



HÖGSKOLAN
DALARNA

Examensarbete

Filosofie kandidatexamen

Faktorer som förhindrar nutritionsvårdsprocessen för att förebygga malnutrition hos äldre

En litteraturöversikt

Factors that prevent nutrition care process to prevent malnutrition in the elderly: A literature review

Författare: Karin Törnkvist och Sandra Eriksson

Handledare: Ginger Selander

Granskare: Marika Marusarz

Examinator: Ingrid From

Ämne/huvudområde: Omvårdnad

Kurskod: VÅ2030

Poäng: 15 hp

Examinationsdatum: 2017-12-06

Vid Högskolan Dalarna finns möjlighet att publicera examensarbetet i fulltext i DiVA. Publiceringen sker open access, vilket innebär att arbetet blir fritt tillgängligt att läsa och ladda ned på nätet. Därmed ökar spridningen och synligheten av examensarbetet.

Open access är på väg att bli norm för att sprida vetenskaplig information på nätet. Högskolan Dalarna rekommenderar såväl forskare som studenter att publicera sina arbeten open access.

Jag/vi medger publicering i fulltext (fritt tillgänglig på nätet, open access):

Ja

Nej

Sammanfattning

Bakgrund: Sverige har cirka 2 miljoner äldre, av dem anses ungefär 60 procent vara riskpatienter för malnutrition. Vårdgivaren har det yttersta ansvaret för att fastställa rutiner för när och hur vårdtagare ska utredas och behandlas. Riskbedömning med ett validerat nutritionsbedömningsinstrument är första steget i nutritionsvårdsprocessen. Rutinmässig övervakning och uppföljning kan förhindra att äldre utvecklar malnutrition. **Syftet** var att undersöka vilka faktorer som förhindrade nutritionsvårdsprocessen hos äldre. **Metod:** Studien genomfördes som en litteraturöversikt baserat på 13 artiklar. **Resultatet** delades in i kategorier som belyste *organisations, - personal, - och patientrelaterade faktorer*. De påvisade faktorerna uppgavs förhindra nutritionsvårdsprocessen på olika vis och ibland i relation till varandra. **Konklusion:** De beskrivna hindren för nutritionsvårdsprocessen är betydelsefulla för att kvalitetssäkra vården. Stöd och strategier på flera olika nivåer behövs för att överkomma de hinder som försvårar nutritionsvården.

Nyckelord:

Hinder, Malnutrition, Nutritionsbedömning, Omvårdnad, Äldre

Abstract:

Background: Sweden has about 2 million older people, of whom about 60 percent are at risk for malnutrition. The care provider has the ultimate responsibility for establishing routines for when and how care recipients will be investigated and treated. Risk assessment with a validated nutrition assessment instrument is the first step in the nutrition care process. Routine monitoring and follow up can prevent older people from developing malnutrition. The **aim** was to investigate factors which prevented the nutrition care process in older people. **Method:** The study was conducted as a literature review including 13 articles. The **result** was divided into categories which highlighted organizational, - personnel, - and patient related factors. The demonstrated factors were reported to prevent the nutrition care process in different ways and sometimes in relation to each other.

Conclusion: The described barriers to the nutrition care process are important for quality assurance. Support and strategies at several levels are needed to overcome the barriers that hinder nutritional care.

Keywords:

Barriers, Elderly, Malnutrition, Malnutrition screening, Nursing

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Nutrition och det naturliga åldrandet	2
Malnutrition	2
Sjuksköterskans omvårdnadsansvar	2
Nutritionsvårdsprocessen	3
Bedömningsinstrument	4
Problemformulering	4
Syfte	5
METOD	5
Design	5
URVAL	5
Tabell 1.....	6
Värdering av artiklars kvalitet.....	6
Tillvägagångssätt.....	7
Analys och tolkning av data.....	7
Etiska överväganden	7
RESULTAT	8
Organisationsrelaterade faktorer som förhindrar nutritionsvårdsprocessen	8
Personalrelaterade faktorer som förhindrar nutritionsvårdsprocessen.....	9
Patientrelaterade faktorer som förhindrar nutritionsvårdsprocessen.....	11
DISKUSSION	11
Sammanfattning av huvudresultat.....	11
Resultatdiskussion.....	12
Patientrelaterade faktorer som förhindrar nutritionsvårdsprocessen.....	12
Personalrelaterade faktorer som förhindrar nutritionsvårdsprocessen.....	13
Organisationsrelaterade faktorer som förhindrar nutritionsvårdsprocessen	15
Metoddiskussion	16
Etikdiskussion	17
Klinisk betydelse för samhället.....	17
Konklusion	17
Förslag till vidare forskning	18
REFERENSER	
BILAGA 1	
BILAGA 2	

INLEDNING

Detta examensarbete handlar om faktorer som förhindrar nutritionsvårdsprocessen för att förebygga malnutrition hos äldre. I tidigare yrkesroll samt under verksamhetsförlagda studier har problematiken med risk för eller malnutrierade äldre mötts många gånger. Skribenternas uppfattning var att patienterna inte tycktes erhålla adekvat nutritionsbehandling, varken i förebyggande eller behandlande syfte. Även en negativ attityd gentemot nutritionsvårdsprocessen i största allmänhet upplevdes, vilket väckt frågan om vad som upplevs som hinder för att genomföra processen till fullo. Sjuksköterskans kompetens ska omfatta ett helhetsperspektiv på patientens situation. Detta innefattar bland annat kunskap om komplexa behov och problem som till exempel ätande, matvanor, livsstil och vilka förändringar patienterna kan behöva stöd och hjälp med.

BAKGRUND

I Sverige ökar antalet äldre (Lundkvist, 2016), och prognosen säger att allt fler kommer att bli allt äldre. Från slutet av 1980 - talet till mitten av 2000 - talet har antalet individer över 64 år varit ungefär 1,5 miljoner, denna siffra har idag ökat till cirka 2 miljoner. År 2060 beräknas antalet personer över 65 år vara cirka 3 miljoner. Gruppen över 80 år är idag cirka 0,5 miljoner, och denna siffra förväntas stiga till över 1 miljon till i mitten på 2040 - talet. Socialstyrelsen (2017) lyfte fram att undernäring hos äldre i Sverige är ett vanligt problem, och statistik från Senior Alert (2017) redovisade att 60 procent inom kommunal vård låg i riskzon för undernäring, medan Landstinget uppvisade 57 procent. Senior Alert beskrivs som ett webbaserat nationellt kvalitetsregister där målet är att registrera varje individ över 65 år med riskbedömning, vidtagna åtgärder och resultat inom områdena fall, undernäring, trycksår och munhälsa. Törmä, Winblad, Cederholm och Saletti (2013) skrev att risk för undernäring på äldreboenden i Sverige uppgavs vara 63 procent varav 30 procent redan är malnutrierade. Socialstyrelsen (2017) poängterade att undernäring räknas som vårdskada om det hade kunnat förhindras, lett till att patienten drabbats av skada, ett lidande samt orsakat sjukdom alternativt dödsfall. I Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS 2014:10) klargörs att vårdgivaren har det yttersta ansvaret för att fastställa rutiner för när och hur en patients näringstillstånd skall utredas samt att förebygga och behandla undernäring.

Nutrition och det naturliga åldrandet.

McGinley (2017) klargjorde vikten av att beakta det naturliga åldrandets effekter vid nutrition. Med stigande ålder sker förändringar i skelett, vätskebalans och njurfunktion. Nedsatt fysisk rörlighet och försvagad muskelstyrka samt förändringar i immunförsvaret är andra faktorer som sker i kroppen vid stigande ålder. Det är vanligt att äldre människor förlorar aptiten vilket oftast beror på att smak- och luktsinne försämras. Ett ökat läkemedelsintag kan medföra att intresset för mat och storleken på portionerna minskar. Äldre människor känner mättnad tidigare än vad yngre gör, och detta beror på att elasticiteten i mag- och tarmkanalen förändras (a.a.). Dera och Woodham (2016) ansåg att med tanke på den betydelse som näringsstatusen har på individens hälsa, välbefinnande, livskvalité och oberoende, så bör problemen med undernäring tas på allvar. Den äldre människan har svårare att återhämta sig från effekterna av malnutrition, och även de effekter som sociala och ekonomiska faktorer utgör. Fattigdom, immobilitet, depressioner och social isolering är vanligt förekommande hos äldre (a.a.).

Malnutrition

Tillståndet malnutrition beskrevs av Socialstyrelsen (2011) som en brist på energi, protein och andra näringsämnen vilka ger upphov till ogynnsamma förändringar i kroppens sammansättning och funktion. Diagnoskriteriet för undernäring är en ofrivillig viktförlust på mer än 10 procent av sin normalvikt. Pauly, Stehle och Volkert (2007) förklarade hur olika faktorer kunde försvåra intaget av föda, såsom känslensättning, anorexia, tugg- och sväljsvårigheter, kroniska och akuta sjukdomar som kan leda till både näringsbrist och malnutrition. Undernärda äldre har en ökad risk för sjukdom, infektioner, fall, frakturer och trycksår där förloppet kan få förvärrade effekter jämfört med välnutrierade äldre (a.a.). Denny (2007) uppgav att risken för att bli inlagd på sjukhus ökar, likaså en längre sjukhusvistelse för patienter som är undernärda. De har även en ökad benägenhet att råka ut för fatigue och depression.

Sjuksköterskans omvårdnadsansvar

Sjuksköterskans fyra grundläggande ansvarsområden beskrivs av Svensk sjuksköterskeförening (2017) vilka är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa

hälsa samt att lindra lidande. Vidare påpekas att sjuksköterskan ansvarar för och leder omvårdnadsarbetet, vilket innebär att arbeta i partnerskap med patienten. Sjuksköterskan ansvarar för bedömning, diagnostik, planering, genomförande och utvärdering av omvårdnaden, som är riktad mot patientens grundläggande behov och upplevelser i det dagliga livet. Ett grundläggande behov som benämndes redan i mitten av 1900-talet av omvårdnadsteoretikern Virginia Henderson (1991) var att äta. Sjuksköterskan har ansvar för att hjälpa individer, sjuka eller friska genom att utföra åtgärder som främjar hälsa eller tillfrisknande, handlingar som individen själv skulle utfört om dennes kraft varit tillräcklig. Det är också sjuksköterskans uppgift att hjälpa individer att så snart som möjligt återvinna sitt oberoende (a.a.).

Mamhidir, Kihlgren och Soerlie (2010) påtalar att malnutrition borde vara en del i kvalitetssäkringen av omvårdnad. Otillräcklig nutritionsvård borde diskuteras i ljuset av den etiska koden då avsaknad av riktlinjer i kombination med hög arbetsbelastning kan utgöra ett hot av kvaliteten i omvårdnadsarbetet. I kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor (Svensk sjuksköterskeförening, 2017) står det beskrivet att sjuksköterskan bör ha förmåga att identifiera och aktivt förebygga hälsorisker samt vid behov motivera till förändrade livsstilsfaktorer. Denny (2007) påvisade att nutritionsbedömning bör genomföras på alla individer inom hälso- och sjukvård. När sjuksköterskan misstänker malnutrition med symtom som tex viktninskning, skör hud, dålig aptit och förändrade smakupplevelser rekommenderas riskbedömning. En bedömning ska genomföras med uppföljning varje vecka, vilket bör utföras av personal som har både erfarenhet och evidensbaserad kunskap (a.a.). Lee, Tsai och Wang (2015) påtalade hur rutinmässig övervakning och uppföljning av nutritionsstatus hos äldre personer länge har varit ett mål inom geriatriken, och om detta görs på rutin förhindrar det att individen utvecklar en fullt utblommad malnutrition.

Nutritionsvårdsprocessen

I en rapport från Socialstyrelsen (2011) beskrivs riskbedömning som det första steget i nutritionsvårdsprocessen, även kallad screening, vilken syftar till att identifiera riskpersoner eller de som redan lider av undernäring. Riskbedömning bör ske inom ett dygn efter inläggning/ankomst till vårdinrättning och kan utföras av

olika yrkeskategorier med en patientnära relation. Orsaken till undernäringstillståndet bör följas upp med en utredning, som leder till en diagnos av problemet. Diagnosen ger ett underlag till nutritionsbehandling som följs upp och utvärderas med patientens inflytande genom hela processen. Masters (2010) påvisade stora fördelar med att förbättra nutritionsvården, särskilt för riskpatienter både när det gäller förbättrad vårdkvalitet för individen samt för de betydande kostnadsbesparingarna.

Bedömningsinstrument

De bedömningsinstrument som rekommenderas av Europeiska Nutritionsorganisationen (ESPEN) enligt Cederholm et al. (2015) är Mini Nutritional Assessment (MNA), Nutritional Risk Screening (NRS) och Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) (a.a.). Isenring, Banks, Ferguson och Bauer (2012) definierade MNA som ett bedömningsinstrument där originalet med 18 frågor omarbetats till sex frågor (MNA-SF) vilka berör dåligt matintag, viktnedgång, body mass index (BMI), rörlighet, psykologisk stress eller akut sjukdom samt neuropsykologiska problem. MUST är ett universellt screeningverktyg utformat för olika användningsområden och består av en BMI-kategori (under 20 poäng indikerar risk), en viktförlustkategori och en poängkategori för akuta sjukdomar (a.a.). NRS framhölls av Rasmussen, Holst och Kondrup (2010) som ett bedömningsinstrument designat för att upptäcka risk för eller redan utvecklad undernäring på sjukhus där innehållet är baserat på MUST (a.a.). Isenring et al. (2012) beskrev att personal som utförde nutritions-bedömningar yttrade fördelar med att använda samma nutritions-bedömningsinstrument inom hela hälso- och sjukvården.

Problemformulering

Malnutrition hos äldre (över 65 år) är ett vanligt problem i Sverige. Äldre personer upplever mättnadskänsla snabbare än vad yngre gör, och med det naturliga åldrandet följer förändringar i både kroppssammansättning och näringsbehov. Undernärda äldre har en ökad risk för både sjukdomar och infektioner, och sjuksköterskan har ansvar för omvårdnadsarbetet som ska identifiera och undanröja risker för ohälsa. Riskbedömning med ett validerat nutritionsbedömningsinstrument är första steget i nutritionsvårdsprocessen, och rutinmässig övervakning och uppföljning kan för-

hindra att äldre utvecklar malnutrition. Screening rekommenderas ske inom ett dygn efter ankomst hos vårdgivaren, och kan utföras av all vårdpersonal med en patientnära relation. Trots denna kunskap påvisades det via Senior Alert att cirka 60 procent av registrerade individer inom kommun- och landsting år 2017 låg i riskzon för undernäring. Skribenterna vill genom denna litteraturöversikt påvisa de faktorer som förhindrar att nutritionsvårdsprocessen genomförs för att bidra till ökad kunskap och en kvalitetsförbättring inom ämnet.

Syfte

Syftet med denna litteraturöversikt är att undersöka vilka faktorer som förhindrar genomförandet av den nutritionsvårdsprocess som förebygger malnutrition bland äldre personer.

METOD

Design

Studien har genomförts som en litteraturöversikt. En litteraturöversikt bygger på att redan publicerade forskningsresultat sammanställts och granskats (Friberg, 2012).

Urval

Databaserna CINAHL, PubMed och Medline användes för artikelsökning då de innehåller litteratur angående medicin och omvårdnad. Sökord som var relevanta för studiens syfte valdes: *Assessment, barriers, elderly, enablers, facilitators, malnutrition, malnutrition screening, nurses, nursing, older people, older person, prevention och undernourished*. Sökorden redovisas i Tabell 1. Begreppet äldre kan översättas till ”*older people*”, ”*older person*” samt ”*elderly*” och ha samma innebörd. Detsamma gäller för sökorden *malnutrition* och *undernourished*, vilket gav fler sökord för att säkerställa relevansen i litteratursökningen. I databaserna CINAHL och Medline användes den booleska operatören ”AND” mellan sökorden. Sökfilter lades till för att precisera sökningen ytterligare som ”Peer Review”, ”65 + years”, ”abstract available”, ”full text” samt årsintervall ”2007 – 2017”. I databasen PubMed användes den booleska operatören ”AND” och sökfiltren ”abstract available”, ”full free text”, ”10 years” och ”65 + years” valdes. Via referenser hittades fem artiklar vilka redovisas i manuell sökstrategi som Tabell 3 (bilaga 2).

I urvalsprocessen lästes titlar först för att avgöra relevansen. På de artiklarna med relevant titel lästes abstrakten, och i ett vidare skede lästes artikeln i sin helhet för att sedan kvalitetsgranskas.

Tabell 1. Sökstrategi av utvalda artiklar samt antal träffar, antal lästa och utvalda artiklar

Databas	Sökord	Antal träffar	Urval efter lästa titlar, n= 125	Urval efter lästa abstrakt, n=30	Antal utvalda artiklar till resultat efter genomläsning av artiklar, n=8
CINAHL 1	Barriers AND facilitators AND malnutrition	30 203 2697 6	0 0 3	0 0 3	1
CINAHL 2	Barriers AND prevention AND malnutrition	771 138 7	0 0 7	0 0 3	1
CINAHL 3	Nurses AND malnutrition	8 763 31	0 31	0 8	1
CINAHL 4	Older people AND malnutrition AND nursing	1597 46 23	0 0 23	0 0 5	1
CINAHL 5	Prevention AND nursing AND malnutrition AND older person	19 263 2 388 96 8			1
Medline 6	Elderly AND undernourished	64 171 45	0 30	0 2	1
Pubmed 7	Barriers AND enablers AND malnutrition- screening	3070 32 1	0 10 1	0 0 1	1
Pubmed 8	Malnutrition AND assessment AND barriers	2 338 675 5	0 0 5	0 0 4	1

Värdering av artiklars kvalitet

Artiklarna granskades med hjälp av granskningsmallar baserade på Willman, Stoltz, och Bahtsevani (2006) och Forsberg och Wengström (2008) med syfte att säkerställa kvaliteten i resultatet. Flertalet artiklar av hög eller medelhög kvalitet inkluderades, även en av låg kvalitet. Granskningsmallar som bedömde artiklar med kvalitativ forskning innehöll 25 punkter, medan formuläret avsett för kvantitativ forskning innehöll 29 punkter, dessa besvarades med ja eller nej. Poängen översattes till procent vilka påvisar artiklarnas sammanlagda kvalitet, där 0 - 60% är låg, 61 - 80% är medelhög och 81 - 100% är hög kvalitet (Polit & Beck, 2012). 7 artiklar (n=7)

var av hög kvalitet och två artiklar (n=2) var av medelhög kvalitet. Artiklar med mixad metod kvalitetsgranskades både med kvalitativ och kvantitativ granskningsmall varav tre artiklar (n=3) var av hög kvalitet enligt den kvalitativa granskningen, två artiklar (n=2) var av medelhög kvalitet, och en artikel (n=1) var av hög kvalitet enligt den kvantitativa granskningen. En artikel (n=1) var av låg kvalitet enligt den kvalitativa granskningen. Kvaliteten för de enskilda artiklarnas återfinns i Tabell 2 (bilaga 1).

Tillvägagångssätt

Syftet i studien gav upphov till lämpliga sökordskombinationer vilka användes för att söka i databaser. Artiklar med intressant titel sparades och abstraktet lästes. Vid relevans lästes sedan artikeln i sin helhet gemensamt för att avgöra om resultatet svarade på skribenternas syfte. En kort summering av artiklarnas syfte och resultat sammanfattades var för sig som stöd. Antalet artiklar som användes till resultatet var 13 artiklar. Dessa kvalitetsgranskades gemensamt och sammanställdes i Tabell 2 (bilaga 1). Sammanställningen av artiklarna har skett tillsammans vilket förenklat processen när frågetecken uppkommit som då kunnat lösas gemensamt.

Analys och tolkning av data

Analysarbetet utfördes med stöd från Friberg (2012). Skribenterna läste i ett första steg igenom artiklarna flertalet gånger för att få ett sammanhang och för att förstå helheten. Andra steget var att varje artikel sammanfattades med studiens syfte och resultat för att få en förståelse av innehållet. För att säkerställa kvaliteten på skribenternas litteraturoversikt granskades varje artikels resultat och jämfördes med relevansen mot skribenternas syfte. I det tredje steget söktes efter skillnader samt likheter för att sedan sammanställa resultatet i olika kategorier. Artiklarna påvisade olika förhindrande faktorer, dessa numrerades och kategoriserades för att sedan redovisas i resultatet.

Etiska överväganden

Skribenterna strävade efter att analysera data med en induktiv ansats vilket innebär att analysen gjorts utan tidigare antaganden. Genomläsning av vetenskapliga artiklar genomfördes utan förutfattade meningar i sökandet efter relevant litteratur

(Fridlund, 2012). Under arbetet med denna litteraturöversikt har etiska överväganden gjorts konsekvent och kontinuerligt. Text har inte kopierats från artiklarna och källor samt referenser finns tydligt angivna så att läsaren lätt ska kunna hitta primärkällan (Strömquist, 2015). Det var önskvärt att artiklarna som valdes skulle ha genomgått etisk granskning som motsvarar forskningsetiska krav. Etiska regler och riktlinjer för forskning som involverar människan följdes genom litteraturöversikten i enlighet med Codex (2017).

RESULTAT

Resultatet grundades på 13 artiklar varav nio artiklar (n=9) är av kvalitativ ansats, en artikel (n=1) är kvantitativ och tre artiklar (n=3) har mixad metod som ansats. Studierna var genomförda i Australien (n=6), U.K. (n=2), Norge (n=2) och Sverige (n=3) mellan 2008 – 2017. Resultatet delades in i kategorier för att urskilja de olika förhållande faktorer som hittats i valda artiklar med anknytning till syftet i denna litteraturöversikt. Faktorerna presenteras i tre olika kategorier: organisations-, personal- och patientrelaterade faktorer som ansågs förhindra nutritionsvårdsprocessen.

Organisationsrelaterade faktorer som förhindrar nutritionsvårdsprocessen

Bristande nutritionsbedömning orsakas av många olika faktorer och på flera olika nivåer, där *otillräckliga resurser* angavs som en faktor vilken organisationen har ansvar för. Resurserna var i sin tur indelade i ekonomisk-, personal- och ibland platsbrist som försvårade att nutritionsbedömningar genomfördes (Craven, Pelly, Isenring & Lovell, 2017; Green, James, Latter, Sutcliffe, & Fader, 2013; Hamirudin, Charlton, Walton, Bonney, Albert, & Dalley, 2013; Raja, Gibson, Turner, Winderlich, Porter, Cant & Aroni, 2008).

Det rapporteras av flera deltagare en *avsaknad av bedömningsinstrument* på arbetsplatsen, vilket är arbetsgivarens ansvar. Endera saknades de helt, eller så var de inte uppdaterade, vilket förhindrade att nutritionsbedömningar genomfördes. (Dahl Eide, Halvorsen & Almendingen, 2015; Green et. al., 2013).

Tidsbrist var ett hinder som gjorde att nutritionsvårdsprocessen inte genomfördes i någon större utsträckning (Craven et al., 2017; Green et al., 2013; Hamirudin et al., 2013; Lannering, Ernsth Bravell & Johansson, 2017; Porter, Raja, Cant & Aroni, 2009).

Slutligen betraktades ledningens och chefernas *bristande intresse och engagemang* i nutritionsfrågor som en ytterligare faktor (Craven et al., 2017; Lannering et al., 2017).

Personalrelaterade faktorer som förhindrar nutritionsvårdsprocessen

Det mest frekventa hindret som pekades ut var *bristande utbildning och praktisk träning* på nutritionsbedömningsinstrument för samtlig personal. Många *saknade* dessutom *kunskap* att göra kliniska bedömningar för att identifiera undernäring. Det fanns även *brist på fördjupad kunskap* om sjukdom och riskfaktorer, samt konsekvenser av malnutrition (Craven et al., 2017; Dahl Eide et al., 2017; Green et al., 2013; Hamirudin et al., 2013; Khalaf, Berggren & Westergren, 2009; Lannering et al., 2017; Merrell, Philpin, Hobby & Gregory, 2012; Mowe, Bosaeus, Rasmussen, Kondrup, Unosson, Rotenberg, Irtun & The Scandinavian Nutrition Group, 2008; Persenius, Hall-Lord, Bååth & Larsson, 2008; Porter et al., 2009; Raja et al., 2008; Ross, Mudge, Young & Banks, 2011).

En annan faktor som upptäcktes var känslan av att nutritionsvårdsprocessen var en *betungande arbetsbörda* som tog tid från andra mer prioriterade arbetsuppgifter. Även dokumentationen omkring nutritionsvårdsprocessen ansågs *betungande* (Craven et al., 2017; Dahl Eide et al., 2017; Green et al., 2013; Hamirudin et al., 2013; Lannering et al., 2017; Porter et al., 2009; Raja et al., 2008).

Nutritionsvård ansågs vara ett *lågprioriterat område* relaterat till *stress*. Några deltagare medgav att fokus lades på det akuta skedet vilket gjordes att nutritionsstatus nedprioriterades (Dahl Eide et al., 2015; Hamirudin et al., 2013; Khalaf et al., 2009; Lannering et al., 2017; Merrell et al., 2012; Ross et al., 2011).

Ytterligare faktorer som framkom var att det fanns en *otydlighet* angående i vems *ansvarsområde* nutritionsbedömning ingick (Craven et al., 2017; Hamirudin et al., 2013; Khalaf et al., 2009; Mowe et al., 2008; Ross et al., 2011). Det visade sig att många sjuksköterskor förlitade sig mer på sin *egen erfarenhet* och *visuella bedömning*, snarare än att genomföra evidensbaserade nutritionsbedömningar av patienter (Dahl Eide et al., 2015; Green et al., 2013; Persenius et al., 2008; Porter et al., 2009; Merrell et al., 2012; Raja et al., 2008).

Flera studier pekade på en avsaknad av *tydliga anvisningar* för användandet av bedömningsinstrument på arbetsplatsen, och att nutritionsbedömning inte var en del av de dagliga rutinerna. Några deltagare uttryckte även ett behov av bättre anvisningar för hur bedömningsinstrument skulle dokumenteras (Dahl Eide et al., 2015; Khalaf et al., 2009; Lannering et al., 2017; Merrell et al., 2012; Mowe et al., 2008; Persenius et al., 2008).

Bristen på dietister betraktades som en faktor som försvårade nutritionsvårdsprocessen, då det blev svårt att remittera patienter som hade identifierats som undernärda. Det försvårade också för sjuksköterskorna att prioritera vilka patienter som var i störst behov att remitteras (Dahl Eide, Halvorsen, & Almendingen, 2015; Green et al., 2013; Hamirudin et al., 2013).

Några deltagare uttryckte ett behov av *förbättrad kommunikation* och ett *ökat samarbete* både över yrkesgrupper och mellan olika vårdgivare (Craven et al., 2017; Dahl Eide et al., 2015; Green et al., 2013; Khalaf et al., 2009; Lannering et al., 2017; Raja et al., 2008; Ross et al., 2011), då detta ansågs vara en försvårande omständighet för nutritionsvårdsprocessen.

En del nutritionsbedömningsinstrument ansågs vara *svåra att hantera* vilket gav upphov till minskad användning (Craven et al., 2017; Green et al., 2013; Lannering et al., 2017; Mowe et al., 2008; Raja et al., 2008).

Övriga hinder som försvårade nutritionsvårdsprocessen som också kunde påvisas i resultatet var bland annat: *korta vårdtider*, (Khalaf et al., 2009), *individuella etiska*

värderingar och *demografiska skillnader* mellan vårdavdelningar (Raja et al., 2008).

Patientrelaterade faktorer som förhindrar nutritionsvårdsprocessen

Sjuksköterskor upplevde att patienter *inte var intresserade* av att nutritionsbedömas, samt att patienterna upplevde det som *obekvämt* att prata om sina dåliga matvanor vilket gjorde det svårt att introducera nutritionsbedömning (Hamirudin et al., 2013; Raja et al., 2008).

Andra faktorer som också försvårade nutritionsbedömningar var *bristande kunskap* om malnutrition och dess effekter hos äldre personer. De erkände inte malnutrition som ett problem, och hade även *bristfällig förståelse* av frågorna som ställdes i bedömningsinstrumentet (Craven et al., 2017).

Patienter i primärvården tillfrågades om sina upplevelser av att bli bedömda genom MNA-SF. Deltagarna *ansåg inte att nutritionsvårdsprocessen var viktig*. Inte heller att de kategoriserades som riskpatienter eller undernärda förändrade deras förhållningssätt till sina matvanor. Uppfattningen var att ett mindre matintag och vikttnedgång var en del i det naturliga åldrandet, och oro för sociala problem prioriterades högre för patienterna än det faktum att det fanns risk för malnutrition. De flesta deltagarna ansåg sig ha en bra kosthållning och kände besvikelse över nutritionsbedömningens resultat (Hamirudin, Charlton, Walton, Bonney, Albert, Hodgkins, Ghosh, Potter, Milosavljevic och Dalley, 2016).

DISKUSSION

Sammanfattning av huvudresultat

Syftet med denna litteraturöversikt var att undersöka vilka faktorer som förhindrar att nutritionsbedömningar utförs för att förebygga malnutrition hos äldre. Fyndet som gjordes i resultatet delades in i kategorierna organisations-, personal- och patientrelaterade faktorer där förhindrande omständigheter för nutritionsvårdsprocessen beskrivits. Att påvisa enskilda hinder är inte helt enkelt, då de ofta är relaterade till varandra. Dahl Eide et. al. (2014) ger uttryck för hur viktiga delar i omvårdnaden saknas om förhindrande omständigheter gör att äldre individer inte får

adekvat nutritionsvård, detta trots att det finns nationella riktlinjer och rekommendationer i många länder. De faktorer som påvisas i denna litteraturoversikt är viktiga för att belysa sjuksköterskans omvårdnadsansvar då otillräcklig nutritionsvård kan ses som ett hot mot kvaliteten i omvårdnadsarbetet. Om nutritionsvårdsprocessen inte utförs får individen inte adekvat vård, trots att sjuksköterskans arbetsuppgift är att hjälpa individer att få sina behov tillgodosedda utifrån deras egna förutsättningar. Nutritionsvårdsprocessen är en lika viktig del som andra inom omvårdnad, och är av betydelse för vidareutveckling för att den kunskap sjuksköterskan besitter i sin yrkesroll ska tillämpas på bästa sätt.

Resultatdiskussion

Patientrelaterade faktorer som förhindrar nutritionsvårdsprocessen

En av de patientrelaterade faktorerna var att patienterna var ointresserade av nutritionsbedömning, då det upplevdes obekvämt att prata både om sina matvanor och sociala riskfaktorer relaterade till livsstil. En annan faktor som tycktes försvåra nutritionsvårdsprocessen var de äldres bristande kunskap om vad malnutrition innebar, då malnutrition inte sågs som ett problem. Några av de äldre tycktes anse att det var naturligt att magra av något med stigande ålder, och oron för sociala problem relaterat till familj och ekonomi var större. Skribenterna anser att ett viktigt steg i det förebyggande arbetet för sjuksköterskor är att informera de äldre om vilka följder malnutrition kan ha på individen, betydelsen av en god nutrition och dess betydelse för kroppens funktioner. Ett exempel på information som kan ges är McGinley's (2017) beskrivning av hur äldre människor förlorar aptiten på grund av försämrat smak- och luktsinne, samt känner mättnad fortare. För att patienten ska få mer insikt och förståelse bör sjuksköterskan, enligt Svensk sjuksköterskeförening (2017) planera sina samtal och informera om nutrition i dialog med både patienter och närstående för att på så vis främja hälsa och förebygga ohälsa (a.a.). För att på ett bekvämt och naturligt sätt börja samtala om kostvanor och livsstil anser skribenterna att sjuksköterskan skulle kunna använda ett nutritionsbedömningsinstrument som en integrerad del i omvårdnaden, vilket kan verka mindre provokativt för patienten. Hamirudin et. al. (2014) beskrev i sin diskussion att sjuksköterskor i primärvården ändå ansåg att MNA-SF var ett enkelt

bedömningsinstrument som möjliggjorde samtal om matvanor på ett sätt som inte verkade hotande eller kränkande.

Personalrelaterade faktorer som förhindrar nutritionsvårdsprocessen

Sammanställningen av denna studie visade att det största personalrelaterade hindret var bristande utbildning och praktisk träning på nutritionsbedömningsinstrument. Det saknades dessutom kunskap för att göra kliniska bedömningar för att identifiera undernäring. Nutritionsvårdsprocessen uppgavs även vara en extra arbetsbörda som kändes betungande i en redan stressig arbetsmiljö, och var ett lågt prioriterat område. Många ansåg att det fanns viktigare uppgifter som måste prioriteras högre. Ändå beskriver Green och James (2013) att nutritionsbedömning kan leda till en tidigare upptäckt av riskpatienter av malnutrition, och därigenom snabbare komma igång med planering och omvårdnadsåtgärder. Sjuksköterskan är den som högst troligt har en kontinuerlig kontakt med patienten under vårdtiden, därför anser skribenterna att sjuksköterskor har en bra förutsättning att göra nutritionsbedömningar direkt när patienten får vård, då det ändå genomförs andra bedömningar, vid till exempel ankomstsamtal.

En av de faktorer som påvisades i resultatet var att många av dem som använde ett nutritionsbedömningsinstrument ansåg att de var svåra att hantera. Kanske var det därför som det även framkom att sjuksköterskor verkade förlita sig mer på sina kliniska erfarenheter och visuella bedömningar för att fastställa om patienter var undernärda och i behov av omvårdnadsåtgärder. Detta trots att det finns flera framtagna validerade nutritionsbedömningsinstrument för att på ett evidensbaserat sätt kartlägga patienters nutritionsstatus. Hamirudin et. al. (2014) intervjuade personal efter implementering av MNA-SF, där deltagarna trots allt gav uttryck för att instrumentet var lättanvänt, och ett enkelt verktyg för att få en överblick och kategorisera problemet, som sedan kan följas upp med åtgärder. Många av deltagarna visade även stort stöd för att använda MNA-SF som en del i de dagliga rutinerna. Instrumentet ansågs förhöja kapaciteten för att identifiera malnutrierade patienter när de efter praktisk träning lärt sig känna igen poängsystemet.

En annan faktor som framkom var otydligheten över vems ansvarsområde i nutritionsvårdsprocessen var, vilket förvånande, eftersom nutrition är en stor del av omvårdnaden. Nutrition är en del av en individs basbehov som måste tillfredsställas, och för all vårdpersonal med utbildning ingår det i utbildningen att lära sig om en människas fundamentala behov vilka beskrevs av Virginia Henderson (1991) redan i mitten av 1900 - talet. Dahl Eide et. al. (2014) beskriver hur nutrition traditionellt varit sjuksköterskans ansvar som en del i omvårdnadsarbetet, men att det idag allt oftare finns multidisciplinära team som delar på ansvaret. Dock anser skribenterna att sjuksköterskan har ett personligt ansvar för sin egen yrkesroll, och de förhindrande omständigheter som framkommer i resultatet pekar på att många skyller över ansvaret på någon annan eller på olika faktorer istället för att se till sitt eget ansvar. Svensk sjuksköterskeförening (2017) gör ändock gällande att en sjuksköterska har ett personligt ansvar för sin yrkesutövning, vilket innebär ansvar för att analysera sina egna styrkor och svagheter och den professionella kompetensen. Sjuksköterskan bör även kontinuerligt utveckla och fördjupa sin yrkeskompetens utifrån forskning och kritiskt reflektera sitt förhållningssätt (a.a.). Skribenternas reflektion blev att om ett bedömningsinstrument och riktlinjer lyser med sin frånvaro, om arbetsmiljön upplevs stressande och om samarbetet inte fungerar över yrkesgrupperna, borde man kanske reflektera över sig själv och sitt eget ansvar för att skapa förutsättningar till förbättringsarbete. Skribenterna anser att den enskilde individen kan ändra på en hel avdelnings arbetsrelaterade kultur bara det finns vilja.

Ett intressant fynd som gjordes var att bristen på dietister verkar se lika ut oavsett i vilket land studierna genomfördes, och att detta föreföll vara en av orsakerna till varför nutritionsbedömningar inte fullföljdes i sin helhet. Få dietister till antalet gjorde att sjuksköterskor upplevde det svårt att prioritera vilken patient som var i störst behov av att remitteras, och samarbetet i multidisciplinära team blev mindre följsamt. En del av förbättringsarbetet i nutritionsvård tolkas utifrån resultatet som ett behov av förbättrad kommunikation, för att samarbetet ska kunna fungera bättre över yrkesgrupperna. Här behövs förändringar ske på alla nivåer, både mellan patient och sjuksköterska, personal emellan, personal och chefer samt mellan yrkesgrupper och vårdgivare.

Organisationsrelaterade faktorer som förhindrar nutritionsvårdsprocessen

Förbättringar inom nutritionsvård för att förebygga malnutrition hos äldre kan uppnås om hela organisationen samarbetar. Om chefer ser till att det finns tid avsatt för att praktiskt få träna på ett nytt implementerat instrument, tar fram riktlinjer och anvisningar, samt ser till personaltätheten kan förutsättningarna förbättras. Sjuksköterskor och annan personal kan då känna sig mer självsäkra i användandet av ett nutritionsbedömningsinstrument. Ett tydligt definierat ansvar, utbildning och praktisk träning för sjukhuspersonal, samarbete över yrkesgrupper och involvering från sjukhusledningen är viktiga åtgärder för att effektivt förebygga och behandla undernäring i sjukhusmiljö.

Ledningen, inkluderat cheferna har det övergripande ansvaret för att skapa en trygg arbetsmiljö, där all personal har möjlighet att vara en del av nutritionsvården. Tyvärr verkar det svårt på många håll att synliggöra riktlinjer och anvisningar, frambringa struktur, utarbeta arbetsbeskrivningar och skapa stressfria arbetsmiljöer. Detta skulle förbättra möjligheterna för personal att hinna utföra dessa viktiga nutritionsbedömningar som en del i sitt förebyggande arbete. Flera av studierna påvisade att sjuksköterskor saknade tydliga anvisningar för hur och när instrumenten skulle användas. Green och James (2013) nämner i sin diskussion att deltagarna i deras studie inte genomförde nutritionsbedömningar på rutin, utan bara på de patienter som de själva bedömde som riskpatienter. Detta kan enligt skribenterna anses lite godtyckligt, och rent ut sagt farligt för de patienter som i sådana fall inte får adekvat vård. Mamhidir et. al. (2010) påpekar att avsaknad av riktlinjer är att bortse från den etiska koden, och att otillräcklig nutritionsvård är frånvaro av kvalitetssäkring i omvårdnaden.

För att utveckla nutritionsvårdsprocessen och få nutritionsbedömningarna att bli en del av de dagliga rutinerna, ligger en del av ansvaret på cheferna. Att belysa de faktorer som förhindrar att nutritionsarbetet blir genomfört gör att chefer enklare kan förebygga att de uppkommer eller faktiskt överkomma dem helt. Detta styrks av Green och James (2013) som påpekar hur vetenskapen om förhindrande faktorer för nutritionsvårdsprocessen kan hjälpa chefer och organisationer att utveckla effektiva strategier för att överkomma hindren. Samtidigt lyfter Porter et. al. (2009)

fram hur viktigt det är att påvisa faktorer som försvårar nutritionsbedömning med ansvarig personal, för att nutritionsvårdsprocessen ska kunna bli en del i de dagliga rutinerna. Att identifiera äldre individer som är i riskzon för malnutrition, eller redan är undernärda är ett första steg i att minska utbredningen av malnutrition. År 2060 beräknas det i Sverige finnas cirka 3 miljoner personer som är över 65 år (Lundkvist, 2016), vilket är en ökning med cirka en miljon individer från idag. Av dessa människor är cirka 57 - 60 procent i risk för malnutrition (Senior Alert, 2017), och de förhindrande faktorerna som belyses i denna litteraturöversikt pekar på att våra äldre medborgare får inadekvat vård som kan leda till onödigt lidande och sämre prognos i samband med annan sjukdom. Dahl Eide (2014) belyser att alla patienter har rätt att få sina behov tillgodosedda, och att det är oacceptabelt att deras grundläggande behov inte tillfredsställs.

Skribenterna menar att om patienter inte riskbedöms för undernäring kan de utveckla malnutrition vilket kan orsaka ett lidande för patienten. Vidare innebär malnutrition en längre vårdtid med risk för andra vårdskador med ytterligare lidande. Längre vårdtider kan medföra att arbetsbelastningen ökar för vårdpersonal, detta kan ge känslan av att tiden inte räcker till och stress kan uppstå. Den ökade stressen kan leda till fler sjukskrivningar och längre vårdtider vilket innebär en högre samhällskostnad.

Metoddiskussion

Till denna litteraturöversikt användes Friberg (2012) för att få en beskrivning om hur arbetet skulle struktureras. Styrkor med denna litteraturöversikt får anses vara att oavsett på vilken kontinent som artiklarna arbetats fram i, så kan de faktorer som redovisas i resultatet identifieras i samtliga artiklar. Vid kvalitetsgranskningen användes granskningsmallar baserade på Willman, Stoltz, och Bahtsevani (2006) och Forsberg och Wengström (2008) med syfte att säkerställa kvaliteten, vilket kan ses som en styrka. En artikel med låg kvalitet inkluderades ändå i resultatet då den belyste faktorer relevanta till syftet. Svagheter i denna litteraturöversikt skulle kunna vara att endast en boolesk operatör har använts i sökprocessen. Detta då det med ytterligare operatörer i sökfältet uppvisades ett sökresultat som ansågs svårt att hantera inom tidsramen för arbetet. Med mer tid och fler booleska termer kunde

eventuellt fler artiklar hittats, breddat resultatet och minskat antalet manuella sökningar. Flertalet artiklar söktes i CINAHL då urvalsmöjligheten ”peer reviewed” erbjöds vilket säkerställde ett av de kriterier som ställs på en vetenskaplig artikel. Det stora antalet av sökord baseras på att två av orden: *older people* och *malnutrition* kan ha flera olika översättningar och samma innebörd. Under sökningens gång återkom flertalet artiklar vilket indikerar att ämnet kan vara något begränsat. Detta skulle kunna uppfattas som en svaghet i litteraturöversiktens resultat. De 13 artiklar som redovisas i resultatet är de som svarade bäst på denna litteraturöversikts syfte.

Etikdiskussion

Skribenterna har utgått ifrån att artiklarna i litteraturöversikten skall vara godkända av etisk kommitté i enlighet med Codex (2017). I tre av artiklarna framgår det inte huruvida de är granskade av en etisk kommitté eller inte, dock har deltagarna valt att frivilligt svara på frågor som resultatet i artiklarna baseras på. De artiklar som använts till litteraturöversikten har påvisat olika faktorer som förhindrar nutritionsvårdsprocessen, dock inte sagt att alla hinder återfinns på alla arbetsplatser eller hos samtliga vårdgivare. Utifrån denna aspekt kan vissa av de förhindrande faktorerna vara fler eller färre och även se olika ut i olika länder. Hänsyn bör även tas till artiklarnas olika ansatser, och att alla inte belyste vilka frågeställningar eller hur frågeformulär utformats för att få fram de hinder som påvisades i artiklarnas resultat.

Klinisk betydelse för samhället

Skribenterna har förhoppning om att resultatet av denna litteraturöversikt har bidragit med djupare kunskap om vilka faktorer som förhindrar nutritionsvårdsprocessen. Denna översikt kan med fördel användas som ett steg i ett förbättringsarbete inom nutritionsvård. Resultat visar att det behövs kompetensutveckling på alla nivåer när det gäller nutritionsvårdsprocessen för att i framtiden komma till rätta med de dåliga siffror som statistik för malnutrition idag visar.

Konklusion

Denna litteraturöversikt belyser vilka faktorer som förhindrar nutritionsvårdsprocessen. Resultatet identifierade tre kategorier: Patientrelaterade faktorer,

personalrelaterade faktorer och organisationsrelaterade faktorer. De beskrivna hindren är ett tecken på att även om utbildning och praktisk träning är betydelsefullt för att kvalitetssäkra vården, så behövs det stöd och strategier på flera olika nivåer för att överkomma de hinder som försvårar hela nutritionsvårdsprocessen. Att uppdatera rutiner och definiera ansvarsområden kan hjälpa både individen och samarbetet i multidisciplinära team att lättare kommunicera och planera omvårdnaden. För att på sikt minska utbredningen av malnutrition har denna litteraturöversikt påvisat vilka faktorer som försvårar nutritionsvårdsprocessen. Alla människor som är i behov av vård i någon form har rätt att få alla sina behov tillgodosedda, och nutritionsvård borde vara lika självklart som all annan omvårdnad.

Förslag till vidare forskning

Under arbetet med litteraturöversikten har tankar dykt upp om att det vore intressant att undersöka hur sjuksköterskor ser på sin egen roll i att stötta och hjälpa malnutrierade äldre, och hur de utifrån sin egen yrkesroll och syftet med den prioriterar sina arbetsuppgifter. Det vore även intressant att belysa varför de anser att vissa delar i omvårdnadsarbetet är högre prioriterade än andra. Detta skulle vara genomförbart genom att exempelvis göra observationsstudier och enkäter för att få en bild av orsakerna till varför nutritionsvårdsprocessen är så lågt prioriterad. Vidare skulle det även vara intressant att undersöka hur sjuksköterskor använder sig av informationsteknik för att stötta patienter i nutritionsvårdsprocessen.

REFERENSER

Cederholm, T., Bosaeus, I., Barazzuni, R., Bauer, J., Van Gossum, A., Klek, S., Muscaritoli, M., Nyulasi, I., Ockenga, J., Schneider, S.M., de van der Schueren, M.A.E., & Singer, P. (2015). Diagnostic criteria for malnutrition – an ESPEN consensus statement. *Clinical Nutrition*. 34(3), 335 – 340.

Doi:10.1016/j.clnu.2015.03.001

CODEX. (2017). *Forskning som reglerar människan*. Hämtad 7 november, 2017, från CODEX - regler och riktlinjer för forskning, Från <http://www.codex.vr.se/forskningmanniska.shtml>

Craven, D L., Pelly, F E., Isenring, E., & Lovell, G P. (2017). Barriers and enablers to malnutrition screening of community – living older adults: a content analysis of survey data by Australian dietitians. *Australian Journal of Primary Health*. 17(23), 196 – 201. Doi: 10.1071/PY16054

Dahl Eide, H., Halvorsen, K., & Almendingen, K. (2015). Barriers to nutritional care for undernourished hospitalised older people. *Journal of Clinical Nursing*. 24(5-6), 696 – 706. Doi: 10.1111/jocn.12562

Denny, A. (2007). Tackling malnutrition among older people in the community. *British Journal of Community Nursing*. 12(3), 98 – 106.

Dera, M., & Goodham, D. (2016). Treating malnutrition in the community. *British Journal of Community Nursing*. 21(11), 558 - 562.

Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 133 - 143).

Fridlund, B. (2012). Kritisk incident teknik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 177 – 190). Lund: Studentlitteratur.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra en systematisk litteraturstudie: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Nature och Kultur.

Green, S M., James, E P., Latter, S., Sutcliffe, M., & Fader, M J. (2013). Barriers and facilitators to screening for malnutrition by community nurses: a qualitative study. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 27(1), 88 – 95.

Doi: 10.1111/jhn.1204

Hamirudin, A H., Charlton, K., Walton, K., Bonney, A., Albert, G., Hodgkins, A., Potter, J., Milosavljevic, M., & Dalley, A. (2013). “We are all time poor” – is routine nutrition screening of older patients feasible? *Australian Family Physician* 42(5), 321 – 326.

Hamirudin, A H., Charlton, K., Walton, K., Bonney, A., Potter, J., Milosavljevic, M., Hodgkins, A., Albert, G., Ghosh, A., & Dalley, A. (2014). Feasibility of implementing routine nutritional screening for older adults in Australian General Practices: a mixed-methods study. *Bio Med Central Family Practice*. 15(186), 2 – 9. Doi: 10.1186/s12875-014-0186-5

Hamirudin, A H., Charlton, K., Walton, K., Bonney, A., Albert, G., Hodgkins, A., Ghosh, A., Potter, J., Milosavljevic, M., & Dalley, A. (2016). Implementation of nutrition screening for older adults in General Practice: patient perspectives indicate acceptability. *Journal of Aging research & Clinical Practice*. 5(1), 7 – 13. Doi: 10.14283/jarcp.2016.85

Henderson, V. (1991). *Grundprinciper för patientvårdande verksamhet*. Stockholm: Almqvist & Wiksell Förlag.

Isenring, E., Banks, M., Ferguson, M., & Bauer, J D. (2012). Beyond malnutrition screening: appropriate methods to guide nutrition care for aged care residents. *Journal of the academy of nutrition and dietetics*. 112(3), 376 – 381.

Khalaf, A., Berggren, V., & Westergren, A. (2009). Caring for undernourished patients in an orthopaedic setting. *Nursing Ethics* 16(2), 5 – 18.

Doi: 10.1177/0969733008097986

Lannering, C., Ernsth Bravell, M., & Johansson, L. (2017). Prevention of falls, malnutrition and pressure ulcers among older persons – nursing staff's experiences of a structured preventive care process. *Health and Social Care in the Community*, 25(3), 1011 – 1020. Doi: 10.1111/hsc.12400

Lee, L – C., Tsai, AC., & Wang, J – Y. (2015). Need-based nutritional intervention is effective in improving handgrip strength and Barthel Index scores of older people living in a nursing home: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing*. 52(5), 904 – 912. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.01.008

Lundkvist, L. (2016). *Sveriges framtida befolkning: 2016 – 2060*. Hämtad 24 oktober, 2017, från Statistiska Centralbyrån,

https://www.scb.se/Statistik/BE/BE0401/2016I60/BE0401_2016I60_SM_BE18SM1601.pdf

Mamhidir, A G., Kihlgren, M., & Soerlie, V. (2010). Malnutrition in elder care: qualitative analysis of ethical perceptions of politicians and civil servants. *Bio Med Central Medical Ethics*.11(11). Från

<https://bmcmedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6939-11-11>

Masters, R. (2010). Tackling undernutrition in older people from regional perspective. *British Journal of Community Nursing*. 15(6), 266 – 270.

McGinley, E. (2017). Supporting older patients with nutrition and hydration. *Journal of Community Nursing*. 81(4), 53 – 57.

Merrell, J., Philpin, S., Warring, J., Hobby, D., & Gregory, V. (2012). Addressing the nutritional needs of older people in residential care homes. *Health and Social Care in the Community*, 20(2), 208 – 215. Doi: 10.1111/j.1365-2524.2011.01033.x

Mowe, M., Bosaeus, I., Rasmussen, H H., Kondrup, J., Unosson, S., Rotenberg, E., Irtun, Ø., & The Scandinavian nutrition group. (2008). Insufficient Nutritional Knowledge among Health Care Workers? *Clinical Nutrition*, 27, (2) 196 – 202. Doi: 10.1016/j.clnu.2007.10.014

Pauli, L., Stehle, P., & Volkert, D. (2007). Nutritional situation of elderly nursing home residents. *Zeitschrift Für Gerontologie Unt Geriatrie*, 40(1), 3 - 12. Doi: 10.1007/s00391-007-0430/x

Persenius, M.W., Hall – Lord, M-L., Bååth, C., & Larsson., B. W. (2008). Assessment and documentation of patients´ nutritional status: perceptions of registered nurses and their chief nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 17(16), 2125 – 2136. Doi: 10.11/j.1365-2702.2007. 02202.x

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

Porter, J., Raja, R., Cant, R., & Aroni, R. (2009). Exploring issues influencing the use of the Malnutrition Universal Screening Tool by nurses in two Australian hospitals. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 22(3), 203 – 209. Doi: 10.11/j.1365-277X.2008.00932.x

Raja, R., Gibson, S., Turner, A., Winderlich, J., Porter, J., Cant, R., & Aroni, R. (2008). Nurses´ views and practices regarding use of validated screening tools. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 26(1), 26 – 33.

Rasmussen, H., Holst, M., & Kondrup, J. (2010). Measuring nutritional risk in hospital. *Clinical Epidemiology*, 2010(2), 209 – 216. Doi: 10.2147/CLEP.S11265

Ross, L J., Mudge, A M., Young, A M., & Banks, M. (2011). Everyone's problem but nobody's job: staff perceptions and explanations for poor nutritional intake in older medical patients. *Nursing & Dietetics* 11(68), 41 – 46. Doi: 10.1111/j.1747-0080.2010.01495.x

Senior Alert: ett nationellt kvalitetsregister för vård och omsorg. (u.å.). *Resultat och statistik*. Hämtad 19 oktober, 2017, från Senior Alert, <http://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=40605>

Senior Alert: ett nationellt kvalitetsregister för vård och omsorg. (u.å.). Vad är Senior alert? Hämtad 27 oktober, 2017, från Senior Alert, <http://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=40605>

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

Socialstyrelsen. (2017). *Minska risken för undernäring*. Stockholm: Socialstyrelsen Hämtad 12 september, 2017, Från <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker/varnskadeomraden/undernaring>.

SOSFS 2014:10. *Socialstyrelsens författningssamling: Förebyggande av och behandling vid undernäring*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19550/2014-10-12.pdf>

Strömquist, S. (2015). *Uppsatshandboken*. Stockholm: Hallgren & Fallgren.

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. [Broschyr]. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska* [Broschyr]. Järfälla: Åtta.45 Tryckeri AB. Från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Törmä, J., Winblad, U., Cederholm, T., & Saletti, A. (2013). Does undernutrition still prevail among nursing home residents? *Clinical Nutrition* 32(4), 562 - 568. Doi: 10.1016/j.clnu.2012.10.007.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1.

Tabell 2. Sammanställning av artiklar (n=13) som ligger till grund för resultatet

Författare År Land	Titel	Syfte	Design Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitetsgrad
Craven, D.L., Pelly, F.E., Isenring, E., & Lovell, J.P. 2016 Australien	Barriers and enablers to malnutrition screening of community – living older adults: a content analysis of survey data by Australian dietitians.	Identifiera hinder och möjligheter för att göra nutritionsbedömningar på äldre boende inom kommunal vård, ur ett dietistperspektiv.	Kvalitativ ansats. Frågeformulär online om hinder och förutsättningar för att genomföra nutritionsbedömningar inom sin organisation.	n=133 dietister n=41 bortfall	Hinder som identifierades var tidsbrist, otillräckliga resurser, dålig uppföljning, avsaknad av rutiner, träning och utbildning. Även bristande kunskap om malnutrition identifierades. För förbättring krävs utbildning, praktisk träning, tydliga riktlinjer, ökade resurser, bättre samarbete och kommunikation samt support från ledningen.	21/25p. 84%
Eide Dahl, H., Halvorsen, K., & Almendingen, K. 2014 Norge	Barriers to nutritional care for undernourished hospitalized older people.	Identifiera vilka hinder sjuksköterskor upplever i samband med att nutritionsvårdsprocessen ska genomföras hos undernärda äldre på sjukhus.	Hermeneutiskfenomenologisk med metodologisk ansats. Intervjuer Data analyserades i tre beskrivande kontexter.	n=16 sjuksköterskor	Fem olika teman identifierades som hinder för att utföra adekvat nutritionsbedömning.	23/25p. 92%
Green, S.M., James, E.P., Latter, S., Sutcliffe, M., & Fader, M.J. 2013 U.K.	Barriers and facilitators to screening for malnutrition by community nurses: a qualitative study.	Undersöka kommunsjuksköterskors upplevelser av hinder och möjligheter för att genomföra nutritionsbedömningar.	Kvalitativ ansats Semistrukturerade intervjuer. Frågeformulär till kommunanställda sjuksköterskor parallellt med implementering av bedömningsinstrumentet MUST.	n= 20 Distriktssjuksköterskor	Nutritionsbedömningar är troligare att genomföras i sin helhet där hela organisationen har tydliga riktlinjer för hur bedömningar ska göras samt tillgänglighet av resurser för praktisk träning.	21/25p. 84%

Författare År Land	Titel	Syfte	Design Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitetsgrad
Hamirudin, A.H., Charlton, K., Walton, K., Bonney, A., Albert, G., Hodgkins, A., Ghosh, A., Potter, J., Milosavljevic, M., & Dalley, A. 2013 Australien	"We are all time poor": Is routine nutrition screening of older patients feasible?	Identifiera personalens upplevda hinder och möjligheter att implementera nutritionsbedömning på äldre personer inom primärvård.	Kvalitativ ansats. Semistrukturerade intervjuer under 2 veckor. Intervjuerna bandades digital för att sedan översattas ordagrant och analyseras. Deltagarna fick möjlighet att godkänna översättningen av inspelningarna samt ge feedback.	n=25 Doktorer (n=9), Sjuksköterskor (n=10) och Samordnare (n=5)	7 förhindrande faktorer för implementering framkom i studien samt tre möjliggörande faktorer.	20/25p. 80%
Hamirudin, A.H., Charlton, K., Walton, K., Bonney, A., Albert, G., Hodgkins, A., Ghosh, A., Potter, J., Milosavljevic, M., & Dalley, A. 2016 Australien	Implementation of nutrition screening for older adults in general practice: patient perspectives indicate acceptability.	Identifiera äldre patienters uppfattning av nutritionsbedömning med MNA-SF i primärvården. Efter 6 – 12 månader genomfördes en uppföljning av resultaten från första bedömningen.	Mixad metod. Analyserades med QSR. Nutritionsbedömning genomfördes följt av frågor om upplevelsen av bedömningsinstrumentet. Uppföljning 6 – 12 månader senare	n=143 patienter n=71 bortfall	Resultatet förbättrades hos de som identifierats som malnutrierade, intervjuer indikerade att MNA-SF var ett bra bedömnings-instrument. Deltagarna var positiva till instrumentet, dock ansåg de sig inte vara i behov av stöd gällande nutritionen.	21/25p. Kvalitativ 84% 21/29p. Kvantitativ 72%

Författare År Land	Titel	Syfte	Design Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitetsgrad
Khalaf, A., Berggren, V., & Westergren, A. 2009 Sverige	Caring for undernourished patients in an orthopaedic setting.	Utforska sjuksköterskors- och undersköterskors erfarenheter och etiska reflektioner om nutritionsvård av undernärda äldre.	Kvalitativ induktiv ansats. Intervjubarerad procedur.	n=13 Sjuksköterskor (n=8) och Undersköterskor (n=5)	Några identifierade kategorier var frustration/glädje i yrket, och att malnutrition ansågs vara tabubelagt. En väl fungerande organisation upplevdes underlätta vården av undernärda. Rutiner och riktlinjer ansågs viktiga för att ansvaret skulle tas i nutritionsfrågor.	20/25p. 80%
Lannering, C., Ernst Bravell, M., & Johansson, L. 2016 Sverige	Prevention of falls, malnutrition and pressure ulcers among older persons – nursing staff's experiences of a structured preventive care process.	Beskriva sjuksköterskors erfarenheter av preventivt arbete genom användandet av ett strukturerat verktyg från Senior Alert.	Kvalitativ induktiv ansats (med analytisk metod). Intervjuer.	n=44 Sjuksköterskor från äldreboende (n=18), Sjuksköterskor från hemsjukvård (n=8), Undersköterskor på äldreboende (n=17) och Arbetssterapeut (n=1).	Instrumentet bedömdes bra, upplevdes dock inte spegla verkligheten. Olika rutiner och värderingar i användandet av instrumentet gjorde resultatet mindre trovärdigt. Team möten ansågs mer strukturerade då SA grundlade för ett "gemensamt" språk. Viljan finns att använda bedömningsinstrument vilket indikerar att förståelsen är stor.	22/25p. 88%

Författare År Land	Titel	Syfte	Design Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitetsgrad
Merrell, J., Philpin, S., Warring, J., Hobby, D., & Gregory, V. 2011 UK	Addressing the nutritional needs of older people in residential care homes.	Utforska vilka faktorer som påverkar vården som ges till boende på två olika boenden. Specifikt vilka kontextuella faktorer i olika miljöer som förhindrar nutritionsvård.	Kvalitativ ansats Semistrukturerade intervjuer med personalen, chefer och närstående. Observation av förberedelse inför måltider samt dokumentgranskning av de boendes nutritionsplan.	n=45 Personal (n=15), Enhetschefer (n=4), Boende (n=16) och närstående (n=10).	De boende med närstående var nöjda med maten och de ansåg att anställda kunde tillgodose individuella behov. Chefer hade tillit till sin personal att nutritionsvårdsprocessen genomfördes, dock fanns inga uppdaterade riktlinjer och/eller rekommendationer.	22/25p. 88%
Mowe, M., Bosaeus, I., Rasmussen, H H., Kondrup, J., Unosson, S., Rotenberg, E., Irtun, Ø., & The Scandinavian nutrition Group. 2008 Norge	Insufficient nutritional knowledge among health care workers?	Studera doktorer och sjuksköterskors egenupplevda kunskap och attityd om nutritionsvård, med fokus på ESPENS's riktlinjer om nutritionsvårdsbedömning och behandling.	Kvantitativ ansats Deskriptiv statistik användes för att kalkylera svarsfrekvensen.	n=4512 Doktorer (n=1753), NO (n=584), SV (n=619), DK (n=550). Sjuksköterskor (n=2759), NO (n=889), SV (n=907), DK (n=963).	Den vanligaste orsaken till otillräcklig nutritionsvård var brist på kunskap om nutrition. Deltagarna fann det svårt att identifiera undernärliga patienter, samt otillräcklig kunskap om de nationella riktlinjerna för nutrition.	24/29p. 83%
Persenius, M.W., Hall –Lord, M-L., Bååth, C., & Larsson., B. W. 2008 Sverige	Assessment and documentation of patients' nutritional status: perceptions of registered nurses and their chief nurses.	Studera sjuksköterskor och deras chefer inom kommun och landsting om deras uppfattning av patienters näringsstatus och bedömningsinstrument. Studera dokumentation i samband med näring, fördelar och nackdelar med en dokumentationsmodell.	Kvalitativ ansats Deskriptiv metod Telefonintervju och frågeformulär.	n=42 Kommunal sjuksköterskechef (n=15), Landstingschefssjuksköterska (n=27). n=131 sjuksköterskor från: Kommun (n=74), Landsting (n=74)	Vissa patienter blev bedömda vid ankomst eller under vistelse. Bedömningsinstrument och riktlinjer användes sällan. Energiintag och BMI dokumenterades aldrig. Det var ingen skillnad i uppfattning mellan sjuksköterskor, dock mellan chefssjuksköterskorna.	22/25p. 88%

Författare År Land	Titel	Syfte	Design Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitetsgrad
Porter, J., Raja, R., Cant, R., & Aroni, R. 2009 Australien	Exploring issues influencing the use of the Malnutrition Universal Screening Tool by nurses in two Australian hospitals.	Fastställa vilka faktorer som främjar eller förhindrar sjuksköterskors användning av MUST.	Mixad metod Undersökning av resultat från nutritionsbedömning från två olika avdelningar på sjukhus. Intervjuer med sjuksköterskor som innehöll 8 frågor.	n=46 inlagda patienter. n=18 Sjuksköterskor	Undersökningen pekade på att få patienter bedömdes för nutrition vilket ansågs bero på bristande ansvarsfördelning, prioritering, bristande kunskap samt osäkerhet av riktlinjer.	21/25p. Kvalitativ 84% 21/29p. Kvantitativ 72%
Raja, R., Gibson, S., Turner, A., Winderlich, J., Porter, J., Cant, R., & Aroni, R. 2008 Australien	Nurses' views and practices regarding use of validated nutrition screening tools.	Utforska sjuksköterskors synpunkter och färdigheter i användandet av två olika bedömnings-instrument (MST och MUST) på akutvårds-avdelningar.	Mixad metod Intervjuer och enkäter.	n=54 Sjuksköterskor	Bedömningarna försvarades av andra mer prioriterade arbetsuppgifter, svårhanterade bedömningsinstrument samt tolkning av patienters vikt. Några sjuksköterskor använde sin egen bedömning hellre än bedömningsinstrument.	21/25p. Kvalitativ 84% 19/29p. Kvantitativ 66%
Ross, L. J., Mudge, A. M., Young, A. M., & Banks, M. 2011 Australien	Everyone's problem but nobody's job: staff perceptions and explanations for poor nutritional intake in older medical patients.	Undersöka personalens kunskap, medvetenhet samt upplevelser av nutritionsvård med syfte att implementera effektivare riktlinjer på sjukhus.	Mixad metod/ Observationsstudie. Semistrukturerad ämnesguide användes för att diskutera hjälpmedel och hinder gällande sjukhusets nutritionsvård. Innehållet bandades, översattes och kategoriserades.	n=22	All personal erkände malnutrition som ett angeläget problem. Följsamheten för de existerande riktlinjer samt personalbrist upplevdes som ett hinder. Skillnader mellan yrkesroller visade en brist på kunskap, kommunikation, tid och avsaknad av ansvar.	13/25p. 52%

Bilaga 2

Tabell 3.

Sekundära sökningar - Manuell sökstrategi

Databas	Titel på vald artikel till resultatet n=5	Författare till vald artikel till resultatet	Tagen från referenslistan i artikel	Författare
CINAHL	Exploring issues influencing the use of the malnutrition universal screening tool by nurses in two Australian hospitals.	Porter, J., Raja, R., Cant, R., & Aroni. (2009).	Barriers and facilitators to undertaking nutritional screening of patients: a systematic review.	Green, S.M., & James, E.P. (2013).
CINAHL	Implementation of nutrition screening tool for older adults in general practice: patient perspectives indicate acceptability.	Hamirudin, A.H., Charlton, K., Walton, K., Bonney, A., Albert, G., Hodgkins, A., Ghosh, A., Potter, J., Milosavljevic, M., & Dalley, A. (2016).	Nutritional risk in community dwelling older adults.	Winter, J. (2016).
CINAHL	Nurses' views and practices regarding use of validated nutrition screening tools.	Raja, R., Gibson, S., Turner, A., Winderlich, J., Porter, J., Cant, R., & Aroni, R. (2008).	Barriers and facilitators to nutritional screening.	Green, S.M., & James, E.P. (2013).
CINAHL	Insufficient nutritional knowledge among health care workers.	Mowe, M., Bosaeus, I., Rasmussen, H. H., Kondrup, J., Unosson, S., Rotenberg, E., Irtun, Ø., & The Scandinavian nutrition group. (2008).	Knowledge, attitudes and practices in the provision of nutritional care.	Fletcher, A., & Carey, E. (2011)
CINAHL	Assessment and documentation of patients' nutritional status: perceptions of registered nurses and their chief nurses.	Persenius, M.W., Hall-Lord, M.L., Bååth, C., & Larsson, B.W. (2008).	Barriers and facilitators to undertaking nutritional screening of patients: a systematic review.	Green, S.M., & James, E.P. (2013).