludera patienter som ”såg friska ut”. Om en patient verkade underviktig var sannolikheten större att de skulle fråga dem om viktförlust den sista tiden och då genomföra en bedömning med det föreskrivna formuläret. Motstånd fanns också hos många sjuksköterskor mot att samtala om nutrition med eller väga överviktiga patienter. På grund av detta angavs att rutinmässig nutritionsbedömning med ettdera instrumentet sällan förväntades genomföras. Sjuksköterskorna ansåg att det gick fortare att kontakta dietisten direkt vid misstanke om malnutrition istället för att först själv bedöma patienten. De flesta sjuksköterskorna som använde MUST upplevde till en början att instrumentet var svårt att använda. Beräkningen av BMI upplevdes betungande. <u>Nutritionsomvårdnad</u> Majoriteten av sjuksköterskorna angav att nutritionsomvårdnad var viktig, men fick lägre prioritet på grund av att många andra arbetsuppgifter behövde prioriteras högre. <u>Kunskap</u> Sjuksköterskorna hade inte övervägt att även överviktiga kunde vara i riskzonen för malnutrition. Sjuksköterskorna uppgav att de tyckte att en professionell bedömning var lika användbar som bedömningsinstrument för att identifiera patienter med risk för malnutrition. <u>Effekt av utbildning</u> De sjuksköterskor som använde MUST upplevde att de fick en bättre kompetens genom övning och erfarenhet. <u>Hinder</u> Huvudorsaken till det låga antalet bedömningar som genomfördes angavs vara konkurrerande arbetsuppgifter för sjuksköterskorna, en brist på medvetenhet om den evidensbaserade metoden för nutritionsbedömning, samt inställning till klinisk bedömning. En annan hindrande faktor som sjuksköterskorna uppgav var bristen på kommunikation med patienterna. Sjuksköterskorna beskrev sin frustration över att behöva frekvent kontakt med familj eller tolk för att få behövd information om patienten. Dessa kommunikationssvårigheter ansåg de vara en fördröjande faktor för bedömningen.

Författare Artikelns titel, tidskrift Land	**Syfte**	**Design**	**Värdering**	**Resultat**
Ross, L. J., Mudge, A. M., Young, A. M. & Banks, M. (2011). Everyone's problem but nobody's job: Staff perceptions and explanations for poor nutritional intake in older medical patients. *Nutrition & Dietetics, 68*(1), 41-46. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1747-0080.2010.01495.x Australien	Syftet med studien var att utforska personalens medvetenhet, kunskaper och uppfattningar om nutritionsvård för äldre patienter på medicinska vårdavdelningar på universitets-sjukhuset.	**Design/metod** Kvalitativ deskriptiv **Population** Vårdpersonal Inklusionskriterier Personal från fem multidisciplinära medicinska team på fyra internmedicinska vårdavdelningar på ett sjukhus i Brisbane, Australien. **Urvalsförfarande** Deltagare rekryterades från fem multidisciplinära medicinska team. **Urval** Strategiskt urval **Beskrivning slutlig studiegrupp** 22 deltagare, indelade i tre fokusgrupper. Två av grupperna bestod av olika individer från olika personalkategorier, den tredje gruppen enbart av sjuksköterskor. **Datainsamlingsmetod** Semistrukturerade intervjuer. **Analysmetod** Innehållsanalys	**Styrkor** Tydlig kontext, motiverat urval, välbeskriven datainsamlings-metod, transkriber-ingsmetod och analysprocess. Koppling mellan data och tolkning påvisas. Samma intervjuare för alla fokusgrupper. Intervjufrågornas innehåll redovisas. **Svagheter** Oklart om hur rekryteringen från teamen genomfördes. **Värdering** Hög	Behandling Vissa sjuksköterskor uppgav att flera patienter var malnutrierade vid intagning på avdelningarna och att situationen inte förbättrades under sjukhusvistelsen. All personal angav att de hade begränsade kunskaper om hjälpmedel och service. Kunskaper Mellan en tredjedel och hälften angav medvetenhet om prevalens för malnutrition hos äldre. Bedömning En sjuksköterska angav att hon utgick från hur patienterna såg ut när de blev intagna på sjukhus och hade ett antal informella sätt att bedöma nutrition. Ansvar Avsaknad av tydlighet i nutritionsomvårdnadsrollen och delat ansvar angavs hos de flesta i vårdpersonalen. De saknade medvetenhet om sin egen och de andras roll i teamen. Överlag upplevde övrig personal att sjuksköterskan var huvudansvarig för bedömning, övervakning och assistans med nutrition. Sjuksköterskorna, å andra sidan, såg på nutritionsrelaterade aktiviteter som specifika uppgifter med varierande grad av ansvar. Exempelvis var mat- och vätskelista något som sjuksköterskorna talade om, men inte om att väga patienterna. Hinder All personal angav att sjuksköterskorna var särskilt begränsade av konkurrerande prioriteringar under måltidssituationerna. Måltiderna låg oftast när de hade som mest att göra med andra uppgifter, som mediciner och observationer. Sjuksköterskorna medgav att medicinsk vård fick gå före i akuta situationer. De angav även att mat inte alltid var i fokus och att det kunde hända att behörig personal behövdes någon annanstans, vilket ledde till att måltiden blev lidande.

Författare **Artikelns titel, tidskrift** **Land**	**Syfte**	**Design**	**Värdering**	**Resultat**
Villalon, L., Laporte, M., & Carrier, N. (2011). Nutrition Screening for Seniors in Health Care Facilities: A Survey of Health Professionals. *Canadian Journal of Dietetic Practice & Research, 72*(4), 162-169. doi:http://dx.doi.org/10.3148/72.4.2011.162 Kanada	Vi undersökte aktuella nutritions-screenings-rutiner hos äldre och försökte identifiera inställningar om och hinder för screening bland hälso- och sjukvårds-personal i NB.	**Design/metod** Deskriptiv, kvantitativ. Tvärsnittsstudie. **Population** Hälso- och sjukvårdpersonal i New Brunswick. <u>Inklusionskriterier</u> Arbeta på sjukhus eller omsorgsboende som läkare, dietist, eller sjuksköterska **Urvalsförfarande** Läkare och dietister på sjukhus och omsorgsboenden i New Brunswick skickades frågeformulären. På sjukhus gavs ett frågeformulär till avdelningsföreståndaren (head nurse) på avdelningarna att fylla i. Alla sjuksköterskorna på omsorgsboendena fick frågeformuläret. **Urval** Strategiskt **Beskrivning slutlig studiegrupp** 457 st. 158 läkare, 230 sjuksköterskor, 69 dietister. 70 % engelsktalande. 86,9 % av sjuksköterskorna hade mer än 10 års yrkeserfarenhet. **Datainsamlingsmetod** Frågeformulär **Analysmetod** Statistisk analys	**Styrkor** Väldefinierat syfte, tillräckligt antal deltagare, adekvat statistiska metoder Beskriver studiens begränsningar. Relevant och beskrivet urval, representativt urval. Studiens svagheter lyfts. **Svagheter** Inte angiven bortfallstorlek eller svarsfrekvens. Inte standardiserat frågeformulär. **Värdering** Medel	En majoritet av sjuksköterskorna angav att de tyckte att nutritionsbedömning var viktigt eller mycket viktigt. Nästan alla angav att bedömning förekom på arbetsplatsen. Ett fåtal angav att det inte förekom, eller angav att de inte visste. Majoriteten av personalen angav att de nutritionsbedömde de äldre men knappt en fjärdedel använde sig av ett bedömningsinstrument. Kunskap om riktlinjer för bedömning fanns hos fler än hälften av sjuksköterskorna. Nästan en femtedel svarade att de inte hade riktlinjer på arbetsplatsen och lika många angav att de inte visste om det fanns. Cirka en femtedel av sjuksköterskorna visste inte om det fanns nutritionsriktlinjer på deras arbetsplats. Ungefär en tredjedel angav att nutritionsriktlinjer fanns. De vanligaste hindren för nutritionsbedömning angavs vara tidsbrist, brist på material/personal och brist på nutritionsutbildade resurspersoner för att utvärdera och behandla riskpatienter.