



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Sjuksköterskors uppfattningar av att arbeta med nutritionsfrågor inom äldreomsorgen – information, handledning och praktiskt arbete

Lena Bengter & Ann-Charlotte Magnusson

2012

Examensarbete, magisternivå, 15 hp
Vårdvetenskap
Inriktning Vård av äldre
Specialistsjuksköterskeprogrammet

Handledare: Elisabeth Häggström
Examinator: Barbro Wadensten

Förord

Examensarbetet har genomförts av två studerande vid Högskolan i Gävle under studietiden av specialistsjuksköterskeprogrammet Vård Av Äldre. Frågorna till frågeguiden har gjorts tillsammans och skickats ut till sjuksköterskor som arbetar på särskilt boende (SÄBO) i fyra olika kommuner i mellersta Sverige. Författarna har sedan var för sig, upprepade gånger läst igenom svaren för att få en helhetsbild av det insamlade materialet. Därefter har författarna tillsammans tagit ut meningenheter, som de sedan på varsitt håll kondenserat och delats in i subkategorier och kategorier. Författarna har hela tiden tagit del av varandras åsikter och synpunkter för att sedan diskutera och föra samman vilka kategorier och subkategorier som skulle användas i resultatet. Resultatredovisningen och resultatdiskussionen har gjorts gemensamt. Arbetsfördelningen har fördelats jämt mellan författarna. Vetenskapliga artiklar i introduktion har författarna sökt enskilt för att sedan tillsammans besluta om vilka artiklar som skulle ingå i studien.

Abstract

The aim of this study was to describe how nurses in elderly care perceive the contents of working with nutritional issues for older people. Another purpose was to explore how nurses inform and supervise care staff in nutrition. **Method:** The study has a descriptive design with qualitative approach, 30 nurses responded to an interview guide. The written material has been processed after the collection of qualitative manifest content analysis. The results are presented in five categories. Category *prevention*, the participants in the study seemed to have reasonably good knowledge of nutrition. Assessments were made with different methods. The caring staff was the profession with which the nurses did most of the assessments with. All nurses, quality assured their assessments through documentation. Category *Nursing interventions* revealed that nurses thought that food situation and to see the whole person was important components of care in terms of nutrition. As an improvement, most nurses agreed that adequate staffing levels that had time to offer good food environment and that all the residents got the help and support that they were in need of. Categories *Communications* revealed that information was primarily through meetings, information about the importance of diet. The information was usually received positively by the caring staff. Category *Supervision*, it was mainly through the support and be on hand nurses gave guidance. The nurse felt in most cases that the staff was knowledgeable and had experience. Category *Collaboration with various professions*, it was mainly nutritionists nurses cooperated with. **Conclusion:** The nurse collaborates with other professionals in order to prevent malnutrition.

Keywords: Nutritional assessment, nursing and house of elderly/nursing home.

Sammanfattning

Syftet med denna studie var att beskriva hur sjuksköterskor inom äldreomsorgen uppfattar innehållet i att arbeta med nutritionsfrågor för äldre. Ytterligare ett syfte var att undersöka hur sjuksköterskor informerar och handleder omsorgspersonalen i nutritionsfrågor. **Metod:** Studien har en beskrivande design med kvalitativ ansats, 30 sjuksköterskor besvarade en frågeguide. Det skriftliga materialet har efter insamlandet bearbetats enligt kvalitativ manifest innehållsanalys. **Resultatet** redovisas i fem kategorier. Kategorin *Förebyggande arbete* framkom det att deltagarna i studien tyckte sig ha någorlunda bra kunskaper om nutrition. Bedömningar gjordes med olika mätmetoder. Den yrkesgrupp som sjuksköterskorna samarbetade mest med vid bedömningar var omvårdnadspersonalen. Alla sjuksköterskor kvalitetssäkrade sina bedömningar genom dokumentation. Kategorin *Omvårdnadsåtgärder* framkom att sjuksköterskorna ansåg att måltidssituationen och att se hela människan var viktiga komponenter i omvårdnaden när det gäller nutrition. Som förbättringsåtgärder var de flesta sjuksköterskor överrens om att en tillräcklig personaltäthet som hade tid att erbjuda bra måltidsmiljö samt att alla de boende fick den hjälp och stöd som de var i behov av. Kategorin *Kommunikation* visade det sig att information skedde främst genom träffar, informationen handlade om kostens betydelse. Informationen togs oftast emot på ett positivt sätt av omvårdnadspersonalen. Kategorin *Handledning* var det främst genom stöd och att finnas till hands som sjuksköterskorna gav handledning. Sjuksköterskan ansåg i de flesta fall att personalen var kunnig och hade erfarenhet. Kategorin *Samarbete med olika professioner* var det främst dietister sjuksköterskorna hade samarbete med och hade behov av. **Slutsats** Sjuksköterskan samarbetar med andra professioner för att förebygga undernäring.

Nyckelord: Nutritionsbedömning, omvårdnad och särskilt boende.

Innehållsförteckning

1. Inledning

1.1 Äldre och undernäring	1
1.2 Risk för att utveckla undernäring	2
1.3 Attityder och utbildning	2
1.4 Samarbete	3
1.5 Måltider	3
1.6 Näringstillskott	4
1.7 Mätinstrument	4
1.8 Senior Alert	5
1.9 Sjuksköterskans omvårdnadsperspektiv	6
1.10 Problemområde	6
1.11 Syfte	7

2. Metod

2.1 Design	7
2.2 Urvalsmetod och undersökningsgrupp	7
2.3 Datainsamlingsmetod	7
2.4 Tillvägagångssätt	7
2.5 Dataanalys	8
2.6 Forskningsetiska överväganden	9

3. Resultat

3.1 Förebyggande arbete	12
3.1.1 Behov av kunskap och utbildning	12
3.1.2 Bedömning genom mätning	13
3.1.3 Bedömning tillsammans med personal/boende	13
3.1.4 Kvalitetssäkring genom dokumentation	13
3.2 Omvårdnadsåtgärder	14
3.2.1 Se hela människan	14
3.2.2 Måltidsmiljö	14
3.2.3 Förslag till förbättring	15
3.3 Kommunikation	15
3.3.1 Med fokus på måltiden	15

3.3.2 Gemensamma träffar	16
3.3.3 Uppfattning om hur informationen tas emot	16
3.4Handledning	17
3.4.1 Tekniska svårigheter	17
3.4.2 Gemensamma lösningar	17
3.4.3 Uppfattning om hur handledningen tas emot	18
3.5 Samarbete med olika professioner	18
3.5.1 Teamwork, hur det ser ut i dag	18
3.5.2 Behov av olika yrkeskategorier	19
4. Diskussion	
4.1 Huvuddiskussion.	20
4.2 Resultatdiskussion	21
4.2.1 Förebyggande arbete	21
4.2.2 Omvårdnadsåtgärder	22
4.2.3 Kommunikation/Handledning	22
4.2.4 Förslag till förbättringar	23
4.3 Metoddiskussion	23
4.4 Allmän diskussion	24
4.5 Slutsats	25
Referenser	26
Bilaga 1	
Bilaga 2	
Bilaga 3	

1.Introduktion

1.1 Äldre och undernäring

En förutsättning för god hälsa är ett gott näringsintag. Störningar i näringstillståndet kommer av en obalans mellan intag och förbrukning av näringsämnen. Ordet malnutrition är ett internationellt begrepp som används. Det kan definieras som ”any disorder of nutrition status, including disorders resulting from deficiency of nutrient intake, impaired nutrient metabolism or overnutrition” (SoS, 2000:11, s. 15). Ordet malnutrition är ett begrepp som ofta förknippas med avmagring och bristtillstånd. Det är ett undernäringstillstånd oavsett orsaken till det. Undernäring är ett svenskt begrepp som lägger vikten på bristande intag av näring (SoS, 2000:11).

Undernäring är ett vanligt problem bland många äldre (Fagerström, Palmqvist, Carlsson & Hellström, 2011). Det finns flera forskningsresultat som visar att en mycket stor del av de som bor på särskilt boende (SÄBO) är undernärda eller ligger i riskzonen för undernäring (Wu, Wang, Chen & Yeh, 2011), (Chang & Roberts, 2010). Personer på boende SÄBO löper 16 gånger större risk att drabbas av undernäring och kognitiv svikt, än de äldre som bor i eget boende (Fagerström et al, 2011). Studier utförda både i Sverige och utomlands visar att 25-40 % av de intagna äldre var undernärda (Dehlin & Lundgren, 2007). Undernäring är ett tillstånd som enligt flera studier i Sverige och utomlands påvisar att undernäring är ett tillstånd som kan leda till mortalitet (Flodin, Svensson & Cederholm, 2000), (Newman, Yanez, Harris, Duxbury, Enright & Fried, 2001), (Persson, Brismar, Katzarski, Nordenström & Cederholm, 2002). Forskare genomförde en studie där Mini Nutritional Assessment (MNA) bedömningarna gjordes tillsammans med de boende. Sjuksköterskorna gjorde MNA bedömningarna utan den boendes inblandning. Enligt forskarna var det fler som låg i riskzonen för undernäring, än vad sjuksköterskorna hade bedömt. Efter sex månader undersöktes sambandet mellan undernäring och mortalitet. Resultatet visade att sjuksköterskornas bedömningar hade ett starkare samband mellan undernäring och mortalitet än forskarnas bedömningar (Kaiser, Winning, Uter, Lesser, Stehle, Sieber & Bauer, 2009).

1.2 Risk för att utveckla undernäring

Undernäring är när en process startar i kroppen och näringsintaget börjar bli mindre. Kroppen fungerar börjar bli sämre och muskel- och fettmassa minskar (SoS, 2000:11). Att förhindra undernäring hos äldre personer är en stor utmaning och det är viktigt att inse faktorer som senare kan ha en inverkan på näringsstatus. Det spelar ingen roll vilken boendeform den äldre människan bor i. Om det är en egen bostad eller på ett SÄBO (särskilt boende), så är risken för undernäring mer kopplat till den kognitiva förmågan än till en förlorad fysisk funktion (Fagerström et al, 2011).

Sambandet mellan en lägre upplevd hälsa och depression är riskfaktorer som har hittats när forskare har tittat på orsakerna till att utveckla undernäring (Johansson, Bachrach-Lindström, Carstensen & Ek, 2008). Personer i riskzon för undernäring uppfattade betydande minskad hälsorelaterad livskvalitet, när det gäller känslomässig reaktion, energi, smärta och fysisk rörlighet jämfört med välnärda personer (Johansson, Sidenvall, Malmberg & Christensson, 2009). Det finns flera andra faktorer som ökar risken för undernäring. Några av dessa är lågt BMI och en sämre förmåga att klara sina aktiviteter i det dagliga livet (ADL) (Wu et al, 2011). Andra faktorer som kan leda till undernäring är att vara av kvinnligt kön, bott en längre tid på vårdhem, trycksår, stroke och förstoppning (Suominen, Muurinen, Routasalo, Soini, Peiponen, Finne- Soveri & Pitkala, (2005). Även antal läkemedel och svårigheter vid matning är riskfaktorer för att ligga i riskzonen att utveckla undernäring (Chang & Roberts, 2008). Minskad aptit, minskat matintag, försvagat lukt- och smaksinne är några exempel som kommer med det fysiologiska åldrandet, vilket också kan leda till undernäring (SoS, 2000:11).

1.3 Attityder och utbildning

På det stora hela har omvårdnadspersonal en positiv attityd till omvårdnad vid nutrition (SoS, 2000:11). Inställningen till nutrition var mer positiv bland sjuksköterskorna än hos den övriga personalen (Bachrach-Lindström, Jensen, Lundin & Christensson, 2006). En studie som mätte attityder hos omvårdnadspersonalen, visade att näringslära hade en liten påverkan på attityder och beteende hos personalen. Mer än hälften av personalen 'hade redan innan utbildningen en positiv inställning till näringsmässig omvårdnad, men

25 % av personalen uttryckte tveksamhet eller hade en negativ attityd vid båda tillfällena gällande bedömning och egen förmåga (Christensson, Unosson, Bachrach-Lindström & Ek, 2003). Vårdpersonalen ansåg i ett återkopplande frågeformulär efter utbildning i nutrition, att det var lättare att identifiera problem inom nutrition. När det gällde de boendes kost var det lättare att göra förändringar när problemen var identifierade. Det var lättare och hade en bättre effekt, enligt personalen, att föra dag böcker med kostregistrering, som en rutin i det dagliga arbetet. Näringsmässig vård diskuterades även i multiprofessionella team, där sjuksköterskor, omvårdnadspersonal, dietister och läkare bland annat ingick (Suominen, Kivisto & Pitkala, 2001).

1.4 Samarbete

Omvårdnadsansvar är sjuksköterskans huvudsakliga uppgift. I nutritionsfrågor handlar det om att identifiera ev. problem. I en sjuksköterskas uppgifter ingår det att samarbeta med andra professioner t.ex. dietister (Wu et al, 2011), (SoS, 2000:11). Till deras arbetsuppgifter ingår det att räkna ut hur många kalorier en person är i behov av. Wu et al (2001) visar i en forskningsstudie som utfördes i Taiwan, att ungefär en tredjedel av de äldre på ett SÄBO inte fick den kalorimängd som dietisten hade räknat ut att de var i behov av. Intaget av kalorier var mindre än det beräknade. Bedömning gör det möjligt att individualisera vården av äldre. Det kan ske genom samarbete med olika yrkeskategorier, individuella vårdplaner och viktkontroller (Johansson et al, 2008), (Kuosma, Hjerrild, Pedersen & Andersen, 2008).

1.5 Måltider

Det finns många faktorer som kan leda till ett otillräckligt intag av mat, dålig motorikstyrning, kognitiv nedsättning, dålig mat miljö, kulturellt olämpligt val av livsmedel, svårt att upprätthålla uppmärksamheten under matning, svårt att tugga och/eller svårt att svälja (Chang & Roberts, 2011). Den vanligaste orsaken till undernäring är kognitiv nedsättning tillsammans med problem att kunna äta själv. Det kan bero på att vårdtagaren vägrar inta sin mat. Därför är samspelet mellan personal och den vårdbehövande mycket viktig under måltiden (Chang & Roberts, 2008). En förbättring av måltidsmiljön kan förbättra nutritionsstatusen för de boende på vårdhem (Mathey, Vanneste, de Graaf, de Groot & van Staveren, 2001).

1.6 Näringstillskott

De fysiologiska förändringar som kommer med stigande ålder gör att äldre människor är mer känsliga för bristande näringsupptag än yngre personer, äldre har mindre marginaler (Dehlin & Rundgren, 2007), (SoS, 2000:11). När energiomsättningen är låg, medför det att den äldre äter mindre. Kostens får då en ökad betydelse, när det gäller sammansättning och energivärde (Jahren-Kristoffersen, Nortvedt & Saug, 2006). Under en begränsad tid på 3 månader med individuella måltider, förbättrades kroppsvikt och nutritionsstatus utan att öka måltidskostnaderna. De som var undernärda eller i riskzon för undernäring erbjöds en förrätt till lunch soppa eller ägg och sill. De erbjöds extra enskilda snacks om smoothies, bröd och smör, mjölk och yoghurt. Mellanmål delades ut under dagen anpassade till individuella önskemål (Lorefält, Andersson, Wirehn & Wilhelmsson, 2011). Orala näringstillskott har visat sig vara mer effektivt i jämförelse med utbildning inom nutrition, för att förbättra nutritionsstatus hos personer med Alzheimers sjukdom. Både vikt, BMI och armens omkrets förbättrades i den grupp som fått näringstillskott (Pivi, da Silva, Juliano, Novo, Okamoto, Brant & Bertolucci, 2011). Bara en av sex boende som var undernärdd fick näringstillskott (Suominen, Sandelin, Soini & Pitkala, 2009).

1.7 Mätinstrument

Bedömning av förmågan att äta, identifiera problem och ge lämplig hjälp vid måltider bör förbättras. Sjuksköterskor kan genom tidig bedömning av förmågan av att äta och mätning av kroppsvikt tidigt kunna identifiera risk för undernäring bland äldre boende i äldreboende (Lou, Dai, Huang & Yu, 2007). När sjuksköterskorna mätte kroppsvikt två gånger per år eller oftare hade de boende bättre nutritionsstatus (Suominen et al, 2005) (SoS, 2000:11). När viktkontroller genomfördes under tre månader, visade det sig att det fanns en tendens att BMI sjönk (Lou et al, 2007). BMI är ett mätinstrument som är enkelt att använda och är billigt. Det finns en nackdel och det är att BMI är ett statistiskt instrument, dvs. ganska okänsligt för små förändringar (SoS, 200:11). Kuosma, Hjerrild, Pedersen & Andersen Hundrup (2008) argumenterar för vikten av att systematiskt utföra näringsmässiga bedömningar och viktkontroller med en regelbundenhet på minst var tredje månad.

De två vanligaste nutritionsbedömningsverktygen är MNA och Subjective Global Assessment (SGA) vilka har validerats i en rad olika populationer inklusive äldre vuxna (Gaskill et al, 2008). Både SGA och MNA har befunnits vara användbara i en svensk äldre population med avseende på bedömning av nutritionsstatus. SGA är mest användbart för att upptäcka undernärda boende och MNA för att identifiera boende som behöver förebyggande åtgärder (Christensson, Unosson & Ek, 2002) . Ett effektivt instrument som bedömer näring bör uppfylla vissa kriterier, som att vara en validerad och pålitlig skala i avsedd population, ha en tydlig definition, kunna skötas av en allmän bedömare, kunna accepteras av patienten och vara billig i tid och energi (Thomas, 2008). SGA baseras på anamnes och fysisk undersökning. Det för att kunna bedöma näringstillståndet hos den berörda individen (SoS, 2000:11). MNA är ett validerat instrument som har visats sig vara kliniskt användbart (Dehlin & Lundgren, 2007), (SoS, 2009-126-111). Det är ett instrument som är mer anpassat för äldre personer (SoS, 2000:11). Personal tycker att det är lätt att använda MNA, för att bedöma nutritionsstatusen hos de boende (Suominen et al, 2007).

1.8 Senior Alert

Samtliga personer som är 65 år eller äldre och är inskrivna i enheter i kommunal regi, dvs. kortidsenheter/verksamheter, hemsjukvård och särskilt boende registreras i kvalitetsregistret Senior alert. Riskbedömningen görs vanligtvis 1-2 gånger per år inom äldreomsorg och hemsjukvård, men riskbedömningen bör göras oftare om den bedömde får försämrat hälsotillstånd t.ex. viktnedgång eller förändrat ät- och/eller dricksbeteende. Vid bedömning för att se om en person ligger i risk för undernäring, görs detta med hjälp av MNA i samband med riskbedömning tas längd och vikt, vilket registreras i Senior alert (www.lj.se/senioralert).

Efter att en riskbedömning är gjord, görs en plan med förebyggande arbetssätt. Senior alert är ett kvalitetsregister där arbetet görs tvärprofessionellt, vilket bygger på Socialstyrelsens Klassifikation av Vårdåtgärder (KVÅ). Uppföljningen i Senior alert bör vanligtvis genomföras inom 1-4 månader. I samband med uppföljningen registreras: Vilka de planerade åtgärderna som blev utförda, oavsett profession och en ny vikt (www.lj.se/senioralert).

Senior alert är till för att förbättra vården för patienterna. Genom att arbeta med olika validerade bedömningsinstrument i omvårdnaden, kan omvårdnaden ändras och bli evidensbaserad. Det kan också vara att visualisera omvårdnadsforskning och omsorg till situationer för kontinuerligt lärande och på sätt öka kvaliteten på hälso- och sjukvård. Ett förändrat tankesätt kan förändra det traditionella sättet att tänka och arbetet ändras till ett kvalitetsarbete med Senior alert, så det blir ett förbyggande tillvägagångssätt (Rosengren, Höglund & Hedberg, 2012).

1.9 Sjuksköterskans omvårdnadsperspektiv

Omvårdnadsteorin som Virginia Henderson utvecklade på 1950-talet beskriver bland annat hennes 14 grundprinciper för sjuksköterskans ansvarsområden. Teorin utgår från att det är de basala behoven som styr. Sjuksköterskan ansvarar för att tillgodose dessa grundläggande behov när de egna resurserna inte räcker till p.g.a. sjukdom och ohälsa. Hon framhåller att patienten står i fokus där han/hon befinner sig just nu. Hennes omvårdnadsteori kan beskrivas som att sjuksköterskan har ett stort ansvar i att samla in data, utföra bedömning av omvårdnadsbehov, formulera en omvårdnadsdiagnos samt planera och verkställa åtgärder och att utvärdera dessa (Jahren- Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2007) (Henderson, 1966). Enligt ICN:s etiska kod är ”En sjuksköterska i egenskap av professionell yrkesutövare och medborgare, initierar och stödjer lämpliga åtgärder för att tillgodose medborgarnas vårdbehov och sociala behov (ICN, 2007, s. 11). Denna teori kan vara användbar i arbetet med nutritionsfrågor.

1.10 Problemområde

Studier har visat att undernäring är vanligt bland äldre som bor i SÄBO. Argument finns för att vårdpersonalen systematiskt ska bedöma de boendes nutritionsstatus regelbundet. Mot denna bakgrund är det viktigt att öka kunskapen om hur sjuksköterskor på SÄBO arbetar med dessa frågor.

1.11 Syfte

Syftet med studien är att undersöka och beskriva hur sjuksköterskor inom äldreomsorgen uppfattar innehållet i att arbeta med nutritionsfrågor för äldre.

Ytterligare ett syfte är att undersöka hur sjuksköterskor informerar och handleder omsorgspersonalen i nutritionsfrågor.

2. Metod

2.1 Design

Studien har en beskrivande design med kvalitativ ansats med kvantitativa inslag (Polit & Beck, 2008).

2.2 Urvalsmetod och undersökningsgrupp

Undersökningsgruppen bestämdes genom bekvämlighetsurval (Polit & Beck, 2008). Inklusionskriterierna var att deltagarna skulle vara legitimerade sjuksköterskor som arbetar inom kommunal äldrevård på SÄBO. Sjuksköterskorna skall ha arbetat i minst ett år på SÄBO. Sammanlagt rekryterades 30 informanter.

2.3 Datainsamlingsmetod

En frågeguide utarbetades av författarna med utgångspunkt från de områden som författarna ville ha svar på inom nutrition. Frågorna är av semistrukturerad karaktär och sjuksköterskorna svarade skriftligt med egna ord. Frågeguiden innehöll fem huvudfrågor samt underfrågor med mer detaljriktade frågor inom området nutrition: kvalitetssäkring, bedömning, bemötande, information och utbildning, se bilaga 1. . Frågeguiden skickades ut via mail under mars månad 2012 till kommunalt anställda sjuksköterskor i fyra olika kommuner. En av kommunerna valde att inte skicka några svar. Eftersom svarsfrekvensen var låg beslutade författarna att skicka ut tre påminnelser. De inkomna svaren var både rikliga och kortfattade, sammanlagt fick författarna in ca. 25 sidor av databearbetat material.

2.4 Tillvägagångssätt

Verksamhetschefen informerades skriftligt om studien och dess syfte. Ett brev till verksamhetschefen utformades för att få tillstånd att genomföra studien, se bilaga 2. Efter att verksamhetschefen gett sitt samtycke till studiens genomförande skickades en förfrågan till sjuksköterskorna om de ville delta i studien via mail. Ett informationsbrev innehållande studiens syfte, frivilligheten i att svara och möjligheten att avbryta sitt deltagande utan förklaring och att datainsamlingen behandlas konfidentiellt bifogades (bilaga 3). De sjuksköterskor som därefter samtyckt till att vara med i studien fick sedan en frågeguide skickad till sig via mail (bilaga 1). Två påminnelser skickades ut med en veckas mellanrum. Alla svaren har behandlats konfidentiellt.

2.5 Dataanalys

Det skriftliga materialet har efter insamlandet bearbetats enligt kvalitativ manifest innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004). De olika svaren i frågeguiden genomlästes flertalet gånger, för att få en helhetsbild av materialet. Metoden användes för att upptäcka olika mönster. Svaren i frågeformulären färgades och numrerades för att författarna skulle kunna kontrollera att alla svar blev representerade. Svaren delades in i meningsenheter som sedan kondenserades. Att kondensera meningsenheten är att göra texten kortare, men ändå behålla innehållet så att inget väsentligt försvinner (Graneheim & Lundman, 2004). De kondenserade meningsenheterna sammanfördes i tolv subkategorier, som i sin tur delades in i fem kategorier. Vid flertalet tillfällen gick författarna fram och tillbaka i analysprocessen för att inga missuppfattningar av texten skulle hittas. Under analysprocessen kontrollerade författarna den kondenserade texten, subkategorier och kategorier ett flertal gånger, gentemot det skriftliga material författarna fått in. Exempel på analysprocessen visas i tabell 1. För två av subkategorierna som framkom vid analysen gjordes därefter en manifest räkning av antalet andra professioner som sjuksköterskan samarbetar med, figur 3 och antal professioner som sjuksköterskan har behov att samarbeta med, figur 4.

Tabell 1. Analysprocessen

Meningsenhet	kondensering	Subkategori	kategori
Tyvärr har vi inte så många träffar på vårt hus och på de olika avdelningarna. Detta är faktiskt en sak som inte fungerar jättebra, att hitta de i riskgrupperna tillräckligt tidigt.	För att hitta de som ligger i riskzonen behövs fler träffar.	Bedömning tillsammans med personal/boende.	Förebyggande arbete.
Det ska vara mer utevistelse för att det skapa bättre aptit. // De ”gamla” skulle få utöva mer aktiviteter för då ökar deras aptit.	Utevistelser och aktiviteter ger ökad aptit.	Måltidsmiljö.	Omvårdnadsåtgärder.
Om jag haft någon med t.ex. PEG har jag handfast visat hur man ska göra. Låta personal utföra under tillsyn till en början.	Handfast handledning vid tekniskt svåra arbetsmoment.	Tekniska svårigheter.	Handledning.
Genom vårdplanering tillsammans med kontaktpersonen samt även till all personal när vi har gruppträffar. Vi har alltid vårdplanering tillsammans med patienten, kontaktperson samt anhöriga (när de önskar vara med). Det är viktigt att alla runt patienten är delaktiga.	Information genom gruppträffar. Vårdplanering tillsammans den äldres anhöriga och kontaktperson.	Gemensamma träffar	Kommunikation
Den profession vi har närhet till är i första hand sjukgymnast, arbetsterapeut och nu även dietist som är kopplad till de kommunala äldreboendena. Rehab kan i sin tur ta hjälp av andra professioner ex logoped. Vi har ett bra samarbete med rehab och får även bra stöd.	Bra kontakter finns idag med sjukgymnast, dietist och rehab som i sin tur kan kontakta logoped vid behov.	Teamwork, hur det ser ut idag.	Samarbete med olika professioner.

2.6 Forskningsetiska överväganden

Enligt lag 2003:460 om etikprövning av forskning som avser människor, kan forskarna inte hitta något hinder för att utföra studien, utan etisk prövning. Verksamhetschefen för respektive sjuksköterskegrupp gav tillstånd för att utföra studien. Frågeformulären aidentifierades för att säkerställa konfidentialiteten. Materialet förvarades oåtkomligt för obehöriga och användes endast för den aktuella studiens forskningssyfte.

Samtliga deltagare i studien har informerats om studiens syfte, den övergripande planen med studien och vilka metoder som tillämpas. Vilka som står som huvudansvariga och vem som är handledare för studien, har deltagarna blivit informerade om. Deltagandet i studien var frivilligt och forskningsdeltagaren har haft rätt att när som helst ta tillbaka sitt samtycke till studien (SFS, 2003). Eftersom studien är ett studentarbete undantas den från lagstifningen. Studien uppfyller kraven enligt Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects (World Medical Association Declaration of Helsinki, 2008).

3. Resultat.

Resultatet redovisas i löpande text i form av fem kategorier och femton subkategorier, enligt tabell 2. Kategorierna som framkom var förebyggande arbetssätt, omvårdnadsåtgärder, kommunikation, handledning och samarbete med olika professioner. Citat från frågeguiden presenteras i kursiv stil.

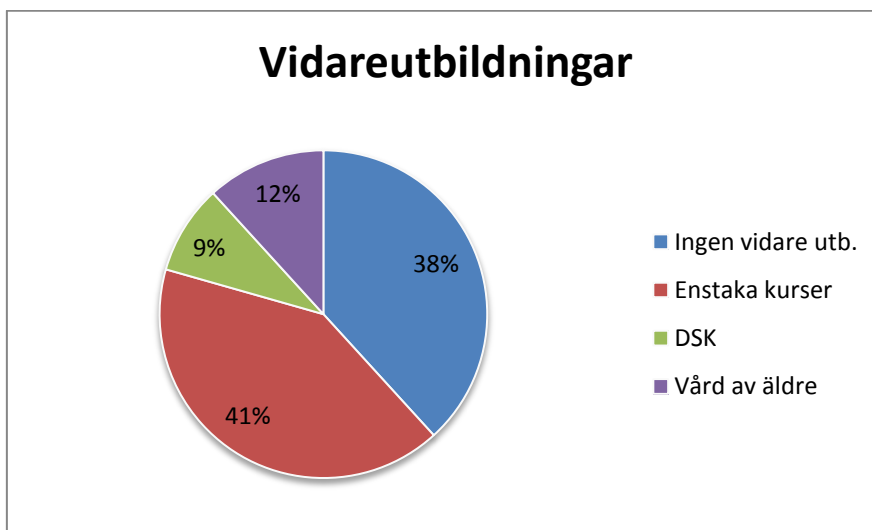
Tabell 2. Översikt av kategorier.

Subkategorier	kategori
Behov av kunskap och utbildning. Bedömning genom mätningar. Bedömning tillsammans med personal/boende. Kvalitetssäkring genom dokumentation.	Förebyggande arbetssätt
Se hela människan. Måltidsmiljön. Förslag till förbättringar.	Omvårdnadsåtgärder
Med fokus på måltiden. Gemensamma träffar. Uppfattning om hur informationen tas emot.	Kommunikation
Tekniska svårigheter. Gemensamma lösningar. Uppfattning om hur handledningen tas emot.	Handledning
Teamwork, hur det ser ut idag. Behov av olika yrkeskategorier.	Samarbete med olika professioner

Förfrågan att vara med i studien gick ut till sjuksköterskor i fyra kommundelar i mellersta Sverige. Totalt deltog 30 sjuksköterskor från tre olika kommundelar. Alla arbetade inom kommunal äldreomsorg på särskilt boende (SÄBO) som legitimerad sjuksköterska. Antal arbetade år som sjuksköterska sträckte sig mellan ett till 40 år och medelvärdet var 16 år, se figur 1. Vid förfrågan om sjuksköterskan hade någon vidareutbildning svarade tre stycken att de hade distriktssköterskeutbildning och fyra stycken hade vidareutbildningen vård av äldre. Många hade någon form av enstaka kurs. Av de 30 sjuksköterskor som svarade hade tolv stycken ingen vidareutbildning alls, se figur 2.



Figur 1. Antal arbetade år som sjuksköterska



Figur 2. Antal sjuksköterskor med vidareutbildning.

3.1 Förebyggande arbetsätt

I kategorin Förebyggande arbete ingår subkategorierna: Behov av kunskap och utbildning, bedömning genom mätning, bedömning tillsammans med personal/boende och kvalitetssäkring genom dokumentation. Gemensamt för dessa subkategorier var att de handlade om sjuksköterskans arbete med att försöka hitta de som låg i riskzonen för undernäring eller var undernärda. Först redovisas svaret om sjuksköterskan hade utbildning och kunskap för att kunna utvärdera och behandla undernäring.

3.1.1 Behov av kunskap och utbildning

I analysen framkom olika åsikter vad det gäller kunskap och utbildning inom nutritionsfrågor. Sjuksköterskor som arbetar på SÄBO svarade att de ansåg sig ha tillräckliga kunskaper och utbildning eller att de hade kunskaper till viss del. Det framkom också att mer kunskap och utbildning behövdes. Kunskap saknades vid mer komplicerade fall av undernäring. Mer utbildning vad gäller just äldres nutritionsproblem. Kostutbildning efterfrågades av en del och andra ville ha utbildning inom att lära sig bedöma munstatus. Att kunskap är en färskvara var också något som visade sig, kunskap måste fyllas på dessutom förändras kunskapen hela tiden utifrån ny forskning, det är alltid bra med nya infallsvinklar det är lätt att köra på i gamla spår. Nutrition är ett svårt ämne för det handlar om så mycket mer än bara själva maten. Det är svårt att ändra på rutiner och invanda mönster, det var också svårt att ändra på vad som serverade vid måltiden och vilken tid den serverades. Tidsbrist var en anledning till att sjuksköterskor fick förlita sig på personalens kunskaper. Information hämtades på nätet och ibland rådgjordes det med andra yrkesgrupper.

”Ganska goda kunskaper”

”Nutrition är ett svårt ämne. Det handlar om så mycket mer än bara maten, som text matlust, magtarmkanalens funktion, fördelningen av måltider över dygnet osv. Utifrån detta, vi blir aldrig färdiglärda. Ja vi behöver mer utb.”

3.1.2 Bedömning genom mätning

När sjuksköterskorna gjorde bedömningar av nutritionsstatus användes ofta någon form av mätmetod. De metoder som beskrevs var: att bedöma munstatus, att ta en vikt och att kontrollera om behovet av någon form av näringskomplement fanns. En del använde sig av provtagning främst i form av Albumin. Uträkning av Body Mass Index (BMI), kontrollera matlusten och matsituationen, var andra kontroller sjuksköterskorna använde sig av för att bedöma nutritionsstatus. MNA var något som en del av sjuksköterskorna nämnde att de använde sig av.

*”I samråd med personalen gör jag en bedömning, MNA viktnedgång? Pågående?
Tänkbara orsaker sjukdom? Förändring i ev. sjukdom? Mediciner tandstatus
måltidsmiljön? Hur fungerar det runt den boende, sittställning, kan den boende tugga
och svälja eller behövs anpassning av maten, annan tallrik eller matbestick, ändrad
sittställning?”*

3.1.3 Bedömning tillsammans med personal/boende

När sjuksköterskan gör bedömningar för att utreda nutritionsstatus framkom det att det är undersköterskor/vårdbiträden som de samarbetar med. De kan ske genom att personalen alarmerar, på omvårdnadsträffar eller genom samtal. Det framkom även att de samtalade med den boende och dess anhöriga över hur aptiten varit eller när det finns problem. Kontakter med dietist och rehab tas vid behov.

*”Tyvärr har vi inte så många träffar på vårat hus och på de olika avdelningarna. Detta
är faktiskt en sak som inte fungerar jättebra, att hitta de i riskgrupperna tillräckligt
tidigt”*

*”Hör med personalen hur mkt de äter vid måltiderna. // Kollar av matsituationen med
personalen. Hör med anhörig hur kosten varit i hemmet”*

3.1.4 Kvalitetssäkring genom dokumentation

Kvalitetssäkring genomfördes genom regelbundna uppföljningar och kontroller av vikt och aptit. Uppföljningar genomfördes tillsammans med personal och om möjligt med boende och anhöriga. Kontroller genomfördes om hur de boende hade det med ork och energi. Omvårdnadsstatus dokumenterades i journalen och i Senior Alert med hjälp av MNA-formulär.

”Genom att registrera olika mätvärden i Senior Alert och i Treserva”

”Efter aptit hur mycket patienten äter/mår. Senior alert. Aptit, mående, vikt 2 ggr/år.

Plus vid behov”

3.2 Omvårdnadsåtgärder

I kategorin omvårdnadsåtgärder ingår subkategorierna: se hela människan, måltidsmiljön och förslag till förbättringar. Gemensamt för dessa subkategorier är att de handlar om vilka omvårdnadsåtgärder sjuksköterskan använder sig av för att förbättra näringsstatus hos de boende.

3.2.1 Se hela människan

För att kunna bedriva en god omvårdnad när det gäller nutrition och undernäring framkom det att sjuksköterskorna ansåg att de måste se hela människan både när det gäller mat, avlastning, smärtlindring och livshistoria. Omvårdnaden bör vara individanpassad. Orsaker till undernäring skall utredas genom att se över måltidssituationen, matens konsistens och uppläggning. Behövs extra näringsberikning, är måltiderna regelbundna över dygnets alla timmar och finns önskekost. Finns behov av hjälpmedel för att kunna äta. Kontroller av bakomliggande sjukdomar, läkemedel och munhälsa. Det är viktigt att hitta orsakerna tidigt. Samtal med både den boende, anhörig och personal. Bemötande med respekt och lyhördhet.

”Man måste se till att hela kroppen så att den får det den behöver. Både när det gäller mat, dryck, avlastning, smärtlindring etc. Man måste ha en helhetssyn på människan. Även om man har en specialmadrass så kanske det inte hjälper, man kanske måste ha andra hjälpmedel också så brukare inte får t.ex. liggsår. Helhetssyn är viktigt”

3.2.2 Måltidsmiljö

Sjuksköterskorna beskrev att det var viktigt med måltidsmiljön som en god omvårdnadsåtgärd vid undernäring. Tillräckligt med vårdpersonal för en lugn och trevlig miljö och kunna ge den hjälp som behövs. Individanpassade måltider, trevligt upplagd mat och dukning. Rätt hjälpmedel och goda kunskaper hos personalen. Utevistelse och aktiviteter ger ökad aptit.

”Det ska finnas tillräckligt med tid för personal att sitta med de äldre vid deras måltider. Dels för att skapa en trevlig miljö samt för att kunna ex. mata pensionären i lugn och ro utan att känna stress för ex. nästa matning. // Mera resurser krävs till högre personalbemanning”

3.2.3 Förslag till förbättring

Sjuksköterskorna svarade som förslag till förbättringar i omvårdnaden runt nutrition, att det behövs mer personal med utbildning och god kompetens. Några svarade att maten bör lagas på plats och valmöjligheter bör finnas. Måltidssituation mer individanpassad, möjlighet till att påverka matsedeln och kunna vara mer delaktig att laga maten. Förbättrade kontroller vad gäller munstatus och vikt. Dokumentationen bör förbättras och att arbeta mer i team.

”Mer utbildning av vårdpersonal”

”Genom arbetsglädje och teamwork där alla strävar efter samma mål vars fokus är patientens bästa och där man tar hänsyn till dennes önskemål och behov”

3.3 Kommunikation

I kategorin kommunikation ingår subkategorierna: med fokus på måltiden, gemensamma träffar och uppfattning om hur informationen tas emot. Dessa kategorier handlar om hur sjuksköterskan informerar personal och boende vad gäller åtgärder vid omvårdnad av boende med risk för undernäring eller som är undernärda.

3.3.1 Med fokus på måltiden

Information om betydelsen av att äta rätt, berikning, kostregistrering och återkoppling efter samarbete med dietist sker muntligt direkt till personalen. Vid förändringar och nyinflyttade ges kontinuerlig information. Diskussioner kring måltidssituationen sker direkt med omvårdnadspersonalen med fokus på problem och åtgärder, det kan gälla mellanmål, aptit och nattfasta. Sjuksköterskan föreslår t.ex. energitillskott, näringsdrycker, specialkost, energi- och proteinpulver. Det är viktigt med uppfinningsrikedom och lyhördhet.

”Muntlig genomgång och information om betydelsen av att äta rätt. Oftast tas diskussionen upp på rehabmöten en gång/vecka”

”Diskuterar kost, sittfunktion, andra bestick, matas, måltidssituation, sitta själv, ev. mellanmål, tand- och munstatus”

3.3.2 Gemensamma träffar

Oftast sker informationen mellan sjuksköterska och omvårdnadspersonalen på gemensamma omvårdnadsträffar, gruppträffar och dagliga möten. Informationen kan vara muntlig eller skriftlig i de boendes omvårdnadspärmar. Samtal om de boende kan föras enskilt eller i grupp. Information till anhöriga och den boende kan ges vid behov eller vid vårdplaneringsmöten. Kontaktpersonen är delaktig i de beslut som rör den boende. Ibland görs omvårdnadsplaner där gemensamma överrensommelser vid riskbedömningar som sedan dokumenteras. Kontakt med andra professioner tas vid behov.

”Vid uppenbara problem direkt de /den som arbetar vid tillfället, därefter skriftligt i pärmen. Därefter på omvårdnadsträffar där vi kan diskutera problemet gemensamt med ssk, vårdpersonal och sjukgymnast/arbetsterapeu”

3.3.3 Uppfattning om hur informationen tas emot

Sjuksköterskorna tyckte att omvårdnadspersonalen tog emot informationen bra. De var uppfinningsrika, kände ansvar, intresserade, kunskapsstörstig och kände de boende bäst. Ibland kunde det vara svårt att få personalen att förstå vissa åtgärder som satts in, upprepning och motivering behövdes och ibland glömde omvårdnadspersonalen att läsa skriftlig information. Gemensamma lösningar, inarbetade rutiner och att göra omvårdnadspersonalen delaktig i beslut, gör det lättare att komma fram till ett bra resultat.

”Tycker att de flesta i personalgrupperna följer det som bestämts. Ibland får man säga samma sak flera gånger. Dock i rapportpärm – inte alltid att informationen går fram då”

3.4 Handledning

I kategorin handledning ingår följande subkategorier: tekniska svårigheter, gemensamma lösningar och uppfattning om hur handledningen tas emot. Dessa subkategorier handlar om hur sjuksköterskan handleder personalen inom ämnet nutrition.

3.4.1 Tekniska svårigheter

Sjuksköterskan ger handfast handledning vid tekniskt svåra moment. Handledning ges genom att visa på fakta och ge förslag. Vid nya arbetsmoment låta personalen utföra de nya arbetsmomenten under tillsyn, för att sedan få en delegering. Handledning sker efter behov.

”Handleder dem genom att påvisa fakta. Ge dem tips idéer på kostförslag. Gäller det sondmatningar etc. instruerar man personalen och ger delegering på vissa uppgifter”

3.4.2 Gemensamma lösningar

Genom samtal och motivering till olika arbetsuppgifter handleder sjuksköterskan omvårdnadspersonalen. Det kan ske både praktiskt och teoretiskt. Finnas till hands, stödja vid situationer som är svårhanterliga och hänvisa till vart mer kunskap kan hämtas om det finns intresse.Handledning sker också genom gemensamma genomgångar, uppmuntran till egna initiativ och samarbete med andra yrkesgrupper.

”Regelbundna genomgångar där arbetar vi fram arbetssätt som är lämplig för just denna patient”

”Att vara med personalen när de boende får sina måltider. Se hur de äter och vad som är problemet ex vid matning”

3.4.3 Uppfattning om hur handledningen tas emot.

Sjuksköterskor tyckte att handledningen fungerade bra. Personalen var kunnig, observanta, erfaren och kunskapsstörstig. Sjuksköterskorna tyckte även att handledningen fungerade lite olika. Problemet var att sjuksköterskorna upplevde att omvårdnadspersonalen hade dålig förståelse, tålmod och bemötande. Det fanns inte tillräckligt med engagemang ibland, personalen tyckte en del saker var krånglig och det var svårt att ändra på dåliga rutiner.

”Fungerar bra. De har oftast stor kunskap och lång erfarenhet”

”Upplever att mina synpunkter angående frukosttider, nattfasta och kvällsfika inte alls ändrar deras ingrodda rutiner. Det gör precis som tidigare”

3.5 Samarbete med olika professioner

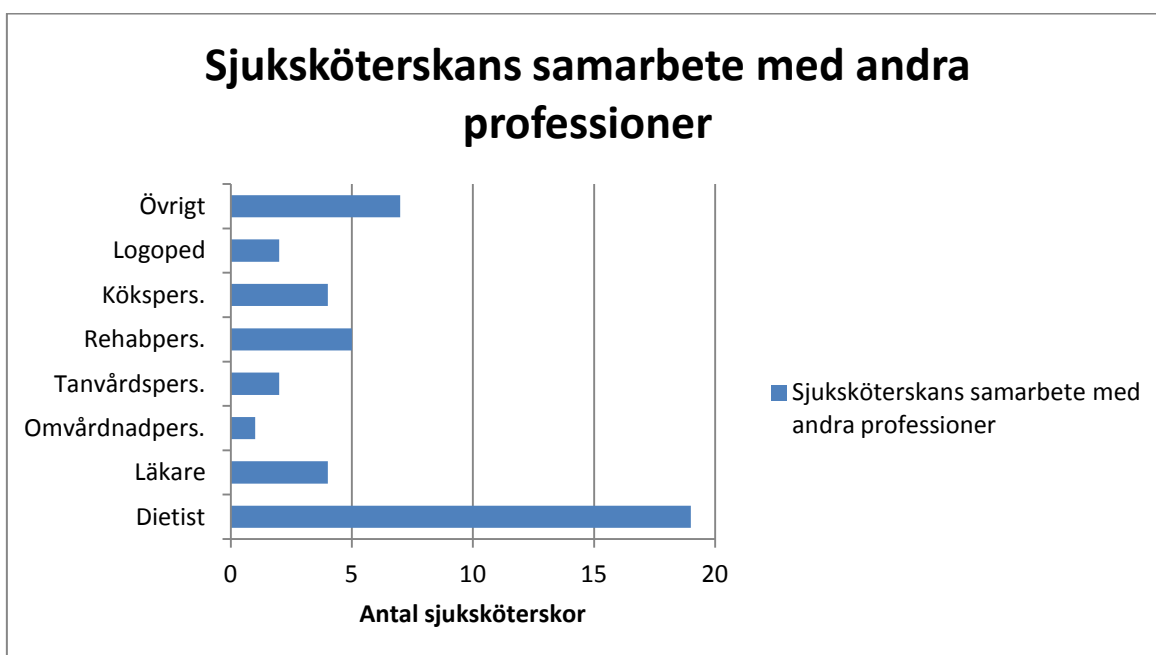
I kategorin samarbete med olika professioner ingår subkategorierna: Teamwork, hur ser det ut i dag och behov av olika yrkeskategorier. Frågorna ställdes utav forskarna för att de ville se om det fanns ett större behov av samarbete med andra yrkeskategorier, än det samarbete som finns idag.

3.5.1 Teamwork, hur det ser ut i dag

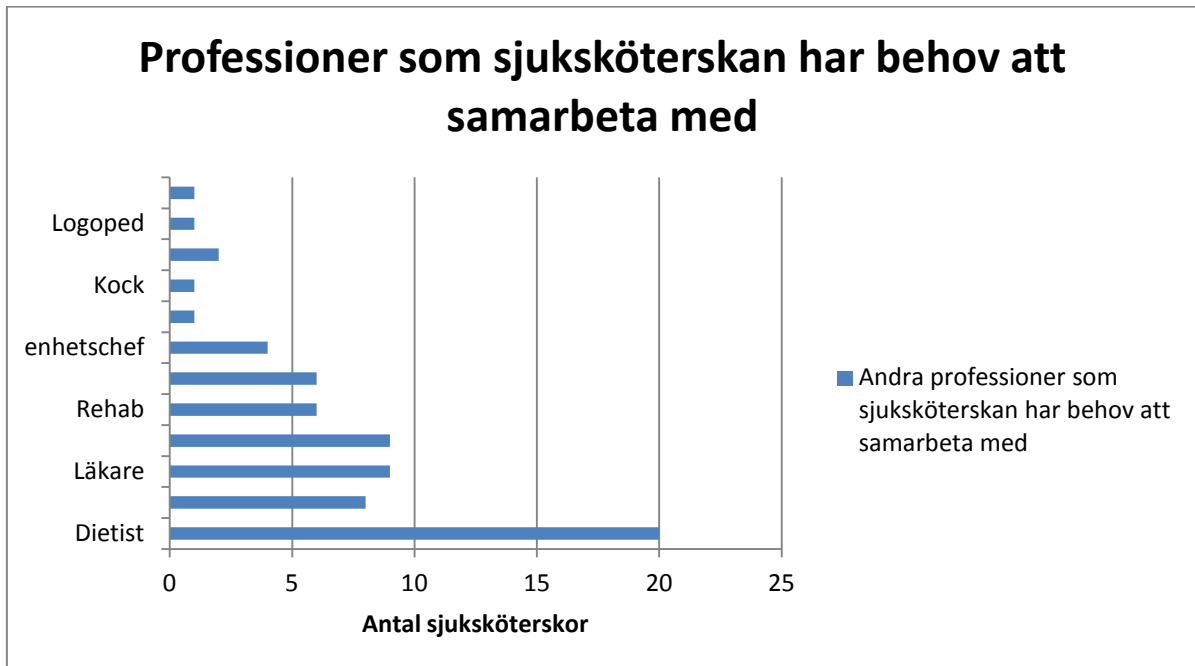
Sjuksköterskorna fick frågan hur de uppfattade samarbetet med andra professioner. Ett fungerande och bra samarbete med dietist svarade sjuksköterskorna att de hade. Andra yrkesgrupper som nämndes var läkare, omvårdnadspersonal, tandvårdspersonal, rehabiliteringspersonal, kökspersonal och logoped. Sjuksköterskor svarade även att samarbetet med andra professioner var bra, men nämnde inga yrkeskategorier.

Samarbetet med andra professioner kunde förbättras och maten som serverades hade blivit bättre. För att tydliggöra denna subkategori gjordes en systematisk räkning som resulterade i nedanstående figur, se figur 3.

”Vissa ggr är det doktorn man vill rådgöra med, andra omvårdnadspersonal, sjuksköterskekolleger, dietist, arbetsterapeut eller sjukgymnast. Alla är viktiga personer när det gäller nutritionsstatus. Med ett bra teamarbete kommer man långt!”



Figur 3. Samarbete



Figur 4. Behov av samarbete.

4. Diskussion

4.1 Huvudresultat

Syftet med denna studie var att beskriva hur sjuksköterskor inom äldreomsorgen uppfattar innehållet i att arbeta med nutritionsfrågor för äldre. Ytterligare ett syfte var att undersöka hur sjuksköterskor informerar och handleder omsorgspersonalen i nutritionsfrågor. Resultatet redovisas i fem kategorier. I kategorin *Förebyggande arbete* framkom att deltagarna i studien tyckte sig ha någorlunda bra kunskaper om nutrition i dagsläget. Bedömningar gjordes med olika mätmetoder. Sjuksköterskan använde sig av vikt och munstatus. Den yrkesgrupp som sjuksköterskorna samarbetade mest med vid bedömningar var omsorgspersonalen. Alla sjuksköterskor kvalitetssäkrade sina bedömningar genom dokumentation, främst med Senior Alert. I kategorin *Omvårdnadsåtgärder* framkom att sjuksköterskorna ansåg att måltidssituationen och att se hela människan var två viktiga komponenter i omvårdnaden när det gäller nutrition. Som förbättringsåtgärder var de flesta sjuksköterskor överrens om att en tillräcklig personaltäthet som hade tid att erbjuda bra måltidsmiljö samt att alla de boende fick den

hjälp och stöd som de var i behov av vid måltid skulle kunna förbättra måltidssituationen. I kategorin *Kommunikation* visade det sig att information skedde främst genom träffar med omvårdnadspersonalen. Informationen bestod av att sjuksköterskan diskuterar med omvårdnadspersonalen angående kostens betydelse. Informationen togs oftast emot på ett positivt sätt av omvårdnadspersonalen. I kategorin *Handledning* var det främst genom stöd och att finnas till hands som sjuksköterskorna gav handledning till omvårdnadspersonalen. Sjuksköterskan ansåg i de flesta fall att personalen var kunnig och hade erfarenhet. I kategorin *Samarbete med olika professioner* var det främst dietister sjuksköterskorna hade samarbete med och hade behov av.

4.2 Resultatdiskussion

4.2.1 Bedömning

Enligt Virginia Hendersons (1966) omvårdnadsteori är det sjuksköterskans ansvar att samla in data och utföra bedömningar av omvårdnadsbehovet. Ett sätt att samla in data är att använda sig av instrumentet MNA, vilket är ett validerat instrument på äldre vuxna (Gaskill et al, 2008), (Dehlin & Lundgren, 2007), (SoS, 2000:11). Regelbundna viktkontroller har också betydelse för att minimera risken för undernäring (Suominen et al, 2005), (SoS, 2000:11). Liknande resultat visade sjuksköterskorna i denna studie då de bedömde de boendes nutritionsstatus genom provtagning, BMI och MNA regelbundet. De hade även möjlighet att hitta de som låg i riskzon tidigt, då dessa bedömningar gjordes på alla. Lou et al, (2007) menade att det var viktigt att hitta de som har risk för undernäring redan på ett tidigt stadium. Alla sjuksköterskor kvalitetssäkrade genom att dokumentera i Senior Alert. Enligt Rosengren et al, (2012), innebär arbetet i Senior Alert en ökad kunskap hos omvårdnadspersonalens och en medvetenhet inom området nutrition. Författarna i föreliggande studie menar att tankesättet ändras hos de som brukar verktyget Senior Alert på ett aktivt vis. De lär sig att se och uppfatta signalerna när en boende är i riskzonen för undernäring. Idag är Senior alert ett rätt så nytt verktyg för sjuksköterskorna i kommunen. Det saknas ännu lite rutiner innan alla har lärt sig använda det fullt ut.

Sjuksköterskorna samarbetade med den boende, anhöriga och omvårdnadspersonalen och höll sig på det sättet informerade om den boendes tidigare aptit hade varit och hur mycket de hade ätit hemma. Minskad aptit och minskat matintag är risker som i sin tur kan leda till undernäring (Chang & Roberts, 2008), (SoS, 2000:11). Samarbetet med andra professioner, främst dietist var något som sjuksköterskorna i föreliggande studie gjorde när behovet av mer kunskap fanns. Vilket verifieras i flera studier (Wu et al, 2011), (Johansson et al, 2008), (Kuosma et al, 2008).

4.2.2 Omvårdnadsåtgärder

I föreliggande studie fram kom det att sjuksköterskorna tyckte att det var viktigt att se hela människan. Genom att individanpassa måltidssituationen, hur maten läggs upp samt att den är fördelad över dygnets alla timmar. Sjuksköterskorna kontrollerade hur matsituationen såg ut. Detta bekräftas av Chang & Roberts (2011), som påtalar riskfaktorerna dålig motorikstyrning, kognitiv nedsättning, dålig mat miljö, kulturellt olämpligt val av livsmedel, svårt att upprätthålla uppmärksamheten under matning, svårt att tugga och/eller svårt att svälja. Den vanligaste orsaken till undernäring är kognitiv nedsättning tillsammans med problem att kunna äta själv. Därför är samspelet mellan personal och den vårdbehövande mycket viktig under måltiden (Chang & Roberts, 2008). Deltagarna i föreliggande studie påtalar vikten av att de äldre har rätt hjälpmedel för att kunna äta och att goda kunskaper hos personalen är viktigt. Författarna tycker att det är en viktig iakttagelse av sjuksköterskorna att se sambandet mellan utevistelser och aktivitet, när det gäller aptit. Sjuksköterskorna i författarnas studie har föreslagit att erbjuda den boende energitillskott, näringsdryck, specialkost, energi- och proteinpulver. Detta bekräftas av Pivi et al (2011), vilka visade att orala näringstillskott förbättrade både vikt och BMI. Genom att erbjuda extra mellanmål och smoothies förbättrades nutritionsstatusen enligt Lorefält et al (2011).

4.2.3 Kommunikation/Handledning

Olika studier visar att omvårdnadspersonalen i stort har en positiv syn på omvårdnaden vid nutrition (Bachrach-Lindström et al, 2006), (Christensson et al, 2003). Författarna har kunnat se att sjuksköterskorna i denna studie delade den uppfattningen, genom att

de ansåg att omvårdnadspersonalen var uppfinningsrika, ansvarfulla, intresserade och kunskapsstörstiga. Sjuksköterskorna handleder omvårdnadspersonalen genom gemensamma genomgångar och att samarbeta med andra yrkesgrupper, anledningen är att vården ska anpassas efter individens behov. Detta verifieras av studier gjorda av Johansson et al (2008) och Kuosma et al (2008).

4.2.4 Förslag till förbättring

Sjuksköterskorna svarade som förslag till förbättringar i omvårdnaden runt nutrition, att det behövs mer personal med utbildning och god kompetens. Christensson et al (2003) menade att utbildning hade lite effekt, när det gäller påverkan på omvårdnadspersonalens attityder och deras beteende. Författarna drar slutsatsen att lära sig något, görs bäst genom att handfast få utföra uppgiften, samt att förstå varför den skall utföras på ett visst sätt. I författarnas studie framkom att sjuksköterskorna tyckte att måltidssituationen var viktig. Personalen kan individanpassad matsituationen genom att maten lagas på plats och att ge möjlighet att få välja maträtt. Förbättrade kontroller vad gäller munstatus och vikt efterfrågades av sjuksköterskorna. Chang och Roberts (2011) verifierar i sin studie att dålig matmiljö, svårt att tugga, svälja och att kunna äta själv är riskfaktorer för otillräckligt intag av mat. Sjuksköterskorna efterfrågade bättre dokumentationen samt ett ökat samarbete med andra professioner. Detta nämns i studien av Suominen et al, (2001) där näringsmässig vård diskuterades i multiprofessionella team.

4.3 Metoddiskussion

I föreliggande studie valde författarna att använda en beskrivande design med kvalitativ ansats för att söka svar på frågorna som svarar mot studiens syfte. Materialet har bearbetats med manifest kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Författarna har läst igenom svaren i frågeguiden flera gånger var och en för sig, för att sedan tillsammans analysera svaren och abstrahera dessa till subkategorier och kategorier. Ingen tolkning har gjorts utan analysen har skett utifrån det manifesta innehållet dvs. författarna till föreliggande studie fokuserade under analysen på frågan vad innehållet i texten handlade om.

Begreppet ”credibility” trovärdighet innebär bedömning av studiens trovärdighet. Genom att välja en frågeguide med öppna frågor hade deltagarna möjlighet att reflektera fritt. För att stärka ”credibility” i studien har forskarna använt citat vid redovisningen av resultatet. En svaghet i studien kan vara tillämpningen av bekvämlighetsurval (Graneheim & Lundman, 2004). Trots att flera påminnelser har skickats ut via mail, var svarsfrekvensen låg. Författarna hade som mål att få in 45 svar, men fick endast 30 svar. Detta kan ses som en svaghet, men ändå ett godtagbart antal för att kunna se ett mönster. Ett mer uttömmande svar på frågorna tror författarna att de hade fått om de använt intervjuer i stället för en frågeguide.

När det gäller materialets pålitlighet ”dependability” har författarna diskuterat materialet med varandra och handledaren när det gäller bearbetning av materialet och indelningen av subkategorier och kategorier.

Studiens ”transferability” överförbarhet kan överföras till andra grupper av sjuksköterskor som arbetar inom SÄBO. I de kommuner som deltog i studien används Senior Alert som ett bedömnings- och kvalitetsregister. Överförbarheten kan ifrågasättas då det gäller kommuner som inte använder sig av registret Senior Alert.

4.4 Allmän diskussion

I föreliggande studie framkom att sjuksköterskorna ansåg att nutrition är ett viktigt ämne. Det förebyggande arbetet som sjuksköterskorna visade att de utförde var bl.a. att de tog den boendes vikt. De bedömde munstatus och utvärderade aptiten.

Sjuksköterskornas förebyggande arbete verifierades i studier som kunde påvisa de olika riskerna för att drabbas av undernäring . Efter att sjuksköterskorna gjort en bedömning av den boendes situation, beslutades vilka omvårdnadsåtgärder som det fanns behov utav. En av de viktigaste åtgärderna som kunde förbättra måltidssituationen för den äldre var att titta över måltidsmiljön, vilket verifierades i flera studier (Chang & Roberts, 2011), (Mathey et al, 2001). Det kunde handla om att maten dukades fram på ett smakfullt sätt och det kunde finnas flera rätter att välja mellan. Sjuksköterskorna föreslog mellanmål av olika slag och olika näringsdrycker. Pivi et al (2011) visade att både vikt och BMI förbättrades genom att ge näringstillskott.

Sjuksköterskorna samarbetade främst med omvårdnadspersonalen, men tog även kontakt med andra professioner vid behov, som t.ex. dietist. Information och handledning genomfördes främst genom omvårdnadsträffar av olika slag eller direkt information till personalen både muntligt och skriftligt.

Författarna anser att sjuksköterskorna har tänkt igenom bedömningarna som de utför, samt de åtgärder som följer dem. Allt enligt väl beprövade metoder och aktuell vetenskaplig forskning. Eftersom undernäring bland äldre boende på SÄBO är ett stort problem ifrågasätter författarna vad det kan bero på. Hälften av sjuksköterskorna ansåg sig ha tillräcklig kunskap om nutrition, samtidigt efterfrågades ett utökat samarbete med andra professioner och mer utbildning inom kost och bedömning av munstatus. Nutrition är ett stort ämne med många olika infallsvinklar. Det handlar inte enbart om vad som serveras att äta, utan det handlar om hur hela människan mår och klarar av sitt dagliga liv. Det kan finnas brister i utbildning som sjuksköterskorna inte är medvetna om. Samtidigt visade forskningen att utbildning hade liten påverkan på attityder och beteende hos personalen.

Sjuksköterskorna föreslog näringstillskott, men har de egentligen någon kontroll på hur mycket den äldre boende fick i sig? Författarna tror att många gånger så glöms det lilla extra näringstillskottet bort., vilket verifieras av en studie av Suominen et al (2009).

4.5 Slutsats

Genom handledning och samarbete arbetar sjuksköterskor tillsammans med olika professioner, främst omvårdnadspersonal för att gemensamt hitta lösningar för de boende som ligger i riskzonen för undernäring.

Referenser

Bachrach-Lindström, M., Jensen, S., Lundin, R. & Christensson, L. (2006). Attitudes of nursing staff working with people towards nutritional nursing care, *Journal of Clinical Nursing*, 16, 2007-2014.

Chang, C-C. & Roberts, B. L. (2008). Malnutrition and feeding difficulty in Taiwanese older with dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 2153-2161.

Chang, C-C. & Roberts B.L. (2011) Strategies for feeding patients with dementia. *American journal of nutrition*. 111. 36-44.

Christensson, L., Unosson, M., Bachrach-Lindström, M. & Ek, A-C. (2003). Attitudes of nursing staff towards nutritional nursing care. *Journal of Scandinavian Caring and Science*, 17, 223-231.

Christensson, L., Unosson, M. & Ek, A-C. (2002) Evaluation of nutritional assessment techniques in elderly people newly admitted to municipal care. *European Journal of Clinical Nutrition*, 56. 810-818.

Dehlin, O. & Rundgren, Å. (2007). *Geriatric*. Studentlitteratur: Polen.

Fagerström, C., Palmqvist, R., Carlsson, J. & Hellström, Y. (2011). Malnutrition and cognitive impairment among people 60 years of age and above living in regular housing and in special housing in Sweden: A population-based cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 863-871.

Flodin, L., Svensson, S. & Cederholm, T. (2000). Body mass index as a predictor of 1 year mortality in geriatric patients. *Clinical Nutrition*, 19(2), 121-125.

Gaskill, D., Black, L.J., Isenring, E.A., Hassall, S., Sanders, F. & Bauer, J.D. (2008) Malnutrition prevalence and nutrition issues in residential aged care facilities. *Australasian Journal on Ageing*, 27(4). 189-194.

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

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

ICN:s Etiska Kod. Hämtad 24 maj 2012, från:

<http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>

Jahren-Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (2006). *Grundläggande omvårdnad del 2*. Liber: Stockholm.

Jahren- Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E- A. (2007). *Grundläggande omvårdnad del 4*. Stockholm: Liber

Johansson, L., Sidenvall, B., Malmberg, B. & Christensson. (2009). Who will become malnourished? A prospective study of factors associated with malnutrition in older persons living at home. *Journal of Nutrition, Health & Aging*. 13.855-861.

Johansson, Y., Bachrach-Lindström, M., Karstensen, J. & Ek, A-C. (2008). Malnutrition in a home-living older population: prevalence, incidence and riskfactors. A prospective study. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1354-1365.

Kaiser, R., Winning, K., Uter, W. Lesser, S., Stehle, P, Sieber, C.C. & Bauer, J. M. (2009). Comparison of Two Different Approaches for the Application of the Mini Nutritional Assessment in Nursing Homes: Resident Interviews Versus Assessment by Nursing Staff. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 13,863-869.

Kuosma, K., Hjerrild, J., Pedersen, P. U. & Andersen Hundrup, Y. (2008). Assessment of the nutritional status among residents in a Danish nursing home – health effects of a formulated food and meal policy. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2288-2293.

Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor. Hämtad den 22:a maj 2012, från: <http://www.notisum.se>

Lorefält, B., Andersson, A., Wirehn, A.B. & Wilhelmsson, S. (2011). Nutritional status and health care costs for the elderly living in municipal residential homes – an intervention study. *Journal of Nutrition, Health & Aging*. 15, 92-97.

Lou, M-F., Dai, Y-T., Huang, G-S. & Yu, P-J. (2007) Nutritional status and health outcomes for older people with dementia living in institutions. *Journal of Advanced Nursing* 60(5), 470-477.

Mathey, M-F., Vanneste, V. G. G., de Graaf, C, de Groot, L. & van Staveren, W. A. (2001). Health Effect of Improved Meal Ambiance in a Dutch Nursing Home: A 1-Year Intervention Study. *Preventive Medicine*, 2, 416-423.

Newman, A. B., Yanez, D., Harris, T., Duxbury, A. Enright, P. L. & Fried, L. P. (2001). Weight Change in Old Age and its Association with Mortality. *American Geriatric Society*, 49, 1309-1318.

Persson, M. D., Brismar, K. E., Katzarski, K. S., Nordenström, J. & Cederholm, T. E. (2002). Nutritional Status Using Mini Nutritional Assessment and Subjective Global Assessment Predict Mortality in Geriatric Patients. *Journal of American Geriatrics Society*, 50, 1996-2002.

Pivi, G. AK., da Silva, R. V., Juliano, Y., Novo, N. F., Okamoto, I.H., Brant, C. Q. & Bertolucci, P. HF. (2011) A prospective study of nutrition education and oral nutritional supplementation in patients with Alzheimer's disease. *Nutrition Journal*. 10:98.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 8 th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

Rosengren, K., Höglund, P., J. & Hedberg, B.(2012). Quality registry, a tool for patient advantages – from a preventive caring perspective. *Journal of Nursing Management*. 20, 196-205.

Senior alert. Hämtad den 13:e maj 2012, från <http://www.lj.se/senioralert>

SFS 2003:40. Lag om etikprövning av forskning som avser människor. Hämtad den 4:e februari 2012, från

<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=2003:460>

SoS-2000:11. Näringsproblem i vård och omsorg. SoS- rapport 2000:11. Hämtad den 19:e maj 2012, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2000/2000-3-11>

SoS-2009: 126-11. Nationella kvalitetsindikatorer: vården och omsorgen om äldre personer. Hämtad den 19:e maj 2012 från

<http://socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-111>

Suominen, MH., Kivisto, SM. & Pitkala, KH. (2007) The effects of nutrition education on professionals' practice and on the nutrition of aged residents in dementia wards. *European Journal of Clinical Nutrition*, 61, 1226-1232.

Suominen, M., Muurinen, S., Routasalo, p., Soini, H., Peiponen, A., Finne-Soveri, H & Pitkala, KH. (2005) Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing homes in Helsinki. *European Journal of Clinical Nutrition*, 59.578-583.

Suominen, M. H., Sandelin, E., Soini, H. & Pitkala, K. H (2009) How well do nurses recognize malnutrition in elderly patients? *European Journal of Clinical Nutrition*, 63. 292-296.

Thomas, D.R. (2008) Nutrition Assessment in Long-Term Care. *Nutrition in Clinical Practice*, 23, 383-387.

World Medical Association Declaration of Helsinki, 2008. Hämtad den 4:e februari 2012 från <http://www.slf.se/upload30780/DoH-Oct2008.pdf>

Wu, S-J., Wang, H-H., Chen, K-M. & Yeh, S-H. (2011). Nutritional Status of Nursing Home Residents in Taiwan. *Biological Research for Nursing*, 13, 189-195.

Bilaga 1

Frågeguide till studien; Sjuksköterskors uppfattningar av att arbeta med
nutritionsfrågor inom äldreomsorgen – information, handledning och praktiskt arbete.

1. Arbetet med nutritionsfrågor.
 - A. Beskriv hur du bedömer en boendes nutritionsstatus?
 - B. Beskriv hur du kvalitetssäkrar ditt arbete med en boendes nutritionsstatus?
 - C. Beskriv hur du bemöter en boende med nutritionsproblematik?

2. Information till personalen i nutritionsfrågor.
 - A. Beskriv hur du informerar personalen?
 - B. Beskriv hur du uppfattar att personalen tar till sig den information som du gett dem?

3. Handledning till personalen i nutritionsfrågor.
 - A. Beskriv hur du handleder personalen?
 - B. Beskriv hur du uppfattar att personalen kan omsätta den handledning du gett dem i praktiskt arbete?

4. Din uppfattning om arbetet med nutritionsfrågor.
 - A. Anser du att du har tillräckligt med kunskap/utbildning? Motivera ditt svar.
 - B. Beskriv hur du uppfattar att du får stöd/råd av andra professioner?
 - C. Vilka professioner anser du att det finns behov av?

5. Att bedriva god omvårdnad vid malnutrition.
 - A. Vilka omvårdnadsåtgärder anser du att det bör finnas för att kunna bedriva en god omvårdnad?
 - B. Hur kan omvårdnaden förbättras? Ge förslag.

Hur många år har du arbetat som sjuksköterska?

Har du någon vidareutbildning (enstaka kurser/program)?

Tack för din medverkan!

Bilaga 2



Akademien för hälsa och arbetsliv

Till verksamhetschef

-----**vid**-----

Härmed anhålles om tillstånd att i examensarbetet, som ingår som del i utbildning vid Akademien för hälsa och arbetsliv, Högskolan i Gävle, söka uppgifter enligt den beskrivning som ges nedan.

Kort beskrivning av studiens uppläggning

<p style="text-align: center;">Introduktion</p> <p>Undernäring är ett vanligt problem bland många äldre personer över 65 år. Det finns flera forskningsresultat som visar att mycket stor del av de som bor på SÄBO är undernärda eller ligger i riskzonen för undernäring. Personer på SÄBO löper 16 gånger större risk att drabbas av undernäring och kognitiv svikt, än de som bor i eget boende (Fagerström et al, 2011). Studier visar att kroppsvikten förändras över tid. Flera forskare argumenterar för vikten av att systematiskt utföra näringsmässiga bedömningar och viktkontroller med en regelbundenhet på minst var tredje månad. Viktkontrollen bör följas upp med individuella vårdplaner för att vikten ska nå en stabilitet.</p>
<p style="text-align: center;">Frågeställning</p> <p style="text-align: center;">Hur uppfattar och beskriver sjuksköterskor inom äldreomsorgen sitt arbete med nutritionsfrågor?</p> <p style="text-align: center;">Hur informerar och handleder sjuksköterskor omsorgspersonalen i deras arbete med nutritionsfrågor för äldre?</p>
<p style="text-align: center;">Syfte</p> <p>Syftet med studien är att undersöka och beskriva hur sjuksköterskor inom äldreomsorgen uppfattar innehållet i ett arbete med nutritionsfrågor för äldre. Ytterligare ett syfte är att undersöka hur sjuksköterskor informerar och handleder omsorgspersonalen i nutritionsfrågor.</p>

Metod

En frågeguide kommer att skickas ut via mail till 45 stycken kommunalt anställda sjuksköterskor. Frågorna kommer att vara av semistrukturerad karaktär och sjuksköterskorna kommer att ombeds att svara skriftligt via mail. Frågeguiden kommer att innehålla cirka tio stycken frågor inom området nutrition: kvalitetssäkring, bedömning, bemötande, information och utbildning.

Urval

Urvalet kommer att vara ändamålsenligt där sjuksköterskor som arbetar inom SÄBO i en medelstor kommun i mellersta Sverige kommer att rekryteras. Studiens inklusionskriterier är att sjuksköterskorna ska ha arbetat i minst ett år på SÄBO. Sammanlagt kommer 45 informanter att rekryteras.

Etiska aspekter

Samtliga deltagare i studien kommer att få information om studiens syfte, den övergripande planen med studien och vilka metoder som kommer att tillämpas. De följder och risker som studien kan medföra samt vilka som står som huvudansvariga för studien kommer deltagarna att bli informerade om. Deltagandet i studien är frivilligt och forskningsdeltagaren har rätt att när som helst ta tillbaka sitt samtycke till studien. De data som hämtats in dessförinnan får dock användas i forskningen. Studien uppfyller kraven enligt Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects.

Studerandes namn

Handledares namn

Lena Bengter & Lotta Magnusson

Elisabeth Häggström

Tillstånd erhålles

Ja

Nej

Ort och datum

Verksamhetschef

Bilaga 3

Informationsbrev

Informationsbrev och förfrågan om att medverka i en studie, med titeln; Sjuksköterskors uppfattningar av att arbeta med nutritionsfrågor inom äldreomsorgen – information, handledning och praktiskt arbete.

Vi är två sjuksköterskor som läser en vidareutbildning via Gävle Högskola som heter Vård av äldre. I utbildningen ingår att skriva ett specialarbete på avancerad nivå.

Syftet med studien är att undersöka och beskriva hur sjuksköterskor inom äldreomsorgen uppfattar innehållet i att arbeta med nutritionsfrågor för äldre.

Ytterligare ett syfte är att undersöka hur sjuksköterskor informerar och handleder omsorgspersonalen i nutritionsfrågor.

Deltagandet i studien innebär att en frågeguide kommer att skickas ut till de sjuksköterskor som samtyckt att delta i studien via mail. Det är frivilligt att svara och möjligheten att avbryta sitt deltagande utan förklaring finns. Datainsamlingen kommer att behandlas konfidentiellt och svaren kommer att vara avidentifierade, så att forskarna inte ska kunna identifiera vem som svarat vad. Frågorna kommer att vara av semistrukturerad karaktär och sjuksköterskorna kommer att ombeds att svara skriftligt via mail. Frågeguiden kommer att innehålla cirka tio stycken frågor inom området nutrition: kvalitetssäkring, bedömning, bemötande, information och utbildning.

Om du accepterar att delta i studien, svara via mail (se adress nedan) före

Vi ser fram emot ditt deltagande i vår studie. Tack på förhand.

Hälsningar

Lotta Magnusson och Lena Bengter

lotta.magnusson@hudiksvall.se och lena.bengter@hudiksvall.se

Handledare: Elisabeth Häggström

Elisabeth.Haggstrom@hig.se