

Nutrition ur ett omvårdnadsperspektiv

Sjuksköterskors kunskaper, förhållningssätt och aktiviteter gällande nutrition

FÖRFATTARE	Helene Nilsson
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 120p/ Omvårdnad – eget arbete
	HT 2006
OMFATTNING	10 p
HANDLEDARE	Anita Andersson
EXAMINATOR	Kaety Plos

Titel (svensk):	Nutrition ur ett omvårdnadsperspektiv
Titel (engelsk):	Nutrition from a nursing perspective
Arbetets art:	Eget arbete, fördjupningsnivå 1
Program/kurs/ Kurskod/kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 120p/Omvårdnad – eget arbete/ VOM 200/SPN6
Arbetets omfattning:	10 poäng
Sidantal:	20 sidor
Handledare:	Anita Andersson
Examinator:	Kaety Plos

SAMMANFATTNING

Forskning visar att malnutrition förekommer på sjukhus och att patienter med låg nutritionsstatus ofta inte uppmärksammas och/eller erbjuds adekvat behandling. Olika yrkeskategorier deltar i nutritionsarbetet, men sjuksköterskan kan med sitt holistiska perspektiv anses ha den bästa positionen för att försäkra patienten en god nutrition. Att ge en ur nutritionssynpunkt god vård kan sägas vara en av de mest grundläggande delarna i god omvårdnad. I Orems generella omvårdnadsteori om egenvårdsbrist formuleras när omvårdnad behövs, liksom hur omvårdnadens form och innehåll ser ut.

Syftet med arbetet var att studera sjuksköterskors arbete med nutrition i samband med omvårdnad av patienter som vårdas på sjukhus. En systematisk artikelgranskning av 11 vetenskapliga artiklar genomfördes. En kombination av ett induktivt och ett deduktivt arbetssätt användes för att koda meningsbärande enheter som sedan kategoriserades och strukturerades utifrån arbetets tre frågeställningar.

Sjuksköterskor hade endast begränsade kunskaper om näringsbehov, medan de hade kunskap om lämpliga kriterier för att bedöma och övervaka nutritionsstatus. Kunskap om adekvata åtgärder när patienten har för litet näringsintag varierade. Sjuksköterskor önskade sig också mera kunskap inom nutritionsområdet. Nutrition sågs generellt som viktigt för patientens behandlingsresultat, men det rådde oklarhet kring ansvarsfördelningen. De flesta sjuksköterskor ansåg ändå att de var ansvariga för att patienternas näringsbehov tillgodosågs. Uppfattningen om vikten av nutritionsbedömning varierade dock, och nutrition sågs inte som ett prioriterat område inom omvårdnaden. Sjuksköterskor utförde bl.a. olika aktiviteter för att hjälpa patienterna under måltiden. De bedömde och övervakade också patientens nutritionsstatus under vårdtiden, liksom utförde åtgärder vid otillräcklig nutrition. Det rådde dock brist på rutiner.

Metoden som användes upplevdes relevant, men materialet som hittades var inte så stort. Vidare forskning behövs. Bristen på tydliga och enhetliga rutiner inom nutritionsbevakningen upplevdes vara stor, och detta påverkar sjuksköterskors möjligheter att bedöma patienternas egenvårdsbrist negativt. Sjuksköterskor antas ha kompetens och förmåga att tillgodose patientens omvårdnadsbehov gällande nutrition, men resultatet indikerade att de hade bristande omvårdnadskapacitet. Nutrition måste få en större plats i sjuksköterskeutbildningen, samt uppmärksammas mer och prioriteras högre i den kliniska verksamheten.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	1
Malnutrition på sjukhus	1
Nutrition som arbetsområde	1
<i>Ansvarsfördelning</i>	<i>1</i>
Sjuksköterskans kompetensområde	2
Nutrition, en del av omvårdnaden	2
<i>Bedömning, utredning och behandling</i>	<i>3</i>
Omvårdnadsteorin om egenvårdsbrist	4
<i>Teorin om egenvård</i>	<i>4</i>
<i>Teorin om egenvårdsbrist</i>	<i>4</i>
<i>Teorin om omvårdnadssystem</i>	<i>5</i>
SYFTE	5
METOD	5
RESULTAT	7
Kunskaper	7
<i>Näringslära</i>	<i>7</i>
<i>Förmåga att bedöma och övervaka nutritionsstatus</i>	<i>7</i>
<i>Kunskap om åtgärder vid för litet näringsintag</i>	<i>8</i>
<i>Genomgången utbildning och önskan om mera kunskap</i>	<i>8</i>
<i>Sammanfattning</i>	<i>9</i>
Förhållningssätt	9
<i>Ansvarfördelning</i>	<i>9</i>
<i>Attityder kring bedömning av nutritionsstatus</i>	<i>10</i>
<i>Prioriteringar</i>	<i>10</i>
<i>Sammanfattning</i>	<i>10</i>
Aktiviteter	11
<i>Aktiviteter under måltiden</i>	<i>11</i>
<i>Aktiviteter under vårdtiden</i>	<i>11</i>
<i>Sammanfattning</i>	<i>12</i>
DISKUSSION	13
Metoddiskussion	13
<i>Artikelsökning</i>	<i>13</i>
<i>Hur resultatet påverkas av inkluderade artiklar</i>	<i>14</i>
<i>Artiklarnas kvalitet</i>	<i>15</i>
Resultatdiskussion	15
<i>Att bedöma patienters egenvårdsbrist</i>	<i>16</i>
<i>Sjuksköterskans omvårdnadskapacitet</i>	<i>16</i>
<i>Utbildning och klinisk verksamhet</i>	<i>17</i>
REFERENSER	19

BILAGA:

Artikelsammanfattning

INTRODUKTION

Under min kliniska utbildning har jag sett att uppmärksamheten på och medvetenheten kring patienternas nutrition varierat mycket. Utifrån detta har mitt intresse väckts för att närmare studera hur sjuksköterskor ser på och arbetar med nutrition i omvårdnaden. Ämnet för den här uppsatsen är därför nutrition ur ett omvårdnadsperspektiv. Fokus ligger på nutrition sett ur ett helhetsperspektiv, medan specifika delar som exempelvis specifika näringsbehov eller typer av näringsintag inte kommer att studeras närmare. Nutrition ses som ett övergripande begrepp som innefattar allt som rör den ineliggande patientens måltids- och näringsituation.

Malnutrition på sjukhus

”Every careful observer of the sick will agree in this that thousands of patients are annually starved in the midst of plenty...”

Florence Nightingale, 1859 (1, s50)

Det finns flera studier som visar att malnutrition förekommer på sjukhus. Detta är ett problem som förekommer i stora delar av västvärlden, inklusive Australien (2-7), och Sverige är inget undantag (8). Många patienter är malnutrierade när de läggs in på sjukhus (2-5,7). I en studie av McWhirter och Pennington (2) var 40% av patienterna som las in undernutrierade (BMI <20), och en något mindre andel var överviktiga (BMI >25). Risken är också stor att patienters nutritionsstatus försämras under vårdtiden (2,3,5,8). McWhirter och Pennington fann att av de patienter som var undernutrierade vid inläggningen hade 75% minskat i vikt under vårdtiden (2).

Forskare anser att patienter som är eller riskerar att bli malnutrierade ofta inte uppmärksammas och/eller erbjuds behandling av sjukvårdspersonalen (2,5,7-10). Till exempel visar flera studier att patienter i behov av kosttillägg inte får detta i tillräcklig utsträckning (2,8,10).

För malnutrierade patienter är risken större att drabbas av komplikationer under vårdtiden än för patienter med god nutrition (4,5,8,11). Exempelvis lider patienter med låg nutritionsstatus av ökad risk för infektioner och långsammare sårhäkning (5,8), liksom ökad risk för trycksår (3,6). Dessa patienter associeras också med längre vårdtider (3,5,6,8,11). Otillräcklig nutrition ger inte bara kännbara konsekvenser för patienten, utan medför också ökade kostnader för hälso- och sjukvården (3,8,11).

Nutrition som arbetsområde

Sjuksköterskor har traditionellt haft en viktig roll när det gäller patientens nutrition (5). Idag samarbetar olika grupper av sjukvårdspersonal kring patientens nutrition. Forskare anser dock att sjuksköterskor även fortsättningsvis bör spela en central roll (3,6).

Ansvarsfördelning

Olika yrkeskategorier deltar i nutritionsarbetet på olika sätt.

Kostchefen är den som ansvarar för matsedel, produktion av maten och att näringsinnehållet motsvarar de nationella kvalitetskraven, samt att avdelningarna får sina beställningar (12,13). Även uppföljning och utvärdering av kvaliteten på den lagade maten är kostchefens ansvar (12).

Läkaren är den som har det medicinskt övergripande ansvaret för patienten, vilket bland annat omfattar ansvar för utredning och ordination av adekvat behandling (12,13).

Sjuksköterskan är ansvarig för patientens omvårdnad. Sjuksköterskan ska bl.a. identifiera patientens problem i samband med näringsintag (12,13), samt bedöma, planera och utvärdera lämpliga omvårdnadsåtgärder (12). Sjuksköterskan ansvarar tillsammans med undersköterskor och annan vårdpersonal för att maten serveras aptitligt, samt att de patienter som behöver hjälp vid måltiden får det (13).

Dietisten ansvarar för individuella nutritionsinsatser i samråd med ansvarig läkare och sjuksköterska. Huvudansvaret för att utforma och följa upp patientens nutritionsbehandling ligger hos dietisten (12,13).

Läkare, sjuksköterska och dietist har tillsammans ansvaret för bedömning av patientens nutritionstillstånd (13), och bör för bästa resultat samarbeta vid behandling, uppföljning och utvärdering (12). De har också gemensamt ansvar för dokumentation av uppgifter rörande patientens nutrition, samt vidarebefordran av dessa till annan vårdgivare inom exempelvis den kommunala omsorgen (13).

Nutritionsteam bestående av läkare, sjuksköterska, dietist och andra relevanta yrkesgrupper har visat sig kunna ha betydelse för förbättring av nutritionsvården (5,12,13). Flera sjukhus har också nutritionsråd, som vanligen är tvärprofessionella. Uppgiften är att stimulera utvecklingen av nutritionsbehandling, liksom lämpliga rutiner och utbildning (12).

Sjuksköterskans kompetensområde

Sjuksköterskor kan med sitt holistiska perspektiv anses ha den bästa positionen för att försäkra patienten en god nutrition (5). I Socialstyrelsens Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (14) står att sjuksköterskans tre huvudsakliga arbetsområden är omvårdnadens teori och praktik, forskning, utveckling och utbildning, samt ledarskap. En helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt ska genomsyra allt arbete. Kompetensbeskrivningen består av 11 kompetensområden, som tillsammans innehåller 64 konkreta delkompetenser, och de allra flesta går att applicera på nutritionsvården. En sjuksköterska ska bl.a. kunna tillgodose patientens basala och specifika omvårdnadsbehov, tillämpa omvårdnadsprocessen och *”observera, värdera, prioritera, dokumentera och vid behov åtgärda och hantera förändringar i patientens fysiska och psykiska tillstånd”* (14, s11). Andra delar av sjuksköterskans arbetsområde är att på olika sätt kommunicera med patienterna, samt genomföra ordinationer, undersökningar och behandlingar. Att kunna leda och prioritera omvårdnadsarbetet utifrån patientens behov och medarbetarnas olika kompetens ingår också i sjuksköterskans arbete. Det gör även förmågan att kritiskt kunna reflektera över rutiner och metoder, samt att *”söka, analysera och kritiskt granska relevant litteratur och information, implementera ny kunskap och därmed verka för en omvårdnad i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet”* (14, s13).

Nutrition, en del av omvårdnaden

Att ge en ur nutritionssynpunkt god vård kan sägas vara en av de mest grundläggande delarna i en god omvårdnad. Omvårdnad syftar till att ge förutsättningar för eller hjälpa patienten att klara sina dagliga aktiviteter, samt att tillfredsställa grundläggande behov. Att äta och dricka adekvat mängd för att bibehålla eller förbättra näringstillståndet är ett av människans mest basala behov (13). Psykologen Abraham Maslow (15) har

formulerat en teori som innehåller en behovshierarki där behovet av näring tas upp som ett av våra mest grundläggande behov. Även i Dorothea Orems omvårdnadsteori kring egenvård nämns upprätthållande av adekvat näringsintag som ett av de åtta universella egenvårdsbehov som behöver tillgodoses för att en människa ska kunna fungera och utvecklas (16).

Adekvat nutrition krävs för att kunna återfå hälsa (5,12,13). Människor i behov av vård och omsorg har rätt att få en för dem lämplig näringstillförsel, som tillgodoser deras behov av energi och näringsämnen (12,13). Kosten är vid all vård en del av patienters behandling och omvårdnad (12). Precis som för annan behandling ställs krav på utredning, diagnostisering, planering, uppföljning och dokumentation (12,13). Omvårdnaden innefattar bl.a. bedömning av de problem som påverkar patientens näringsintag och välbefinnande i samband med måltiden. Utifrån detta planeras sedan relevanta omvårdnadsåtgärder, som exempelvis hjälp med att få och äta god mat anpassad till patientens behov (13). Eftersom det inte är ovanligt med dålig aptit vid sjukdom är det viktigt att maten serveras trevligt och aptitligt, samt att måltidsmiljön anpassas på lämpligt sätt (12). Måltiden är inte bara viktig ur ett fysiologiskt, utan också ur ett psykologiskt, socialt och kulturellt perspektiv (13).

Bedömning, utredning och behandling

En allmän bedömning av alla patientens näringstillstånd bör ske inom sjukvården. Detta sker utifrån värdering av patientens vikt i förhållande till längd, t.ex. med hjälp av body mass index ($BMI = \text{vikt}(\text{kg}) / \text{längd}(\text{m})^2$), samt eventuell förekomst av viktninskning och problem som påverkar patientens förmåga att äta. Kostintaget bedöms via olika metoder, t.ex. kostanamnes och mat- och vätskeregistrering (12,13). Andra metoder som kan inkluderas vid bedömning av näringstillståndet är värderingar av kroppssammansättning, t.ex. kroppsfett och muskelmassa, biokemiska analyser och förändringar av fysiologiska funktioner. Det finns också subjektiva metoder som tar hänsyn till flera olika faktorer och som är anpassade till det kliniska arbetet, t.ex. Subjektive Global Assessment (SGA) och Mini Nutritional Assessment (MNA) (13). Bedömning av patientens näringstillstånd och -intag syftar till att upptäcka patienter som riskerar att bli eller redan är malnutrierade. En grundligare utredning bör då göras (12,13). Det finns dock ingen konsensus rörande vilka kriterier som gäller för diagnostisering av malnutrition (13). Nutritionsutredning bör omfatta bedömning av måltidsordning, nedsatt aptit, tugg- eller sväljsvårigheter, mag- eller tarmbesvär, funktionella handikapp, sjukdomar, läkemedel och operation/medicinsk behandling (12,13). Energibehovet måste också skattas för att ge en uppfattning om hur mycket patienten bör äta. Ett ungefärligt värde kan beräknas utifrån kännedom om patientens vikt, medicinska tillstånd och fysiska aktivitet. Visar det sig att energi- och näringsintaget är för litet i förhållande till behovet bör lämpliga behandlingsåtgärder övervägas (12).

Nutritionsbehandling utformas utifrån patientens individuella behov av energi och andra näringsämnen, typ av näringstillförsel, matkonsistens och måltidsordning. Exempel på nutritionsbehandling är att ge patienten energi- och proteinrik kost (E-kost), ge flytande eller lättuggad kost, öka antalet mellanmål och ge olika typer av kosttillskott exempelvis näringsdryck. Eventuellt behövs konstgjord näringstillförsel (artificiell nutrition) i form av (artificiell) enteral eller parenteral nutrition (12,13).

Det är viktigt att uppföljning av kroppsvikt och matintag sker under hela vårdtiden. Patienten bör vägas vid in- och utskrivning, och minst en gång i veckan vid långa vårdtider. Fortlöpande dokumentation av behandling och dess effekter hör också till nutritionsarbetet (12,13).

Omvårdnadsteorin om egenvårdsbrist

Dorothea Orem (16) har formulerat en teori som beskriver vad omvårdnad är och vad omvårdnad ska vara när den ges i konkreta omvårdnadssituationer. Teorin bygger på begreppen egenvård (self-care), egenvårdsbehov (self-care requisits), terapeutiskt egenvårdskrav (therapeutic self-care demand), egenvårdskapacitet (self-care agency), egenvårdsbrist (self-care deficit) och omvårdnadskapacitet (nursing agency). Förfining och utveckling har skett i tre delteorier som tillsammans uttrycker den generella omvårdnadsteorin om egenvårdsbrist.

Teorin om egenvård

Egenvård är den personliga vård som individer varje dag behöver utföra för att reglera sin funktion och utveckling. Det innebär att efter övervägande utföra handlingar som syftar till att förse och upprätthålla en tillgång på ämnen och förhållanden som är nödvändiga för att upprätthålla liv, hälsa och välbefinnande. Specifika behov som är nödvändiga för reglering av mänsklig funktion och utveckling kallas egenvårdsbehov. Det finns tre typer av egenvårdsbehov, däribland de universella. Upprätthållande av adekvat intag av luft, vatten och näring hör till dessa, liksom att motverka faror som hotar liv, funktion och välbefinnande, och att främja normalitet. Egenvårdsbehoven påverkas av olika faktorer t.ex. ålder, hälsa, miljö och medicinska faktorer. Egenvård kräver också att individen har eller utvecklar förmågan att bedöma vad som kan och ska göras, att bestämma vad som ska göras och att kunna genomföra handlingarna. För att kunna upprätthålla ett adekvat näringsintag, och därmed upprätthålla hälsa och välbefinnande, behöver individen inta den mängd näring som behövs för normal funktion. Mängden näring måste anpassas till aktuellt behov och tillgången på näring. Individen måste också bevara de fysiska förutsättningar som krävs för att kunna göra detta. Att uppskatta det njutningsfulla i att äta, utan överdrifter, är en annan handling som ingår.

Teorin om egenvårdsbrist

Utifrån teorin om egenvård utvecklas varför personer behöver omvårdnad. Personer behöver omvårdnad när de p.g.a. hälsorelaterade problem helt eller till viss del inte är medvetna om sina egenvårdsbehov, och inte kan genomföra kontinuerliga vårdhandlingar för att kontrollera eller hantera faktorer som reglerar deras funktion och utveckling. Ett annat sätt att beskriva det är när deras egenvårdskapacitet är, eller kan förutses bli, mindre än förmågan att möta det terapeutiska egenvårdskravet, d.v.s. när det råder en egenvårdsbrist. Egenvårdskapacitet betecknar individens styrka och förmåga att engagera sig i sin egenvård. Den sekvens av vårdhandlingar som är nödvändig för att möta personens egenvårdsbehov vid en viss tidpunkt kallas terapeutiskt egenvårdskrav.

Faktorer som påverkar individens terapeutiska egenvårdskrav och egenvårdskapacitet är ålder, kön, utvecklingsnivå, hälsotillstånd, livserfarenhet, faktorer i hälso- och sjukvårdssystemet, sociokulturella faktorer, tillgången på resurser och externa miljöfaktorer som fysiska och biologiska faktorer i personens miljö. Egenvårdsbristen

kan vara permanent eller övergående, och kan totalt eller delvis elimineras eller övervinnas när personen har nödvändig förmåga, benägenhet och vilja.

Teorin om omvårdnadssystem

Teorin om omvårdnadssystem bygger på de föregående teorierna och etablerar struktur och innehåll för utövandet av omvårdnad. Sjuksköterskans styrka och förmåga att ge omvårdnad betecknas omvårdnadskapacitet. Genom att utöva sin omvårdnadskapacitet formar sjuksköterskan omvårdnadssystem, om så är möjligt tillsammans med patienten. Dessa system syftar till att möta personens egenvårdbehov och reglera utövningen eller utvecklingen av dennes egenvårdskapacitet. För att uppnå detta använder sjuksköterskan adekvata hjälpmetoder för att kompensera för eller övervinna hälsorelaterade begränsningar i personens egenvårdskapacitet när det gäller att möta dennes terapeutiska egenvårdskrav.

De finns fem generella hjälpmetoder som sjuksköterskan kan använda. Dessa är: att agera eller göra något för en annan person, att handleda, att tillhandahålla fysiskt eller psykiskt stöd, att tillhandahålla och upprätthålla en miljö som främjar personlig utveckling, samt att undervisa. Sjuksköterskan väljer och kombinerar metoderna utifrån insikter, bedömningar, och beslut om vad personen kan eller inte kan göra effektivt, och på vad som kan och ska göras för att främja dennes liv, hälsa och välbefinnande.

Vad gäller nutrition kan sjuksköterskan med användandet av de fem hjälpmetoderna se till att de brister som uppstått i patientens egenvårdskapacitet p.g.a. försämrad hälsa övervinns, eller kompenseras för, så att behovet av adekvat näringsintag och hela det terapeutiska egenvårdskravet tillgodoses. Exempelvis kan sjuksköterskan på olika sätt hjälpa en patient som har svårt att själv äta, eller ordna så att patienter får äta i en miljö som gör det möjligt för dem att uppskatta och njuta av måltiden m.m.

SYFTE

Syftet med arbetet är att studera sjuksköterskors arbete med nutrition i samband med omvårdnad av patienter som vårdas på sjukhus.

Tre frågeställningar används för att precisera syftet. Dessa är:

- Vilka kunskaper har sjuksköterskor vad gäller nutrition, och finns behov av mera kunskaper inom området?
- Vilka attityder och förhållningssätt har sjuksköterskor till nutritionsarbetet?
- Vilka aktiviteter utförs inom ramen för nutritionsarbetet?

METOD

Artiklar söktes i omvårdnadsvetenskapliga databasen CINAHL med begränsningarna "research", "peer-reviewed" och publiceringsår 1996-2006. Olika kombinationer av sökord användes för att avgränsa sökträffarna, som sedan studerades närmare. Alla titlar gick igenom och om de verkade relevanta med avseende på föreliggande arbetes syfte studerades sammanfattningen för att se om artikeln var lämplig att inkludera i arbetet. Artiklar rörande äldreboenden, intensivvård och andra specialiteter, samt artiklar som behandlar nutrition utifrån olika samhällsaspekter eller utifrån ett studentperspektiv etc. exkluderades med avseende på arbetets syfte. Artiklar på andra språk än engelska, svenska och norska har exkluderats p.g.a. begränsade språkkunskaper. Artikelsökning

skedde också i andra databaser som PubMed och Cochrane men inga artiklar inkluderades från dessa sökningar. Manuell sökning skedde också i valda artiklars referenslistor, liksom även bland citeringar av utvalda artiklar. Även här inkluderades de artiklar som ansågs relevanta utifrån arbetets syfte. Många av de valda artiklarna förekom i mer än en sökning, referenslista och/eller citeringslista.

För en mer detaljerad sammanställning av artikelsökningen och vilka artiklar som inkluderats se Tabell 1. Sökningar som inte tillförde några nya artiklar som ansågs relevanta för att belysa syftet redovisas ej. För sammanfattning av inkluderade artiklar se Bilaga.

Tabell 1. Sammanställning av artikelsökning.

Datum	Sökord	Sökordsplacering	Antal sökträffar	Valda artiklar (referensnr i arbetet)
21/9	nutrition* och nurs*	Descriptors (subject headings) (DE)	457	Sökning preciserades
21/9	nutrition*, nurs* och knowledge	DE	44	17, 18, 19, 21, 23
21/9	nutrition* och nursing	DE	370	Sökning preciserades
21/9	Nutrition* och nursing, ej "nursing home"	DE	258	24, 26, 27
25/9	nutrition och nursing care, ej nursing home, intensive care, infant, student	Anywhere	179	20
	Utifrån referenslista i artikel nr 20			22
	Utifrån citering av artikel nr 24			25

De 11 artiklar som inkluderats i arbetet har lästs i sin helhet och sammanfattats. Därefter söktes svar på arbetets syfte och frågeställningar och en kombination av induktivt och deduktivt tillvägagångssätt användes för bearbetning av materialet. Enligt induktiv metod analyserades de delar av artiklarnas resultat och diskussion som ansågs adekvata för arbetet närmare, och meningsbärande enheter togs ut och kodades. De kodade enheterna strukturerades sedan i olika kategorier. En deduktiv strukturering genomfördes sedan där kategorierna sorterades utifrån arbetets tre frågeställningar. Viss omfördelning av de kodade enheterna skedde mellan de tre huvudkategorierna. Slutligen sammanställdes och sammanfattades varje huvudkategori.

RESULTAT

Arbetets resultat redovisas under rubrikerna Kunskaper, Förhållningssätt och Aktiviteter, vilka representerar de tre frågeställningarna. Vad gäller sjuksköterskors nutritionskunskaper är det främst kunskaper rörande näringslära, bedömning av nutritionsstatus och lämpliga åtgärder då patienter inte får tillräckligt med näring som uppmärksammas. Även sjuksköterskors utbildning och önskan om ytterligare kunskap tas upp. Sjuksköterskors förhållningssätt speglas i deras uppfattning om ansvarsfördelning, samt deras attityder gentemot nutritionsbedömning och i hur nutritionsarbetet prioriteras. Det praktiska arbetet består dels av handlingar som rör patientens måltid och dels av aktiviteter som syftar till att försäkra att patientens nutrition tillgodoses under hela vårdtiden på sjukhuset.

Kunskaper

Nutrition är ett stort och omfattande område inom sjuksköterskans arbetsfält (13). Detta medför att sjuksköterskor har ett brett behov av kunskap för att kunna ge patienter en god omvårdnad ur nutritionssynpunkt. Vilka kunskaper har sjuksköterskor vad gäller nutrition, och finns behov av mera kunskaper inom området?

Näringslära

Enligt en kvalitativ australiensisk studie beskrev sjuksköterskor god nutrition som tillräckligt näringsintag för att motsvara kroppens behov. De flesta sjuksköterskorna kunde föreslå en lämplig meny för en normal vuxen person vid god hälsa. Däremot visade de intervjuade endast elementära kunskaper om specifika näringsbehov för att upprätthålla hälsa. De var också osäkra på relationen mellan livsmedel och näringsämnen, och vilken fysiologisk roll dessa har (17). En annan studie som studerat australiensiska sjuksköterskors näringskunskaper med en kvantitativ metod kom fram till att de endast hade låga till måttliga näringskunskaper. Äldre sjuksköterskor hade signifikant bättre kunskaper än yngre, liksom de med längre erfarenhet jämfört med dem som hade kortare erfarenhet (18).

Förmåga att bedöma och övervaka nutritionsstatus

I en brittisk studie efterfrågades vilka kriterier sjuksköterskor skulle använda för att bedöma patientens nutritionsstatus. De mest frekventa svaren var normalt kostintag/aptit 48%, vikt och längd 37%, utseende 31% och vikt 26%, vilka alla är adekvata kriterier. Däremot angav endast 4% nyligen inträffad viktförändring och 3% förmåga att äta. För att uppskatta om det råder ett lämpligt förhållande mellan längd och vikt kan BMI-värde användas. Nästan inga sjuksköterskor i studien kunde dock ange intervallet för normala BMI-värden. Av totalt 92 sjuksköterskor svarade 6 rätt, men 4 av dem sa att de slagit upp svaret. Det var 7 som svarade fel, och 57 erkände att de inte visste. De resterande 22 svarade inte alls. Det nämndes också flera bedömningskriterier som är tecken som lätt kan misstolkas t.ex. medicinsk diagnos, liksom instrument som inte är relevanta. Dessutom var det 15% av deltagarna som inte angav något kriterium alls (19). I en annan studie beskrev sjuksköterskor att ett tårt intryck, brist på energi, låga albuminnivåer, kemisk obalans och dålig sårhäkning var tecken och symtom på malnutrition. Vid bedömning av malnutrition fokuserade de flesta på tydliga symtom som viktminskning, passivitet/dåsig het och hudens och hårets kondition. Vissa uppgav att de efterfrågar tidigare matvanor, och om matvanor och aptit förändrats. Alla var medvetna om att oönskad viktminskning som inträffat nyligen är en riskfaktor (17).

För att fortlöpande kunna övervaka och följa patienternas nutritionsstatus angav sjuksköterskor att de använder sig av kontinuerliga viktkontroller, samt olika typer av övervakning av patientens kostintag (19,20). Även bedömning och beräkning av patientens energibehov togs upp (20). Enligt en svensk studie ansåg 23% av sjuksköterskorna att det var lätt att bedöma patienternas energibehov. Däremot uppgav endast 20% att de kunde räkna ut energibehov (21). I en annan studie framkom det att inte ens hälften av sjuksköterskorna kunde ge rimliga svar på frågor om medicinska och kirurgiska patienters energibehov, trots vida gränser för ett acceptabelt svar. Frågorna fick vitt spridda svar och många erkände att de gissat. Ungefär en tredjedel angav svarsalternativet ”vet ej” (19).

Kunskap om åtgärder vid för litet näringsintag

Vad gäller sjuksköterskors kunskaper om lämpliga åtgärder när patientens näringsintag är för litet skiljer sig uppgifterna till viss del åt. I en kvalitativ studie nämnde sjuksköterskor många användbara strategier såsom att uppmuntra patienten att äta, ordna en trevlig måltidsmiljö, erbjuda kosttillskott, ge patienten många små måltider och ordna med dietistkontakt. En annan strategi var att bedöma och utreda varför patienten inte åt. Om patienterna inte tyckte om maten kunde alternativ erbjudas eller någon närstående tillfrågas om att ta med mat som patienten önskade. Att undersöka och hantera fysiska anledningar såsom illamående eller dysfagi nämndes också (17). Liknande åtgärder nämndes i en kvantitativ studie. Där uppgav 93% av sjuksköterskorna dietistinvolvering, 32% medicinsk hänvisning, och 24% skulle diskutera problemet med patienten. Andra förslag var att ge kosttillskott (28%), att fortsätta övervaka patienten (14%), och att utreda anledningen (14%). Av sjuksköterskorna var det dock 30% som uppgav konsultation med dietist som enda åtgärd, utan att ha något annat förslag (19). I en svensk studie var det endast 2 av 86 sjuksköterskor (dvs drygt 2%) som kunde svara korrekt på vilka vårdhandlingar som ska vidtas när patienter har ett för litet energiintag (21). I en annan svensk studie togs fortsatt övervakning och dietistkonsultation upp, liksom enterala och parenterala stödåtgärder (20). Dock ansåg 55% att enteral infusion var sista alternativet om patienten inte får tillräckligt med energi (21). Sondmatning upplevdes som tekniskt svårt och många kände sig osäkra på hantering av utrustning. Både artificiell enteral och parenteral nutrition associerades med påtagliga komplikationsrisker (21,22).

Genomgången utbildning och önskan om mera kunskap

Av 92 brittiska sjuksköterskor kom 49 (53%) ihåg att de fått undervisning om nutrition, men fyra sa att detta skedde innan sjuksköterskeutbildningen och nio sa att det var en enda föreläsning (19). I en australiensisk studie indikerade 80% av sjuksköterskorna att deras nutritionsutbildning varit integrerad i deras grundutbildning, och endast 7% sade att nutrition var en separat del i utbildningen. Bara 14% sade att de varit med i fortbildningsprogram där nutrition ingått under de senaste två åren (18). Sjuksköterskor i en annan australiensisk studie ansåg att de fått lite formell utbildning inom nutrition och flera kände att de inte hade tillräckliga kunskaper för att ordentligt kunna bedöma patientens nutritionsstatus. Sjuksköterskorna välkomnade fortbildning inom nutritionsområdet. De önskade sig bl.a. praktisk information om lämpliga åtgärder när patienter äter för lite och om kost för patienter med speciella tillstånd (17). I en svensk undersökning önskade majoriteten fortbildning inom nutrition. Även här var det främst kunskap om nutritionella stödåtgärder som önskades, liksom även om undernäringens konsekvenser för hälsan (20). Nästan samtliga sjuksköterskor (94%) önskade sig mer kunskap inom nutrition enligt en norsk undersökning. Sjuksköterskornas önsknings

fördelade sig enligt följande: mer kunskap om näringsbehov (73%), sjuksköterskehandlingar när patienten äter för lite (drygt 60%), observation av näringstillståndet, matens näringsinnehåll och konsekvenser av för litet intag ca 40% vardera. Det var dock bara 27% av sjuksköterskorna i studien som ansåg att deras kunskapsnivå vad gäller äldre patienters näringsbehov inte var tillräcklig, samt 29% som angav att de inte höll sig ajour med ny kunskap (23).

Sammanfattning

Sjuksköterskor har funnits ha endast grundläggande kunskaper om näringslära och specifika näringsbehov för att upprätthålla hälsa. Däremot kan sjuksköterskor generellt sägas ha kunskap om lämpliga kriterier för bedömning av nutritionsstatus, såsom exempelvis kostintag/aptit, vikt och längd samt fysiskt utseende. För att övervaka nutritionsstatus uppgav sjuksköterskor adekvata metoder som kontinuerliga viktkontroller, kostintagsövervakning och/eller bedömning av energibehov. Sjuksköterskor verkar dock ha begränsade kunskaper vad gäller bedömning och beräkning av patienters energibehov. Kunskapen om lämpliga åtgärder när patienter har för litet näringsintag varierade. Sjuksköterskor kunde nämna adekvata åtgärder som enterala stödåtgärder, dietistkontakt, utredning av bakomliggande orsaker och fortsatt övervakning mm. Det fanns samtidigt indikationer på att sjuksköterskor har begränsade kunskaper inom området. Exempel på detta är att många uppgav dietistkontakt som enda åtgärd, eller att sjuksköterskor kände sig osäkra på att ta till artificiell enteral nutrition. Tydligast visades bristen på kunskap i en svensk studie där bara ca 2% kunde uppge korrekta vårdhandlingar. Vad gäller sjuksköterskors utbildning inom nutritionsområdet uppgav sjuksköterskor i flera studier att de fått mycket lite undervisning. De önskade sig mera kunskaper inom området, t.ex. om olika patienters näringsbehov, nutritionella stödåtgärder och konsekvenser av för litet näringsintag.

Förhållningssätt

För att kunna utföra ett gott arbete rörande patientens nutrition krävs att området uppmärksammas och upplevs som en viktig del av omvårdnaden (5). Detta är något som i hög grad styrs av sjuksköterskors attityder och förhållningssätt gentemot nutrition. Vilka attityder och förhållningssätt har sjuksköterskor till nutritionsarbetet?

Generellt sågs nutritionen som viktig för patientens totala behandlingsresultat (21,23). Effekten av god nutrition ansågs vara väl dokumenterad vad gäller minskat antal infektioner och post-operativa komplikationer, tidig mobilisering, kortare vårdtid och lägre mortalitet (22).

Ansvarfördelning

Vem anses då ha ansvar för patientens nutrition? Denna fråga har inget klart och tydligt svar. I en dansk studie ansåg drygt 80% av sjuksköterskorna att de är ansvariga för att patienten får optimal nutrition och att sjuksköterskor fokuserar mest på patientens näringsintag (22). I en norsk studie svarade 62% av sjuksköterskorna att de i mycket stor eller stor grad tar ansvar för att patienterna får sitt näringsbehov tillgodosett. Resten svarade till viss grad (23). Bland australiensiska sjuksköterskor upplevdes att de överlämnat mycket av vårdansvaret till den cateringpersonal som serverar maten till patienterna. Trots det ansåg de flesta sjuksköterskor att de har det yttersta ansvaret för att patienten får tillräckligt med näring (17). Vad gäller vem som har huvudansvaret för bedömning av patientens nutritionsstatus ansåg mer än 70% att det är sjuksköterskorna enligt tre nordiska studier (20,22,23). Kostregistering sågs av de flesta som deras ansvar

(22,23). Att assistera patienter som har problem att äta sågs också som en viktig sjuksköterskeuppgift (17). Drygt hälften av sjuksköterskorna såg det även som deras ansvar att servera patienterna mat, att det serveras lämplig mängd och typ av mat, samt att maten serveras varm och ser inbjudande ut (23).

Attityder kring bedömning av nutritionsstatus

Enligt en dansk studie ansåg ca 75% av sjukvårdspersonalen, inklusive intensivvårdspersonalen, att nutritionsbedömning ska ske vid inläggning på sjukhus och också under sjukhusvistelsen (22). Detta står i kontrast till brittiska forskningsresultat som visar att endast 22% av sjuksköterskorna tyckte det var viktigt att bedöma alla patienters nutritionsstatus vid inläggning, medan 71% inte ansåg detta. De med längre erfarenhet (>10år) ansåg i högre grad att detta var viktigt än de med kortare erfarenhet. Vad gäller vägning höll 77% med om att alla patienter ska vägas vid inläggning, medan 16% inte höll med och 1% var osäkra. Anledningar som nämndes var bl.a. behovet av patientens vikt för att kunna dosera läkemedel och att det är viktigt för att kunna följa viktutvecklingen för patienter med hjärtsvikt. Av de patienter som vägdes flera gånger uppgavs endast en tredjedel vara av nutritionsrelaterade skäl (19). Även i en svensk studie visade det sig att patienter med diagnosen hjärtsvikt vägdes mest frekvent (20). Att fler ansåg att det var viktigt att väga patienter än det var som tyckte det var viktigt att bedöma nutritionsstatus, liksom att hjärtsviktpatienter vägdes oftare än andra visar att vikt inte alltid togs för att bedöma och övervaka patientens nutritionsstatus (19,20).

Stereotypa fraser som ”äter och dricker bra” eller ”bristande aptit” förekom ofta i patienters journaler. Denna dokumentation förklarades som ett sätt att kommunicera patientens kliniska status till de sjuksköterskor som arbetar nästa skift och var inte tänkt att analyseras för att bedöma och följa patientens nutritionssituation (24).

Prioriteringar

Sjuksköterskor uttryckte att arbetsbördan påverkade hur mycket hjälp patienterna fick vid måltiden. De upplevde att det fanns för lite personal att tillgå under patienternas måltider, bl.a. p.g.a. att personalens matrast sammanföll med patienternas måltider (17,24,25). Många patienter fick sina måltider avbrutna av icke måltidsrelaterade aktiviteter, i första hand av läkarbesök och sjuksköterskors medicinutdelning (24-26). Sjuksköterskor uttryckte oro för att patienternas måltider avbröts. Samtidigt kunde medicinutdelning erbjuda tillfälle till verbal uppmuntran vid måltiden. Det nämndes också att det var den aktivitet som tog sjuksköterskorna till patienten, något som gav dem möjlighet att observera patienten under måltiden (24). Att andra uppgifter som mediciner och dokumentation, upptog sjuksköterskornas tid vid patienternas måltider tyder på att nutrition inte sågs som ett prioriterat område (17,21,25). Stora krav p.g.a. högt inläggningstryck och korta vårdtider medförde också att nutritionsarbetet nedprioriterades (23,24). I en dansk studie ansåg de flesta att nutrition var ett lågprioriterat område inom deras verksamhet (22).

Sammanfattning

Nutrition ansågs generellt vara viktigt för patientens totala behandlingsresultat. Det råder dock oklarheter kring ansvarsfördelningen inom nutritionsområdet. De flesta sjuksköterskor såg det ändå som sitt ansvar att patientens nutritionsbehov tillgodoses. Det råder delade meningar om hur viktigt det är att genomföra en bedömning av patienters nutritionsstatus vid inläggning. Det framkom också att vägning av patienter, liksom nutritionsdokumentation inte alltid syftar till att bedöma och följa patienter med

avseende på nutrition. Att nutrition inte sågs som ett prioriterat område framgår bl.a. av att patienternas måltider ofta avbröts, och av att sjuksköterskor utförde andra uppgifter som medicindelning och dokumentation under patienternas måltid. Dagens höga tempo inom sjukvården medför en hög arbetsbörda för sjuksköterskor, och detta bidrog till att nutritionsarbetet nedprioriterades.

Aktiviteter

Omvårdnad av patienter inom nutritionsområdet innefattar en mängd olika arbetsuppgifter. Olika kategorier av vårdpersonal deltar i detta arbete, men det är sjuksköterskan som har det yttersta ansvaret för patientens omvårdnad (12,13). Vilka aktiviteter utförs inom ramen för nutritionsarbetet?

Aktiviteter under måltiden

Sjuksköterskor deltog i serveringen av mat till patienterna (27). På vissa sjukhus, framför allt utomlands, var det dock främst köks- eller cateringpersonal som serverade och dukade ut maten (24,25).

Att hjälpa patienterna med maten var en annan uppgift som sjuksköterskor deltog i. Sjuksköterskor hjälpte bl.a. patienterna att ändra position eller justera sängbord så att patienterna kunde komma åt sin mat (25). Mat serverades på vissa ställen i engångsförpackningar som kunde vara svåra för patienterna att öppna och äta ur. Patienter behövde också hjälp med att dela sin mat och vissa behövde matas. Sjuksköterskor assisterade patienter i sådana situationer, men tyvärr inte alltid i tillräcklig utsträckning (17,24-26). Verbalt stöd var också något som många sjuksköterskor gav under måltiden, t.ex. genom att uppmuntra patienten att äta (24,25).

Måltidsobservation var en annan viktig aktivitet som sjuksköterskor utförde under patientens måltid. En australiensisk studie med icke-deltagande observation visade att sjuksköterskor kontrollerade att måltiden fortskred för 96% av patienterna. Av de patienter som lämnade mat var det dock endast hälften som uppmärksammades av sjuksköterskorna. För över hälften av patienterna skedde registrering av måltid men de flesta av dessa gällde bara för vätskeintag (25). I en annan studie observerades inga registreringar alls av kostintag, inte ens för de patienter som hade dokumenterade nutritionsproblem (24). I en norsk studie uppgav 60% att de hade rutiner för att observera vad patienterna åt, medan 32% svarade att det fanns till viss del (23). System för att dokumentera kostintag uppgavs användas av drygt en tredjedel i en brittisk undersökning (27). Ungefär lika många sjuksköterskor i en svensk studie uppgav att de gjorde kostregistreringar respektive dokumenterade kostintag i patientens journal (21). I en danske studie uppgav 66% att kostregistrering sker för vissa patienter, men endast 4% sa att det sker för alla (22). Energiintag per dygn registrerades i en annan studie för patienter med dålig aptit, tugg- eller sväljproblem samt när patienten åt mat med avvikande konsistens på 15 avdelningar av totalt 22, d.v.s. 68,2%. Registrering av vätska och mat samt kaloriberäkning utfördes för patienter som på olika sätt var i riskzonen för malnutrition och när speciell kost var ordinerad (20).

Aktiviteter under vårdtiden

Frågor om nutrition, t.ex. rörande speciell kost och aptit, ingick vanligen i sjuksköterskors ankomstsamtal med patienten (20,23).

I två studier uppgav ungefär två tredjedelar att vägning av patienter skedde rutinmässigt vid inläggning (20,27). I andra studier framkom att det inte skedde så ofta rutinmässigt men att vissa patienter vägdes (19,22-24). Vid misstanke om undernäring svarade t.ex. 94% att man registrerade vikt (23). Samtidigt fanns det exempel på avdelningar där inga patienter vägdes, helt enkel därför att det inte fanns någon våg (26). Längden dokumenterades generellt något mera sällan än vikten (19,20). Vid en dokumentationsundersökning visade det sig att vikt och längd ofta var uppskattningar och inte uppmätta värden (19). Vad gäller upprepade viktkontroller uppgav ungefär hälften att patientens vikt följdes regelbundet under vårdtiden (20,27). I en brittisk studie sade 83% av sjuksköterskorna att de vägde patienter mer än i gång. Vid genomgång av journaler visade sig dock bara 6% ha flera vikter eller viktförändring dokumenterade (19). Anledningar till att följa vikten var både medicinska och med avseende på patientens nutrition (19,20). I en svensk studie framkom att det inte fanns några fastställda rutiner för viktkontroller utan att individuella bedömningar gjordes (20).

Bedömning och övervakning av nutritionsstatus var något som sjuksköterskor arbetade med. Enligt forskning förelåg det dock brist på lämpliga metoder för denna bedömning bland sjuksköterskor (19,26). Nästan alla sjuksköterskorna i en brittisk undersökning uppgav att de, åtminstone ibland, gjorde bedömningar av patienters nutritionsstatus. Drygt en tredjedel av sjuksköterskorna sade att de övervakade de allra flesta patienters nutritionsstatus, och 58% sade att de övervakade några patienter (19). Viktkontroll och kostregistrering (se ovan), samt bedömning och uträkning av energibehov var delar som ingick i sjuksköterskans bedömningsarbete. Sjuksköterskor var den yrkeskategori som gjorde bedömningar av patienters energibehov enligt 72,7% av respondenterna i en svensk undersökning (20).

Olika enterala stödåtgärder är exempel på de åtgärder som utfördes när patienter hade ett för litet näringsintag. Vanligast var att ge patienter fabrikstillverkade kosttillskott, och därefter energi- och proteinberikning av kosten (20). Både en svensk och en brittisk undersökning visade dock att patienter som hade behov av kosttillskott inte alltid fick detta (21,26). En annan åtgärd som utfördes var att konsultera eller hänvisa till dietist (20,26). Enligt en studie hänvisades ca 10-20% av alla patienter till dietist (24).

Vid utskrivning rapporterades i de allra flesta fall om nutritionsstatus och behandling. När status och åtgärder rapporterades angav 86,4% av avdelningarna i en svensk studie att de skrev omvårdnadsepikris. Uppgifter som rapporterades var exempelvis viktförändring, nutritionsstatus, kost, kosttillskott, måltidsvanor och hjälpmedel (20).

Dokumentation gällande patientens nutrition var något som sjuksköterskor arbetade mycket med. En svensk undersökning visade att gemensamma rutiner för denna dokumentation fanns och de allra flesta uppgav att de använde VIPS-modellen (20).

Sammanfattning

Sjuksköterskor deltog i servering av mat till patienterna. Sjuksköterskor hjälpte patienter på olika sätt så de kunde inta sin måltid och gav dem även verbalt stöd. Måltidsobservation och registrering av kostintag utfördes, men inte alltid i tillräcklig utsträckning. Vid inläggning togs ofta kostanamnes. Vikt och längd togs också, men detta var inte alltid rutin. Sjuksköterskor genomförde bedömning och övervakning av patienters nutritionsstatus, bl.a. med hjälp av information från viktkontroller, kostregistrering och uppskattat energibehov. Det förelåg dock brist på enhetliga och

tydliga rutiner, och detta gällde även för de åtgärder som utfördes när patienter hade för litet kostintag. Enterala stödåtgärder som kosttillskott och måltidsberikning är exempel på åtgärder som utfördes, liksom olika typer av dietistinvolvering. Nutritionsrelaterad information rapporterades i de flesta fall vid utskrivning. En svensk undersökning visade att dokumentation som rör patientens nutrition skedde enligt gemensamma rutiner och de flesta använde sig av VIPS-modellen.

DISKUSSION

Arbetet kommenteras och resultatet belyses i metod- och resultatdiskussion. Bl.a. diskuteras den datainsamlingsmetod som använts i arbetet och den artikelsökning som genomförts, liksom hur de inkluderade artiklarna på olika sätt kan ha påverkat resultatet. Några specifika artiklar kommenteras med avseende på hur de kan ha påverkat resultatet eller utifrån deras upplevda kvalitet. Delar av arbetets resultat sammanställs och belyses med hjälp av Orems generella omvårdnadsteori om egenvårdsbrist. Resultatet indikerar också att förändringar behövs inom sjuksköterskeutbildningen liksom i den kliniska verksamheten och detta tas också upp och utvecklas.

Metoddiskussion

Den använda metoden artikelgranskning anses vara ett bra sätt att kartlägga hur den aktuella forskningen ser ut vad gäller sjuksköterskors arbete inom nutritionsområdet. Materialet som funnits är dock inte så omfattande vilket gör det svårt att på ett utförligt sätt kunna studera det aktuella syftet. Av detta dras slutsatsen att mera forskning inom området behövs, speciellt vad gäller vilka aktiviteter sjuksköterskor arbetar med. Detta får också stöd i en av de granskade artiklarna som är skriven 2006 (25). I artikelns bakgrund tas upp att det inte finns så mycket forskning kring vad sjuksköterskor som arbetar på sjukhus gör för att tillvarata äldre patienters nutritionsbehov. För att kunna undersöka hur sjuksköterskor arbetar med nutritionsrelaterad omvårdnad, och då speciellt vilka aktiviteter som genomförs, är det lämpligt med en objektiv metod där forskarna observerar sjuksköterskornas aktiviteter. Vid enkätundersökningar och intervjuer mm fås information om vad sjuksköterskorna själva säger att de gör. Vid journalgranskningar och observationer har dock en annan bild av sjuksköterskors aktiviteter framkommit. När det gäller förhållningssätt och attityder kan det vara svårt att fråga om eller observera dessa företeelser. Forskare diskuterar därför ofta kring sina data och kommer på så vis fram till vilka attityder de anser råder. Detta gör att de delar av föreliggande arbetes resultat som behandlar sjuksköterskors förhållningssätt till nutritionsarbetet till viss del är hämtat från de studerade artiklarnas diskussion. För övrigt baseras det mesta av arbetets resultat på artiklarnas resultatdel, d.v.s. direkt på de data som forskarna funnit.

Artikelsökning

För att hitta artiklar till arbetets resultatdel har olika metoder använts, framför allt artikelsökningar i olika databaser. Alla artiklar som inkluderat i arbetet utifrån databassökningar kommer från den vårdvetenskapliga databasen CINAHL. PubMed och Cochrane är andra databaser som använts men som inte tillfört några artiklar som tagits upp i arbetet. Detta beror troligen på begränsade kunskaper i att använda och precisera sökningar i dessa databaser, medan det råder en större förtrogenhet med att genomföra sökningar i CINAHL. Detta kan dock medföra att lämpliga artiklar inte kommit med i arbetet. De sökord som använts, liksom val av deras placering, kan också ha bidragit till att i alltför hög grad ha begränsat sökningarna så att lämpliga artiklar inte hittats. Några

av de artiklar som inkluderats i arbetet är artiklar som återkommit flera gånger vid genomgång av referenslistor i olika artiklar som berör sjuksköterskors arbete med nutrition. Detta ses som en indikation på att de artiklar som inkluderats i arbetet är relevanta. Många sökningar har gjorts som inte tillfört några nya artiklar, samtidigt som flera av de inkluderade artiklar återkommer i många av de sökningar som gjorts. Detta tyder på att en genomgång har skett av det mesta av den forskning som finns tillgänglig på området.

Hur resultatet påverkas av inkluderade artiklar

Fyra artiklar kommer från Norden varav två från Sverige och en från Norge respektive Danmark. Tre artiklar kommer från Australien och de resterande fyra kommer från Storbritannien. Detta har naturligtvis påverkat den bild som givits av sjuksköterskors arbete med nutrition. I de australiensiska artiklarna framkom t.ex. att det till stor del är köks- och cateringpersonal som serverar och dukar ut patienternas måltider. Detta medför att sjuksköterskorna har mindre kontroll på vad och hur mycket patienterna äter, än i länder där sjuksköterskor i högre grad deltar i detta måltidsarbete. En annan aspekt är att sjuksköterskor har olika utbildning och olika arbets- och ansvarsområden i olika länder, något som också bidrar till att bilden av sjuksköterskors kunskaper, förhållningssätt och aktiviteter som rör nutrition blir mångfasetterad. I samband med detta bör också nämnas att det engelska ordet "nurse" inte alltid betecknar en sjuksköterska med samma utbildningsgrad som den svenska legitimerade sjuksköterskan. I vissa artiklar redovisas vilken typ av "nurse" som inkluderats, t.ex. "qualified nurse" och "registered nurse" som kan sägas motsvara svenska sjuksköterskor. Även "enrolled nurses" och "student nurses" ingår i vissa studier. Det framgår dock inte klar och tydligt i alla artiklar vilka som inkluderats. Att alla sjuksköterskor som studerats inte är helt jämförbara ur utbildningssynpunkt och inte heller utifrån vilka arbets- och ansvarsuppgifter de har påverkar naturligtvis den bild som redovisas i detta arbete. Här är ett tydligt referenssystem av yttersta vikt så att det går att se från vilka artiklar och vilka omständigheter de olika uppgifterna kommer. Samtidigt är det intressant att se hur arbetet med nutrition bedrivs på olika platser i världen. Resultatet får också en bredd, genom att nutritionsarbetet studerats utifrån olika perspektiv. Även datainsamlingsmetod och urval varierar mellan studierna, något som ger olika resultat. Förhoppningsvis är den bilaga med artikelsammanfattningar som bifogas till stöd för förståelsen av arbetet. Två artiklar kommer dock här kommenteras lite närmare.

I artikeln Nutrition in somatic and social care (20) har enkäter besvarats av 22 avdelningar. Vid jämförelser med andra studier är det viktigt att tänka på att det här är avdelningar som utgör urvalet och inte sjuksköterskor (d.v.s. n = antalet avdelningar, jämfört med n = antalet sjuksköterskor). Det är bara en person som svarat på hur rutiner för nutritionsarbetet ser ut, liksom vilket behov som finns av mera kunskap. Forskaren vet heller inte vem, i vilken befattning och med vilken utbildning och insikt i avdelningsarbetet, som svarat på enkäten, men det bör rimligen vara en person som har kunskap om avdelningens nutritionsarbete.

I artikeln Clinical nutrition in Danish hospitals (22) har både läkare och sjuksköterskor svarat på den utskickade enkäten. Sjukvårdspersonalen tjänstgjorde också inom olika områden som internmedicin och intensivvård mm. Artikeln har ändå inkluderats i arbetet. Båda yrkeskategorier bör veta om, och därmed ge samma svar på frågor som rör vilka rutiner och handlingar som förekommer på deras arbetsplats. För dessa uppgifter

särredovisas också IVA-personalens svar jämfört med de övriga områdena och i föreliggande arbete används de siffror som exkluderar IVA-personalen. För vissa uppgifter redovisas separata siffror för sjuksköterskor och då används dessa siffror i arbetet. Intensivvårdssjuksköterskorna utgjorde 24% av sjuksköterskorna och kan antas ha samma uppfattning som de andra, så detta bör inte påverka resultatet. Ibland finns det dock inte någon särredovisning, och vid ett tillfälle används ändå dessa uppgifter. Det gäller för den uppgift som säger att ca 75% av sjukvårdspersonalen, inklusive IVA-personalen, ansåg att nutritionsbedömning ska göras för alla patienter. Här kan intensivvårds-personalen möjligen påverka resultatet så att en större andel som anser att bedömning ska göras redovisas än vad som varit fallet om IVA-personalen inte inkluderats. Det har dock tydligt redovisats i arbetet att IVA-personalen är inkluderad i denna siffra.

Artiklarnas kvalitet

Artiklarnas kvalitet upplevs variera trots att alla är att betrakta som godkända vetenskapliga forskningsartiklar. Två artiklar diskuteras här närmare. I artikeln *Nutrition on the ward* (27) presenteras inte syfte och metod. Endast två källor redovisas, och det är ibland svårt att avgöra vad som är återgiven fakta och vad som är författarens egna kommentarer. Resultatet som används är dock klart urskiljbart genom presentation i en separat ruta samt tydlig hänvisning i löpande text. Artikeln är trots allt godkänd som "research" och "peer-reviewed", vilket gör att den kunnat inkluderas i arbetet.

Artikeln *Nutrition: a hard nut to crack* (19) upplevs ha ett rörigt upplägg. Diskussionen kring resultatet är till viss del förvirrande och det är ibland svårt att relatera till de empiriska data som redovisas. Författaren har också presenterat samma studie i en annan artikel (*Fishing for understanding: nurses knowledge and attitudes in relation to nutritional care*, 1997) men där redovisat den på ett lite annorlunda sätt, med något tillägg i resultatet och en delvis helt ny analys av det forskaren funnit i sin undersökning. Artikeln har dock många av de attribut som krävs för vetenskaplighet och är också godkänd som "research" och "peer-reviewed". Den återkommer också i många artiklars referenslistor.

Majoriteten av de artiklar som resultatdelen bygger på är etiskt granskade och godkända. Alla artiklar redovisar dock ingen etisk granskning. I flera av dessa undersökningar deltar dock personer som arbetar på de undersökta sjukhusen själva i utformningen och genomförandet av studierna. Det bör då vara rimligt att anta att genomförandet av undersökningarna är godkända av sjukhusen. Tillstånd att genomföra undersökningar bör rimligtvis ha sökts och fått godkännande av de sjukhus som på annat sätt inkluderats i de olika studierna. Andra etiska aspekter tas ibland upp, t.ex. deltagarnas frivillighet och anonymitet.

Resultatdiskussion

Arbetets resultat studeras utifrån Orems generella omvårdnadsteori om egenvårdsbrist (16). Behovet av näring är ett egenvårdsbehov som behöver tillgodoses för att individen ska kunna nå eller upprätthålla hälsa och välbefinnande. För detta krävs ett adekvat näringsintag i förhållande till behovet, att fysiologiska funktioner fungerar hos individen, liksom att denne kan uppleva det njutningsfullt att äta. Vid sjukdom kan förmågan att själv uppfylla dessa krav vara otillräcklig, det föreligger en egenvårdsbrist, och detta medför ett behov av nutritionsrelaterad omvårdnad. Genom att bedöma

patienters egenvårdsbrist och använda sin omvårdnadskapacitet främjar sjuksköterskan patienternas hälsa och välbefinnande.

Att bedöma patienters egenvårdsbrist

Det råder delade meningar om vilken yrkeskategori som är ansvarig för patientens nutrition. De flesta sjuksköterskor anser dock att det är de som har ansvar för att patienten får tillräckligt med näring, och de flesta anser även att det är deras uppgift att bedöma patientens nutritionsstatus. Sjuksköterskor kan generellt anses ha kunskap om hur bedömning och övervakning av nutritionsstatus ska gå till väga. Däremot råder det delade meningar om hur viktigt detta är, och det finns stora variationer i hur ofta och för vilka patienter detta sker. Det visar sig att vikt och annan dokumentation inte alltid är lämplig för att kunna göra en adekvat bedömning av aktuell nutritionsstatus och eventuella förändringar. Vikt tas inte alltid vid inläggning och uppföljning av vikten sker vanligen ännu mera sällan, trots att detta alltid bör ske vid inskrivning samt kontinuerligt under vårdtiden för att kunna bedöma och följa patientens nutritionsstatus. Dessutom kan uppgifter om längd och vikt vara uppskattningar och inte faktiska mätvärden, vilket gör att uppgifterna är av begränsat värde för nutritionsbedömning. Annan dokumentation som exempelvis patientens aktuella aptit eller kostintag beskrivs ibland mycket fåordigt utan specifik information, t.ex. ”dålig aptit” eller ”ätit lite”. Utifrån denna information kan det vara svårt att avgöra om aptiten förändrats eller matintaget ökat över tid, speciellt med tanke på att ”ätit lite” är en subjektiv bedömning och en annan sjuksköterska kan ha en annan uppfattning om vilken mängd mat detta ”lite” motsvaras av. Dessutom ger detta ingen information om vilka näringsämnen som patienten intagit, något som faktiskt också ingår i den totala nutritionsstatusen. Detta visar på vikten av att använda dokumentation som kommunicerar. Kostregistrering är en bra metod för att övervaka patienternas näringsintag, men den används tyvärr i alltför liten utsträckning. Sammantaget föreligger det alltså brist på relevant information, och därmed kan sjuksköterskan inte bedöma om det råder en egenvårdsbrist hos patienten. Patienternas faktiska näringsbehov, och kanske framför allt energibehov, jämfört med det faktiska kostintaget är något som ger viktig information om balansen mellan patienternas egenvårdskapacitet och förmåga att möta egenvårdskravet. För att kunna göra denna jämförelse krävs, förutom att kostintaget är registrerat och omräknat i mängd intagen energi, att energibehovet uppskattas. Det framkommer dock att sjuksköterskor verkar ha begränsade kunskaper i att bedöma och räkna ut energibehovet, trots att det verkar vara sjuksköterskor som till största del utför denna uppgift på avdelningarna. Bristen på tydliga och enhetliga rutiner inom nutritionsbevakningen kan anses vara stor, och detta påverkar sjuksköterskors möjligheter att bedöma patienternas egenvårdsbrist negativt.

Sjuksköterskans omvårdnadskapacitet

Vid egenvårdsbrist inom nutritionsområdet behöver patienten nutritionsrelaterad omvårdnad. Med olika hjälpmetoder, som väljs och kombineras utifrån sjuksköterskans kunskaper och bedömningar, kan patientens liv, hälsa och välbefinnande främjas (16).

Utifrån Socialstyrelsens kompetensbeskrivning (14) antas sjuksköterskor ha förmågan att tillgodose patienters nutritionella omvårdnadsbehov. Resultatet i denna studie indikerar dock, som nämnts ovan, att det råder brist på rutiner för att observera, dokumentera och värdera patienters eventuella egenvårdsbrist. Dessutom visar det sig att det förekommer kunskapsluckor inom nutritionsområdet, t.ex. vad gäller specifika näringsbehov för att upprätthålla hälsa. Sjuksköterskor har därmed inte adekvat kunskap

och information för att kunna upptäcka att ett hjälpbehov föreligger, och kan heller inte välja lämpliga hjälpmetoder för att hantera och åtgärda patienternas egenvårdsbrist. Samtidigt ses inte nutritionsarbetet som ett prioriterat område i dagens sjukvård, trots insikten om att god nutrition är viktigt för patienternas totala behandlingsresultat. Att nutritionsarbetet inte prioriteras inom omvårdnaden av inneliggande patienter medför att adekvata hjälpmetoder inte genomförs i tillräcklig utsträckning. Brist på rutiner upplevs också föreligga för de åtgärder som behöver vidtas när patienter inte får i sig tillräckligt med näring. P.g.a. sjuksköterskors bristande omvårdnadskapacitet inom nutritionsområdet förbättras inte patienternas hälsa och välbefinnande i den takt som skulle kunna ske, vilket också märks genom längre vårdtider och mer komplikationer för patienter med otillräcklig nutrition.

Resultatet visar dock att vissa hjälpåtgärder används av sjuksköterskor, om än inte i tillräcklig utsträckning. Sjuksköterskor hjälper t.ex. patienterna på olika sätt i samband med deras måltid. Måltidsmiljön tillrättaläggs genom att sjuksköterskor positionerar patienter och justerar deras sängbord för att underlätta för patienterna att kunna äta. Sjuksköterskor ger också på olika sätt fysisk och psykisk stöttning under måltiden, exempelvis genom att hjälpa patienterna att dela och äta sin mat och genom att ge verbal uppmuntran. Vid behov hjälper sjuksköterskor också till med att mata patienter som inte kan äta själv.

Utbildning och klinisk verksamhet

Många sjuksköterskor uppgav att de haft mycket lite nutritionsundervisning under sin utbildning. Mot bakgrund av detta är det inte underligt att sjuksköterskor har bristande kunskaper inom olika delar av nutritionsarbetet. Många sjuksköterskor önskade sig också fortbildning på området. Detta är något som verkligen måste tas på allvar och uppmärksammas inom de institutioner som utbildar sjuksköterskor. Nutrition måste få en större och tydligare plats i utbildningen. Inte minst med tanke på de konsekvenser som en otillräcklig nutrition för med sig, både för den enskilda patienten och för hälso- och sjukvården i stort. Fler komplikationer och längre vårdtider medför obehag och lidande för patienterna och ökade kostnader för hälso- och sjukvården. Forskning har visat att en god nutrition till stor del påverkar patienternas totala behandlingsresultat på ett positivt sätt och det är viktigt att detta tas upp i sjuksköterskors utbildning. Kanske skulle utbildningen kunna fokusera mer på vilka konsekvenser otillräcklig näring ger och vilka metoder som finns för att förhindra detta, istället för att fokusera på vad som krävs för att upprätthålla hälsa. På så vis får sjuksköterskestudenter en annan kunskap och antagligen även en annan uppfattning om värdet av god nutrition, d.v.s. de inser i högre grad hur viktigt detta faktiskt är.

Samtidigt indikerar resultaten att nutritionsområdet måste uppmärksammas mer i den kliniska verksamheten. Den otydliga ansvarsfördelningen måste åtgärdas och tydliga rutiner måste införas för att försäkra att patienter verkligen får den nutritionella omvårdnad de behöver och har rätt till. Verksamma sjuksköterskor har en central roll vad gäller patienternas nutrition och resultatet visar att de vill ha fortbildning inom området. Vikten av god nutrition måste uppmärksammas mer, och både sjukvårdspersonalens och hälso- och sjukvårdsorganisationens attityder gentemot nutrition måste förändras, så att patientens nutrition åter blir ett prioriterat område i den kliniska verksamheten.

Hur kan då denna studie vara till nytta för och komma till användning i sjuksköterskors arbete gällande nutrition? Det framkom i arbetet att det finns behov av att objektivt studera sjuksköterskors aktiviteter vad gäller nutrition. På ett personligt plan skulle detta kunna vara utgångspunkten för en framtida D-uppsats. Trots att sjuksköterskor anser att nutrition är viktigt för patientens totala behandlingsresultat, prioriteras inte detta område inom omvårdnaden. Detta är också något som skulle vara intressant att studera närmare. Förhoppningsvis bidrar denna uppsats med att väcka uppmärksamhet kring sjuksköterskors arbete gällande nutrition, och kanske kan den leda till att detta område prioriteras mera. I det kliniska arbetet skulle studien t.ex. kunna vara utgångspunkt för arbetsgrupper eller nutritionsansvariga sjuksköterskor som arbetar med att strukturera och utveckla sjuksköterskors nutritionsarbete.

REFERENSER

1. Florence Nightingale. Notes on nursing – what it is, and what it is not. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1980.
2. McWhirter J P, Pennington C R. Incidence and recognition of malnutrition in hospital. *BMJ* 1994;303:945-48.
3. Holmes S. The incidence of malnutrition in hospitalised patients. *Nurs Times* 1996;92(12):43-45.
4. Naber T H J, Schermer T, de Bree A, Nusteling K, Eggink L, Kruimel J W et al. Prevalence of malnutrition in nonsurgical hospitalized patients and its association with disease complications. *Am J Clin Nutr* 1997;66:1232-9.
5. Kowanko I. The role of the nurse in food service: a literature review and recommendations. *Int J Nurs Pract* 1997;3(2):73-8.
6. Tierney A J. Undernutrition and elderly hospital patients: a review. *J Adv Nurs* 1996;23:228-36.
7. Garrow J. Starvation at hospital. *BMJ* 1994;308:934 (9 April) [Editorials].
8. Larsson J, Andersson M, Askelöf N, Bark T. Undernäring vanligt vid svenska sjukhus. *Läkartidningen* 1994;91(24):2410-3.
9. Campbell S E, Avenell A, Walker A E for the Tempest group. Assessment of nutritional status in hospital in-patients. *Q J Med* 2002;95:83-7.
10. Elmståhl S, Person M, Andren M, Blabolil V. Malnutrition in geriatric patients: a neglected problem? *J Adv Nurs* 1997;26(5):851-5.
11. Braunschweig C, Gomez S, Sheean P M. Impact of declines in nutritional status on outcomes in adult patients hospitalized for more than 7 days. *J Am Diet Ass* 2000;100(11):1316-22.
12. ESS-gruppen. Mat och näring för sjuka inom vård och omsorg. Uppsala: Livsmedelsverket, 2003.
13. Socialstyrelsen. Näringsproblem i vård och omsorg – prevention och behandling. Stockholm: Socialstyrelsen, 2005. (SoS-rapport; 2000:11).
14. Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Stockholm: Socialstyrelsen, 2005.
15. Maslow A H. Motivation and personality. 3e uppl. New York: Harper and Row; 1987.
16. Orem D E. Nursing – concepts of practice. 6e uppl. St. Louis, Missouri: Mosby; 2001.

17. Kowanko I, Simon S, Wood J. Nutritional care of the patient: nurses' knowledge and attitudes in an acute care setting. *J Clin Nurs* 1999;8:217-24.
18. Schaller C, James E L. The nutritional knowledge of Australian nurses. *Nurse Educ Today* 2005;25(5):405-412.
19. Perry L. Nutrition: a hard nut to crack. An exploration of the knowledge, attitudes and activities of qualified nurses in relation to nutritional nursing care. *J Clin Nurs* 1997;6:315-24.
20. Alfengard K, Klevsgard R. Nutrition in somatic and social care Investigation of routines and needs for education about nutrition in somatic care at hospitals and somatic and social care of elderly patients in one county in the south of Sweden. *Vard Nord Utveckl Forsk* 2005;25(2):42-7.
21. Olsson U, Bergbom-Engberg I, Åhs M. Evaluating nurses' knowledge and patients' energy intake after intervention. *Clin Nurse Spec* 1998;12(6):217-25.
22. Rasmussen H H, Kondrup J, Ladefoged K, Staun M. Clinical nutrition in Danish hospitals: a questionnaire-based investigation among doctors and nurses. *Clin Nutr* 1999;18(3):153-8.
23. Aagaard H. Nutrition and nursing knowledge. *Vard Nord Utveckl Forsk* 1998;18(4):22-6,35.
24. Jordan S, Snow D, Hayes C, Williams A. Introducing a nutrition screening tool: an exploratory study in a district general hospital. *J Adv Nurs* 2003;44(1):12-23.
25. Xia C, McCutcheon H. Mealtimes in hospital – who does what? *J Clin Nurs* 2006;15(10):1221-1227.
26. Bactawar, B. Meal priorities. *Nurs Times* 1999; 95(48):61-2.
27. Wood S. Nutrition on the ward. *Nurs Times* 1999;95(11):54-5.

Artikelsammanfattning

BILAGA

Referensnummer: 17

Titel: Nutritional care of the patient: nurses' knowledge and attitudes in an acute care setting

Författare: Inge Kowanko, Stephen Simon, Jacquelin Wood

Tidskrift: Journal of Clinical Nursing

Syfte: Att undersöka sjuksköterskors attityder och kunskaper om nutrition och tillhandahållande av mat till patienter på sjukhus.

Metod: Semistrukturerade intervjuer genomfördes för att få information om nutritionskunskaper, förmåga att bedöma nutritionsstatus, identifiering och behandling av malnutrition, attityder till att hjälpa patienter med maten, åsikter om roller och ansvarsfördelning, samt måltidsarrangemang. Analys av intervjuerna skedde sedan utifrån en mall så en text genererades bestående av en sammanfattning av viktiga teman, författarens kommentarer och citat.

Urval: Studien utfördes på den internmedicinska "kliniken" på ett stort sjukhus i Australien. Sex avdelningar ingick i kliniken med sammanlagt 220 sjuksköterskor anställda. Av dessa valdes 7 sjuksköterskor ut att delta, dels via frivillig anmälan och dels via riktat urval för att garantera en bred representation.

Etiskt godkänd: Ja, av sjukhusets forskningsetiska kommitté

Land: Australien

Publiceringsår: 1999

Antal referenser: 33st

Referensnummer: 18

Titel: The nutritional knowledge of Australian nurses

Författare: Schaller C, James E L.

Tidskrift: Nurse Education Today

Syfte: Att bestämma generella nutritionskunskapspoäng för ett urval sjuksköterskor som arbetar i en region i staten Victoria, samt att identifiera källor till nutritionsinformation som sjuksköterskor använder.

Metod: En deskriptiv korsdesign (cross-sectional design) användes. En enkät användes med 48 flervalfrågor rörande nutritionskunskap, (inkl mat och nutritionsprinciper, nutrition i livscykeln, kulturella aspekter, diet och hälsa och mat- och nutritionspolicy och reglering), samt 9 frågor rörande demografiska data och utbildning. Samma instrument har använts tidigare i liknande studier. Data analyserades mha SPSS, version 11. Deskriptiv statistik användes för att beskriva demografiska data och totala kunskapspoäng räknades fram för varje svarande. Oberoende t-test användes för att jämföra medelpoäng mellan olika grupper.

Urval: Deltagarna var division 1 sjuksköterskor (har minst treårig grundutbildning) som var anställda på ett stort offentligt sjukhus och ett privat sjukhus i regionen Victoria, Australien. Alla potentiella deltagare identifierades genom föreståndare, sjuksköterskeadministration och "the Director of Nursing". Totalt identifierades 362 lämpliga sjuksköterskor.

Etiskt godkänd: Ja, av de två deltagande sjukhusen och La Trobe University Bendigo

Land: Australien

Publiceringsår: 2005

Antal referenser: 31st

Referensnummer: 19

Titel: Nutrition: a hard nut to crack. An exploration of the knowledge, attitudes and activities of qualified nurses in relation to nutritional nursing care

Författare: Lin Perry

Tidskrift: Journal of Clinical Nursing

Syfte: Att undersöka attityder och nutritionsrelaterade kunskaper och aktiviteter hos avdelningssjuksköterskor som jobbar på ett sjukhus utan nutritionssjuksköterska eller intressegrupp som arbetar med nutrition.

Metod: Två datainsamlingsmetoder användes, dels en genomgång av omvårdnadsdokumentation med avseende på nutritionsinformation, och dels ett frågeformulär som skickades ut till sjuksköterskor med frågor som undersökte deras attityder, aktiviteter och kunskaper. Dokumentationsundersökning gav frekvens av

antecknade omvårdnadsåtgärder. Chi²-test användes för att finna signifikanta skillnader mellan olika data.

Urval: Journaler från patienter som skrivits ut under två veckor från fem avdelningar (två medicinska, två kirurgiska och en geriatrisk) på ett stort sjukhus i södra England studerads, totalt 141 st. Enkäten skickades sedan till de sjuksköterskor som arbetade på dessa avdelningar samt fyra ytterligare avdelningar, 92 (av 110) sjuksköterskor svarade.

Etiskt godkänd: Ja, av en etikkommitté, samt godkänd av flera sjuksköterskeinstanser

Land: England/Storbritannien

Publiceringsår: 1997

Antal referenser: 39st

Referensnummer: 20

Titel: Nutrition in somatic and social care investigation of routines and needs for education about nutrition in somatic care at hospitals and somatic and social care of elderly patients in one county in the south of Sweden. /

Nutrition inom vård och omsorg – kartläggning av rutiner och utbildningsbehov avseende nutrition inom slutna vård och inom vården av äldre i olika boendeformer i ett län i södra Sverige

Författare: Karin Alfengård, Rosemarie Klevsgård

Tidskrift: Vård i Norden

Syfte: Att kartlägga nutritionsrutiner och jämföra om det finns några skillnader mellan den slutna vården och vården av äldre i olika boendeformer med avseende på dokumentation. Syftet var vidare att inventera behovet av utbildning hos personalen.

Metod: Enkäter skickades till ansvarig på respektive avdelning/enhet/område som ombads besvara frågorna eller utse lämplig ersättare. Frågorna fokuserade på vilka nutritionsrutiner som tillämpas vid inskrivning, under vårdtiden och inför utskrivning/förflyttning samt behov av utbildning och fortbildning. Materialet analyserades med SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) version 10.0. Chi²-test användes för att analysera skillnader. Svaren från de öppna frågorna sammanställdes så att de mest frekventa svaren presenteras.

Urval: Undersökningen genomfördes på två sjukhus och i åtta kommuner inom ett län i södra Sverige. Enkäter distribuerades till ansvariga för 24 vuxenavdelningar inom slutenvården och 118 enheter/områden inom den öppna vården. Svarefrekvens var 97% (22 avdelningar) inom slutenvården, och 74% inom öppenvården.

Etiskt godkänd: Ja, av Forskningsetikommittén vid Universitetssjukhuset i Lund

Land: Sverige

Publiceringsår: 2005

Antal referenser: 32st

Referensnummer: 21

Titel: Evaluating nurses' knowledge and patients energy intake after intervention

Författare: Ulla Olsson, Ingegerd Bergbom-Engberg, Marie Åhs

Tidskrift: Clinical Nurse Specialist

Syfte: Att före och efter undervisningsintervention riktad mot sjuksköterskor beskriva och bedöma energiintag för riskpatienter och bedöma sjuksköterskors kunskaper om patienternas energibehov. Specifika frågor var: Gav undervisningen bättre energiintag hos patienterna? Blev det några förändringar i patienternas energiintag i relation till olika diagnoser? Förbättrades sjuksköterskornas kunskaper?

Metod: Först dokumenterades den ursprungliga situationen, sedan skedde implementering av interventioner och därefter mättes effekten. Två interventioner skedde, dels fick sjuksköterskorna träning i att använda ett nutritionsbedömningsformulär, och dels fick de mellan de två undersökningarna utbildning i att identifiera riskpatienter, bedöma deras kostintag samt att agera för att förebygga undernäring. Resultatet av undervisningen mättes med ett frågeformulär och genom att utvärdera patienternas kostintag med hjälp av ett nutritionsbedömningsformulär. Data analyserades med SPSS och Excell. Deskriptiv statistik användes, liksom olika test för jämförelser såsom Pearsons Chi²-test, t-test och Wilcoxon's signed rank-test.

Urval: studien skedde på sex avdelningar på ett länssjukhus i Sverige. Avdelningarna valdes för att täcka olika typer av omvårdnad och diagnoser. 115 riskpatienter identifierades vid båda undersökningarna. Alla sjuksköterskor på dessa avdelningar som arbetade dagskift inbjöds att delta. 86 sjuksköterskor deltog i första undersökningen och 85 andra.

Etiskt godkänd: Ja, av etiska forskningskommittén vid Linköpings Universitet, samt godkänd av alla överläkare på sjukhuset

Land: Sverige

Publiceringsår: 1998

Antal referenser: 48st

Referensnummer: 22

Titel: Clinical nutrition in Danish hospitals: a questionnaire-based investigation among doctors and nurses

Författare: H H Rasmussen, J Kondrup, K Ladefoged, M Staun

Tidskrift: Clinical Nutrition

Syfte: Att undersöka användningen av klinisk nutrition på danska sjukhus, och jämföra resultaten med de standards som utvecklats av JCAHO, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Specifika mål var att identifiera möjliga hinder eller problem vad gäller användningen av klinisk nutrition inom följande aspekter: attityder, kunskaper och praktiskt handhavande.

Metod: En enkät skickades ut med 23 frågor rörande demografisk data, hantering och attityder, kunskaper om dokumenterad effekt, utbildning, ansvarsfördelning, samt hinder och problem. Analys av data skedde med SPSS. Statistik som användes var: deskriptiv för svarsfrekvens, Pearsons Chi²-test för numerisk data, och Mann-Whitney och Kruskal-Wallis test för ordinaldata.

Urval: 1000 slumpmässigt valda läkare och 1000 sjuksköterskor, på 40 danska sjukhus inklusive de allra största (totalt inkluderades 85% av den dansk sängplatskapaciteten), inom avdelningar valda med relevans för användning av klinisk nutrition bl.a. internmedicin, medicinsk och kirurgisk gastroenterologi, onkologi, kirurgi och intensivvård. Svarsfrekvensen var 43%. 395 läkare och 462 sjuksköterskor svarade, totalt n=857. IVA-sköterskorna utgjorde 24% av alla sjuksköterskor, och IVA-läkare stod för 29% av läkarna.

Etiskt godkänd: Kommenteras ej

Land: Danmark

Publiceringsår: 1999

Antal referenser: 17st

Referensnummer: 23

Titel: Nutrition and nursing knowledge / *Ernaering og sykepleiekunnskap.*

Författare: Heidi Aagaard

Tidskrift: Vård I Norden

Syfte: Studien utgår ifrån problemställningen Hur anser sjuksköterskor att de tillgodoser näringsbehovet hos äldre patienter som är inlagda på somatiska sjukhus?

Frågeställningar: Anser sjuksköterskor att de har tillräckliga kunskaper om nutrition? I vilken grad anser sjuksköterskor att de tar ansvar för äldre patienters näringsbehov? Vad anser sjuksköterskor att de gör för att tillgodose äldre patienters näringsbehov? Vilka förslag till förbättring har sjuksköterskorna?

Metod: Studien har en deskriptiv design med en kvantitativ ansats (tillnaerming). Ett frågeformulär bestående av 79 frågor varav 7 öppna och resten med fasta svarsalternativ användes för att undersöka bakgrundsvariabler, organisatoriska och strukturella faktorer, kunskaper om nutrition och ansvarsfördelning mm. Svaren analyserades med hjälp av SPSS for Windows, version 6,1. De öppna frågorna analyserades genom kodning, kategorisering och slutligen sammanställning i huvudkategorier.

Urval: Strategiskt urval (Skjönsmessigt valg) av fyra somatiska sjukhus, två lokal- och två centralsjukhus, i två län i södra Norge. Enkäten delades ut till sjuksköterskor som där jobbar på medicinska avdelningar, och gör dagpass. På tre av sjukhusen fick alla sjuksköterskor svara och på det fjärde fick ett begränsat antal svara då det var ett stort antal anställda. Svarsfrekvensen var 72% av 118st.

Etiskt godkänd: kommenteras ej, dock kommenteras deltagarnas frivillighet och anonymitet

Land: Norge

Publiceringsår: 1998

Antal referenser: 24st

Referensnummer: 24

Titel: Introducing a nutrition screening tool: an exploratory study in a district general hospital

Författare: Sue Jordan, Dawn Snow, Chris Hayes, Anne Williams

Tidskrift: Journal of Advanced Nursing

Syfte: Att undersöka den kliniska effekten av the Nursing Nutritional Screening Tool genom att undersöka förändringar i omvårdnadsdokumentation, patientvård vid måltider och remittering till dietist.

Metod: En quasi-experimentell undersökning skedde på två jämförbara avdelningar där den ena var interventionsavdelning och den andra jämförelseavdelning. En avbruten tidsserie-design med en jämförelsegrupp användes. Datainsamling skedde på de två avdelningarna före och efter introduktion av screening-instrumentet på

interventionsavdelningen. Flera datainsamlingsmetoder användes, journalgenomgång och icke-deltagande observation av måltider och gruppintervju med avdelningssköterskor. Data analyserades med hjälp av SPSS, version 10. data analyserades och jämfördes med hjälp av frekvens, kors-tabulation, Chi²-test med Yates kontinuitetskorrektion och Fishers test. Intervjun skrevs ner och granskades för att finna teman och koncept.

Urval: Undersökning skedde på två vuxenavdelningar inom den medicinska enheten på ett allmänt distriktssjukhus i Storbritannien. Alla patienter som las in under de två studieperioderna och som ansågs kunna ge sitt medgivande tillfrågades om de ville vara med i studien, ej akut sjuka eller konfusionella. 175 patienter deltog. De var till stor del äldre (medelålder=67,5 år, SD=17.0) och hade en medelvårdtid på 9,1 dag.

Etiskt godkänd: Ja, av den lokala forskningsetiska kommittén

Land: Storbritannien

Publiceringsår: 2003

Antal referenser: 87st

Referensnummer: 25

Titel: Mealtime in hospital - Who does what?

Författare: Chefan Xia, Helen McCutcheon

Tidskrift: Journal of Clinical Nursing

Syfte: Att ta reda på vad sjuksköterskor gör i samband med äldre patienters måltider på två medicinska avdelningar vid ett akutsjukhus.

Metod: Deskriptiv forskningsdesign, med kvantitativ och kvalitativ datainsamling. Icke deltagande observation för registrering av aktiviteter under måltiderna, samt semistrukturerade individuella intervjuer med liknande frågor till patienter och sjuksköterskor angående måltidssituationen användes. Data analyserades med deskriptiv statistisk och tematisk analys.

Urval: Bekvämlighetsurval av patienter och sjuksköterskor på två medicinska avdelningar på ett akutsjukhus i södra Australien. 50 sjuksköterskor (56% var "registered nurses"), och 48 patienter över 65år deltog, varav ungefär hälften kom från vardera avdelningen. Efter att ha observerats intervjuades 4 sjuksköterskor och 4 patienter, två sjuksköterskor och två patienter från vardera avdelningen.

Etiskt godkänd: Kommenteras ej

Land: Australien

Publiceringsår: 2006

Antal referenser: 10st

Referensnummer: 26

Titel: Meal priorities

Författare: Bas Bactawar

Tidskrift: Nursing Times

Syfte: Att undersöka: hur patienternas nutritionsbehov bedömdes; om vårdplaner fanns för riskpatienter; vad som hände vid måltiderna – hur lunchen distribuerades, vem som deltog vid patienternas måltider, och vilka andra icke-måltidsrelaterade aktiviteter som försiggick.

Metod: En prospektiv studieansats användes. Först delen av undersökningen bestod av att undersöka patienternas journaler för information om inläggning, sjuksköterskebedömning och vårdplaner, och att observera sjuksköterskornas aktiviteter under patienternas lunchmåltid. Med utgångspunkt från detta resultat uppmärksammades behov av kliniska förändringar. Specifika förändringar implementerades och tre månader senare upprepades undersökningen.

Urval: Från St Albans and Hemel Hempstead NHS Trust deltog tre geriatriska avdelningar med totalt 70 patienter.

Etiskt godkänd: Kommenteras ej

Land: England/Storbritannien

Publiceringsår: 1999

Antal referenser: 4st

Referensnummer: 27

Titel: Nutrition on the ward

Författare: Susanne Wood

Tidskrift: Nursing Times

Syfte: ??

Metod: ??

Urval: Patienter inom äldrevård och som vårdas på akutsjukhus

Etiskt godkänd: Kommenteras ej

Land: Storbritannien

Publiceringsår: 1999

Antal referenser: 2st
