



LUNDS
UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Sjuksköterskans roll i nutritionsarbetet hos äldre på sjukhus

En litteraturstudie

Författare: Hanna Olow & Ida Olsson

Handledare: Sara Bertilsson

Kandidatuppsats

Hösten 2017

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Sjuksköterskans roll i nutritionsarbetet hos äldre på sjukhus

En litteraturstudie

Författare: Hanna Olow & Ida Olsson

Handledare: Sara Bertilsson

Kandidatuppsats

Hösten 2017

Abstrakt

Bakgrund: Undernäring är ett mycket vanligt problem bland äldre på sjukhus som ger förlängda vårdtider, ökade vårdkostnader och ökad vårdkonsumtion.

Syfte: Syftet var att belysa hur sjuksköterskor kan motverka undernäring hos äldre patienter på sjukhus.

Metod: Litteraturstudie av nio vetenskapliga artiklar.

Resultat: Sjuksköterskan kan motverka undernäring hos äldre patienter på sjukhus genom att öka deras matintag med hjälp av assistering och estetik kring måltiden, individualisera nutritionsbedömningen med hjälp av samarbete med patienter och andra professioner, utbilda sig i nutritionsvård samt vara etiskt medveten med hjälp av lyhördhet för patienten och mötet av dennes behov.

Slutsats: Sjuksköterskan har en stor roll i nutritionsarbetet, som ofta kräver mycket tid och engagemang för att kunna individanpassa måltider och öka patienternas matintag. Ett bra samarbete med både patient och andra professioner är därför viktigt.

Nyckelord

Äldre, Sjuksköterska, Undernäring, Nutritionsstatus, Sjukhus, Inneliggande patient

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Introduktion	3
Problemområde	3
Bakgrund	3
<i>Den äldre patienten</i>	3
<i>Undernäring</i>	4
<i>Sjuksköterskans roll</i>	5
<i>Åtgärder vid undernäring</i>	5
<i>Barriärer i nutritionsvården</i>	6
<i>Perspektiv och utgångspunkter</i>	7
Studiens betydelse	8
Syfte	9
Metod.....	9
Urval	9
Datainsamling	9
Analys av data	10
Forskningsetiska avvägningar	10
Resultat	11
Ökat matintag hos patienten	11
<i>Assistering vid måltiden</i>	11
<i>Estetik kring måltiden</i>	12
Individualiserad nutritionsbedömning	13
<i>Samarbete med patienten</i>	13
<i>Interprofessionellt samarbete</i>	13
Sjuksköterskans etik i nutritionsvården	14
<i>Lyhördhet för patienten</i>	14
<i>Möta patientens behov</i>	14
Diskussion.....	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	17
Slutsats och kliniska implikationer	19
Författarnas arbetsfördelning	19
Referenser	20
<i>Bilaga 1</i>	24
<i>Bilaga 2</i>	25

Bilaga 3 26

Introduktion

Problemområde

Undernäring är ett vanligt förekommande problem, främst hos äldre (Lindh & Sahlqvist, 2012), som leder till högre risk för sjukhusmortalitet (Correia & Waitzberg, 2003). Av de patienter som skrivs in på sjukhus uppvisar minst 25% tecken på undernäring och en lika stor andel redan inlagda patienter är undernärda och har ett födointag som inte tillgodoser nutritionsbehovet (Lindh & Sahlqvist, 2012). För att återvinna hälsa krävs just ett tillgodosett nutritionsbehov, men vid sjukdom och behandling har patienten inte alltid möjlighet att på egen hand uppfylla detta (Rothenberg, 2017c) och behöver då sjuksköterskans hjälp. Undernäring ger förlängd vårdtid, ökade vårdkostnader och ökad vårdkonsumtion (Barker, Gout & Crowe, 2011; Correia & Waitzberg, 2003). Detta eftersom undernäring innebär en ökad infektionsrisk, minskad muskelmassa, ökad risk för trycksår och försämrad sårhäkning (Barker et al., 2011). Undernäring är därför inte bara vanligt förekommande utan också ett problem som leder till många försämringar.

Trots att undernäring är ett väl undersökt område och att underlag finns för hur det ska förebyggas och behandlas (SOSFS 2014:10), så genomförs inte åtgärder i den utsträckning som behövs och många äldre inom vården är fortfarande undernärda (Socialstyrelsen, 2016; Westergren, 2017). Sjuksköterskan är ansvarig för patienters omvårdnadsbehov (Jakobsson, Ung & Lützen, 2014) och deras rätt till en god nutritionsstatus ses redan i basal omvårdnad (Henderson, 1966). Sjuksköterskan har en viktig roll i arbetet med att optimera patienters nutritionsstatus då det ingår i hens ansvarsområde att belysa nutritionsproblematik genom att identifiera och påbörja behandling mot undernäring (Rothenberg 2017a).

Bakgrund

Den äldre patienten

Enligt Lindh och Sahlqvist (2012) anses en person som är 65 år eller äldre ha en förhöjd risk att utveckla undernäring om ofrivillig viktförlust, lågt BMI eller ätsvårigheter förekommer. I studien definieras därför äldre som människor som är 65 år eller äldre.

I världens befolkning ökar andelen äldre (Romören, 2010). Sverige har länge haft en åldrande befolkning och är ett av de länder där andelen äldre ökar snabbast. Detta, i samband med en

bättre sjukvård, har lett till att patienterna på sjukhus idag till största del består av den äldre befolkningsgruppen (ibid.).

När man åldras ändras kroppens sammansättning till att få en mindre vätske- och muskelvolym och en ökad fettvolym, vilket leder till att den äldre personen normalt går ned i vikt (Brodtkorb, 2013). Ämnesomsättningen minskar och eftersom äldre ofta har en nedsatt muskelvolym, lägre basalmetabolism och lägre aktivitetsnivå kräver de inte lika mycket energi. Kaloribehovet hos äldre är därför 20-30% mindre än hos unga vuxna. Främst minskar behovet av fett och kolhydrater, proteinbehovet minskar något men vitamin och mineralbehovet är konstant. Näringsproblem som undernäring, felnäring och dehydrering är vanliga bland äldre där undernäring är det absolut vanligaste. Normala åldersförändringar, funktionsnedsättningar och sjukdom kan var för sig eller tillsammans begränsa förmågan och lusten att äta. Det innebär att undernäring kan orsakas av sjukdom, men undernäring kan också försämra ett redan existerande sjukdomstillstånd. Äldre förlorar ofta matlusten samtidigt som deras näringsbehov ökar när de är sjuka. Att matlusten påverkas negativt vid sjukdom kan till exempel bero på läkemedel och depression (ibid.). Normalt förändras lukt- och smaksinnet, vilket också kan bidra till försämrade matlust (Bondevik & Nygaard, 2005). Äldre har nämligen färre smaklökar än vad yngre har. Det är främst sött och salt som påverkas vilket kan ge maten en besk smak (ibid.).

Undernäring

Undernäring definieras enligt Socialstyrelsen (2011) som "ett tillstånd där brist på energi, protein eller andra näringsämnen har orsakat mätbara och ogynnsamma förändringar i kroppens sammansättning, funktion eller av en persons sjukdomsförlopp". En vuxen människa har ett energibehov på ca 25 kcal/kg kroppsvikt och dygn om hon är sängbunden och 30 kcal/kg kroppsvikt och dygn om hon är uppegående med begränsad fysisk aktivitet. Proteinbehovet för en sjuk person är 1-1,5 gram/kg kroppsvikt och dygn (ibid.). Undernäring beror på ett för litet intag av näring och energi i kombination med en för stor förbrukning av vederbörande, som i sin tur kan ha fysiska, psykiska eller sjukdomsrelaterade orsaker (Lindh & Sahlqvist, 2012).

Sjuksköterskans roll

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30, kap. 3, 2 §) säger att "hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa". Sjuksköterskan är en av de dominerande professionerna som ansvarar för nutrition (Rothenberg, 2017a). Sjuksköterskan är omvårdnadsansvarig. I det innefattas identifiering och bedömning av risk för undernäring, dokumentation och uppföljning av nutritionstillståndet, ordination av åtstödande åtgärder samt ansvar för nutritionsbehandlingens genomförande och uppföljning (ibid.). Det innebär att sjuksköterskan kan delegera uppgifter gällande exempelvis matning och servering av mat till annan vårdpersonal, men är ändå den som står som ansvarig för att uppgifterna utförs (Patientsäkerhetslag, SFS 2010:659, kap. 3, 3 §). Sjuksköterskans mål ska vara att identifiera befintlig eller risk för undernäring, främja näringstillståndet och förebygga undernäring hos de i riskzonen samt förbättra näringstillståndet hos de som är undernärda (Brodtkorb, 2013). Sjuksköterskan är den som leder det tvärprofessionella arbetet, vilket krävs vid undernäringssituationer, med bland annat läkare, dietist och fysioterapeut. På sjuksköterskans ansvar ligger också att samordna måltider och servering (ibid.). För att ytterligare förtydliga att undernäring ligger inom omvårdnadsområdet pekar Socialstyrelsen (2011) på att det är medicinskt ansvarig sjuksköterska som ska se till att det finns goda rutiner för bedömning, behandling och uppföljning av undernäringstillstånd.

Åtgärder vid undernäring

Screening för undernärringsrisk görs utifrån frågor om Body Mass Index (BMI), ofrivillig viktförlust och ätsvårigheter (Lindh & Sahlqvist, 2012). BMI är ett tal som visar hur längd och vikt förhåller sig till varandra ($\text{vikt i kg} / (\text{längd i m})^2$) (Ericson & Ericson, 2012). Ett normalt BMI anses ligga mellan 19 - 25 (ibid.). En äldre patient med BMI < 22 kan lida av undernäring (Lindh & Sahlqvist, 2012).

Screeningen följs av en bedömning kring hur allvarlig undernärringsrisken eller -förekomsten är med hjälp av ett validerat bedömningsinstrument (Lindh & Sahlqvist, 2012). Sådana validerade bedömningsinstrument är till exempel *Subjective Global Assessment*, *Mini Nutritional Assessment* eller *Nutritional Risk Screening 2002*. Bedömningsinstrumentet syftar till att ge information om viktförlust, BMI, påverkan på förmågan att äta samt hur den aktuella sjukdomen kan antas påverka näringstillståndet (Socialstyrelsen, 2011). Bedömningen görs tillsammans med en utredning av bakomliggande faktorer eller orsaker till

undernäringstillståndet. Utredningen ligger till grund för diagnostisering och diagnostiseringen blir i sin tur ett underlag för behandling (ibid.).

Både patienter som är undernärda men även de som har risk för undernäring ska behandlas (Lindh & Sahlqvist, 2012). Behandlingen som patienten får vid undernäring ska följas upp lika noggrant som behandling vid sjukdom (ibid.). En behandlingsplan ska arbetas fram tillsammans med patienten och det är då viktigt att sjuksköterskan är lyhörd för patientens önskemål (Rothenberg, 2017b). I planen ska det tydligt framgå nutritionsdiagnos, vilka åtgärder som sätts in och även vilka mål som finns med behandlingen (Lindh & Sahlqvist, 2012). Det är viktigt att bedöma patientens mun- och tandstatus och om sväljsvårigheter eller annan ätproblematik förekommer (Westergren 2014). Om det visar sig att detta finns kan konsistensanpassad kost behöva ges till patienten (ibid.).

Patienter som ligger inne på sjukhus ska kostregistreras (Socialstyrelsen 2011). I kostregistreringen fyller personalen i hur mycket patienten äter och dricker under måltiderna. Måltiderna räknas ihop för hela dagen och blir på så sätt en översikt för sjuksköterskan av hur mycket patienten har fått i sig under dagen. För att registreringen ska bli så korrekt som möjligt är det fördelaktigt om samma personal serverar och dukar av (ibid.).

Mellanmål ska serveras flera gånger om dagen och om så behövs kan dessa energiberikas (Lind & Sahlqvist, 2012). Det är även viktigt att nattfastan inte blir för lång. Skulle nattfastan vara över 11 timmar kan mellanmål erbjudas (ibid.).

Barriärer i nutritionsvården

I en artikel av Ross, Mudge, Young och Banks (2011) framkommer det att sjuksköterskor upplever att de har lite kunskap kring nutrition. Det handlar främst om att de känner sig osäkra på hur patienter ska screenas men också hur hjälpmedel för undernäring ska användas och vilka behandlingar mot undernäring som finns (Eide, Halvorsen & Almendingen, 2015; Ross et al., 2011). Sjuksköterskorna uttrycker själva att de känner sig osäkra på och saknar kunskap om vilka konsekvenser och risker undernäring hos äldre patienter kan få (Eide et al., 2015).

En annan barriär är att kommunikationen mellan professionerna gällande nutritionsvården är bristfällig (Ross et al., 2011). Dokumentationen är mycket dålig, den görs inte alls eller på fel

sätt i journalsystemet, (Eide et al., 2015; Geurden, Wouters, Franck, Weyler & Ysebaert, 2014) och det finns en otydlighet i vem som gör vad i nutritionsvården (Ross et al., 2011). Sjuksköterskor säger att de känner sig ensamma i arbetet med äldre patienters undernäring och att de känner ett extra stort ansvar för nutritionsvården eftersom de upplever att andra professioner inte tar ansvar, engagerar sig eller finns tillgängliga (Eide et al., 2015). För lite uppmärksamhet ges åt nutritionsvården, vilket sjuksköterskorna menar beror på att fokus ligger på mer akuta tillstånd hos patienten och att vårdtiderna är korta (ibid.).

Ross et al. (2011) lyfter också en problematik kring måltiden. Sjuksköterskor uttrycker att det är tidsbrist kring måltiderna på grund av alla andra saker som behöver göras och prioriteras hos patienterna, så som toalettbesök, matning, utdelning av mediciner eller lunchrast. Detta gör att sjuksköterskor känner maktlöshet över att inte kunna prioritera nutritionsvården. Om patienten missar ett mål finns det ofta dåliga möjligheter att erbjuda mellanmål i någon annan form än smörgås (ibid.). Eide et al. (2015) talar om en begränsad flexibilitet gällande tider och få valmöjligheter bland rätterna. Detta gör att det blir svårt att individualisera måltiderna för patienterna (ibid.).

Perspektiv och utgångspunkter

Då studien ska belysa sjuksköterskans arbete för att behandla undernäring hos patienter är det av vikt att veta vilken syn sjuksköterskan har på patienten. I den humanistiska människosynen ingår det att människor har lika värde och rättigheter, vilket framhålls i både hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) och patientlagen (SFS 2014:821). Människovärdesprincipen är därför viktig, inte minst när det gäller prioriteringar i vården (Thorsén, 1997).

Människan har rangordnade basbehov och det första av dessa basbehov är fysiologiskt som bland annat innefattar behovet av föda, vatten och luft (Thorsén, 1997). Ur detta förstås att undernäring är ett mycket viktigt problem då behovet av föda, ett av de första basbehoven, inte tillgodoses. Människan måste tillfredsställa sitt första basbehov för att nästa behov ska uppkomma och kan med sitt förnuft och fria vilja själv välja att tillfredsställa basbehoven eller inte. Enligt humanismen är människans mål att uppnå självförverkligande, vilket kräver att hennes behov är tillfredsställda och att personligheten kan utvecklas. Otillfredsställda behov beror på att människan inte följer eller lyssnar på sitt förnuft och inre signaler. Genom pedagogik och information kan människan få bättre underlag för sina beslut (ibid.).

Omvårdnadsteoretikern Virginia Henderson (1966) belyser, i likhet med humanismen, att alla patienter har basala omvårdnadsbehov som måste uppfyllas av sjuksköterskan eller patienten själv för att åstadkomma god hälsa. Ett av de 14 omvårdnadsbehoven är att patienten ska få sitt näringsbehov tillgodosett (ibid.). Då det är sjuksköterskans ansvar att tillgodose patientens nutritionsbehov är det viktigt att hen har verktygen för att kunna göra det. Därför är det viktigt att belysa hur sjuksköterskan kan motverka undernäring. Om omvårdnadsbehoven inte tillgodoses blir patientens hälsa och livskvalitet lidande (Alexander et al., 1998). Saknar patienten vilja, kunskap eller styrka att genomföra nödvändiga förändringar för att uppfylla de basala omvårdnadsbehoven ska sjuksköterskan stödja och undervisa (Henderson, 1966), vilket i humanismen ses som att ge underlag för människan att fatta bättre beslut.

Människan kan ses ur olika perspektiv: biologiskt perspektiv, psykologiskt perspektiv, interpersonellt perspektiv, organisationsperspektiv, samhällsligt perspektiv, kulturellt perspektiv, ekologiskt perspektiv och existentiellt perspektiv (Thorsén, 1997). I en helhetssyn kompletterar varje perspektiv vartannat och människan ses i ett komplicerat samspel av de olika perspektiven. Helhetssyn kan inom sjukvård ses som att en patient inte enbart botas genom operation eller medicinering, utan att andra delar så som omvårdnad och ändrad livsstil spelar en stor roll för människans fungerande (ibid.). Då omvårdnad är sjuksköterskans område faller det sig naturligt att patienterna ses med en helhetssyn.

Det går inte att skilja mellan patientens fysiska och psykiska välbefinnande, vilket tydliggör betydelsen av att sjuksköterskan belyser båda områdena vid sjukdom och behandling (Alexander et al., 1998). Henderson (1966) poängterar vikten av att sjuksköterskan lär känna och förstår patienten för att kunna uppmuntra till självhjälp och uppnåendet av god hälsa. Henderson förespråkar således att sjuksköterskan ser patienten ur både ett humanistiskt- och helhetsperspektiv för att kunna ge god omvårdnad.

Studiens betydelse

Enligt Socialstyrelsens lägesrapport (2016) är undernäring fortfarande ett problem inom sjukvården, trots att undernäring är ett väl utforskat område och att det anses vara en mänsklig rättighet att få sitt näringsbehov tillgodosett (Rothenberg, 2017c). I studien belystes hur sjuksköterskan kan behandla undernäring hos äldre patienter på sjukhus. I detta innefattas vilka åtgärder sjuksköterskan kan vidta för att uppnå optimeringen. Studien syftade till att ge

en lättöverskådlig bild och det är författarnas förhoppning att resultaten ska vara användbara i praktiken.

Syfte

Syftet var att belysa hur sjuksköterskor kan motverka undernäring hos äldre patienter på sjukhus.

Metod

Studien genomfördes som en litteraturöversikt, vilket innebär att en specifik fråga ställs och undersöks genom att söka, granska och sammanställa forskningsresultat från relevant litteratur (Friberg, 2006). Metoden valdes då studien är tänkt att ge en överblick över nutida forskning (ibid.).

Urval

Sökningar efter artiklar gjordes i databaserna PubMed och CINAHL, då dessa ger omvårdnadsvetenskapliga sökresultat (Lunds universitet, 2017). Inklusionskriterier var publikationsår tidigast 2007 samt att artiklarna var skrivna på engelska. Exklusionskriterier var att de sökta artiklarna inte handlade om äldre på äldreboende eller med hemtjänst, NOT “nursing home”, för att utesluta brus i sökresultaten.

Söktermerna utgick från begrepp som återfinns i syftet. Dessa begrepp är sjuksköterska, undernäring, äldre och sjukhus. Även synonymer till begreppen söktes på för att inte missa relevanta artiklar. Sökorden blev således: *nurses*, *nursing*, *malnutrition*, *nutritional status*, *aged*, *hospital**, *hospital*, *hospitals*, *hospitalized* och *inpatients*. Sökorden var både MeSH-termer, CINAHL Headings och fritext. Synonyma sökord kombinerades med OR.

Kombinationerna kombinerades sedan i sin tur med AND för att ge relevanta sökresultat.

Datainsamling

I artikelsökningen (se sökschema för respektive databas i bilaga 1 och bilaga 2) gjordes ett första urval utifrån ämnesrelevanta rubriker. Av de artiklar där rubrikerna ansågs vara relevanta (82) lästes abstrakt och en andra sortering gjordes. Om abstrakten svarade väl på syftet lästes hela artikeln (26) och därefter gjordes en kvalitetsgranskning.

Artiklarna som valdes (9) granskades enligt Forsberg och Wengströms (2013) granskningsmallar för kvalitativa studier eller kvantitativa studier. Artiklarna bedömdes utifrån hur väl de besvarade kriterierna i granskningsmallen. Författarna skapade ett poängsystem utifrån granskningsmallarna som sedan omräknades i procent. Artiklar med 70%-100% kvalitet ansågs hålla hög kvalitet och fick ingå i studien. Artiklar under 70% ingick inte i studien då kvaliteten på artikeln ansågs vara för låg.

Analys av data

Dataanalysen gjordes med induktiv ansats och utifrån integrerad analys. Integrerad analys är ett sätt att sammanställa resultatet i en litteraturstudie till en överskådlig bild (Kristensson, 2014). Artiklarna som valdes ut lästes för att ge en god översikt av innehållet (Friberg, 2006). Likheter och skillnader i artiklarnas resultat identifierades beträffande sjuksköterskans åtgärder för att behandla undernäring hos äldre patienter på sjukhus. Resultat från både kvalitativa och kvantitativa studier som berört samma område sammanställdes under teman och subteman.

Forskningsetiska avvägningar

Då en humanistisk människosyn tillämpades i studien föll sig människovärdesprincipen som en naturlig etisk princip i det författarna ville åstadkomma. Människovärdesprincipen innebär att sjuksköterskan ska behandla patienter lika och rättvist (Munoz, 2016). I studien strävades också efter att göra gott och bota eller lindra patientens besvär gällande nutrition, vilket faller under godhetsprincipen. I samma anda förespråkar principen att inte skada att sjuksköterskan är skyldig att förebygga eller förhindra skada samt minimera patientens lidande (ibid.).

Artiklarna valdes utifrån deras kvalitet, om de hade etiska godkännanden samt efter hur väl de besvarade syftet (Sandman & Kjellström, 2013) för att säkerställa god forskningsetik. World Medical Association (WMA) rekommenderar att forskning på människor ska följa direktiven i Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2013). Därför anser författarna det vara fördelaktigt om de sökta artiklarna följt denna deklaration.

Resultat

I studien ingick nio artiklar, fem kvalitativa och fyra kvantitativa, som genererats enligt integrerad analys. Artiklarna har genomförts i Danmark (3), Australien (2), Storbritannien (2), Sverige (1) och Österrike (1). Efter granskningen sammanställde författarna resultatet kring tre teman. Dessa teman var: ökat matintag hos patienten, individualiserad nutritionsbedömning samt sjuksköterskans etik i nutritionsvården. Temana delades i sin tur upp i sex subteman (Figur 1). Hela sammanställningen kan läsas nedan.

Hur sjuksköterskan kan motverka undernäring					
Ökat matintag hos patienten		Individualiserad nutritionsbedömning		Sjuksköterskans etik i nutritionsvården	
Assistering vid måltiden	Estetik kring måltiden	Samarbete med patienten	Interprofessionellt samarbete	Lyhördhet för patienten	Möta patientens behov

Figur 1. Resultatets kategorier och underkategorier

Ökat matintag hos patienten

Assistering vid måltiden

Flera artiklar visar att assistering vid måltider, i detta fall matning, ger ett ökat matintag hos äldre patienter, med risk för eller identifierad undernäring, på sjukhus (Heaven, Bamford, May, & Moynihan, 2013; Young et al., 2016; Young, Mudge, Banks, Ross, & Daniels, 2013). Assistering som gavs inom tio minuter efter att måltiden blivit serverad gav ett signifikant ($p < 0,01$) ökat matintag hos patienterna jämfört med om assisteringen blev försenad eller glömdes bort, eftersom maten fortfarande var aptitlig inom de tio minuterna (Young et al., 2016). Det visade sig också att punktlighet kring måltider gav positiv effekt hos undernärda patienter, men att det kunde vara svårt att få punktligheten att fungera på grund av tidsbrist, prioriteringar, personalbrist och oklarheter i vems arbetsuppgiften var (ibid.). Om det under måltiderna fanns en extra personal dedikerad till att assistera patienterna och om avdelningen infört *protected mealtimes*, här översatt till ostörda måltider, vilket syftar till att personal är tillgänglig vid måltiderna och har planerat sitt arbete för att kunna prioritera måltiderna, fick signifikant ($p < 0,01$) fler patienter måltidsassistering (Young et al., 2013). Detta ledde till att patienternas energi- och proteinbehov i större utsträckning nåddes (ibid.). Young et al. (2016)

lyfte också vikten av vilken position patienten hade vid sin måltid. Patienter som hade en sittande position vid måltider hade också ett bättre matintag än de som låg ned vid måltider (ibid.). Att assistera patienter vid måltider och att se till att maten finns inom räckhåll är enkla åtgärder för att upprätthålla patienternas värdighet (Heaven et al., 2013).

Estetik kring måltiden

Hur maten serveras till patienterna påverkar deras matintag (Allen, Methven, & Gosney, 2014; Heaven et al., 2013; Holst et al., 2017). Heaven et al. lyfte fram vikten av att servera de patienter som var i behov av assistans sist, för att hålla maten varm och i rätt konsistens, tills någon kunde assistera. Ett positivt resultat gällande matintaget hos patienter sågs även om portionerna var mindre och det fanns en flexibilitet gällande byte av rätter (ibid.). Äldre patienter med demens eller lätt kognitiv svikt och undernäring eller risk för undernäring drack signifikant mer av sin näringsdryck om den serverades i glas jämfört med om den serverades med sugrör direkt ur flaskan (64,6 % jämfört med 57,3 %, $p = 0,027$) (Allen, Methven, & Gosney, 2014). Att servera näringsdryck ur ett glas gav därför ett ökat intag av energi och protein (ibid.).

I studien av Holst et al. (2017) gjordes förändringar av estetiken kring måltiderna. Dessa förändringar var förbättrad estetik i matsalen (ommålning, borttagande av sjukdomsinformation, inköp av dukar, vaser, färgglada brickor och servetter, lugn bakgrundsmusik) och en välkomstbricka som serverades av patientansvarig sjuksköterska när patienterna blev inskrivna på avdelningen (vackert glas med näringsdryck, broschyr med info som meny, information om nutritionsservicen på avdelningen, råd om hur man kan förbättra sin aptit under sjukhusvistelsen). När välkomstbrickan delades ut gjordes också en välkomstintervju (nutritionsscreening gjordes tillsammans med en intervju kring patientens matpreferenser och behov av hjälp vid måltider). Även utbildning av omvårdnads- och servicepersonal (gällande estetik vid servering, portionsstorlekar och måltidsassistans med fokus på att möta individuella preferenser) samt ändrade menyer och tillägg av "toppings" som underlättade att möta preferenser gjordes. Detta gav ett signifikant ($p = 0,036$) förbättrat energiintag hos patienterna som upplevde förändringarna som positiva. Den individuella servicen gav dem en bättre aptit och mötte deras behov gällande maten. Nöjdhet uttrycktes kring både servering, estetik i matsalen och välkomstbrickan. Sjuksköterskor tyckte att välkomstbrickan gav dem ett naturligt sätt att prata om nutritionen med patienterna. Sjuksköterskor upplevde även att samarbetet med patienterna kring deras nutrition blev bättre.

Tydligare struktur kring nutritionsarbetet och att uppgiften lyftes fram upplevdes positivt (ibid.). Servering av mat är viktig, alla vill ha det på sitt eget vis (Holst, Rasmussen, & Laursen, 2011).

Individualiserad nutritionsbedömning

Samarbete med patienten

Det framkom i artikeln av Söderhamn och Söderhamn (2009) att det var fördelaktigt att låta patienten själv eller närstående till patienten berätta om dennes nutritionssvårigheter då det gav viktig information som kunde underlätta sjuksköterskans arbete kring nutritionsbedömningen. Informationen kunde underlättas av att sjuksköterskan visste vilka svårigheter som patienten kunde vilja lyfta, till exempel ätsvårigheter, ofrivillig viktnedgång, aptit och rörlighet. Genom informationen blev sjuksköterskan medveten om nutritionssvårigheterna och deras betydelse och relevans för patienten. Observationer över patienternas matintag, dryckesintag och vilken problematik de hade under måltider underlättade ytterligare i nutritionsbedömningen. Om observationerna gjordes på rutin uppmärksammades undernäring hos patienterna i högre grad och det blev även lättare att gå vidare med interventioner. Genom att kontinuerligt få den muntliga informationen tillsammans med observationer och kontroller kunde man fortsätta bedömningen och utvärdera behandlingen. Kontinuiteten underlättades med hjälp av att använda en omvårdnadsplan för nutrition samt kostregistrering (ibid.).

Pedersen, Tewes och Bjerrum (2012) visade att om man utbildade sjuksköterskor kring nutrition och undernäring så berättade fler patienter om sina ätsvårigheter för personalen, fick den assistans de behövde och fick i större utsträckning den konsistensanpassade mat de bad om. Utbildning gav också positivt utfall på patienternas kunskap kring vad som ökar energiintaget. Fler förstod att grönsaker inte ökar energiintaget, att mejeriprodukter inte ska undvikas och att dieter inte föredras när man är sjuk. Resultatet visade att utbildning och riktlinjer förbättrade nutritionen hos patienterna (ibid.).

Interprofessionellt samarbete

Samarbetet mellan olika vårdprofessioner underlättar bedömningen av patientens nutritionsrisk (Söderhamn & Söderhamn, 2009). Ett sådant samarbete kan vara att låta undersköterskan observera patienten under måltider och sedan rapportera över hur måltiden

gått till sjuksköterskan eller att läkaren behandlar bakomliggande orsaker till nutritionsrisken, som till exempel sjukdomar. Om samarbetet inte fungerar eller informationen mellan vårdprofessionerna blir fel så blir patientens nutrition lidande (ibid.).

Eglseer, Halfens och Lohrmann (2017) visade att om validerade bedömningsinstrument användes på vårdavdelningar så upptäcktes fler patienter med risk för eller konstaterad undernäring. Vårdavdelningar som använde validerade bedömningsinstrument gav ett ökat interprofessionellt samarbete som i sin tur ledde till att mer adekvata åtgärder sattes in. Sådana åtgärder kunde vara energirikare mellanmål, att maten som serverades var mer anpassad efter patienten och en att en bättre beräkning av matintaget hos patienten gjordes (ibid.).

Sjuksköterskans etik i nutritionsvården

Lyhördhet för patienten

Söderhamn och Söderhamn (2009) förtydligade att det finns nödvändiga förhållanden som krävs för att nutritionsvården ska bli så bra som möjligt för patienten. Dessa nödvändiga förhållanden var att lyssna på patienten genom att vara lyhörd för dennes önskemål samt att sjuksköterskan var etiskt medveten. Det var också viktigt att bedöma patientens motivation att äta för att kvaliteten på nutritionsvården skulle vara hög (ibid.).

Att ofrivilligt gå ned i vikt gjorde att patienten kände sig orolig över sitt tillstånd, denne fick en försämrad fysisk styrka och kände mera obehag av sin sjukdom (Holst et al., 2011). Även om patienten lade märke till att medicineringen påverkade förmågan att äta var det inget denne vågade ta upp med vårdpersonalen. Patienten blev likgiltig, fick svårt att koncentrera sig och saknade hopp (ibid.).

Möta patientens behov

I Holst et al.:s (2011) artikel nämns två patientgrupper gällande motivation och förväntningar på vårdpersonalen. En grupp var passiv utan någon motivation som förlitade sig helt på personalens interventioner men utan att lägga märke till dem. Den andra gruppen var aktiv, pratade om fördelar och nackdelar med nutritionsterapi och var överens om att ätandet gav energi och en slags kontroll över att kunna förändra sin situation till det bättre. Den aktiva gruppen ansåg att det gav motivation att sätta upp små mål men att dryckes- och

kostregistrering var omotiverande om vårdpersonalen inte uppmärksammade dem. Det uppskattades av patienter att vårdpersonalen intresserade sig för nutritionsstatusen (ibid.).

Under måltiderna är det viktigt att möta patientens behov genom uppmuntran till att äta och, om nödvändigt, minska portionsstorleken då en för stor portion kan kännas övermäktig (Heaven et al., 2013). Patienter som har glasögon ska få ha dessa på under måltiderna eftersom det ger en ökad positiv upplevelse. Om patienten behöver hjälp med matning är det viktigt att sjuksköterskan visar medmänsklighet, upprätthåller patientens värdighet under matningen och förstår patientens perspektiv kring matningen. Patienten kan inte alltid säga ifrån själv och då måste sjuksköterskan vara lyhörd och förstå patientens oro både kring maten men även kring till exempel toalettbesök. Att kunna lugna och försäkra att tid för toalettbesök finns kan öka patientens vilja att äta. Det är viktigt att låta de patienter som kan äta själva få göra detta för att öka deras självkänsla, men tidsbrist hos personal gör att fler blir matade, än tillåts att äta själva med personalens stöttning, då matning går fortare än när patienterna själva äter. Nutritionsarbete, som exempelvis assistering, anses av personalen klaras av med hjälp av sunt förnuft och utan direkt kunskap. Detta leder även till en otydlighet kring vem som ansvarar för assistering av patienter och deras nutritionsstatus. Nutritionsarbete kräver kunskap och skicklighet och det är viktigt att sjuksköterskan hittar tillbaka till nutritionsarbetet och tar rollen som ansvarig för detta arbete (ibid.).

Diskussion

Studien har gett en överblick över hur sjuksköterskan kan motverka undernäring hos äldre patienter på sjukhus. För att uppnå en god nutritionsvård för äldre patienter på sjukhus har resultatet visat att sjuksköterskan behöver öka patienternas matintag och förbättra nutritionsbedömningen. Resultatet visar också att utbildning och kunskap har betydelse för kvaliteten på nutritionsvården samt hur viktigt det är med medmänsklighet.

Metoddiskussion

Valet av metoden litteraturöversikt gjordes för att överblicka nutida forskning och ge ett avstamp för vidare forskning (Friberg, 2006). Författarnas förhoppning var att studien skulle kunna vara användbar i praktiken, och i enlighet med Kristensson (2014) är metoden lämplig även för detta ändamål. Även om arbetssättet i studien varit systematiskt så är den inte en systematisk litteraturstudie och den håller därför inte heller lika hög kvalitet som en sådan

(Friberg, 2006). I studien ingår både kvantitativa och kvalitativa artiklar utan någon djupare metaanalys eller metasyntes och den är därför inte lika omfattande som en systematisk litteraturstudie (Forsberg & Wengström, 2013). En annan svaghet med att göra en litteraturöversikt är att den grundar sig i få referenser eller att urvalet påverkats av författarnas åsikter (ibid.). Författarnas avsikt var att läsa de valda artiklarna med ett öppet sinne och utan förutfattade meningar kring vilka fynd som skulle göras. Artiklarna som har valts kan påvisa det som författarna vill ta upp. Författarna är av insikten att språksvårigheter och felaktiga översättningar kan ha gett feltolkningar i studien, i enlighet med Sandman & Kjellström (2013). För att undvika plagiering har författarna gjort sitt yttersta för att referera och citera enligt APA-systemet (Röda Korsets Högskola, 2014).

Sökorden har tagits från begrepp som återfinns i syftet och därmed har relevanta sökresultat erhållits. Eftersom syftet var att belysa hur sjuksköterskor kan motverka undernäring hos äldre på sjukhus kunde det ha varit en fördel att avgränsa sökningarna till interventioner sjuksköterskan kan göra. Sökresultaten kunde på så sätt blivit mer relevanta, men samtidigt skulle en del resultat ha missats. Datainsamlingen startade med urval utifrån titel, abstrakt och sedan heltext. Författarna kan i denna process ha missat relevanta artiklar på grund av feltolkningar eller missuppfattningar. I den fortsatta granskningsprocessen kvalitetsgranskades artiklarna enligt Forsberg och Wengströms (2013) granskningsmallar och enbart de artiklar som höll hög kvalitet togs med i studien.

Författarna är av åsikten att det inte var så lätt att hitta artiklar som förväntat. Detta kan tänkas bero på att det inte är etiskt försvarbart att göra en behandlande intervention på en urvalsgrupp och inte på en annan när det gäller undernäring. För att utöka sökområdet gjordes en andra artikelsökning där ordet nutritional status ersatte malnutrition.

I studien valdes att undersöka äldre patienter och dessa definierades till 65 år eller äldre. Några av de artiklar (Eglseer et al., 2016; Holst et al., 2011; Holst et al., 2017; Pedersen et al., 2012; Young et al., 2016) som inkluderats i studien har inte haft helt rätt målgrupp gällande ålder utan har haft blandade åldrar. Den äldre gruppen ingår dock i alla urvalsgrupper och därmed är medelåldern hög i sju av de nio artiklarna. På dessa grunder anser författarna att artiklarnas resultat kan ingå i studien. I studien förekommer också artiklar (Holst et al., 2011; Söderhamn & Söderhamn, 2009) med ett litet eller specifikt urval som gör att resultaten inte

är generaliserbara. Artiklarna ingår ändå i studien då resultaten visar på ett positivt utfall vid förändring även om det kan behövas större studier för att göra resultatet generaliserbart.

Resultatdiskussion

Patienter har basala omvårdnadsbehov (Henderson, 1966). Dessa behov behöver tillgodoses av sjuksköterskan eller patienten själv för att patienten ska uppnå god hälsa, vilket också överensstämmer med vad hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30, kap. 3, 2 §) säger. Ett av de basala omvårdnadsbehoven är att näringsbehovet ska tillgodoses (Henderson, 1966). Om patienten inte klarar att uppfylla behovet på egen hand ska sjuksköterskan axla ansvaret (ibid.). Ett sätt att göra detta kan vara genom att assistera patienten vid måltider.

Det har visat sig att assistering av äldre, undernärda patienter på sjukhus vid måltider ökar deras matintag (Heaven et al., 2013; Young et al., 2016; Young et al., 2013). Punktlighet, både kring vilka tider maten serveras, men också gällande när assistering sker i förhållande till serveringen, är av stor vikt för matintaget (Young et al., 2016). Ross et al. (2011) och Young et al. (2016) visar dock att sjuksköterskor känner sig stressade kring måltider, på grund av många andra sysslor som ska göras samtidigt. Humanismens människovärdesprincip och helhetssyn på människan sätter sjuksköterskan i ett etiskt dilemma vid måltiderna. Hur ska det avgöras vilken patient som ska få hjälp först? Är det lika viktigt att få äta som att få gå på toaletten? På dessa grunder kan tänkas att delegering av måltidsassistering sker till annan vårdpersonal. Delegeringen kan dock leda till att sjuksköterskan får en minskad insyn i patientens näringsintag och näringstillstånd. En bättre lösning kan istället vara att införa ostörda måltider, vilket innebär att vårdpersonal ska ha fokus på måltiden när det är dags för måltid och inte göra andra uppgifter (Young et al., 2013). Ett annat sätt att underlätta tidsproblematiken vid måltider kan vara att servera de patienter som behöver måltidsassistering sist (Heaven et al., 2013). På så sätt är maten också fortfarande varm när patienten ska äta (ibid.).

Individanpassning av måltider kan göras på många olika sätt. Ett sätt kan vara att patienten får rätt konsistensanpassning (Westergren 2014) eller berikning av maten som serveras (Lind & Sahlqvist, 2012). Holst et al. (2017) införde bland annat förfrågningar av patienter om vilken mat som föredrogs, ändrade menyer och lade till "toppings" på maten för att kunna möta preferenser. Man kan fråga sig om det är realistiskt att individanpassa måltider till att

patienten får äta helt enligt eget önskemål. Individualisering av måltider tyder dock på goda resultat (Heaven et al., 2013; Holst et al., 2017) och det kan därför vara av vikt att forska vidare i frågan om hur stora anpassningar som fungerar för både vårdgivare och vårdtagare.

En omvårdnadsplan gällande nutrition ska utformas i samråd med patienten (Henderson, 1966; Rothenberg, 2017c). Det är då viktigt att ha en öppen dialog med patienten under arbetets gång. Många äldre är inte med när beslut ska tas då de själva inte insisterar eller visar en önskan om att få vara med (Kirkevold, 2013a). Sjuksköterskan måste vara medveten om detta och bjuda in den äldre till samtalet kring behandling. När man blir äldre och sjukare blir behovet av hjälp större och detta ansvar tar främst anhöriga hand om (Kirkevold, 2013b). Då anhöriga har en stor del i omvårdnadsarbetet kan det vara fördelaktigt att samla in information även från dem. Söderhamn och Söderhamn (2009) tar upp vikten av att sjuksköterskan frågar patienten om kostvanor, matpreferenser eller om det föreligger någon ätproblematik, som till exempel sväljsvårigheter, för att underlätta behandlingen av undernäring. Om patienten inte kan ge svar eller ger otillräcklig information är det viktigt att sjuksköterskan vänder sig till anhöriga för att få information och höra deras upplevelser av hur den anhörige äter (ibid.). Ett dilemma kan vara äldre som är sjuka men inte har anhöriga som kan hjälpa till, då sjuksköterskan kan ha svårt att få information gällande matvanor och matpreferenser.

Att få sitt näringsbehov uppfyllt är varje människas rättighet och något som bidrar till hälsa, vilket varje vårdgivare ska arbeta för (Henderson, 1966; SFS 2017:30, kap. 3, 2 §). Trots detta upplever dagens sjuksköterskor att nutritionsarbetet hamnar på fall (Eide et al., 2015; Geurden et al., 2014; Ross et al., 2011; Socialstyrelsen, 2016). Några av orsakerna är att dokumentationen är bristfällig (Eide et al., 2015; Geurden et al., 2014; Ross et al., 2011), kommunikationen mellan professionerna är dålig (Ross et al., 2011) och att det är otydligt vilken profession som har vilken roll i arbetet (ibid.).

Eide et al. (2015) och Ross et al. (2011) rapporterar att sjuksköterskor känner sig osäkra och utbildade när det kommer till undernäring och hur man kan motverka den. Utbildning gällande nutritionsvård och servering av måltider har gett goda effekter på energiintaget, patienternas upplevelser av måltiderna (Holst et al., 2017) och patienternas delaktighet i nutritionsvården (Pedersen et al., 2012). Med detta konstaterande kommer följdfrågor. Hur stor är betoningen på basal omvårdnad, där nutrition ingår (Henderson, 1966), i grundutbildningen? Är det så att en utbildning för sjuksköterskor genererar en tydlighet för

alla professioners roll i nutritionsarbetet eftersom sjuksköterskan är den som ansvarar för och leder nutritionsarbetet (Rothenberg 2017a), eller behövs en utbildning för alla professioner?

Sjuksköterskor menar vidare att de känner sig ensamma i nutritionsarbetet och att andra professioner inte engagerar sig eller finns tillgängliga, vilket anses bero på att fokus ligger på mer akuta tillstånd hos patienterna och att vårdtiderna är korta (Eide et al., 2015). Även om undernäring inte alltid är ett akut tillstånd så framkommer det att undernäring leder till stor problematik och ökat lidande för patienten (Barker, Gout & Crowe, 2011; Correia & Waitzberg, 2003). Att åtgärda de mer akuta tillstånden utan att samtidigt åtgärda undernäringssituationen ger inte en optimal vård och hälsa för patienten. Av den anledningen kan man fundera över vad som egentligen är viktigast och hur engagemanget kring nutrition kan vara så litet.

Slutsats och kliniska implikationer

Undernäring hos äldre på sjukhus kan motverkas av sjuksköterskor.

Undernäringssituationen är komplex och behöver därför angripas från flera olika håll. En åtgärd är att ge assistering vid måltider, när assistering behövs, och att ge den i rätt tid. Tiden för assistering kan avsättas med hjälp av ostörda måltider. En annan individanpassning är att tänka på estetiken kring måltiderna. Det kan tänkas att vidare forskning kan behövas gällande hur stor individanpassning av måltider som är rimligt och gynnsamt för både vårdgivare och vårdtagare.

Resultatet visar även att användandet av validerade nutritionsverktyg ger en mer korrekt nutritionsbedömning och ökar det interprofessionella arbetet. Genom ett interprofessionellt arbete ökar också kvaliteten på nutritionsvården. Utöver det interprofessionella arbetet behövs också ett samarbete med patienten och dennes anhöriga, dels för att kunna göra en god nutritionsbedömning av patienten men också för att kunna motivera denne i behandlingen.

Författarnas arbetsfördelning

Författarna anser sig ha varit lika delaktiga i arbetet med studien. Författarna har tagit lika stor del i arbetet med alla moment, med undantag för sökningen i databaserna då Hanna Olow gjort urval efter rubrik och abstrakt i PubMed och Ida Olsson gjort motsvarande urval i CINAHL, dock i samråd med varandra.

Referenser

Alexander, E. J., Wertman DeMeester, D., Lauer, T., Tomey, A., Neal, E. S. & Williams, S. (1998). Virginia Henderson: Definition of Nursing. I A. Marriner-Tomey & M. R. Alligood (Red.), *Nursing theorists and their work* (pp. 99-111). St. Louis, Mo.: Mosby.

*Allen, V. J., Methven, L. & Gosney M. (2014). Impact of serving method on the consumption of nutritional supplement drinks: randomized trial in older adults with cognitive impairment. *Journal of Advanced Nursing*, 70(6), 1323-1334.

Barker, L. A., Gout, B. S. & Crowe, T. C. (2011). Hospital malnutrition: Prevalence, identification and impact on patients and the healthcare system. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(2), 514-527.

Bondevik, M. & Nygaard, H. (2005). *Geriatrisk ur ett tvärprofessionellt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

Brodtkorb, K. (2013). Näring, mat och måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. Hylen Ranhoff (Red.), *Geriatrisk omvårdnad: God omsorg till den äldre patienten* (s. 250-261). Stockholm: Liber.

Correia, I. T. D. & Waitzberg, D. L. (2003). The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clinical Nutrition*, 22(3), 235-239.

*Eglseer, D., Halfens, R. & Lohrmann, C. (2017). Is the presence of a validated malnutrition screening tool associated with better nutritional care in hospitalized patients? *Nutrition*, 37(2017), 104-111.

Eide, H., Halvorsen, K. & Almendingen, K. (2015). Barriers to nutritional care for the undernourished hospitalised elderly: perspectives of nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 24(5), 696-706.

Ericson, E. & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar: Patofysiologi, omvårdnad, behandling*. Lund: Studentlitteratur.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värderingar, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.

Friberg, F. (2006). Att göra en litteraturoversikt. I Friberg, F. (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Geurden, B., Wouters, C., Franck, E., Weyler, J. & Ysebaert, D. (2014). Does Documentation in Nursing Records of Nutritional Screening on Admission to Hospital Reflect the Use of Evidence-Based Practice Guidelines for Malnutrition? *International Journal of Nursing Knowledge*, 25(1), 43-48.

*Heaven, B., Bamford, C., May, C. & Moynihan, P. (2013). Food work and feeding assistance on hospital wards. *Sociology of Health & Illness*, 35(4), 628-642.

Henderson, V. (1966). *The nature of nursing: a definition and its implications for practice, research, and education*. New York: The Macmillan company.

*Holst, M., Beermann, T., Mortensen, M., Skadhauge, L., Köhler, M., Lindorff-Larsen, K. & Rasmussen, H. (2017). Optimizing protein and energy intake in hospitals by improving individualized meal serving, hosting and the eating environment. *Nutrition*, 34, 14-20.

*Holst, M., Rasmussen, H. & Laursen, B. (2011). Can the patient perspective contribute to quality of nutritional care? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(1), 176–184.

Jakobsson Ung, E. & Lützén, K (2014) Sjuksköterskeyrket som profession och omvårdnad som akademiskt ämne. I Ehrenberg, A & Wallin, L. (Red). *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling*. Lund. Studentlitteratur.

Kirkevold, M. (2013a). Den äldres integritet. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. Hylén Ranhoff (Red.), *Geriatrisk omvårdnad: God omsorg till den äldre patienten* (s. 89-97). Stockholm: Liber.

Kirkevold, M. (2013b). Samarbete med äldre och närstående. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. Hylén Ranhoff (Red.), *Geriatrisk omvårdnad: God omsorg till den äldre patienten* (s. 121-134). Stockholm: Liber.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.

Lindh, M. & Sahlqvist, L. (2012). *Säker vård*. Stockholm: Natur & Kultur.

Lunds universitet. (2017). *Databaser*. Hämtad 17 april, 2017, från Medicinska fakulteten, http://www.med.lu.se/bibliotek_och_ikt/soektjaenster/databaser

Munoz, J. (2016). *Etisk plattform för Hälso- och sjukvården*. Hämtad 26 april, 2017, från Karolinska Universitetssjukhuset, <http://www.karolinska.se/for-patienter/din-vard-pa-karolinska/kvalitetsuppfoljningar-och-resultat/etik-pa-karolinska/etik/>

*Pedersen, P., Tewes, M. & Bjerrum, M. (2012). Implementing nutritional guidelines - the effect of systematic training for nurse nutrition practitioners. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1), 178-185.

Romören, T. I. (2010). Äldre, hälsa och hjälpbehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkord & A. Hylén Ranhoff (Red.), *Geriatrisk omvårdnad: God omsorg till den äldre patienten* (s. 29-36). Stockholm: Liber.

Ross, L., Mudge, A., Young, A. & Banks, M. (2011). Everyone's problem but nobody's job: Staff perceptions and explanations for poor nutritional intake in older medical patients. *Nutrition & Dietetics*, 68(1), 41-46.

Rothenberg, E. (2017a). *Ansvarsfördelning [nutrition]*. Hämtad 10 april, 2017, från Vårdhandboken, <http://www.vardhandboken.se/Texter/Nutrition/Ansvarsfordelning/>

Rothenberg, E. (2017b). *Behandling/Vårdplan [nutrition]*. Hämtad 14 december, 2017, från Vårdhandboken, <http://www.vardhandboken.se/Texter/Nutrition/Behandlingvardplan/>

Rothenberg, E. (2017c). *Översikt [nutrition]*. Hämtad 26 april, 2017, från Vårdhandboken, <http://www.vardhandboken.se/Texter/Nutrition/Oversikt/>

Röda Korsets Högskola. (2014). *Guide till referenshantering enligt APA-systemet*. Hämtad 11 april, 2017, från Röda Korset, <http://www.rkh.se/PageFiles/466/APA-referensguide.pdf>

Sandman, L. & Kjellström, S. (2013). *Etikboken : Etik för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur.

SFS 2014:821. *Patientlag*. Hämtad 11 april, 2017, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 11 april, 2017, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30

Socialstyrelsen. (2011). *Näring för god vård och omsorg: En vägledning för att förebygga och behandla undernäring*. Hämtad 7 april, 2017, från Socialstyrelsen, <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18400/2011-9-2.pdf>

Socialstyrelsen. (2016). *Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2016*. Hämtad den 7 april 2017 från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20139/2016-4-21.pdf>

SOSFS 2014:10. *Förebyggande av och behandling vid undernäring*. Hämtad 7 april, 2017, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19550/2014-10-12.pdf>

*Söderhamn, U. & Söderhamn, O. (2009). A successful way for performing nutritional assessment in older patients, *Journal of Clinical Nursing*, 18(3), 431-439.

Thorsén, H. (1997). *Omvårdnadsmodeller, människosyn, etik*. Stockholm: Liber

Westergren, A. (2014). Nutrition och ätande. I Edberg A., Wijk H. (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s. 465-299) Lund: Studentlitteratur.

Westergren, A. (2017). Re-Aktion!: Kunskapsunderlag för att minska risken för undernäring, särskilt hos äldre personer. [Broschyr]. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/re-aktion-publikationer/re-aktion-om-att-minska-risken-for-undernaring.pdf>

World Medical Association. (2013). *WMA declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad 12 april, 2017, från World Medical

Association, <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subject>

*Young, A., Allia, A., Jolliffe, F., de Jersey, S., Mudge, A., McRae, P. & Banks, M. (2016). Assisted or Protected Mealtimes? Exploring the impact of hospital mealtime practices on meal intake. *Journal of Advanced Nursing*, 72(7), 1616-1625.

*Young, A., Mudge, A., Banks, M., Ross, L. & Daniels, L. (2013). Encouraging, assisting and time to EAT: Improved nutritional intake for older medical patients receiving Protected Mealtimes and/or additional nursing feeding assistances. *Clinical Nutrition*, 32(4), 543-549.

* = artikeln ingår i studiens resultat

Bilaga 1

Databas PubMed	Datum för sökning	Sökord	Antal träffar	Läst abstrakt	Läst fulltext	Kvalitetsgranskade	Valda
#1	20/11 2017	nurses OR nursing	757926				
#2	20/11 2017	malnutrition [MeSH]	111865				
#3	20/11 2017	aged [MeSH]	2732941				
#4	20/11 2017	(hospital OR hospitals OR hospitalized) OR inpatients [MeSH]	4035515				
#5	20/11 2017	#1 AND #2	3000				
#6	20/11 2017	#5 AND #3	886				
#7	20/11 2017	#6 AND #4	314				
#8	20/11 2017	#7 NOT "nursing home"	241				
#9	20/11 2017	#8 med exklusionsfilter	142	18	6	3	3
#10	29/11 2017	Nutritional status[Mesh]	67156				
#11	29/11 2017	#1 AND #3 AND #4 AND #10 NOT "Nursing Home"	254				
#12	29/11 2017	#11 med exklusionsfilter	130	11	6	1	1

Bilaga 2

Databas CINAHL	Datum för sökning	Sökord	Antal träffar	Läst abstrakt	Läst fulltext	Kvalitets- granskade	Valda
#1	20/11 2017	nursing OR nurses	761932				
#2	20/11 2017	malnutrition [CINAHL Headings]	5244				
#3	20/11 2017	aged [CINAHL Headings]	638181				
#4	20/11 2017	hospital* OR inpatient [CINAHL Headings]	431896				
#5	20/11 2017	#1 AND #2	666				
#6	20/11 2017	#5 AND #3	312				
#7	20/11 2017	#6 AND #4	127				
#8	20/11 2017	#7 NOT "nursing home"	82				
#9	20/11 2017	#8 med exklusionsfilter	73	35	7	4	4
#10	29/11 2017	Nutritional status [CINAHL Headings]	10628				
#11	29/11 2017	#1 AND #3 AND #4 AND #10	161				
#12	29/11 2017	# 11 med exklusionsfilter	95	18	7	1	1

Bilaga 3

Titel	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
A successful way for performing nutritional nursing assessment in older patients	Att undersöka vad som kan underlätta och främja nutitions- bedömning för sjuksköterskor av äldre patienter	Kvalitativ, Intervjustudie	Främjande aspekter för nutitionsbedömning av äldre patienter var att samla information, samarbeta med andra professioner och göra kontinuerliga uppföljningar. Nödvändiga tillstånd förutom kunskap och medvetenhet var att ha ett intresse, ge patienterna tid och vara ödmjuk till deras önskemål, kunna bedöma patientens motivation till att äta samt ha en etisk medvetenhet.	83%
Assisted or protected mealtimes? Exploring the impact of hospital mealtime practices on meal intake	Att utvärdera effekterna av måltidspraxis (måltidsförberedelser, assistans och avbrott) på matintag på akutvårds- avdelningar	Kvantitativ, observationsstudie	Att sitta upp inför måltider var och att få punktlig måltidshjälp var associerat med ett bättre matintag. Måltidsavbrott hade ingen signifikant påverkan på matintaget.	92%
Can the patient perspective contribute to quality of nutritional care?	Att samla kunskap kring patienters upplevelser av att vara undernärda och vilka följder dessa upplevelser får på kvaliteten av nutitionsvården	Kvalitativ, intervjustudie	Smärta, ingen aptit, dålig smak och biverkningar av medicin var anledningar till litet matintag. Sjuksköterskor ifrågasatte inte symtom som påverkade aptiten och var inte insatta i patienternas initiativ. Patienterna delades upp i två grupper; en passiv som inte kunde förbättra sitt nutitionsintag med hjälp av motivation och vägledning, och en aktiv som krävde motivation genom att sätta upp och nå mål. Den aktiva gruppen var involverade i sina beslut och samarbetade med personalen.	90%
Encouraging, assisting and time to EAT: Improved nutritional intake of older medical patients receiving Protected Mealtimes and/or additional nursing feeding assistance	Att implementera och jämföra tre interventioner utformade för att specifikt rikta sig mot måltidsbarriärer och förbättra energiintaget hos medicinska inläggande patienter i åldern 65 år.	Kvantitativ, jämförande observationsstudie	En signifikant ökning av måltidsassistans efter implementeringen av interventionerna, ingen reduktion av måltidsavbrott observerades trots införandet av Protected Mealtimes samt en signifikant minskning av utförande av icke-kliniska omvårdnadsuppgifter under måltiderna vid alla interventioner	92%

Food work and feeding assistance on hospital wards	Att förstå och beskriva processen som främjar eller hämmar nutritions- vården på sjukhus	Kvalitativ, intervjustudie	Arbetet kring mat är en teknisk och interpersonell utmaning när det kommer till undernäring. Arbetet med mat utgör två överlappande verksamhetsområden; interpersonellt engagemang och arrangemang av resurser som underlättar måltider. Arbetet med mat förbises ofta genom föreställningen att det baseras på sunt förnuft är en vardag och elementär uppgift på sjukhus.	90%
Impact of serving method on the consumption of nutritional supplement drinks: randomized trial in older adults with cognitive impairment	Att analysera inverkan av serverings metoden på följsamhet och konsumtion av näringstillskottsdrycker hos äldre med kognitiv nedsättning	Kvalitativ, Randomiserad kontrollerad studie	Deltagare som blev serverade näringsdrycker ur glas/bägare drack signifikant mer än de som drack med sugrör direkt från behållaren/flaskan. Näringsdrycker som serverades i glas/bägare utelämnades dock oftare.	88%
Implementing nutritional guidelines - the effect of systematic training for nurse nutrition practioners	Genom att implementera ESPENs normer för nutritionsvård säkerställa att patienternas nutritionsbehov tillgodosågs under och efter sjukhusvistelsen	Kvantitativ, jämförelsestudie	Efter implementeringen av riktlinjerna diskuterade fler patienter sina ätsvårigheter med personalen. Patienterna fick relevant assistans under måltiderna och blev serverade mat som de hade beställt och kunde tugga. Patienternas egna medvetenhet kring lämpliga matalternativ ökade.	100%
Is the presence of a validated malnutrition screening tool associated with better nutritional care in hospitalized patients?	Studiens syfte var att utvärdera associationen mellan användandet av kliniska riktlinjer och användandet av validerade screening verktyg. Utvärdera nutritions screening riktlinje på sjukhus och undersöka associationen mellan amvändandet av validerat screening verktyg och förekomsten av undernäring och nutritions	Kvalitativ, frågeformulär	Omkring 45 % av sjukhusen indikerade att de har riktlinjer för undernäring. På avdelningsnivå använder 38,6% validerade screening instrument som del av en standardiserad process. 74,5% av alla patienter var screenade under inläggningen för undernäring, detta skedde efter kliniska observationer och patientens vikt. Ett validerat screeningsverktyg var använt på 21,2% av alla patienterna. Det fanns en signifikant skillnad mellan de avdelningar som använde ett validerat screeningverktyg och de avdelningar som inte gjorde detta, där det upptäcktes färre patienter med undernäring och där följande interventioner blev färre.	87%

	interventioner hos patienter på sjukhus			
Optimizing protein and energy intake in hospitals by improving individualized meal serving, hosting and the eating environment	Att förbättra energi och protein intaget genom att förbättra estetiken i måltidsmiljön och tillhandahålla individualiserad måltidsservice. Att få sjuksköterskor att ta en mer framträdande roll som vårdare av patienter med risk för undernäring genom att fokusera på att föra nutrition till tankarna hos de som involveras genom samarbete mellan sjuksköterskor och patienter.	Kvantitativ, observations- och intervjustudie	Interventionen gav ett förbättrat energi- och proteinintag. Patienterna var nöjda med interventionen gällande individualiseringen av matservice, kommunikationen med sjuksköterskor och förbättrad måltidsmiljö.	92%