

Malnutrition inom akutsjukvården, sjuksköterskans ansvar

En litteraturstudie

Författare	Monika Christianson
Kurs	Omvårdnad Examensarbete 1. VT 2010
Omfattning	15 högskolepoäng
Handledare	Ulrica Langegård
Examinator	Annika Janson Fagring

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk): Malnutrition inom akutsjukvården, sjuksköterskans ansvar

Titel (engelsk): Malnutrition in acute care, nurse's responsibility

Arbetets art: Eget arbete, fördjupningsnivå 1

Kurs: Omvårdnad - Examensarbete 1. VT 2010

Kursbetäckning: OM1640

Arbetets omfattning: 15 hp

Sidantal: 17

Författare: Monika Christianson

Handledare: Ulrica Långegård

Examinator: Annika Janson Fagring

Sammanfattning

Malnutrition är ett välkänt problem inom akutsjukvården. Det finns flera orsaker till malnutrition, bland annat olika sjukdomstillstånd som ger nedsatt aptit. Syftet var att undersöka om sjuksköterskor har tillräcklig kunskap om malnutrition och hur sjuksköterskan identifierar patienter med risk för malnutrition i akutsjukvården. Tio vetenskapliga artiklar användes som grund till studien. Resultatet presenteras i tre rubriker, malnutrition på sjukhus, nutritionsscreening samt brist på kunskap. Det framkom att malnutrition är ett stort problem inom akutsjukvården, att screeninginstrument finns men att de som regel inte används av sjuksköterskor samt att sjuksköterskans kunskap ofta inte är tillräckliga inom området för att identifiera dessa patienter. Screening av samtliga patienter kan leda till identifiering av patienter med risk för malnutrition i god tid. Med ökad kunskap inom ämnet nutrition skulle malnutrition inom akutsjukvården kunna förebyggas. Minskat antal malnutrierade skulle leda till kortare vårdtider, minskat lidande för patienterna och förbättrad ekonomi inom vården.

Innehållsförteckning

INTRODUKTION	1
BAKGRUND.....	1
Historik om nutrition	1
Nutritionsbehandling.....	1
Orsaker till malnutrition.....	2
Konsekvenser av malnutrition.....	2
Nutrition och omvårdnad.....	3
Teoretisk förankring	3
Definitioner.....	5
SYFTE.....	5
Frågeställningar	5
METOD	5
Dataanalys.....	6
RESULTAT	6
Malnutrition på sjukhus.....	7
Brist på kunskap.....	8
DISKUSSION.....	10
Metoddiskussion.....	10
Resultatdiskussion.....	10
Malnutrition på sjukhus.....	10
Screening av nutritionsstatus.....	11
Kunskap.....	12
Konklusion	13
REFERENSLISTA.....	14
Bilagor	
Bilaga 1	
Artikelredovisning.	

Introduktion

Malnutrition inom akutsjukvården är ett välkänt problem. Ökad dödlighet, längre vårdtider och ökad behandlingskostnad gör att det är viktigt att upptäcka malnutrition och risk för malnutrition i tid och starta nutritionsbehandling som bör följa den medicinska behandlingen. För att kunna identifiera och förebygga problem bör sjuksköterskan ha kunskap inom området (1). Författaren till denna litteraturstudie arbetar på en kirurgisk akutvårdsavdelning och har lång erfarenhet av kirurgiska patienter. Nutritionsstatus på patienterna prioriteras eller identifieras oftast inte. Fokus på denna studie har lagts på problemet med malnutrition inom akutsjukvården. Nutrition är ett intressant och angeläget område inom ämnet omvårdnad. Det är ett stort omvårdnadsproblem som leder till onödigt lidande för patienterna. Kunskap och tillförlitliga mätmetoder i ämnet nutrition krävs även för att identifiera dessa patienter. Litteraturstudien har kopplats till vårdvetenskapliga begrepp som egenvård, helhetssyn och hälsa. Dessa begrepp har valts då de är angelägna när det gäller nutrition. Även kunskapsbegreppet diskuteras.

Bakgrund

Historik om nutrition

En stor utveckling har skett när det gäller ersättning av vätske och elektrolytförluster. I början av 1800-talet användes koksaltlösning intravenöst. Så småningom tillsattes 2-5% glukos och användes i stor utsträckning som chockterapi och ersättningslösning. I början av 1900-talet användes fettemulsion för intravenöst bruk som bestod av bomullsfröolja med sojabönsfosfatid som emulgator. Preparatet Intralipid registrerades 1961, det var en sammansättning av sojaböna och ägglecitin som emulgator. Större kännedom om nödvändiga spårämnen och mer fullständiga tillsatslösningar med allt blandat i en behållare, så kallad storpåse har väsentligt underlättat den praktiska hanteringen de senare åren (2). Mycket stora förändringar har skett i tillgången på energi och näringsämnen sedan sekelskiftet. Numera är brist på näring inget problem, snarare tvärtom. För genomsnittssvensken handlar det om att äta dubbelt så mycket frukt och grönt och hälften som mycket socker- och fettrika livsmedel (3).

Nutritionsbehandling

Livsmedelsverkets näringsrekommendationer är baserade på aktuell forskning. Det är väl beskrivet hur mycket vi behöver av energi, protein, fett, kolhydrater, vitaminer och mineraler. Det kommer ständigt nya studier som ger ökad kunskap och som kan förändra de slutsatser man kommit fram till tidigare. Näringsrekommendationerna revideras därför med jämna mellanrum (4). Vid sjukdom kan flera faktorer leda till störningar i näringstillståndet orsakade av obalans mellan intag och förbrukning av näringsämnen. Maten är en del av behandlingen och måste anpassas efter individuella behov (3). Om patienten har leversjukdom, uremi, pancreasinsufficiens eller diabetes skall kosten specialanpassas (5). Postoperativt kan patienter som inte kan inta peroral föda nutrias med glucoslösning och elektrolyter under förutsättning att de kan börja med peroralt födointag inom en vecka. Om inte detta är möjligt måste tillförsel av näring tillförsäkras. Om man redan efter 1-2 dagar efter operationen inser att peroral nutrition inte är aktuell den närmaste veckan bör nutritionsterapi påbörjas. Avsaknad av näring kan vara livshotande efter ca 10 dagar (5). Kan patienten inte svälja men har en fungerande mag-tarmkanal kan man med fördel ge näring via sond om sväljningsproblemet är övergående.

Om patientens näringstillstånd varit tillfredsställande före insjuknandet och det bedöms att sjukdomstiden kommer att överstiga en vecka innan mag-tarmkanlen fungerar eller om sjukdomstillståndet ger upphov till ett stort behov av vätskevolym och näring ges i stället total parenteral nutrition. Patienten tillförs en balanserad näring där sammansättningen av en normal kost efterliknas. Total parenteral nutrition kan tillföras i en perifer ven om infusionsställe byts varje dygn, eller i en central ven som på sikt är skonsammare för patienten (5). Vid patientens resa genom sjukvården från primärvård till slutenvård borde hänsyn tas till patientens eventuella näringsproblem. Möjlighet till utredning på specialistnivå bör kunna erbjudas. Preventiva åtgärder bör i första hand sättas in för att minska förekomsten av undernäring. Malnutrition kan upptäckas genom klinisk screening och skulle även förhindra återfall av malnutrition (6).

Orsaker till malnutrition

- Hypoalbumeni på grund av dramatisk viktsförlust. Patienter som tidigare inte varit malnutrierade får en signifikant minskning av Albumin och minskad muskelmassa efter tre veckor på sjukhus (7).
- Proteinunderskott är en stor oberoende risk för malnutrition och faktor för sjukdom och dödlighet vid akut sjukdom. Även om grundsjukdomen är behandlad kvarstår att 40-60% av akut sjuka patienter på sjukhus är malnutrierade och nutritionsstatus har förvärrats vid utskrivning (7).
- Sjukdom, behandling, nedsatt fysisk aktivitet eller otrevlig måltidsmiljö kan ge nedsatt aptit. Som patient på sjukhus är man hänvisad till den mat och miljö som erbjuds samt gemensamma måltider (7).
- Flera sjukdomstillstånd leder till ökat energi och näringsbehov som cancer, KOL, och neurologiska sjukdomar. Flera sjukdomar påverkar även upptaget av näringsämnen, som skador på tarmen (7).
- Sårhäkning kräver extra energi (3).
- Vid trauma, infektion eller inflammation förändras metabolism, aptit, absorption och upptag av näring. Även postoperativt illamående, kräkningar, smärta och sväljsvårigheter påverkar nutritionsstatus (3).
- Läkemedelsbiverkningar kan ge dålig aptit (3).
- Vid geriatriska sjukdomar kan demens, immobilisering och tandproblem förvärra problemen (3).
- Många sjukdomar, kroniska och akuta, kan resultera i malnutrition på mer än ett sätt. Många patienter svälter utan att få tillräckligt med näring eller utreds inte för malnutrition (1).
- Ett undernäringstillstånd uppstår vanligen som ett resultat av ofta samverkande medicinska, socioekonomiska och psykologiska faktorer. Undernäringstillstånd utvecklas oftast under påverkan av bristande födointag och en ökad omsättning och nedbrytning av kroppens depåer (6).

Konsekvenser av malnutrition

Malnutrition ökar dödlighet och sjukdom både vid akuta och kroniska sjukdomar, försvårar tillfrisknande, konvalescens men ger även ökade behandlingskostnader. En studie visar att malnutrition kan minskas med nutritionsbehandling vilket ger en signifikant förkortning av vårdtiden vilket också minskar sjukvårdskostnader (1). En daglig tillförsel av energi och näringsämnen är nödvändigt för att en individ skall befinna sig i bästa möjliga näringstillstånd

och därmed klara påfrestningar som sjukdomar och trauma. Föda skall helst tillföras peroralt, men om det inte är möjligt måste tillförseln ske på annat sätt, antingen enteralt eller parenteralt. Malnutrition ger upphov till hypoproteinemi och hypoalbumeni som ger ödem samt risk för postoperativ suturinsufficiens i bland annat tarmanastomoser med fördröjd och försämrad läkning som följd. Undernärda patienter utvecklar trycksår på grund av sämre cirkulation och nedsatt sårhäkning. Den ökade infektionskänsligheten och de låga albuminnivåerna sänker patientens förmåga att tolerera behandling med cytostatika och strålning vid cancersjukdom. Malnutrition spelar stor roll även vid organsvikt (2).

Nutrition och omvårdnad

Nutrition utgör en del av den medicinska behandlingen och är en stor del av omvårdnaden. Inom dessa områden har aktiva insatser stor betydelse för att förhindra utveckling av undernäring och vid behandling av redan undernärda patienter. Patientens näringsproblem och behov bedöms som underlag till individuellt anpassade omvårdnadsåtgärder i samarbete med patienten, anhöriga, läkare, sjuksköterska och dietist. Omvårdnad och god behandling kräver rutinmässig dokumentation av patientens omvårdnadsproblem, vidtagna åtgärder, effekter av åtgärder samt överföring av information mellan olika vårdformer (6). Socialstyrelsen ger allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvård och menar att innebörden inom professionen omvårdnad är att stärka hälsa, förebygga sjukdom och ohälsa utifrån patientens individuella möjligheter och behov. Detta förutsätter bland annat att riskfaktorer identifieras, däribland undernäring och nutritionsproblem. Sjuksköterskan är den som har nära kontakt med patienten och har det primära ansvaret för patienten (8). Enligt socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad ingår det i sjuksköterskans ansvarsområde att ansvara för att omvårdnadsåtgärderna planeras, genomförs och utvärderas på ett ändamålsenligt sätt samt samordnas med behandling och andra åtgärder. Sjuksköterskan skall även se till att omvårdnadsåtgärderna genomförs i samverkan med andra personalgrupper. Sjuksköterskan ska ansvara för att de omvårdnadsteoretiska och etiska grunderna för omvårdnadsåtgärder tydliggörs så att de kan ligga till grund för det dagliga arbetet. I Sjuksköterskans arbetsuppgifter ingår även att utvärdera den egna verksamheten samt att följa utvecklingen och forskningen inom verksamhetsområdet för att förmedla och inkludera nya råd i verksamheten (8).

Teoretisk förankring

Begreppen: egenvård, helhetssyn och hälsa

Egenvård

Nightingale var pionjär inom förebyggande hälsovård och hävdade att de sjuka själva känner vad de behöver när det gäller mat. Det är inte matens kemi som skall bestämma kosten till den sjuke, utan observation av de sjuka är nyckeln till en riktig diet (9). Henderson menade att patientvården har sina rötter i mänskliga grundbehov. Hon säger att sjuksköterskans speciella arbetsuppgift bestod i ”att hjälpa en individ, sjuk eller frisk, att utföra sådana åtgärder som fordrar hälsa eller tillfrisknande. Sådana åtgärder individen själv skulle göra om han hade erforderlig kraft, vilja eller kunskap”(10, sid 10). Denna arbetsuppgift skall utföras på ett sätt som hjälper individen att så snart som möjligt återvinna sitt oberoende. Det var en omvårdnadsuppgift att hjälpa patienten eller skapa förutsättningar för att han/hon skall kunna äta och dricka tillräckligt (10).

Helhetssyn

Nightingale ansåg att vården måste utgå från människans hela situation, bostad, arbetsplats, skönheten i omgivningen, frisk luft, ljus och näringsriktig mat (9). Henderson menade att sjuksköterskan måste känna till matvanor, smakriktningar och tabun hos de patienter hon

arbetar med som t.ex. patienter med en annan kulturell bakgrund. Hon måste också ha en intuitiv eller förvärvad kunskap om ätandets psykologi och dess betydelse för patientens välbefinnande. När vi talar om människans näringsbehov är det viktigt att veta att motiven växlar för olika individer och behoven skiftar under livets gång. Eftersom sjuksköterskan är den som är närmast patienten kan hon lättast komma underfund med vilken mat och dryck han/hon vill ha och uppmuntra goda matvanor och motarbeta skadliga matvanor (10).

Hälsa

Hälsosam mat var enligt Nightingale en av grunderna i all sjukvård. Hon ordnade dietkök för patienter med särskilda behov och köpte livsmedel lokalt och såg till att soldaterna fick citrusfrukter när hon arbetade i krigssjukvården i mitten på 1800-talet. Sambandet mellan skörbjugg och kosten var ännu inte känd men man visste av erfarenhet att en kost utan frukt ledde till bristsjukdomar (9). Henderson belyste även sjuksköterskans förebyggande ansvar när det gäller att påverka en sund kosthållning och goda hälsovanor genom att ge råd om normalvikt, näringsbehov och urval av kost. Sjuksköterskan bör utgå från de matvanor patienten har. Undervisning om normal vikt i förhållande till längd och ålder och nutritionsbehov är uppgifter som är sjuksköterskans ansvar. Hendersons grundprinciper gäller både för sjuka och friska personer. Hon menade att omvårdnadens primära mål är att hjälpa patienten att så snart som möjligt återvinna sitt oberoende (10).

Kunskap

I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska står det att en helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt ska genomsyra sjuksköterskans huvudsakliga arbetsområden.

1. Omvårdnadens praktik och teori.
2. Forskning, utbildning och utveckling.
3. Ledarskap.

Kompetensbeskrivningen består av 11 kompetensområden och de flesta kan appliceras på nutritionsomvårdnad. Den snabba kunskapsutvecklingen inom hälso- och sjukvården visar att ett avgörande kompetensområde för sjuksköterskan kommer att vara förmågan att söka och använda evidensbaserad kunskap (11).

Kunskapsbegreppets meningsinnehåll är omfattande. I ordböcker förklaras begreppet kunskap med hjälp av ord som vetande, kännedom, lärdom och insikt. Att individens personliga erfarenhet är en väsentlig sida av kunskapsutvecklingen framgår av termer som insikt, expertis, färdighet och skicklighet (12). En god kvalitet i omhändertagande av näringsproblem beträffande identifiering, behandling och diagnostik av undernäringstillstånd kan endast uppnås om utbildningen i nutritionsfrågor förbättras i landet. Samtliga yrkeskategorier som kommer i kontakt med patienter och omsorgstagare bör få utbildning i nutritionsfrågor. Det är viktigt att utbildning i klinisk nutrition inom sjukvården följer en utveckling i struktur och organisation som övrig medicinsk behandling. Olika studerandekategorier bör ges möjlighet att varva teoretisk utbildning med praktik (6). Genom kliniska kunskaper som förvärvats genom erfarenhet av många olika människor i liknande situationer har den erfarna sjuksköterskan kunskap och förståelse av en patients upplevelse av sin sjukdom och därmed reaktion på den. Den erfarenhetsbaserade kunskapen gör sjuksköterskan lyhörd för tänkbara problem och bekymmer i olika situationer.

Teori om omvårdnad omfattar den omvårdnadsrelaterade vetenskapliga kunskap som till stor del förvärvas genom praktisk träning och erfarenhet.

Teori och praktik är kort sagt sammanvävda med varandra i en ömsesidigt stödande och förstärkande process som utvecklar kompetensen (13). Sjuksköterskans bedömning och förståelse av en patients upplevelse av sin sjukdom bygger på kunskap om den aktuella patienten. Erfarenhetsbaserad klinisk kunskap gör sjuksköterskan lyhörd om typiska

reaktionsmönster, hans historia, och hur denna formats av sjukdomen, samt på omfattande kliniska kunskaper som förvärvats genom erfarenhet av olika människor i liknande situationer (14). Eftersom omvårdnad idag är ett kunskapsområde och en vetenskaplig disciplin är det möjligt att sammanställa omvårdnadsforskningens resultat. Kunskap om den enskilda patientens behov kompletteras och kombineras med vetenskaplig kunskap. Tillämpning av evidensbaserad omvårdnad som komplement till andra kunskaper är en process där all tillgänglig vetenskap inom ett ämnesområde granskas. Tyngdpunkten ligger på granskning av resultat som har betydelse för patienten (15).

Definitioner

Malnutrition = Obalans mellan intag och behov resulterar i obalans i metabolism, minskad funktion och minskad muskelmassa. Viktsförlust mer än 10 % på 6 månader är enligt tidigare studier en bra parameter för malnutrition (6).

BMI = Med body mass index ser man hur kroppsvikten förhåller sig relaterad till kroppslängden. BMI-värdet tas fram genom en matematisk uträkning där kroppsvikten divideras med kvadraten på kroppslängden. $BMI = \text{kg/m}^2$ (2,6).

BMR= Basal metabolic rate står för basalmetabolism. Detta visar energiförbrukningen i kroppen under basala förhållanden, vanligast i vila och på fastande mage (2).

Screeninginstrument = beskrivs som ett verktyg med frågeformulär, innehållande riskfaktorer för malnutrition (1)

MNA= Mini nutritional assessment. Ett instrument med vilket man översiktligt kan bedöma förekomsten av malnutrition bestående av 18 poängsatta frågor som är speciellt anpassade för äldre personer (6,7).

SGA= Subjektive Global Assessment. Ett instrument med vilket man översiktligt kan bedöma förekomsten av malnutrition baserat på en klinisk metod med anamnes och fysikalisk undersökning (6).

Syfte

Syftet var att undersöka om sjuksköterskor har tillräcklig kunskap om malnutrition och hur sjuksköterskan identifierar patienter med risk för malnutrition i akutsjukvården

Frågeställningar

1. Är malnutrition ett problem i akutsjukvården?
2. Upplever sjuksköterskan sig ha tillräcklig kunskap inom ämnet nutrition?
3. Använder sjuksköterskan de instrument som finns för att identifiera patienter med risk för att bli malnutrierade?

Metod

Aktuell uppsats är en litteraturstudie. Artiklar söktes i vetenskapliga databaserna CINAHL och PubMed med olika kombinationer av sökord och "peer-reviewed" för att avgränsa antal sökträffar. Den första sökningen med sökorden malnutrition and hospital gav flera träffar där fem artiklar valdes ut. Referens 17 var en relaterad artikel till referens nr 18.

Vidare sökningar ändrades därefter för att få fler utgångspunkter som var relevanta till studiens syfte.

Alla titlar gicks igenom och de som var relevanta i avseende till studiens syfte och frågeställning studerades. Abstract studerades för att se om artikeln var lämplig att inkludera i studien. Artiklarna skrevs ut och lästes i sin helhet. Artiklar som handlade om barn, enbart kvinnor, äldre, kulturer som inte kan jämföras med svenska förhållanden och specifika specialistområden exkluderades med avseende på studiens syfte. Artiklar på andra språk än engelska och svenska har exkluderats p.g.a. begränsade språkkunskaper. Sökorden i databasen CINAHL var *malnutrition, hospital, nursing, acute care, nutrition och nutritional screening*. Samma sökord användes i databasen Pubmed vilket gav fler träffar och inkluderade även de artiklar som har använts i studien. En artikel från databasen Pubmed används i studien.

Dataanalys

Vid litteratursökningen återfanns ett stort antal träffar. Abstract lästes igenom i de artiklar där titeln var relevant. Artiklarna som valdes ut granskades systematiskt utifrån studiens syfte och frågeställningar. När de artiklar som valts ut upprättades en överblickbar lista med olika kolumner för författare, syfte, metod, urval och resultat. Sammanställningen av insamlade artiklar visade svaret på de aktuella frågeställningarna. Resultatet består av tio artiklar publicerade 1997-2008. De artiklar som angav en speciell patientgrupp exkluderades och fokus riktades allmänt in på patienter inom akutsjukvården eftersom antalet artiklar inom ämnet nutrition är stort. Fokus har lagts på malnutrition på sjukhus, nutritionsscreening samt brist på kunskap. Både kvalitativa och kvantitativa artiklar valdes för att få en så bred analys som möjligt av ämnet malnutrition inom akutsjukvården. För en mer detaljerad sammanställning av artikelsökningen och vilka artiklar som valdes ut se tabell 1.

Tabell 1. Sökord och antal träffar i relevanta databaser.

Datum för sökning	Databas	Sökord	Sökalternativ	Antal träffar	Valda artiklar	Referenser i text
11/2 - 09	CINAHL	Malnutrition and hospital	Fulltext År 1982-2009	338	5	1,7,17, 21,22
11/2 - 09	CINAHL	Malnutrition and nursing and acute care	Fulltext År 1998-2009	10	1	23
24/2 - 09	CINAHL	Malnutrition and nursing,assessment,acute care,nutrition	Fulltext År 2000-2009	37	1	19
24/2 - 09	PubMed	Malnutrition and nursing, assessment, acute care, nutrition	Fulltext	27	1	24
24/2 - 09	CINAHL	Nutritional screening	Fulltext År 2000-2009	68	1	20
11/2 - 09	Manuell sökning	Utifrån referenslista i artikel, referens nr 17				18

Resultat

Uppsatsens resultat redovisas under rubrikerna **malnutrition på sjukhus, screening av nutritionstatus och brist på kunskap**. Avseende malnutrition på sjukhus framförs olika

orsaker till malnutrition. Nutritionsscreening visar betydelsen av screening och att det finns olika mätinstrument att använda för att identifiera patienter med risk för malnutrition och de patienter som redan var malnutrierade. Brist på kunskap avsågs sjuksköterskors kunskap inom området näringslära, bedömning av nutritionsstatus och lämpliga åtgärder då patienten inte får tillräckligt med näring.

Malnutrition på sjukhus

Mellan 40-60 % av patienter inom akutsjukvården var malnutrierade beroende på vilka kriterier som användes vid mätningarna och vilken typ av patienter mätningarna gjordes på. Olika mätmetoder gjorde att det var svårt att mäta prevalensen av malnutrition inom akutsjukvården. Orsak till den höga prevalensen av malnutrition på sjukhus berodde på att malnutrition inte uppmärksammades och patienterna screenades inte. Patienterna var ofta malnutrierade redan vid ankomsten till sjukhuset eller hade risk för att bli malnutrierade när de kom till akutsjukvården. Sambandet mellan vårdtider, kostnader och nutritionsstatus konstaterades i denna artikel (7). Malnutrition förvärrades under vårdtiden på patienter i akutsjukvården. Sjuksköterskorna identifierade inte malnutritionen eller ännu mindre behandlade aktuell malnutrition. Dramatisk viktsförlust och hypoalbumeni blev många gånger konsekvensen inom akutsjukvården. Alla organsystem i kroppen påverkades med minskat immunförsvar, minskad metabolism, tarmfunktion, muskelsvaghet och sårhäkning. Sambandet mellan malnutrition och depression var stort vilket konstaterades i akutsjukvården men påvisades även när patienterna kom till eftervården (7). Malnutrition påverkade rehabiliteringen av patienterna vilket även medförde följsjukdomar. Genom förlängda vårdtider och ökad intensivvård påverkades även ekonomin i negativ riktning för sjukhusen. Svårigheten med denna ökning av malnutrition på sjukhus var ett internationellt problem (16).

För litet matintag var en viktig faktor till varför patienternas energiintag var för lågt. Sjukhusmaten gav adekvat näring men många patienter behövde extra tillskott. Anledningen till malnutrition var flera. Nedsatt aptit, ointresse av mat, att maten inte var bra eller att patienterna inte fick den hjälp de behövde med att äta var några exempel. Även rutiner och matservering påverkade patienternas nutritionsstatus. Fysiska faktorer som påverkade nutritionsstatus var patientens primära sjukdom, ålder, smärta och olika behandlingsmetoder. Sjukdomar som cancer, diabetes, hjärt-kärlsjukdomar, gastrointestinala symtom ökade risken för malnutrition. Sambandet mellan kirurgi och malnutrition visade att det gav en ökad risk för postoperativa komplikationer. Vid akut stroke var risken stor för infektioner och trycksår på malnutrierade patienter. Möjlighet att äta, svälja samt absorbera näring påverkade nutritionsstatus. Det framkom även att psykiska, ekonomiska, sociala, personal- och organisatoriska faktorer påverkade nutritionsstatus. Det var vanligt med malnutrition hos äldre och kroniskt sjuka patienter som hade svårt att laga mat och ofta hade en dålig ekonomi vilket gjorde att många var malnutrierade redan vid ankomst till akutsjukvården (17,18).

En studie från Australien på ett akutsjukhus visade att en tredjedel av patienterna inte fick det närings- och energibehov de behövde. Läkare och sjuksköterskor prioriterade inte aktuella problem och upptäckte inte att patienterna fick otillräckligt med näring. Sjuksköterskorna upplevde att de inte har tid för att uppmuntra patienterna att äta. En orsak kunde vara att sjuksköterskorna inte var med vid servering av maten till patienterna. Även oklarheter om vem som var ansvarig för patientens nutritionsstatus påverkade risken för malnutrition (19). Patienternas näringsintag i relation till näringsbehovet under vårdtiden var otillräckligt. Ökade möjligheter till mellanmål samt att patienterna fick den mat de tyckte om påverkade patientens tillfrisknande. Trots denna kunskap fick få patienter den nutritionsbehandling de behövde. Antalet malnutrierade fortsatte att öka. Sambandet mellan vårdtider, komplikationer,

förlängd rehabilitering, kostnader, och nutritionsstatus konstaterades även i denna forskning (17-19). Nutritionsbehandling skulle användas som rutin för att minska nutritionsrelaterade komplikationer. Insättande av nutritionsstrategier krävdes för att minska antalet malnutrierade i akutsjukvården. Ökad användning av nutritionsbehandling, smärtstillande läkemedel och antiemetika ökade patientens tillfrisknande. Användande av nutritionsscreening och den ökade medvetenheten om behandling av malnutrition minskade antalet malnutrierade på sjukhus (16,17).

Screening av nutritionstatus

Flera olika instrument för nutritionsscreening har granskats och realitetstestats för användning i praktiken. Forskning visade att det fanns många screeninginstrument tillgängliga för användande av sjuksköterskor för att mäta nutritionsstatus på patienterna. Det påträffades även många validerade instrument som inte hade något praktiskt värde. (20,21).

Instrumenten hade en bred variation av riskfaktorer för malnutrition. Alla dokumenterade mätinstrument mätte risk för malnutrition, vikt och viktsförlust. Flera instrument baserades på hur många poäng man fick. Ju fler poäng desto högre var risken för malnutrition. Multivariabla analyser med fysisk, psykisk och social status krävdes för att för att upptäcka de malnutrierade patienterna i tid. Enkla åtgärder som vikt och längd vid ankomst till sjukhuset, viktshistoria, följa vikt och näringsintag under vårdtiden behövdes för att identifiera patienter med risk för att bli malnutrierade (20,21).

Nutritionsbedömning gjordes sällan inom akutsjukvården. Screeninginstrument användes som regel inte. Sjuksköterskor dokumenterade i det vardagliga dokumentationssystemet. Aptit, törst, munstatus, under- övervikt, diarré, illamående, kräkning, möjlighet att äta och dricka, tugg och sväljproblem och patientens upplevelse dokumenterades, dock inte energiintag och BMI. Då viktiga nutritionsparametrar vanligtvis inte dokumenterades resulterade detta i att malnutrierade patienter blev oidentifierade och fick inte den nutritionsbehandling de behövde. Undersökningar visade även att ett stort antal sjuksköterskor tyckte att ansvarsfördelningen var oklar och visste inte vem som var ansvarig för patientens nutritionsstatus (20,22).

Flera artiklar beskrev att identifiera malnutrierade patienter är angeläget då konsekvenserna annars blev förlängda vårdtider, komplikationer, återinläggningar och ökad dödlighet. Malnutrition associerades till sjukdom samt ökad dödlighet vilket förhindrades genom att upptäcka malnutrition i tid. Nutritionsstatus på en akutvårdspatient bör innehålla viktsförlust, sjukdomsstatus, funktionellt status, vikt och längd för att kunna följa detta under vårdtiden. Det fanns många nutritionsscreeninginstrument som var lämpliga att använda på akutvårdspatienter men det fanns inget standardiserat instrument. För akutvårdspatienter som var i riskzon för att bli malnutrierade krävdes att en vårdplan upprättades för att åtgärda och följa upp patientens nutritionsproblem (21,22). Ett flertal studier om implementering av nutritionsstrategier på sjukhus har gjorts i många länder och prevalensen av malnutrition reducerades kraftigt vid jämförelse före och efter implementeringen. I nutritionsstrategierna ingick att förbättra servicen för patienterna vid måltider, utbildning av personal, införande av screeninginstrument, ändring av rutiner och förbättring av sjukhusmaten för att minska riskerna för malnutrition (20-22).

Brist på kunskap

Brist på fortlöpande utbildning inom ämnet nutrition, oklar ansvarsfördelning och minskning av personalstyrkan var organisatoriska faktorer som ökade risken för malnutrition för patienter inom akutsjukvården. Forskning visade ett stort behov av kunskap om nutrition hos

sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna upplevde att de inte hade tillräcklig kunskap för att identifiera malnutrierade patienter eller de som riskerade att bli malnutrierade för att kunna ge adekvat näringsbehandling (23,24). I en studie (24) undersöktes sjuksköterskornas dokumentation i relation till åtgärder, kunskap och attityder. Vikt togs oftare på patienter vid planerade inläggningar än på akuta patienter. Nutritionsproblemen förvärrades under vårdtiden. De flesta sjuksköterskorna ansåg att de hade det övergripande ansvaret för patienternas nutritionsstatus och screening men att deras kunskaper inte var tillräckliga. Åtgärder och attityder hos sjuksköterskorna berodde på utbildning och erfarenhet. De flesta sjuksköterskorna hade knapphändig utbildning inom nutrition. Flera av sjuksköterskorna tyckte inte att det var viktigt att väga och screena patienterna men frågade patienterna om matvanor, dryck och aptit. På frågan om hur man får patientens nutritionsstatus varierade svaren som fysisk förmåga, hudkvalitet, vikthistoria och normalt näringsintag (24).

Enligt en kvalitativ studie från Australien beskrev sjuksköterskor god nutrition som tillräckligt näringsintag som motsvarar kroppens behov. De flesta sjuksköterskorna kunde beskriva en lämplig måltid för en vuxen person vid god hälsa. Däremot visade respondenterna små kunskaper om specifika näringsbehov för att upprätthålla hälsa. De var även osäkra på sambandet mellan näringsämnen och livsmedel och vilken fysiologisk roll dessa har. Symtom som sjuksköterskorna beskrev var dålig energi, lågt albumin, kemisk obalans och dålig sårhäkning. De flesta visste att zink och protein var viktigt vid sårhäkning. Kunskaperna varierade om specifika nutritionsbehandlingsformer även de fysiologiska kunskaperna var otillräckliga. Många problem relaterades till matserveringen genom dålig kommunikation mellan serveringspersonal och sjuksköterskor (23).

Ett stort antal sjuksköterskor tyckte att det var viktigt att följa patienternas nutritionsstatus men hade svårt för att prioritera detta bland många andra sjuksköterskeuppgifter på grund av tidsbrist. Få sjuksköterskor gjorde vårdplaner inom nutrition och använde heller inte den information som fanns. I de fall där vårdplan påträffades utvärderades problem och åtgärder sällan. Dietist kontaktades endast i undantagsfall när patienten inte kunde äta och dricka den mängd näring som hon/han krävde. Många patienter fick klara sig under lång tid, mer än fem dagar, med klara vätskor (23,24). Avsaknad av näring kan vara livshotande efter 10 dagar (5). Olika rutiner och normer påverkade hur högt nutritionsproblemen prioriterades på vårdheten. Sjuksköterskorna prioriterade patientens näring och dokumentation av nutritionsstatus om de hade kunskap om hur viktig näringstillförsel är i relation till hälsa och sjukdom. Tillhandahållande av mat och vätska till patienter på sjukhus var traditionellt sjuksköterskans ansvar som lämnats över till underordnad personal. Avsaknad av kommunikation ledde därför till att sjuksköterskorna inte visste vad eller vilken mängd mat patienten fick. Kunskap om patientens nutritionsstatus i relation till hälsa och sjukdom var otillräcklig. Utan god fysiologisk kunskap och bra mätinstrument kunde sjuksköterskorna inte upptäcka tecken på behov av nutritionsbehandling (23,24). Multidisciplinära nutritionsteam med dietist, sjuksköterska och läkare rekommenderades för att öka kunskapen om nutrition inom akutsjukvården (6,24).

Diskussion

Metoddiskussion

En litteraturstudie var vald som metod för att besvara syftet. Det gav en helhetssyn av den befintliga forskningen och en sammanställning kunde göras för att få överblick av problemet. Författaren bedömde malnutrition som ett stort problem inom de flesta vårdenheter men valde att begränsa det till patienter inom akutsjukvården. Resultatet kan med största sannolikhet även appliceras på andra vårdformer. De första sökningarna gav oöverskådligt många träffar. Vid begränsning av sökningarna påträffades flera artiklar som svarade an på syftet. Artiklar valdes utifrån titlar och abstract. Vid urvalet av artiklar valdes artiklar som handlade om sjuksköterskans roll och identifiering av malnutrition på akutsjukhus. Tre artiklar kommer från Storbritannien, två artiklar från Brasilien, en artikel från Schweiz, en artikel från USA, en artikel från Canada, en artikel från Australien och en artikel från Sverige. Det är intressant att se hur arbetet med nutrition bedrivs i olika länder. Artiklarna kan i de flesta fall jämföras till svenska förhållanden. De artiklar som inte kan kopplas till vår kultur har valts bort på grund av att nutritionsproblemen är av andra orsaker. De i resultatet redovisade artiklarna är publicerade mellan år 1997-2008.

Målet var att använda så aktuella artiklar som möjligt. Artiklarna lästes igenom, tolkades, granskades och därefter gjordes en sammanställning av artiklarna till rubriker i resultatet. De artiklar som inkluderats i arbetet har vid genomgång av referenslistor återkommit flera gånger, detta har tolkats som att artiklarna är relevanta. Resultatet delades in under tre rubriker, **malnutrition på sjukhus, nutritionsscreening och brist på kunskap** för att visa att problemen med att identifiera malnutrition inom akutsjukvården var många.

Resultatdiskussion

Malnutrition på sjukhus

Resultatet visade att malnutrition inte var ett nytt problem inom vården men är trots detta ett stort problem för patienter i akutsjukvården. Diskussioner pågår om vilka som är de bästa åtgärder för att förhindra problem med malnutrition. Att följa vikt och näringsintag är ett enkelt sätt att mäta patientens nutritionsstatus under vårdtiden. Patienterna står ofta inför risken att drabbas av malnutrition redan vid ankomsten till akutsjukvården. Forskningen visar att denna status även förvärras under vårdtiden (1,7,16,17). Risken för komplikationer ökar vilket resulterar i att vårdtiden blir förlängd. Således stiger vårdkostnaderna och lidandet för patienterna ökar. Hög arbetsbelastning och korta vårdtider kan vara en bidragande orsak till att detta problem inte prioriteras eller uppmärksammas. Forskning visar att en god nutrition påverkar patientens behandlingsresultat på ett positivt sätt. Fortlöpande utbildning i nutritionsfrågor på arbetsplatsen krävs för att ge en trygg och säker vård till patienten. Som sjuksköterska är det viktigt att vara uppmärksam på hur mycket näring patienten behöver. Patientens hälsa och välbefinnande förbättras inte i den takt som behövs för att uppnå bästa behandlingsresultat om inte nutritionsvården förbättras.

Tidigare forskning visar att malnutrition är ett stort problem inom sjukvården (1,6,17,18). Aktuell forskning visar att orsaken till malnutrition är många och ett stort problem är att identifiering av dessa riskpatienter inte fullföljs. Sjuksköterskor måste öka medvetenheten om hur stor problematiken kring malnutrition på sjukhus är. Dessa patienter identifieras inte under vårdtiden på sjukhuset utan först då de kommer till eftervården.

Sjuksköterskor prioriterar helt enkelt inte detta på grund av tidsbrist, ej fungerande screeninginstrument samt bristande kunskaper vilket gör att många patienter råkar ut för onödigt lidande (1,16-18). Bristande rutiner är en bidragande orsak till att detta inte uppmärksammas. Nutritionsarbetet prioriteras inte inom sjukvården idag trots insikt om att otillräcklig nutrition för med sig onödigt lidande för patienten. Eftersom arbetsbelastningen är hög prioriteras inte nutritionsproblem vilket gör att många patienter blir malnutrierade.

Vikten av god nutrition borde uppmärksammas mer i den kliniska verksamheten. Tidigare forskning har visat att sjuksköterskan skall betrakta nutrition som sitt ansvarsområde tillsammans med övrig personal. Forskningen visade även att ökad information om måltidsrutiner skulle förbättra matintaget för patienterna. Det skulle i sin tur leda till att patienterna fick mer hjälp vid måltiden. Om kommunikationen mellan yrkesgrupper förbättrades skulle varje patients behov tillgodoses inom befintliga ekonomiska gränser. Menyerna skulle erbjudas till de patienter som har det behovet och ge patienterna den mat de tycker om. Det skulle öka näringsintaget (17,18). I arbetet med nutritionsfrågor på den klinik författaren arbetar upplevs att kontinuerlig fortbildning ger resultat som kunskap och ökat intresse för nutritionsfrågor. Vilket förhoppningsvis leder till ett mer strukturerat och kvalitetsmässigt omhändertagande av patienterna. Patienterna behöver även bli serverad den mat som de tycker om samt att maten serveras på ett tilltalande sätt för att öka patientens aptit. Detta är punkter som vi arbetar aktivt med på kliniken.

Screening av nutritionsstatus

Vikten av nutritionsscreening redovisas på samma sätt. Införande av nutritionsstrategier med utbildning och tillförlitliga mätinstrument som fungerar på respektive vårdinrättning skulle minska antalet malnutrierade. Förutsättningarna till införandet av nya rutiner när det gäller malnutrition ökar och påverkar sjuksköterskans möjlighet att bedöma patientens nutritionsstatus. Forskningen förtydligar att om sjuksköterskor använder screeninginstrument, registrerar patienternas nutritionsstatus och implementerar rutiner för nutritionsstatus skulle det förbättra situationen avsevärt. Tidigare forskningsresultat påpekade även att det är viktigt att det finns väl beprövade mätinstrument som fungerar på den enhet de används på. Sjuksköterskorna måste kunna använda instrumentet och det krävs att de innehåller data som är användbara och relevanta för aktuell verksamhet. Instrumentet bör undersöka fysiska, psykiska och sociala faktorer vid bedömning av nutritionsstatus (20-22). Rutiner bör ses över när det gäller att använda de mätinstrument som finns. Mätinstrumenten bör även vara enkla att använda. I denna litteraturgranskning visade resultatet att det finns många olika bedömningsmetoder för att identifiera dessa patienter men det finns inget väl etablerat bedömningsinstrument för att bedöma patientens nutritionsstatus vilket gör det svårt för sjuksköterskan att göra effektiv nutritionsbedömning av patienten.

Vikt och längd på alla patienter för att räkna ut BMI är grundläggande kunskap och bör följas under vårdtiden. Dokumentation av nutritionsproblem och uppföljning av problemet gör att vid dietistkontakt kan patienten få hjälp fortare och dietisten får bra information om problemet. Övrig dokumentation angående patientens nutrition är enligt egen erfarenhet ofta fåordig och beskrivs utan specifik information som t.ex. ”dålig aptit” eller ”ätit dåligt”. Dessa uppgifter har ett begränsat värde för att göra en nutritionsbedömning. Utifrån denna information kan svårigheten vara att avgöra om aptiten förändrats under vårdtiden. Vikten av dokumentation för att upptäcka nutritionsproblem är stor. Brist på relevant information gör det svårare att bedöma patientens problem. Kostregistrering kan vara en bra metod för att se patientens näringsintag. Därtill kan näringsbehovet räknas ut med hjälp av dietist.

Kunskap

Enligt Henderson (10) är det sjuksköterskan som är närmast patienten och kan lättast komma underfund med vilken mat och dryck han/hon vill ha och uppmuntra till goda matvanor och motarbeta skadliga. Henderson menade även att sjuksköterskan bör utgå från de matvanor patienten har. Undervisning om normal vikt i förhållande till längd och ålder och nutritionsbehov är också uppgifter som är sjuksköterskans ansvar (10). Genom att kommunicera med patienten samt att avsätta tid så skulle mycket vara vunnet för att skapa förutsättningar för patienten att få den näring som erfordras, vilket är en relativt enkel åtgärd. Målet är förstås att patienten kan tillföra sig näring på egen hand.

I resultatet framgår det att sjuksköterskor inte anser sig ha tillräckliga kunskaper för att identifiera dessa patienter (23,24). Det visade även att sjuksköterskor hade varierande attityder till bedömning och behandling av malnutrition. Det råder brist i såväl grundutbildningen som fortlöpande utbildning på arbetsplatsen. Sjuksköterskor är dock positiva till införande av fortbildning inom området nutrition. Utbildning och fortbildning ökar intresset och leder till ett mer effektivt och strukturerat arbetssätt. På så vis skulle kvalitén öka och omhändertagandet av dessa patienter skulle bli bättre. Ansvarig läkare och sjuksköterska har tillsammans med dietist gemensamt ansvar för att bedöma patienternas nutritionstillstånd samt att dokumentera och vidarebefordra uppgifterna till nästa vårdgivare (6,8). En förutsättning var dock att läkare, sjuksköterskor, dietister och undersköterskor samarbetade och en tydlig ansvarsfördelning som beskrev vilka arbetsuppgifter varje yrkesgrupp hade underlättade arbetet i praktiken. Fortlöpande kommunikation mellan yrkesgrupperna skapade bättre rutiner (24).

Nightingale var banbrytare inom förebyggande hälsovård och menade att den vårdande skall lyssna och se på patienten för att kunna ge den näring patienten behöver. Hon menade att vården måste utgå från människans hela situation, bostad, arbetsplats, skönheten i omgivningen, frisk luft, ljus och näringsriktig mat (9). Dietister, läkare och sjuksköterskor har olika utgångspunkter för nutritionsbehandling. Forskning visar att dietisternas arbete är enbart inriktat på nutritionsbehandling, läkaren ser på nutrition utifrån det medicinska perspektivet och för sjuksköterskan är nutrition en del av omvårdnaden. Ett ökat samarbete tvärprofessionellt krävs följaktligen. För att få en helhetssyn över patientens situation krävs kunskap inom området. Sjuksköterskans kunskap om identifiering av riskpatienter för malnutrition är därför av stor betydelse. Det krävs självklart även kunskap om aktuella åtgärder för att ge patienten den omvårdnad inom ämnet nutrition som fordras.

Resultatet visar att sjuksköterskans kunskap kring identifiering av riskpatienter brister i vården. Anledningen kan vara oklar ansvarsfördelning och otydliga rutiner att nutritionsstatus på patienterna inte prioriteras. Författarens bedömning är att om god omvårdnad inom nutrition skall kunna ges är förutsättningen att läkare, sjuksköterskor och dietister samarbetar. Det är också viktigt att varje yrkesgrupp vet vilka arbetsuppgifter som ingår i yrkesrollen. Den otydliga ansvarsfördelningen måste åtgärdas för att patienterna skall få den omvårdnad de behöver. Resultatet visar även att god nutrition till stor del påverkar patientens behandlingsresultat på ett positivt sätt (1,6,17,18). Kliniskt verksamma sjuksköterskor har en central roll när det gäller patientens nutrition och resultatet visar att sjuksköterskor önskar fortbildning inom området. Bristen på kunskap var enligt sjuksköterskorna den huvudsakliga orsaken till att det skapas problem. Nutrition bör få en större och tydligare plats i

sjuksköterskans utbildning. Inte minst med tanke på de konsekvenser som en otillräcklig nutrition bär med sig, dels för den enskilde patienten, dels för hälso- och sjukvården i stort. På grund av sjuksköterskors bristande kunskaper inom nutritionsområdet fick inte patienterna den näring som krävdes för hälsa och välbefinnande. Detta gör att vårdtiderna blir längre och komplikationerna ökar. Sjuksköterskeprogrammet borde fokusera mer på vilka konsekvenser otillräcklig näring ger och vilka metoder som finns för att förhindra detta.

Många sjuksköterskor kan beskriva en lämplig måltid för en vuxen person vid god hälsa. Däremot finns små kunskaper om specifika näringsbehov, tillräckligt näringsintag som motsvarar kroppens behov för att upprätthålla hälsa. Det finns också osäkerhet på sambandet mellan näringsämnen och livsmedel och vilken fysiologisk roll dessa har (24). Australienska sjuksköterskor upplevde att de hade överlämnat mycket av vårdansvaret till den cateringpersonal som serverade maten till patienterna. Trots detta ansåg de flesta sjuksköterskorna att de har det yttersta ansvaret för att patienterna får tillräckligt med näring. Man ansåg att bättre kunskap, bättre rutiner inom ämnet nutrition skulle förbättra patienternas hälsa och välbefinnande vilket skulle förkorta vårdtider och minska antalet komplikationer (18). Resultatet visar att nutrition måste uppmärksammas mer i den kliniska verksamheten. Tydliga rutiner måste införas för att patienterna skall få den nutritionsomvårdnad som krävs för ett professionellt omhändertagande. Fortlöpande vårdplanering kring patienten krävs för att uppnå mål för nutritionsomvårdnaden.

Konklusion

Antalet malnutrierade patienter och patienter med risk för att bli malnutrierade i vården ökar. Ofta är rutinerna oklara när det gäller att följa patientens nutritionsstatus. Vikt tas inte vid inläggning och uppföljning av vikten sker vanligtvis mer sällan trots att detta alltid bör ske vid inskrivning. Vikt bör även tas kontinuerligt under vårdtiden för att kunna bedöma och följa patientens nutritionsstatus. Minskade antalet malnutrierade på sjukhus skulle leda till kortare vårdtider, minskat lidande för patienterna och förbättrad ekonomi inom sjukvården. Vikten av god nutrition måste uppmärksammas så att det blir ett prioriterat område i den kliniska verksamheten.

Referenslista

1. Norman K, Pichard C, Lochs H, Pirlich M. Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clinical Nutrition* 2008;27:5-15.
2. Mossberg T. *Klinisk nutrition och vätskebehandling*. 9:e uppl. Södertälje. 1998.
3. *Mat och hälsa*. Uppsala: Livsmedelsverket, 2007.
4. Johansson U. *Näring och hälsa*. Studentlitteratur, 2007: uppl. 2:1.
5. Hamberger B, Haglund U. *Kirurgi*. Författarna och Liber AB, 2002: 5:e uppl.
6. Socialstyrelsen. *Näringsproblem i vård och omsorg – prevention och behandling*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2005. (SoS-rapport; 2000:11).
7. Thomas D R, Zdrowski C D, Wilson M , Conright K C, Lewis C, Tariq S, Morley J E. Malnutrition in subacute care. *American journal Clinical nutrition*. 2002; 75:308-13.
8. SOSFS 1993:17. Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården. *Svensk författningssamling*. Stockholm. Liber.
9. Moberg Å. *Hon var ingen Florence Nightingale*. Natur och kultur: Stockholm 2007.
10. Henderson V. *Grundprinciper för patientvårdande verksamhet*. Almqvist & Wiksell, Liber: Stockholm.1982.
11. Socialstyrelsen. *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm:Socialstyrelsen,2005.
12. Kirkevold M. *Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering*. Studentlitteratur, 2000: 2:a uppl.
13. Kristoffersen Nina Jahren. *Allmän omvårdnad 1, Profession och ämnesområde-utveckling, värdegrund och kunskap*. Liber AB, 1:a uppl. Stockholm. 1998.
14. Benner P, Tanner C, Chesla C A. *Expertkunnande I omvårdnad*. Studentlitteratur, Lund, 1999.
15. Willman A, Stoltz P. *Evidensbaserad omvårdnad*. Studentlitteratur, Lund 2002.
16. O'Flynn J, Peake H, Hickson M, Foster D, Frost G. The prevalence of malnutrition in hospitals can be reduced. Results from three consecutive cross-sectional studies. *Clinical Nutrition* 2005; 24:1078-1088.
17. Correia T D, Waitzberg D L. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clinical Nutrition*. 2003; 22(3): 235-239.

18. Kowanko I, Simon S, Wood J. Energy and nutrient intake of patients in acute care. *Journal of Clinical Nursing* 2001; 10: 51-57.
19. Kubrak C, Jensen L. Malnutrition in acute care patients: A narrative review. *International Journal of Nursing Studies* 44. 2007 1036-1054.
20. Green S M, Watson R. Nutritional screening and assessment tools for use by nurses: literature review. *Journal of advanced nursing*. 2005;(50): 69-83.
21. Barbosa-Silva M C G, Barros A j D. Bioelectric impedance and individual characteristics as prognostic factors for post-operative complications. *Clinical Nutrition*. 2005;(24): 830-838.
22. Wentzel Persenius M, Hall-Lord M L, Bååth C, Wilde Larsson B. Assessment and documentation of patient's nutritional status: perceptions of registered nurses and their chief nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 2008; 2125-36.
23. Kowanko I, Simon S, Wood J. Nutritional care of the patient: nurse's knowledge and attitudes in an acute care setting. *Journal of clinical nursing*. 1999;(8):217-224.
24. Perry L. Fishing for understanding: nurses knowledge and attitudes in relation to nutritional care. *Int. Nurs. Stud*, Vol, 34. No.6.1997; 395-404.

Bilaga 1

Efter att jag valt ut de artiklar som var relevanta upprättades en överblickbar lista med olika kolumner för författare, syfte, metod, urval och resultat.

Författare, titel,tidskrift, år,land.	Syfte	Metod	Urval	Resultat
Norman,Pichard,Lochs,Pirlich. <i>Prognostic impact of disease-related malnutrition</i> ,Clinical	Att undersöka hur vanlig malnutrition är vid sjukdom	Review för att se på tidigare studier som visar samband mellan sjukdom	Review artikel	20-50% av patienter på sjukhus riskerar bli malnutrierade

Nutrition,2008.Tyskland och Sweitz. Refnr 1.		och malnutrition.		
Thomas,Zdrowski,Wilson, Conright, Lewis, Tariq, Morley.Malnutrition in sub acute care. Am J Clin Nutrition.2002.USA Refnr 7.	Att undersöka prevalensen av malnutrition efter sjukhusvård	Nutritionstatus vid ankomst till eftervård. MNA-skala användes	837 patienter	54 % av patienterna var malnutrierade.
O'Flynn, Peake, Hickson, Foster,Frost. <i>The prevalence of malnutrition in hospitals can be reduced: Results from three conseutive cross-sectional studies.</i> Clinical Nutrition, 2005. England. Refnr17.	Att jämföra resultat från 3 studier under en 5-årsperiod. Efter insättande av nutritionsstrategier.	Cross-sectional studies. Tre studier under en 5-årsperiod, 1998,2000 och 2003.	2283 patienter	Antalet malnutrierade minskade.
Isabel,Correira,Waitzberg. <i>The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis.</i> Clinical Nutrion,2003. Brasilien. Refnr18.	Att jämföra nutritionsstatus på patienter, deras diagnos och risk för komplikationer, längre vårdtid, kostnader och ökad dödlighet.	En retrospektiv studie	709 patienter	En stor risk vid malnutrition att få komplikationer , längre vårdtid,ökade kostnader och ökad dödlighet.
Författare,titel,tidskrift, år,land	Syfte.	Metod	Urval	Resultat
Kowanko,Simon,Wood. <i>Energy and nutrient intake of patients in acute care.</i> Journal of Clinical Nursing,2001.Australien. Refnr 19.	Att undersöka näringsintaget på patienter på ett sjukhus i Australien.	Kostregistrering av patienter på två akutvårdsavdelningar.	585 måltider.	Många av patienterna åt för lite. 1/3 åt mindre än 50% av maten.

Green, Watson, <i>Nutritional screening and assessment tools for use by nurses: literature review</i> , Journal of advanced Nursing, 2005,England. Refnr 20.	Att se antalet publicerade instrument för att upptäcka malnutrition	Litteraturstudie	Sökning i databas, sökord	71 olika instrument identifierades.
Barbosa-Silva, Barros, <i>Bioelectric impedance and individual characteristics as prognostic factors for post-operative complications.</i> Clinical Nutrition.2005, Brasilien. Refnr 21.	Att se på olika nutritionsvariabler och nutritionsparametrar på postoperativa patienter	Nutritionscreening	225 patienter	Det behövs en multivariabel analys för att upptäcka de malnutrierade patienterna i tid.
Wentzel,Hall, Lord,Bååth, Larsson, <i>Assessment and documentation of patient's nutritional status:perceptions of registred nurses and their chief nurses.</i> Journal of Clinical Nursing.2008, Sverige, Refnr 22	Att studera hur sjuksköterskor använder screeninginstrument och dokumentation i relation till nutrition i VIPS i kommunal och länssjukvård	Telefonintervjuer och frågeformulär	15 sjuksköterskor i länssjukvård och 27 sjuksköterskor i kommunal vård	Många malnutrierade patienter blev oidentifierade. Många viktiga nutritionsparametrar blev inte dokumenterade
Författare,titel,tidskrift, år,land	Syfte.	Metod	Urval	Resultat
Kowanko, Simon, Wood, <i>Nutritional care of patient: nurses knowledge and attitudes in an acute care setting</i> , Journal of clinical nursing, 1998,Australien.	Att se på sjuksköterskors attityder och kunskaper kring nutrition och hur de gör de	Semistrukturerade intervjuer.	7 sjuksköterskor	De flesta hade god förståelse för kostens betydelse för hälsan. Medvetenheten om

Refnr 23.	inneliggande patienterna mat.			nutritionens betydelse är inte tillräcklig.
Perry, <i>Fishing for understanding; nurses knowledge and attitudes in relation to nutritional care,</i> International journal of nurses studies,1997,England. Refnr 24.	Att utforska sjuksköterskors attityder, kunskap och vård på sjukhus.	Frågeformulär och observation.	92 sjuksköterskor	Dålig förbindelse mellan kunskap,attityder och beteende hos sjuksköterskorna.