

UNDERNÄRING INOM ÄLDREVÅRDEN

Förebyggande omvårdnadsåtgärder som har effekt

MALNUTRITION IN ELDERLY CARE

Preventive nursing interventions that have effect

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning vård av äldre,
60 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Avancerad nivå
Examinationsdatum: 2015-11-27
Kurs: HT 13

Författare:
Johanna Besili

Handledare:
Richard Ahlsröd
Examinator:
Susanne Amsberg

SAMMANFATTNING

Undernäring är ett stort problem bland äldre både internationellt och inom svensk hälso- och sjukvård. Inom den svenska äldrevården används verktyget Mini Nutritional Assessment (MNA), (bilaga 3) för screening av nutritionsstatus. Trots detta är var tredje patient underviktig inom den svenska äldrevården. Undernäring leder till en minskad livskvalitet, ökad risk för infektioner, ökad sjuklighet och en ökad dödlighet. Vid ett minskat intag av energi och näringsämnen, som understiger kroppens behov, förbrukar kroppen sina depåer av näringsämnen och muskulaturen bryts ner. Förutsättningen för en god hälsa och sjukdomsläkning är ett gott näringstillstånd. Enligt Virginia Henderson har alla människor vissa gemensamma egenskaper och behov, där omvårdnaden skall planeras utifrån patientens upplevda behov och bristande förmåga att tillfredsställa dessa. Sjuksköterskan har enligt International Council of Nurses [ICN], (2000) ett grundläggande ansvarsområden att främja hälsa, förebygga sjukdom, lindra lidande samt återställa hälsa.

Syftet var att undersöka effekter av omvårdnadsåtgärder som syftar till att förebygga undernäring hos äldre i äldrevård.

En forskningsöversikt genomfördes utifrån 14 inkluderade artiklar. Sökningen av artiklarna gjordes i databaserna PubMed, CINAHL och Psycinfo.

Resultatet presenterades utifrån tre huvudteman, nutrition, kunskap och utbildning samt vikten av delaktighet och engagemang. Resultatet visade att nutritionsåtgärder som att förbättra måltidsmiljön, ge kosttillskott, arbeta utifrån en individanpassad vård där patienten engageras i sin egen näringsvård, var åtgärder som kan förebygga undernäring inom äldrevården. Åtgärderna kan tillämpas inom både äldreboende och sjukhus.

Slutsatsen var att faktorer som upplevdes betydelsefulla ur patientens perspektiv var att själv få medverka i sin näringsvård. Nutritionsåtgärder som visat sig effektiva för äldre är kosttillskott och en familjelik måltidssituation.

Nyckelord: Undernäring, Prevention, Omvårdnad, Äldre, Sjuksköterska

ABSTRACT

Malnutrition is a major problem among the elderly, both internationally and in the Swedish health care. In the Swedish elderly care uses the tool Mini Nutritional Assessment (MNA), (Appendix 3) for screening of nutritional status. In spite of this, every third patient are underweight in Swedish elderly care. Malnutrition leads to reduced quality of life, increased risk of infections, increased morbidity and increased mortality. At a reduced intake of energy and nutrients, lower than the body needs, the body consumes its stores of nutrients and muscles are broken down. The prerequisite for good health and disease healing is a good nutritional state. According to Virginia Henderson, everyone has certain common characteristics and needs, where care must be planned based on the patient's perceived needs and the lack of ability to satisfy them. The nurse has according to the International Council of Nurses [ICN], (2000) a fundamental responsibility to promote health, prevent disease, alleviate suffering and restore health.

The aim of this study was to investigate the effect of nursing interventions aimed at preventing malnutrition in elderly in nursing homes.

A literature review were made on the basis of 14 included articles. The search of the articles were made in the databases PubMed, CINAHL and Psycinfo.

The results were presented based on three main themes, nutrition, education and knowledge and the importance of participation and commitment. The results showed that nutrition measures to improve the food environment, give supplements, work from a personalized care that patient involvement in their own nutrition care, were measures that could prevent malnutrition in elderly care. The measures can be applied in both retirement homes and hospitals.

The conclusion was that the factors which was felt important from the patient's perspective was to get himself involved in nutritional care. Nutrition measures that have proved effective for the elderly are supplements and family-like meal situation.

Keywords: Malnutrition, Prevention, Nursing, Elderly, Nurse

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Definition undernäring	1
Symtom på undernäring	1
Orsak till undernäring	1
Bedömning av risk för undernäring	2
Åldrandeprocessen	3
Äldres energi och näringsbehov	3
Riskfaktorer för undernäring	3
Problemformulering.....	6
SYFTE	6
METOD	6
Urval	7
Genomförande	7
Databearbetning	9
Forskningsetiska övervägande	10
RESULTAT	10
Nutrition	10
Utbildning och kunskap.....	12
Vikten av delaktighet och engagemang	13
DISKUSSION	14
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion	16
Slutsats.....	18
Klinisk tillämpbarhet	18
REFERENSER	19

Bilaga 1- Matris

Bilaga 2- Bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering

Bilaga 3- Validerat mätinstrument MNA

INLEDNING

Ett av de vanligaste hoten mot en god ålderdom är undernäring. Kunskapen om äldre och undernäring har ökat de senaste decennierna, trots detta är undernäring en förbisedd diagnos inom äldre vården (Dehlin & Rundgren, 2007). Äldre personer drabbas oftare av undernäring och har svårare att vända en undernäring än en yngre person, vilket föranleder att tidiga insatser alltid har bättre förutsättningar för att förebygga en undernäring (Rothenberg, 2010). Att äta och dricka tillhör människans basala behov för överlevnad. Mat och dryck fyller också flera dimensioner än det rent näringsmässiga och innehar en central roll i alla kulturer, ofta hälsas gäster välkomna med något att äta och dricka (Olofsson & Gustafson, 2012). Med en ökande äldre befolkning, samt nya föreskrifter från Socialstyrelsen (2014) med krav att förebygga undernäring, är en studie i valt ämne både betydelsefull och relevant. En forskningsöversikt kan tydliggöra kunskapsläget samt belysa aktuell forskning inom valt problemområdet.

BAKGRUND

Undernäring är ett stort problem bland äldre både internationellt och inom svensk hälso- och sjukvård (Dehlin & Rundgren, 2007). Förutsättningen för en god hälsa och sjukdomsläkning är ett gott näringstillstånd, vilket dessutom är en mänsklig rättighet (Cederholm et al., 2000, s. 2). Enligt Socialstyrelsen (2011) har kunskapen om undernäring ökat de senaste årtiondena och det finns övertygande bevis för att nutritionsstöd minskar komplikationer och dödligheten. Undernäringstillstånden leder till stora konsekvenser för patienten men även för samhällsekonomin. Trots Socialstyrelsen riktlinjer för nutrition och äldre, påvisar svensk forskning att dessa riktlinjer inte är implementerade i den svenska äldre vården. Undernäring förekommer i en frekvens mellan 25 till 71 procent inom äldre vården (Cederholm et al., 2000; Dehlin & Rundgren, 2007; Saletti, Yifter-Lindgren, Johansson & Cederholm, 2000).

Definition undernäring

Undernäring definieras enligt Socialstyrelsen (2011) som ett tillstånd där brist på energi, protein eller andra näringsämnen har orsakat mätbara och ogynnsamma förändringar i kroppens funktion, sammansättning eller av en individs sjukdomsförlopp.

Symtom på undernäring

Symtom på undernäring är viktnedgång samt en kroppsvikt under det normala (Norman, Pichard, Lochs & Pirlich, 2008). Andra symtom på undernäring är förlust av muskelmassa och ett försämrat immunförsvar. Vanliga komplikationer av undernäring är minskad livskvalitet, ökad risk för infektioner, ökad sjuklighet och en ökad dödlighet (Saletti, 2007; Wylie & Nebauer, 2010).

Orsak till undernäring

Undernäring kan orsakas av ett otillräckligt intag av näringsämnen och faktorer som tuggsvårigheter, behov av hjälp vid måltidssituationer, förstoppning, smakerändringar, svamp i munnen, depression och social isolering (Cederholm et al., 2000).

Enligt Socialstyrelsen (2011) uppstår ofta undernäring i samverkan av medicinska, orala, psykiatriska och socioekonomiska orsaker. Orsaken till undernäring är ofta en kombination av minskat kostintag och en ökad omsättning av kroppens depåer. Dehlin och Rundqvist (2007) hävdar att sjukdom ofta är orsaken till nedsatt aptit och viktnedgång. Sjukdomar som orsakar nedsatt näringsintag är cancersjukdomar, infektioner, hjärt- och lungsjukdomar, gastrointestinala sjukdomar, njursjukdomar, hypertyreos, cerebrovasculära sjukdomar och demenssjukdomar.

Bedömning av risk för undernäring

En viktnedgång hos äldre individer bör alltid föranleda en utredning om personens intag av energi- och näringsämnen (Olofsson & Gustafson, 2012). Enligt Socialstyrelsen (2011) är rätt kost och näringsintag en viktig patientsäkerhetsfråga. En säker vård med god kvalitet innebär att göra en riskbedömning av undernäring. Orsaker till undernäring utreds och en adekvat behandling sätts in. Därefter görs uppföljning av insatta åtgärder.

En ofrivillig viktförlust, ätsvårigheter och undervikt är tre riskfaktorer som kan identifiera en risk för undernäring (Socialstyrelsen, 2011). Dock saknas en entydig definition för hur mycket och snabbt kroppsvikten skall minska, för att kalla det för en kliniskt signifikant viktförlust. En viktminskning på tio procent under ett år bör ses som en risk för undernäring (Dehlin & Rundgren, 2007; Socialstyrelsen, 2011). Socialstyrelsen skriver i sin rapport (2000) att det är av stor vikt att den svenska sjukvården minskar undernäringen hos äldre, genom att sätta in preventiva åtgärder.

Bedömningsinstrument

Det vanligaste bedömningsinstrumentet för undernäring är vikt, viktförlust och Body Mass Index (BMI), vilket är lätt att registrera och följa upp inom vård och omsorg av äldre. BMI mäts genom att vikt och längd divideras med varandra i kvadrat (Saletti, 2007). BMI kan dock ge ett högt falskt värde hos äldre på grund av åldersrelaterad osteoporos och kotkompressioner som minskar kroppslängden (Saletti et al., 2000). Enligt Socialstyrelsen (2011) är ett optimalt BMI för äldre mellan 25 och 30, vilket även är förenat med ett långt liv.

Mini Nutritional Assessment (MNA)(bilaga 3) är det mätinstrument som är rekommenderat och anpassat för äldre i olika miljöer (Saletti, 2007; Saletti et al., 2005). MNA är ett validerat mätinstrument som används för screening av nutritionsstatus och består av 18 poängsatta frågor (Guigoz, 2006). Frågorna innefattar antropometriska mått, frågor om livsstil, läkemedel, neuropsykologiska problem, mat- och vätskeintag samt en subjektiv uppfattning av personens hälsa och näringstillstånd. De sex första frågorna används även för screening, Mini Nutritional Assessment -Short form (MNA-SF) (Saletti et al., 2005).

Senior Alert är ett kvalitetsregister inom kommun och landsting som är tillgängligt via webben. Registret syftar till att arbeta förebyggande och främja hälsa, för de personer över 65 år som söker vård och omsorg. Registret innehåller riskbedömningar inom områdena undernäring, fall, trycksår och munhälsa (Vernersson, 2015). Senior Alert använder sig av evidensbaserade instrument för riskbedömningar samt evidensbaserade åtgärder, vilket skapar en gemensam struktur inom vård och omsorg. Registret kan utforma nya arbetssätt och stärka verksamheter, genom att tillvarata och använda insamlad data, vilket ger en möjlighet att förbättra och utveckla verksamheten samt värdera kvaliteten i vård och omsorg (Rosengren, Höglund & Hedberg, 2012; Vernersson, 2015).

Åldrandeprocessen

Äldre utgör en ökad andel av befolkningen och kommer att öka ytterligare i framtiden. En majoritet av dagens äldre är vid god hälsa och lever ett aktivt och självständigt liv. Åldrandet leder dock till förändringar i kroppen, där reservkapaciteten minskar vilket ökar risken för funktionsnedsättning och sjukdom (Rothenberg, 2010). Ibland kan det vara svårt att särskilja den normala åldersprocessen från sjukliga förändringar. En normal åldrandeprocess förekommer hos alla individer. Den kommer inifrån, resulterar i en nedsättning av funktionsförmågan, är progressiv och irreversibel och leder till döden (Gustafson & Olofsson, 2012; Rothenberg, 2010).

Äldres energi och näringsbehov

Vid ett normalt nutritionstillstånd råder en balans mellan intag av energi och näringsämnen och kroppens förbrukning. Vid undernäring råder en obalans som antingen uppstår genom ett för litet intag via kosten av energi och näringsämnen eller en för hög förbrukning av energi och näringsämnen i relation till behovet. Åldrandet leder till en förändrad kroppssammansättning, där mängden muskelmassa och andelen kroppsvatten minskar, medan andel fettvävnad ökar (Dehlin & Rundgren, 2007).

Vid ett minskat intag av energi och näringsämnen som understiger kroppens behov, förbrukar kroppen sina depåer av näringsämnen och muskulaturen bryts ner (Socialstyrelsen, 2011). Energibehovet minskar med stigande ålder, dels genom minskad aktivitet men även på grund av att antalet celler i större delen av kroppens organ minskar. Trots ett minskat energibehov har äldre individer ett oförändrat behov av näringsämnen, som vitaminer och mineraler. Äldre har också en nedsatt kapacitet att lagra näringsämnen, vilket leder till att äldre snabbt drabbas av näringsbrist. Den vanligaste orsaken till ett nedsatt immunförsvar hos äldre individer är näringsbrist (Gustafson & Olofsson, 2012).

Riskfaktorer för undernäring

Riskfaktorer för undernäring är stress, dålig ekonomi, lågt socialt nätverk, förändringar i rutiner och en förändrad måltidsmiljö. Ökningen av undernäring på vårdhem kan vara kopplad till måltidsmiljö och måltidsordning. Måltiden är en viktig del av omvårdnaden och bör föranleda social kontakt, njutning och en stunds välbefinnande (Cederholm et al., 2000). Mat och dryck har en större betydelse än att bara ge näring och tillfredsställa hunger. God mat är viktigt för människans livskvalitet och innehar både en psykologisk och sensorisk njutning. Måltiden kan också symbolisera en känsla av betydelse, trygghet och en social samvaro (Nijs, de Graaf, van Staveren & de Groot, 2009). Psykosociala problem som social isolering, ångest och depression kan leda till en minskad aptit. Nedstämdhet är en stark riskfaktor för undernäring (Holst et al., 2013; Stratton & Eila, 2010). Relationen mellan undernäring och depression är komplicerad. Undernäring i kombination med depression leder ofta till en ond cirkel, där både depressionen och undernäringen kan förvärras. Äldre deprimerade individer kan ibland sluta äta i ett försök att ta sitt liv (Olofsson & Gustafson, 2012).

Läkemedelsbehandling på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning ökar vid en stigande ålder. Åldrandet leder till en ökad känslighet för läkemedel, där läkemedelsbiverkningar kan leda till allvarliga konsekvenser hos äldre. Många biverkningar av läkemedel får negativa följder vilket påverkar aptiten, munstatusen och metabolismen. Detta kan leda till undernäring och komplikationer (Faxén Irving, 2010).

Många läkemedel försämrar upptaget av näringsämnen och förändra lukt och smaksinnet (Socialstyrelsen, 2011; Wylie & Nebauer, 2011).

Utvecklingshistoriskt är luktsinnet människans äldsta sinne, luktsinnet har ett stort värde för livskvaliteten och upplevelsen av smaker (Faxén Irving, 2010). Förändrat lukt- och smaksinne kan påverka ett adekvat intag av näringsämnen (Socialstyrelsen, 2011; Stratton & Eila, 2010; Wylie & Nebauer, 2011). Ett flertal sjukdomar leder till ett förändrat smak- och luktsinne, förändringarna kan yttra sig i både bortfall eller förvrängning av smaken (Socialstyrelsen, 2011). Luktsinnet har en nära förbindelse med den del av hjärnan som styr människans känsloliv och är förknippat med både känslor och minnen. Aptiten påverkas av flera sinnen som hörsel, syn och luktsinne, medan hunger är en reaktion på blodsockerfall eller sammandragningar i magsäcken (Faxén Irving, 2010).

Äldre individer drabbas ofta av problem med förstoppning där orsaken delvis beror på normala åldersförändringar. Men framförallt beror förstoppning på orsaker som kan förebyggas (Gustafson & Olofsson, 2012). Dehydrering, för lågt fiberinnehåll i kosten, biverkningar av läkemedel och fysisk inaktivitet är ofta orsaker till förstoppning (Socialstyrelsen, 2011). Förstoppning kan leda till buksmärter, en minskad aptit, undernäring och förvirringstillstånd (Gustafson & Olofsson, 2012).

En lång nattfasta är en stark riskfaktor för undernäring (Persenius, Glawing Hermansson & Karlsson, 2014; Söderström, Adolfsson, Thors, Rosenblad, Frid, Saletti & Bergkvist, 2013). Socialstyrelsen (2011) rekommenderar en nattfasta som inte överskrider tio till elva timmar för äldre personer. En lång nattfasta leder till ett katabolt tillstånd. I en studie av Söderström et al. (2013) påvisar resultatet att en nattfasta på över 11 timmar och färre måltider än fyra per dygn var förknippat med undernäring eller en ökad risk för undernäring. Hela 78 procent av patienterna i studien hade en längre nattfasta än 11 timmar och 49 procent av dessa patienter åt färre än fyra måltider per dygn. Vid komprimerade måltider, vilket innebär att måltiderna serveras tätt in på varandra, har individer med nedsatt aptit, svårigheter att tillgodose sig det dagliga energiintaget. Socialstyrelsen bedömer av den anledningen att det är viktigt att sprida ut måltiderna över dygnet, och erbjuda sex måltider per dygn, frukost, lunch, middag samt tre mellanmål. Individer som är vakna under natten bör även serveras något att äta nattetid (Socialstyrelsen, 2011).

God nutrition kräver en god oral hälsa (Socialstyrelsen, 2011). Äldre som bor på särskilt boende har generellt en dålig munhälsa. Mer än hälften av de boende är i behov av tillsyn eller fullständig hjälp med munvård (Andersson, Hallberg, Lorefält, Unosson & Renvert, 2004). Dålig munhygien kan leda till muntorrhet, svampinfektion, tandköttinflammation och karies, som ofta leder till svårigheter att tugga och svälja maten, vilket i sin tur kan leda till minskad aptit och viktnedgång. Andra riskfaktorer är illasittande proteser, trasiga tänder och skavsår i munnen. Muntorrhet kan även påverka smaksinnet, vilket leder till en upplevelse att maten är smaklös (Socialstyrelsen, 2011).

Nationella lagar och riktlinjer

Det finns två regelverk som styr vård och omsorg av äldre i Sverige, Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] och Socialtjänstlagen [SOL]. I Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763), stadgas i 2 § att målet är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Vidare skall vården respektera människovärdet, att alla människor har samma värde. Enligt 2 a § i SFS 1982: 763 är kravet att hälso-och sjukvården bedrivs så den uppfyller kraven på en god vård. Det innebär att vården skall bygga på patientens

autonomi och integritet, främja för en god kontakt mellan personal och patient, samt tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården. Enligt Socialtjänstlagen 4 § i SFS 2001: 453 skall socialtjänstens omsorg sörja för att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande.

Den första januari 2015 trädde Socialstyrelsen nya föreskrifter i kraft, med ett utökat krav på att förebygga undernäring inom vård och omsorg (Socialstyrelsen, 2014). Enligt 5 § i SOSFS 2014:10 skall vårdgivaren fastställa rutiner för när en patients näringstillstånd skall utredas, och hur utredningen av näringstillståndet skall göras. Enligt 6 § i SOSFS 2014:10 beskriver Socialstyrelsen att vårdgivaren ska fastställa rutiner för hur undernäring skall förebyggas, samt hur undernäring ska behandlas.

Sjuksköterskans omvårdnadsansvar

Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) präglas omvårdnaden av en värdegrund som vilar på en humanistisk människosyn.

Sjuksköterskans kompetensbeskrivning innehåller rekommendationer om yrkeskunnande, kompetens samt erfarenhet och förhållningssätt, som skall genomsyras av en helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt. Arbetet skall bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och utföras i enlighet med gällande författningar och andra riktlinjer.

Kompetensbeskrivningen belyser tre huvudområden för sjuksköterskan oavsett verksamhet, omvårdnadens teori och praktik, forskning, utveckling och utbildning samt ledarskap. Enligt International Council of Nurses [ICN], (2000) är sjuksköterskornas grundläggande ansvarsområden att främja hälsa, förebygga sjukdom, lindra lidande samt återställa hälsa.

Evidensbaserad vård introducerades i den svenska hälso- och sjukvården under 1990-talet och är i dag ett etablerat begrepp. Syftet med evidensbaserad vård är att använda kostnadseffektiva metoder som gör störst nytta för patienterna. Den evidensbaserade vården har i en omvårdnadssituation ett tydligt fokus på omvårdnadsåtgärder. I en individuell situation när en omvårdnadsåtgärd skall fattas, innebär det att sjuksköterskan tar hänsyn till bästa tillgängliga vetenskapliga bevis, använder sin kliniska erfarenhet och väger in patientens önskemål (Johansson & Wallin, 2013).

Enligt Socialstyrelsens förslag för en ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi (2012) anser Socialstyrelsen att det är angeläget att öka andelen sjuksköterskor med en vidareutbildning inom geriatrik och gerontologi. Inom äldreomsorgen finns tydliga kompetensbrister och det tillhör ovanligheten att sjuksköterskor inom kommunen har den specialistkompetens som erfordras för att bemöta äldres behov och förutsättningar, både ur ett gerontologiskt- och geriatriskt perspektiv. Det primära målet för den geriatriska sjuksköterskan enligt Tabloski (2013) är att vägleda och stödja patienterna till att uppleva en psykisk, själslig och psykosocialt välbefinnande. Omvårdnadsprocessen vägleder sjuksköterskan till att erbjuda den bästa kvaliteten av vård till äldre.

Enligt Riksföreningen för sjuksköterskan inom äldreomsorg (2012) innefattar den geriatriska sjuksköterskans kompetens en helhetssyn av den äldre multisjuka patienten, samt fördjupade kunskaper inom omvårdnad av äldre, etik, biomedicin, folkhälsa och pedagogik. Specialistsjuksköterskor inom vård av äldre bör även ha god kännedom om andra professioners kunskapsområde. Teamarbete leder till en bättre helhetssyn, främjar kontinuitet och stärker patientsäkerheten. Specialistkompetensen avser även förmåga att tolka livsberättelser, förstå äldres upplevelse av ohälsa, stödja äldres självständighet,

informera och utbilda patienter och anhöriga, med syftet att skapa en trygghet och delaktighet.

Virginia Henderson var en av de första sjuksköterskorna, efter Florence Nightingale som gjorde ett försök att beskriva omvårdnadens grundprinciper. Henderson menade att alla människor har grundläggande behov oavsett hälsotillstånd. Hon identifierar behov som kost och logi, kärlek, uppskattning och en samhörighet. Henderson betonade starkt att alla människor har vissa gemensamma egenskaper och behov, men omvårdnaden skall planeras utifrån patientens upplevda behov och bristande förmåga att tillfredsställa dessa. Målet för omvårdnaden är att främja hälsa och tillfrisknanden eller en fridfull död (Kirkevold, 2000).

Sjuksköterskans speciella ansvarsområde enligt Henderson är att relatera till patientens grundläggande behov och utföra omvårdnaden när patienten inte kan tillfredsställa sina egna behov på grund av brist på kunskap, vilja eller kraft. Tillgodose patientens universella behov anses vara omvårdnadens mål, där patienten återvinner sitt oberoende och tillfrisknar. Henderson beskriver omvårdnadens grundläggande åtgärder utifrån 14 komponenter, som ses som grundläggande behov. Den första punkten är att hjälpa patienten att andas, och som punkt två är att hjälpa patienten att äta och dricka (Kirkevold, 2000).

Problemformulering

Ett av de vanligaste hoten mot en god ålderdom är undernäring (Olofsson & Gustafsson, 2012). Inom den svenska äldrevården är var tredje patient underviktig och med stor sannolikhet felnörd. Trots att nutritionen har en stor betydelse för både välbefinnandet och sjukdomsläkning, är inte undernäring tillräckligt beaktad inom äldrevården (Dehlin & Rundgren, 2007). En oidentifierad och obehandlad undernäring påverkar hälsan och livskvaliteten negativt, fördröjer tillfrisknandet och kan leda till sjuklighet (Stratton & Elia, 2010). För att äldre skall få en möjlighet att uppleva en god ålderdom inom äldrevården, är det av stor vikt att belysa de omvårdnadsåtgärder som kan förebygga undernäring.

SYFTE

Syftet var att undersöka effekter av omvårdnadsåtgärder som syftar till att förebygga undernäring hos äldre inom äldrevården.

METOD

Metoden som valdes för denna studie är en forskningsöversikt. Syftet med en forskningsöversikt är att söka, kritiskt granska och sammanställa data från tidigare empiriska studier i ett resultat. En forskningsöversikt bygger på ett tydligt utformat syfte eller frågeställning, som besvaras systematiskt genom att urskilja, värdera och analysera relevant forskning. Kvantitativ forskning inom omvårdnaden syftar ofta till att finna bevis för vilken behandlingsmetod, rutin eller omvårdnadsåtgärd som gagnar patienten på bästa sätt (Forsberg & Wengström, 2008). En forskningsöversikt innebär en möjlighet att inhämta en bred kvantitet av aktuell forskning utifrån både kvantitativ och kvalitativ forskning från många länder världen runt i databaserna PubMed, CINAHL och Psycinfo (Forsberg & Wengström, 2008).

Urval

Ett antal inklusions- och exklusionskriterier har valts för att erhålla artiklar som överensstämmer med forskningsöversiktens syfte. Inklusionskriterier var äldre personer över 65 år som bedömdes i riskzonen för undernäring. Andra inklusionskriterier var att artiklarna var skrivna på engelska med tillgång till fulltext och abstrakt, samt att artiklarna var originalartiklar vilket innebär att artiklarna är granskade av andra forskare. Exklusionskriterier var artiklar som inte kunde betraktas som vetenskapliga, översiktsartiklar eller artiklar som inte besvarade syftet. Exklusionskriterier var även att artiklarna var skrivna på andra språk än engelska, samt att artiklarna var äldre än tio år. Artiklar som saknade abstrakt exkluderades eftersom det är svårt att förstå studiens syfte, utan en sammanfattning. Vidare exklusionskriterier var artiklar gällande barn och överviktiga äldre.

Genomförande

Inledande sökningar påbörjades i januari för att erhålla en grund för syfte och problemformulering. Därefter genomfördes artikelsökningar av vetenskapliga artiklar relevanta till studiens syfte under februari och april 2015. Sökningar gjordes i databaserna PubMed, CINAHL och PsycInfo, där en övervägande del av artiklarna är vetenskapliga. PubMed är en bred databas som täcker områden som omvårdnadsforskning och medicin. CINAHL täcker områden som omvårdnad, sjukgymnastik och arbetsterapi, medan PsycInfo täcker psykologisk forskning och angränsande ämnen såsom psykiatri, medicin, fysiologi, sociologi, beteendevetenskap med mera. Fritext sökningar gjordes i databaserna efter artiklar, men för att öka tillgången av relevanta artiklar inom området gjordes flera sökningar med Medlines vedertagna sökord Medical Subject Headings (MeSH-termer) för sökningar i PubMed. I CINAHL användes Cinalheadings, och vid sökningar i PsycInfo användes sökorden som använts i PubMed och CINAHL. Även fritextsökningar gjordes i samtliga databaser för att erhålla fler relevanta artiklar (Forsberg & Wengström, 2008).

Sökord som användes för att besvara studiens syfte var; malnutrition, nutrition disorder, nutrition care, health promotion, undernutrition, geriatric nursing, nurse, nursing, nursing process, nursing assessment, prevention, prevention and control, aged, elderly och elderly care. Sökorden kombinerades med varandra, där de booleska operatorerna AND, OR och NOT infördes mellan olika termer för att erhålla de mest relevanta artiklarna.

Under sökningar i databaserna lästes de abstrakt där artikelns rubrik förväntades besvara syftet. De abstrakt som ansågs besvara syftet, lästes hela artikeln vilket motsvarade 54 artiklar, av dessa skrevs 34 artiklar ut där artiklarnas resultat förmodades passa studiens syfte, nio stycken artiklar beställdes från Sophiahemmet Högskolas bibliotek, när databasen inte erbjöd fri fulltext, varav tre artiklar inkluderades. Manuella sökningar gjordes också vilket innebär att studera artiklars referenslistor och finna andra artiklar som berör det valda ämnet, tre stycken artiklar inkluderades i studien. Totalt valdes 14 stycken vetenskapliga artiklar som besvarade studiens syfte.

Tabell 1. Resultatredovisning av artikelsökning

Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa abstracts	Lästa artiklar	Utvalda
PubMed 150120	Fritext, Malnutrition AND elderly Care AND Prevention	Published dates, 20050120- 20150120, English language, Full text. Abstract.	99	39	15	1
PubMed 150216	MeSH-termer Malnutrition AND Nursing Process	Published dates, 20050216- 20150216, English language, Full text, Abstract	78	21	9	1
CINAHL 150216	Cinahl- Headings Malnutrition AND Nursing AND Nursing Assessment	Published dates, 20050216- 20150216, Peer-reviewed, English language Abstract.	49	14	7	0
PsycINFO	Fritext. Malnutrition AND Elderly AND Nursing	Published dates, 20050302- 20150302, English language, Abstract, Peer- reviewed.	19	7	2	0
PubMed 150302	Fritext. Malnutrition OR Undernutrition OR Nutrition Disorder NOT Protein energy malnutrition AND Nursing Process AND Elderly AND Prevention	Published dates, 20050302- 20150302, English language, Abstract, Full text.	88	14	7	1

CINAHL 150407	MeSH-termer Nutrition Disorder AND Prevention and controll	Published dates, 20050407- 20150407, English language, Peer- reviewed, Abstract, Full text. All Adult	94	12	9	3
PubMed 150407	Nutrition care AND nursing	Published dates, 20050407- 20150407, English language, Peer- reviewed, Abstract, Full text. All adult	130	23	5	0
PubMed 150407	MeSH-termer Malnutrition AND Geriatric nursing	Published dates, 20050407- 20150407, English language, Abstract, Full text.	155	32	9	2
PubMed 150407	MeSH-termer Health promotion AND Malnutrition AND Aged	Published dates, 20050407- 20150407, English language, Abstract, Full text.	49	11	3	1
PubMed 150407	Frisökning, Nutrition Care AND Malnutrition AND Nurse	Published dates, 20050407- 20150407, English language, Abstract, Full text.	157	18	5	2

Databearbetning

Det insamlade materialet granskades och analyserades systematiskt efter forskningsöversiktens syfte. Analysering av datamaterial syftar till att åstadkomma ordning bland det insamlade materialet och finna en överskådlig och systematisk bild av insamlad data (Forsberg & Wengström, 2008). Alla artiklar lästes igenom i sin helhet för att skapa en helhetsbild av problemområdet, därefter lades tyngdpunkten på artiklarnas resultatdel, som lästes och granskades ett flertal gånger. Artiklarna som valdes till forskningsöversikten kvalitetsgranskades med hjälp av Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering och kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter

(1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011), se bilaga 2. Resultatet baserades på 14 stycken vetenskapliga artiklar varav 12 stycken artiklar är av kvantitativ ansats och två av artiklarna är kvalitativa. Resultatet presenteras utifrån teman som framkommit vid analysen av artiklarna. Tre huvudrubriker presenterar resultatet där en av huvudrubrikerna innefattar underrubriker för att klarlägga ett tydligare resultat.

Forskningsetiska övervägande

Enligt Forsberg och Wengström (2008) skall resultatet som presenteras i forskningsöversikten vara trovärdigt. Artiklarnas resultat skall objektivt analyseras och tydligt presenteras med hänvisning till korrekt källa. Vidare skall samtliga relevanta artiklar presenteras även de artiklar som ej styrker forskarens eventuella hypotes. Enligt Polit och Beck (2013) bör endast artiklar väljas som granskats av en etisk kommitté eller där noggranna etiska övervägande gjorts.

RESULTAT

Resultatet presenteras utifrån teman som framkommit vid analysen av artiklarna. Tre huvudrubriker presenterar resultatet där en av huvudrubrikerna innefattar underrubriker för att klarlägga ett tydligare resultat.

Nutrition

Måltidsmiljö

Wikby, Ek och Christensson (2009) undersökte om utbildning av näringsbehov och individualiserad nutritionsvård skulle förbättra nutritionsstatusen och funktionsförmågan hos äldre. Omvårdnadsåtgärderna för att förbättra nutritionsstatusen bestod av måltidssituationer där de äldre satt i mindre grupper med personer de tyckte om, och en miljö av lugn och ro. Patienter som var välnärda enligt MNA erbjöds mellanmål i form av yoghurt eller frukt i syftet att förebygga undernäring samt för att fördela måltiderna jämnt under dagen. Patienter som var undernärda eller löpte risk för undernäring enligt MNA erbjöds en förrätt till lunch i form av ägg, sill eller soppa. Smoothies, bröd, smör, mjölk och yoghurt erbjöds som extra individuella mellanmål. Patienterna fick även snacks som tilldelades efter individuella behov och önskemål från patienterna. Interventionsstudien genomfördes utan att extra pengar avsattes för inköp av livsmedel. Den genomsnittliga viktökningen i interventionsgruppen var 2,7 kilo medan patienter i kontrollgruppen minskade sin genomsnittliga vikt med 0,6 kilo. Dock påvisades ingen signifikant skillnad mellan grupperna i viktuppgång eller BMI.

I en studie av Nijs, de Graaf, Kok och van Staveren (2006) ökade energiintaget i interventionsgruppen som erbjöds en familjeliknande måltidssituation. Patienterna i kontrollgruppen minskade sitt intag under den sex månaders långa studien. Studien ledde även till signifikanta skillnader i livskvaliteten mellan grupperna, där interventionsgruppen förblev stabil medan kontrollgruppen minskade. En signifikant skillnad sågs även i den fysiska funktionen, den psykosociala funktionen och den upplevda känslan av säkerhet. Den genomsnittliga vikten förblev stabil i interventionsgruppen samtidigt som kontrollgruppens vikt minskade avsevärt. Ingen skillnad av upplevd autonomi kunde urskiljas i de båda grupperna. Den familjeliknande måltidssituationen bestod av dekorerade bord med blomsterarrangemang, bordsdukar, dricksglas och servetter. Måltiden serverades i karotter med menyval av två huvudrätter, baslivsmedel och grönsaker.

Måltiden serverades när alla boende hade samlats runt bordet och startades med en stunds reflektion eller bordsbön. I kontrollgruppen serverades maten på brickor, tallriken bestod av tre indelade sektioner för maten och maten valdes av den boende två veckor tidigare. Borden saknade dukar eller annan dekoration, drycken serverades i plastglas och de boende erhöll hakklappar.

Kosttillskott

I en studie av Leslie, Woodward, Lean, Theobald, Watson och Hankey (2012) var syftet att undersöka huruvida energiberikad mat kunde förbättra nutritionsstatusen utan att servera större portioner. Boendet serverade tre måltider dagligen och tre mellanmål, lunchen ansågs som det viktigaste målet under dagen och inkluderade för- och efterrätt. Måltiderna berikades med smör eller grädde. Flingor, gröt, soppa eller desserter berikades med 50 ml grädde och potatisen berikades med åtta gram smör, vilket ledde till en ökning med ungefär 400 kalorier dagligen. Det ökade energiintaget ledde inte till någon signifikant skillnad mellan intervention- och kontrollgruppen. Dock ökade sex stycken patienter mer än två kilo och klassades inte längre som undernärda.

I en Randomiserad studie av Jobse et al. (2015) var syftet att undersöka huruvida följsamheten av en omvårdnadsåtgärd med energi- och näringsberikad dryck som serverades i en låg volym skulle förbättra patienternas nutritionsstatus, samt att identifiera vilka av patienternas egenskaper som kännetecknas av följsamhet. Interventionsgruppen serverades näringsdryckerna som efterrätt eller mellanmål två gånger per dag under den 12 veckors långa interventionen. Följsamheten uppmättes till 73 procent, vilket är en god acceptans enligt studien. Resultatet påvisade en signifikant förbättrad nutritionsstatus hos patienter med en hög följsamhet i interventionsgruppen i form av kroppsvikt, BMI, MNA-SF och överarmens omkrets. Patienter som redan innan studien klassades som undernärda var de patienter som hade en hög följsamhet för behandlingen med energi- och näringsberikad dryck, även patienter med sväljsvårigheter hade en högre följsamhet. Hos patienter som var immobiliserade, deprimerade eller hade gastrointestinala problem hade en signifikant lägre följsamhet. Under studiens gång var det 14 stycken patienter som avbröt studien dessa patienter var från gruppen som bedömdes ha den lägsta följsamheten för de serverade näringsdryckerna. Vårdpersonalen rapporterade i två av de 14 fallen orsakerna till avbrottet. Enligt patienternas subjektiva upplevelse för avbrottet var i sju fall hälsoproblem eller intolerans, i två fall ogillades smaken av mjölkprodukter, i två fall var orsaken okänd, i ett fall berodde det på minskad aptit, eller planering av Perkutan Endoskopisk Gastrostomi, (PEG) och i ett fall ansåg patienten att viktökningen var för hög.

Manders et al. (2009) konstaterade en viktuppgång hos patienterna i interventionsgruppen som erhöll näringsdryck. Patienterna i interventionsgruppen serverades en näringsberikad mejeridryck innehållande fett, proteiner, vitaminer, mineraler och spårämnen två gånger per dag mellan huvudmåltiderna. Medan kontrollgruppen serverades en placebodyck utan energi, vitaminer och mineraler även de två gånger per dag. Efter 24 veckors behandling ökade energiintaget signifikant i interventionsgruppen ($p=0,193$), medan intaget minskade eller var oförändrat i kontrollgruppen. Kroppsvikten ökade 1,4 kilo i interventionsgruppen, och minskade med 0,6 kilo i kontrollgruppen. De flesta vitaminbrister normaliserades i interventionsgruppen, tydligaste för vitamin D. Näringsintaget via måltider minskade i samma utsträckning i båda grupperna.

I en Randomiserad studie av Stange et al. (2013) var syftet att undersöka effekterna av energi- och näringsberikade drycker som serverades i en låg volym, och huruvida dryckerna skulle förbättra patienternas nutritionsstatus, funktionalitet och livskvalitet på ett äldreboende i Tyskland. Interventionsgruppen serverades två stycken energi- och näringsberikad drycker per dag som tillhandahölls mellan måltiderna för att undvika en mättnadskänsla som kunde påverka födointaget vid måltiderna. Sjuksköterskorna registrerade dagligen patienternas konsumtion av den energi- och näringsberikade drycken, och patienterna undervisades samt motiverades att konsumera hela drycken av vårdpersonalen, för bästa följsamhet och effekt av behandlingen. Dryckerna erbjöds i passande smaker och anpassades efter patienternas måltidstider och rutiner. Kontrollgruppen mottog den vanliga omvårdnaden där hemmagjorda snacks serverades mellan måltiderna, eller näringsdrycker när läkaren har ordinerat eller när de tillhandahölls av närstående. Resultatet påvisade en signifikant förbättrad nutritionsstatus hos patienter i interventionsgruppen i form av kroppsvikt, BMI, överarmens och vadens omkrets. Ingen signifikant skillnad kunde mätas i MNA-SF.

I en randomiserad kontrollstudie av Beck, Damkjaer och Sörby (2010) som fokuserade på näringsstöd, fysiska aktiviteter och munvård, var interventionen att erbjuda näringsstöd två gånger per dag. Näringsstödet bestod av egengjord näringsdryck eller varm choklad och en chokladbit på 25 gram, patienter med tugg- eller sväljproblem erbjöds en puréliknande näringsdryck, näringsstödet genererade i ungefär 400 kalorier dagligen. Efter grupp gymnastiken som fanns tillgänglig två dagar i veckan, erbjöds interventionsgruppen även en egengjord näringsdryck gjord på grädde och kakaomjolk. Ökningen av energiintaget var signifikant i interventionsgruppen, och viktnedgången var signifikant mindre i interventionsgruppen än kontrollgruppen efter 11 veckor.

I en studie av Smoliner, Norman, Scheufele, Hartig, Pirlich och Lochs (2008) var syftet att utforska effekterna av energi- och proteinberikade måltider och mellanmål, och huruvida åtgärderna påverkar äldre med en risk för undernäring. Resultatet påvisade ett signifikant högre proteinintag i gruppen som fick en energiberikad kost. En signifikant förbättring kunde ses i båda grupperna gällande BMI, MNA och fettfri massa (FFM). Ingen signifikant skillnad kunde ses i energiintaget mellan de båda grupperna.

Utbildning och kunskap

Poulsen et al. (2007) studie fick sjuksköterskorna en 90 minuter lång föreläsning om symptom, riskfaktorer, prevention och behandling av undernäring. Sjuksköterskorna hade dessutom utbildats i kostregistrering, bedömning av näringsstatus, att undersöka munstatus, kostrelaterade problem och i individuella vårdplaneringar. Näringsutbildningen för sjuksköterskor visade dock inte på några fördelar för patientens näringsstatus.

I Beck et al. (2010) studie som fokuserade på näringsstöd, fysiska aktiviteter och munvård erbjöds interventionsgruppen tandvård två gånger i veckan under den 11 veckors långa studien i syfte att förbättra nutritionsstatusen. De boende fick råd angående problem och funderingar kring sin munstatus samt behandling av tandhygienist för att minska bakteriebeläggningar. Ingen minskning av bakteriebeläggning kunde påvisas efter 11 veckor ej heller någon viktökning i varken interventions- eller kontrollgruppen.

I en studie av Holst, Rasmussen och Laursen (2011) informerade sjuksköterskorna anhöriga till patienter som skulle åka hem på permission, att se till att patienterna fick i sig tillräckligt med näring och kosttillskott. Patienterna upplevde omsorgen från anhöriga

olika. En del uppskattade omtänksamheten av att få hjälp och stöd att äta. Medan andra upplevde sig pressade av att inte kunna uppfylla anhörigas förväntningar av att äta tillräckligt, och ogillade anhörigas försök att överta rollen som vårdgivare, speciellt kvinnor ansåg detta som irriterande.

Vikten av delaktighet och engagemang

Sjuksköterskor kan förebygga undernäring enligt Kuosoma, Hjerrild, Pedersen och Andersen Hundrup (2008) genom kontinuerliga näringsbedömningar och individuella vårdplaner. Pedersen (2005) menar att vården bygger på patienter som själv deltar aktivt i sin nutritionsvård, vilket även är en strategi för att öka patientens matintag och förhindra undernäring.

I en studie av Pedersen (2005) framkommer det i resultatet att patienter som aktivt fick medverka i sin egen näringsvård hade ett högre intag av energi och proteiner under vårdtiden än patienter som fick traditionell vård. I resultatet framkommer även att interventionsgruppen hade en kortare vårdtid. Dagligen utvärderade sjuksköterskan tillsammans med patienten intaget av näring och vid ett för lågt intag upprättades nya nutritionsåtgärder tillsammans med patienten. Där utgångspunkten var patientens önskemål och danska näringsmässiga riktlinjer. Sjuksköterskorna blev mer medvetna om vikten att engagera patienten i sin näringsvård efter ett utbildningsprogram avsett för sjuksköterskor med ett särskilt ansvar för nutrition. Sjuksköterskorna diskuterade med patienterna om symtom som orsakade aptitlöshet. Vid illamående försökte sjuksköterskorna tillsammans med patienten komma fram till en lösning för att minska illamåendet. Patienterna tillfrågades om de skulle vädra rummet, om patienten ville tvätta av sig innan måltiden eller erbjuda läkemedel mot illamående en halvtimme innan serveringen av maten. Vid symtom som smärta erbjöds smärtlindring en stund innan maten.

Holst, Rasmussen och Laursens (2011) resultat påvisade att något som var av stor vikt för patienternas självkänsla och stimulering av näringsintag var att läkare, sjuksköterskor och dietister uppmärksammade deras näringsintag och motiverade dem, genom att sätta mål och registrera näringsintaget. Läkarnas engagemang värderades högt medan en del patienter ansåg att kommunikationen med sjuksköterskorna var undermålig. Många av patienterna ansåg att sjuksköterskornas omvårdnadsåtgärder saknade en betydande mening för deras näringsintag. Ingen av patienterna pratade med sjuksköterskorna angående läkemedelsbiverkningar som minskade födointaget eller otillräcklig lindring av smärta eller illamående. De allra svagaste patienterna i studien som helt saknade initiativ att uttrycka sin önskan eller besvär, saknade helt förväntningar att sjuksköterskorna skulle ta ansvar för deras ätproblem. Under tidsperioden när patienterna praktiskt taget inte åt något, var upplevelsen densamma. En känsla av likgiltighet, brist på koncentration, minnesluckor och en känsla där hoppet förlorades.

I en studie av Kuosoma et al. (2008) gjordes en bedömning av deltagarnas nutritionsstatus var tredje månad under en 15 månader lång kvasiexperimentell studie. Bedömning gjordes av de boendes aptit. Viktkontroller och MNA användes som bedömningsinstrument. En individuell vårdplan upprättades för de boende med hänsyn till de vardagliga aktiviteterna. En kontaktperson utsågs, för att säkerställa att patienten fick i sig ytterligare måltider under dagen. En del av omvårdnadsplanen var att identifiera ätsvårigheter, önskemål kring matsituationen och favoriträtter. Små måltider, energi- och proteindrycker och mellanmål serverades till boende som hade en ökad risk för en undernäring. Studien påvisar vikten av att systematiska näringsbedömningar följs upp genom att upprätta individuella vårdplaner.

Resultatet påvisade en god effekt av individualiserade vårdplaner, med en signifikant ökning av andel patienter med en viktstabilitet $p < 0,01$ och en signifikant minskning av andel patienter med en viktnedgång $p < 0,01$.

Poulsen, Petersen, Rahm-Hallberg och Schroll (2007) studie undersökte om individuell omvårdnad kunde förbättra patienternas näringsvärde. Omvårdnadsåtgärderna bestod av att öka patienternas dagliga intag av näring. Avdelningen serverade tre huvudmåltider och två till tre mellanmål under en intervall på 18 timmar i en hemliknande måltidsmiljö. Första målet serverades runt klockan åtta på morgonen i form av frukost och sista måltiden serverades vid nio på kvällen. Mellanmålen bestod av hemmagjorda kosttillskott baserade på mjölk, ägg, puddingar, kakor, glass, choklad, vispgrädde samt protein- och energidrycker. Studiens resultat påvisade att enskilda och systematiska omvårdnadsåtgärder förknippades med en bibehållen nutritionsstatus samt funktionell status i en grupp äldre patienter. Resultatet påvisade en positiv koppling mellan en förbättrad näringsstatus och förbättrad ADL- status.

I en randomiserad studie av Simmons, Keeler, Zhuo, Hickey, Sato och Schnelle (2008) med en växelvis kontroll och interventionsgrupp var syftet att utvärdera effekten av måltidsstöd i form av tillsyn och matning under en måltid och ett mellanmål per dag, samt att utvärdera tidsåtgången för måltidsstödet. Resultatet visade att personalens lyhördhet för patienternas nutritionsbehov under matningarna ledde till en ökning av det dagliga nutritionsintaget med 15 procent i jämförelse med det normala nutritionsintaget. Det fanns en signifikant ökning av det totala dagliga kaloriintaget i interventionsgruppen, från start till interventionen vid tre månader och sex månader, det fanns ingen signifikant skillnad i kontrollgruppen. Under crossover fasen visade interventionsgruppen återigen en signifikant ökning av det totala dagliga intaget av proteiner, från start till interventionen vid tre månader och sex månader. Kontrollgruppen visade en signifikant minskning av det totala dagliga intaget av proteiner, från start till interventionen efter sex månader.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Forskningsöversikten hade som mål att belysa effekter av omvårdnadsåtgärder som kan förebygga undernäring hos äldre. Vid de första sökningarna av vetenskapliga artiklar i databasen PubMed visade det sig enkelt att finna relevanta artiklar för forskningsöversiktens syfte. Forskningsöversikt valdes som metod för att få en helhetsbild över valt område, metoden ger en överblick i befintlig och dokumenterad kunskap (Polit & Beck, 2013). Ett annat alternativ av metod, hade varit att göra en intervjustudie av sjuksköterskor. Vilket kanske mer skulle belysa hur äldrevårdens sjuksköterskor behandlar undernäring i dagens äldrevård, i stället för att besvara studiens syfte, att förebygga undernäring. Eftersom det förekommer brister i rutiner och låg kompetens bland sjuksköterskor inom äldreomsorgen, anser författaren att studiens syfte om förebyggande åtgärder vid undernäring inte skulle besvaras. Därför är en forskningsöversikt mer lämpad som metod för att erhålla adekvata omvårdnadsåtgärder vid undernäring hos äldre.

Det finns ett stort behov av forskningsöversikt som studiedesign inom omvårdnad. Genom att sammanställa resultat från tidigare studier genereras ny kunskap inom ämnet (Forsberg & Wengström, 2013). En forskningsöversikt ger även en vägledning för kunskapsluckor samt kvantitet av forskning i det aktuella ämnet. Undernäring är ett stort problem inom den

äldreården där en tredjedel av patienterna är underviktiga. I och med att Socialstyrelsen (2014) utkom med nya föreskrifter i början av 2015 med ett utökat krav på verksamheter att förebygga undernäring hos äldre, är ämnet undernäring inom äldreården högaktuellt och det finns ett stort behov av studier som påvisar vikten av att förebygga och behandla undernäring.

Enligt Polit och Beck (2013) bör endast artiklar väljas som granskats av en etisk kommitté eller där noggranna etiska övervägande gjorts. I en av 14 artiklar framkommer det inte om artikeln är godkänd av en etisk kommitté. Dock framkom det att integritet och anonymitet skyddades under hela studieprocessen och att ett deltagande var frivilligt. Författaren har studerat tidskriftens krav för publicering, där kravet var att studien var godkänd av en etisk kommitté och att Helsingforsdeklarationen efterföljdes.

Manuell sökning gjordes av andra vetenskapliga artiklars referenslistor. Enligt Forsberg och Wengström (2008) är det viktigt att granska andra forskares referenslistor inom det valda ämnet för att inte missa någon relevant artikel. Ytterligare tre artiklar söktes eftersom författaren insåg efter ytterligare granskning, att tre av de utvalda artiklarna inte svarade på syftet. Tre stycken artiklar inkluderades genom manuell sökning.

Artiklar som använts till denna studie valdes efter studiens inklusionskriterier och exklusionskriterier, vilket ökar studien relevans och hanterbarhet. Enligt Forsberg och Wengström (2008) är det ideala tidsperspektivet för forskningsstudier tre till fem år. Dock fick författaren till denna studie utöka tidsperspektivet till tio år eftersom en sökning på tre eller fem år gav för få relevanta artiklar i det valda ämnet. Vid databassökningen sökte författaren efter passande rubriker för syftet, och läste de abstrakt som passade syftet, vilket kan ha lett till att författaren exkluderade relevanta artiklar. I många fall överensstämmer titlarna med innehållet och vid minsta osäkerhet av innehållet läste författaren abstraktet för att inte missa någon relevant artikel.

Både kvantitativa och kvalitativa artiklar inkluderades i studien. Enligt Forsberg och Wengström (2008) ger kvantitativa studier kunskap om rutiner, behandlingsmetoder och omvårdnadsåtgärder. Medan kvalitativa studier ger en mer specifik och mer beskrivande kunskap om exempelvis erfarenheter och upplevelser. Artiklar för denna forskningsöversikt valdes efter relevans och inte efter forskningsmetodik. Enligt Forsberg och Wengström (2008) anses randomiserade studier vara mest tillförlitliga och stärker resultatet i forskningsstudier. Denna studie innehåller åtta stycken randomiserade artiklar. Mer än två tredje delar av artiklarna är av klass I och resterande artiklar är klass II vilket anses vara artiklar av god kvalitet.

Sökningarna i de etablerade databaserna resulterade i 11 stycken vetenskapliga artiklar som valdes ut och bedömdes svara på studiens syfte. Två artiklar exkluderades under resultatskrivningen. En av artiklarna var från ett sjukhus i Italien. Där undernäring uppfattades som en mindre viktig fråga i verksamheten och sjuksköterskorna kunde på grund av tidsbrist och dålig personalbemanning inte hinna med att identifiera behovet av nutritionsvård. Vid undervikt behandlades undernäring med intravenös tillförsel av näring vilket inte besvarar studien syfte om förebyggande omvårdnadsåtgärder. Den andra artikeln som exkluderades var en artikel från Norge, som mer besvarade orsakerna till undernäring och sjukhusets bristande organisation.

Artiklarna som valdes för forskningsöversikten är från Danmark, Holland, Storbritannien Sverige, Tyskland och USA. Författaren har ensamt analyserat och tolkat artiklarnas

kvalitet, vilket kan tolkas som en svaghet för studien. En tabell för sökandet skapades i ett tidigt stadium för att skapa struktur över arbetet och en överblick över artiklarnas syfte, metod och resultat. Som hjälp för att bedöma artiklarnas kvalitet användes Sophiahemmet Höskolas bedömningsunderlag utifrån Berg, Denckner och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011), (bilaga 2). De valda artiklarna granskades systematiskt i en matris där artiklarnas metod, deltagare och bortfall och kvalitet presenterades. Dock upplevde författaren till denna studie det svårt att bedöma en av artiklarnas deltagare och bortfall, eftersom artiklarna inkluderar den äldre generationen med naturliga bortfall i form av dödsfall under studiernas gång.

Resultatdiskussion

Syftet med denna forskningsöversikt var att undersöka effekterna av omvårdnadsåtgärder som syftar till att förebygga undernäring hos äldre inom äldreården. Vad som kan konstateras utifrån forskningsöversikten är att kunskapsläget är högt, men att implementeringen av kunskaperna i äldreården fortfarande har brister. Enligt Socialstyrelsen (2011) har kunskapsläget om undernäring ökat det senaste decenniet. Men varken Socialstyrelsens (2000) riktlinjer för nutrition och äldre eller Europarådets resolution från 1999, reviderad 2003 med riktlinjer om utredning och behandling av undernäring inom svensk sjukvård efterföljs i den svenska äldreården (Johansson, Bosaeus, Larsson, Rothenberg, Stene & Unosson, 2009).

Resultat av denna forskningsöversikt visade på vetenskapligt stöd för vissa kosttillskott i form av näringsdrycker eller berikningar i syfte att förbättra patienternas näringsintag och viktuppgång. Dock kan författaren ställa sig frågande till om det är specifikt det näringsberikade livsmedlet eller näringsdrycken som förebygger undernäring? I samtliga interventioner serverades patienterna tre måltider och flera mellanmål, två eller tre gånger per dag. Vilket möjligtvis minskade nattfastan som är en riskfaktor för undernäring, flera måltider per dag kan också föranlett till att de äldre fick en möjlighet att tillgodose sig det dagliga energiintaget. I en studie av Söderström et al. (2013) åt nästan hälften av patienterna mindre än fyra måltider per dygn. I många studier ökade även resurserna i form av personal, eller forskare som kanske var mer angelägna att servera kosttillskotten för en optimal följsamhet av interventionerna (Beck et al., 2010; Jobse et al., 2015; Stange et al., 2013).

Författaren till denna studie ställer sig frågande till ett resultat. I studien av Smoliner et al. (2008) framkommer att proteinintaget var signifikant högre i gruppen som fick en energiberikad kost. Trots detta kunde ingen signifikant skillnad ses i energiintaget mellan de båda grupperna. Författaren anser att resultatet är motsägelsefullt, borde inte det extra intaget av energiberikning leda till ett högre energiintag?

Trots att studiens syfte handlade om att förebygga undernäring, har författaren inkluderat en del artiklar där både patienter med en risk för undernäring och patienter med en undernäring ingick. Anledningen till urvalet var att artiklarna svarade på syftet och hade en hög vetenskaplig kvalitet. Författaren är dock osäker huruvida detta har påverkat studiens resultat, samt om omvårdnadsåtgärderna är jämförbara i de båda kategorierna. Dehlin och Rundgren (2007) menade att undernäring förebyggs genom preventiva åtgärder, där åtgärderna delas in i primär- sekundär- och tertiärprevention, vilket innebär att primärprevention står för att förhindra, sekundärprevention innebär att upptäcka, förkorta eller förhindra undernäring, medan den tredje fasen innebär att reducera effekterna av undernäring.

I många studier ingår ett flertal omvårdnadsåtgärder för att förbättra nutritionen för äldre, vilket upplevdes av författaren som en svårighet att urskilja vilken omvårdnadsåtgärd som gav resultat. Dock ter det sig som att undernäring hos äldre är ett komplicerat problem som sällan går att lösa med endast en omvårdnadsåtgärd. När beslut gällande omvårdnadsåtgärder skall fattas menar Johansson och Wallin (2013) att hänsyn bör tas till bästa tillgängliga vetenskapliga bevis och i första hand bör resultat från systematiska översikter användas i aktuellt område. Enligt studiens resultat förefaller det som att måltidssituationen hade en positiv inverkan på äldres nutritionsstatus. I Nijs et al. (2009) resultat framkommer det att mat och dryck hade en stor inverkan på människans livskvalitet. Vilket även framkom i studiens resultat, som påvisar att måltidssituationen och estetiken runt måltidsmiljön hade en stor inverkan på både energiintag och livskvaliteten för äldre (Nijs et al., 2006; Poulsen et al., 2007). I Wikby et al. (2009) studie framkom det att aptiten stärktes när patienterna fick sitta i mindre grupper och tillsammans med andra patienter dem trivdes med.

Författaren anser att sjuksköterskor måste vara delaktiga i det dagliga omvårdnadsarbetet för att uppmärksamma patienternas omvårdnadsbehov. Virginia Henderson framhöll att omvårdnaden skulle planeras utifrån patientens upplevda behov och bristande förmåga att själv tillfredsställa dessa där omvårdnadens mål är att åtgärda dessa behov (Kirkevold, 2000). Pedersen (2005) menar att vården bygger på patienter som själv deltar aktivt i sin nutritionsvård, vilket även är en strategi för att öka patientens matintag och förhindra undernäring. En viktig omvårdnadsåtgärd som framkom i Holst et al. (2011) resultat var kommunikation och personalens engagemang i patienternas näringsintag. Studien beskriver att sjuksköterskorna hade det övergripande ansvaret för närings screening av patienterna, bedömning och planering för nutritionsbehandlingar samt att omvårdnadsåtgärderna utfördes. Trots detta ansåg ett flertal patienter att kommunikationen med sjuksköterskorna var undermålig och att omvårdnadsåtgärderna saknade en betydande mening för patienternas näringsintag. Dock uppskattade samtliga patienter läkarnas engagemang för deras näringsintag. Hur kommer det sig att läkarna anses vara engagerade och inte sjuksköterskorna? När omvårdnaden är sjuksköterskans specialitet.

Att som individ ha en möjlighet att själv bestämma över sin vardag är något författaren tror påverkar individens välbefinnande. Trots att det står i 2 a § i SFS (1982: 763) att vården skall bygga på patientens autonomi och integritet. Är det ett fåtal patienter inom äldrevården som själva kan styra över vad och när de vill äta. Genom en personcentrerad omvårdnad får patienten en möjlighet att själv påverka sin vardag, vilket har visat positiva resultat i studien. Enligt Kuosoma et al. (2008) resultat kunde sjuksköterskor förebygga undernäring genom kontinuerliga näringsbedömningar och individuella vårdplaner. Lorefält et al. (2011) påvisade i sitt resultat att individualiserade måltider påverkade nutritionsstatusen positivt. Och likaså Poulsen et al. (2007) påvisade positiva kopplingar mellan individuell omvårdnad och näringsintaget. Att anpassa omvårdnaden till patientens behov framkommer även i Beck et al. (2010) resultat där patienter med sväljningssvårigheter erbjöds en konsistensanpassad näringsdryck för att öka näringsintaget hos patienterna. Även Wikby et al. (2009) erbjöd en konsistensanpassad kost för de patienter som hade svårigheter att tugga maten, även individuella hjälpmedel tillhandahölls för att underlätta ätandet för patienterna. Simmons et al. (2008) utvärderade effekten av måltidsstöd i sitt resultat och kom fram till att personalens lyhördhet, tillsyn och matning under måltiderna ökade det dagliga nutritionsintaget.

I Manders et al. (2009) resultat framkommer det att patienter som erhöill näringsberikade mejeridrycker ett par gånger per dag ökade i vikt. Även Kuosoma et al. (2008) studie såg en viktökning hos de patienter med en ökad risk för undernäring som erbjöds mellanmål, små måltider och energi- och proteindrycker. Dock påvisade inte Leslie et al. (2012) eller Beck et al. (2010) någon signifikant viktökning hos de patienter som erhöill energiberikad mat. I många studier ter det sig som att en viktuppgång är det som påvisade goda effekter av en nutritionsåtgärd. Att ha i åtanke är att energiintaget hos äldre minskar med åren men inte näringsintaget. Det har också visat sig att det är lättare att förebygga en undernäring än att behandla, och därför är det viktigt anser författaren att arbeta preventivt och evidensbaserat.

Slutsats

Slutsatsen var att faktorer som upplevdes betydelsefulla ur patientens perspektiv var att själv få medverka i sin näringsvård. Nutritionsåtgärder som visat sig effektiva för äldre är kosttillskott och en familjelik måltidssituation. Sjuksköterskan har en central roll i arbetet med att förebygga undernäring, där evidensbaserad vård är ett krav för ett preventivt arbete i äldrevården, och när beslut om gällande omvårdnadsåtgärder skall fattas bör hänsyn tas till bästa tillgängliga vetenskapliga stöd.

Klinisk tillämpbarhet

Denna översikt skulle kunna öka kunskapsläget hos sjuksköterskor inom äldrevården. Ett flertal av omvårdnadsåtgärderna kan med enkelhet överföras till både sjukhus och särskilda boenden.

REFERENSER

- Andersson, P., Hallberg, I. R., Lorefält, B., Unosson, M., & Renvert, S. (2004). Oral health problems in elderly rehabilitation patients. *International Journal of Dental Hygiene*, 2 (2), 70-77
- Beck, A.M., Damkjaer, K., & Sörbye, L.W. (2010). Physical and social functional abilities seem to be maintained by a multifaceted randomized controlled nutritional intervention among old (>65 years) Danish nursing home residents. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50, 351-355. doi:10.1016/j.archger.2009.05.018
- Cederholm, T., Johansson, I., & Sandman, P.O. (2000). Orsaker till undernäring: Näringsproblem i vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Dehlin, O., & Rundgren, Å. (2007). *Geriatrisk* (2.uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Faxén Irving, G. (2010). Sjukdomsrelaterad undernäring hos äldre. I G. Faxén Irving, B. Karlström, & E. Rothenberg (Red.), *Geriatrisk Nutrition*. Lund: Studentlitteratur.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). Att göra systematiska litteraturstudier. Stockholm: Natur & Kultur.
- Guigoz, Y. (2006). The mini nutritional assessment (MNA) Review of the literature – what does it tell us?. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 10, 466-485.
- Gustafson, Y., & Olofsson, B. (2012). Den åldrande kroppen. I A. Norberg, B. Lundman & R. Santamäki Fischer (Red.), *Det goda åldrandet* (ss. 177-188). Lund: Studentlitteratur.
- Holst, M., Rasmussen, H. H., & Laursen, S. B. (2011). Can the patientperspective contribute to quality of nutritional care? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 176-84. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00808.x
- Holst, M., Yifter- Lindgren, E., Surowiak, M., Nielsen, K., Mowe, M., Carlsson, M., ...Rasmussen, H. (2013). Nutritional screening and risk factors in elderly hospitalized patients: association to clinical outcome? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27, 953-961. doi: 10.1111/scs.12010
- International Council of Nurses. (2000). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Jobse, I., Liao, Y., Bartram, M., Delantonio, K., Uter, W., Stehle, P., Sieber, C.C., & Volkert, D. (2015). Compliance of nursing home residents with a nutrient-and energy-dense oral nutritional supplement determines effects on nutritional status. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 19 (3), 356-364. doi: 10.1007/s12603-014-0544-y.
- Johansson, E., & Wallin, L. (2013). Evidensbaserad vård. I A K Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk, & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå: Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Lund: Studentlitteratur.

Johansson, U.M., Bosaeus, I., Larsson, J., Rothenberg, E., Stene, C., & Unosson, M. (2009). Nutritionsbehandling inom äldreomsorgen - ett bortglömt perspektiv. Enkätstudie visar tydliga brister i omhändertagandet av äldre. *Läkartidningen*, 106(40), 2538-2542.

Kirkevold, M. (2000). Omvårdnadsanalyser: Analys och utvärdering. Lund: Studentlitteratur.

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(17), 228-2293. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02203.x

Leslie, W. S., Woodward, M., Lean, M. E. J., Theobald, H., Watson, L., & Hankey, C. R. (2012). Improving the dietary intake of under nourished older people in residential care homes using an energy-enriching food approach: a cluster randomised controlled study. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 26, 387-394. doi: 10.1111/jhn.12020

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. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 15 (2) 92-97. doi: 10.1007/s12603-011-0019-3

Manders, M., de Groot, C., Blauw, Y., Dhonukshe-Rutten, R., van Hoeckel-Prüst, L., Bindels, J., & van Staveren, W.A. (2009). Effect of a nutrient-enriched drink on dietary intake and nutritional status in institutionalised elderly. *European Journal of Clinical Nutrition*, 63, 1241-1250. doi:10.1038/ejcn.2009.28

Nijs, K., de Graaf, C., Kok, F.J., & van Staveren, W.A. (2006). Effects of family style mealtimes on quality of life, physical performance, and body weight of nursing home residents: cluster randomised controlled trial. *The Journal of Gerontology*, 61(9), 935-942. doi:10.1136/bmj.38825.401181.7C

Nijs, K., de Graaf, C., van Staveren, W.A., & de Groot, L. (2009). Malnutrition and Mealtime Ambiance in Nursing Homes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10 (4), 226-229. doi: 10.1016/j.jamda.2009.01.006

Nestlé Nutrition Institute. (2010). Mini nutritional assessment MNA. Schweiz: Nestlé. Hämtat från: http://www.mna-elderly.com/forms/MNA_swedish.pdf

Norman, K., Pichard, C., Lochs, H., & Pirlich. (2008). Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clinical nutrition*. 27, 5-15. doi:10.1016/j.clnu.2007.10.007

Olofsson, B., & Gustafson, Y. (2012). Måltiden och näringens betydelse för äldre personer. I A. Norberg., B. Lundman., & R. Santamäki Fischer (Red.), *Det goda åldrandet* (ss. 177-188). Lund: Studentlitteratur.

Pedersen, P.U. (2005). Nutritional care: the effectiveness of actively involving older patients. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 247-255.

- Persenius, M., Glawing, G., Hermansson, H-B., & Karlsson, I. (2014). Elderly persons Aged 80 Years and Older and Their Nutritional Status. *Open Journal of Nursing*, 4, 356-365. doi: 10.4236/ojn.2014.45041
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2013). *Essentials of nursing research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. (8th ed.). Lippincott: Williams & Wilkins.
- Poulsen, I., Petersen, H V., Rahm Hallberg, I., & Schroll, M. (2007). Lack of nutritional and functional effects of nutritional supervision by nurse: a quasi experimental study in geriatric patients. *Scandinavian Journal of Food and Nutrition*, 51 (1), 6-12 doi: 10.1080/17482970701256245
- Riksföreningen för sjuksköterskan inom äldreomsorg & svensk sjuksköterskeförening (2012). *Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inom vård av äldre*. Stockholm: SFF. Hämtad från <http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/kompetensbeskrivningar-publikationer/aldrekomppwebb.pdf>
- 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.
- Rothenberg, E. (2010). Etik och nutrition. I G, Faxén Irving., B, Karlström., & E, Rothenberg. (Red.), *Geriatrisk nutrition* (s.223-227). Stockholm: Liber
- Saletti A.(2007). Nutritional Status and Mealtime Experiences in Elderly Care Recipients. Department of Neurobiology, Care Sciences and Society, Division of Clinical Nutrition, Karolinska Institute: Stockholm.
- Saletti A., Johansson L., Yifter Lindgren E., Wissing U., Osterberg K., & Cederholm T. (2005) Nutritional status and a 3-year follow-up in elderly receiving support at home. *Gerontology* 51, 192-198.
- Saletti A., Yifter Lindgren E., Johansson L., & Cederholm T. (2000) Nutritional Status According to Mini Nutritional Assessment in an institutionalized Elderly Population in Sweden. *Gerontology*, 46, 139-145.
- Simmons, S-F., Keeler, E., Zhuo, X., Hickey, K-A., Sato, H-W., & Schnelle, J-F. (2008). Prevention of unintentional weight loss in nursing home residents: a controlled trial of feeding assistance. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(8), 1466-1473.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.
- SFS 2001: 453. *Socialtjänstlagen*. Stockholm: Riksdagen.
- Smoliner, C., Norman, K., Scheufele, R., Hartig, W., Pirlich, M., & Lochs, H. (2008). Effects of food fortification on nutritional and functional status in frail elderly nursing home residents at risk of malnutrition. *Nutrition*, 24, 1139-1144. doi:10.1016/j.nut.2008.06.024

Socialstyrelsen (2005). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

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

Socialstyrelsen (2012). Ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi: förslag till utformning och genomförande av satsning. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18591/2012-2-5.pdf>

SOSFS 2014:10 Förebyggande av och behandling av undernäring. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lista/Artikelkatalog/Attachments/19550/2014-10-12.pdf>

Stange, I., Bartram M., Liao, Y., Poeschl, K., Kolpatzik, S., Uter, W., Sieber C C., Stehle, P., & Volkert, D. (2013). Effects of a low-volume, nutrient- and energy-dense oral nutritional supplement on nutritional and functional status: a randomized, controlled trial in nursing home residents. *Journal of the American Medical Directors Association, 14*, (8), 628. e.1-8. doi: 10.1016/j.jamda.2013.05.011

Stratton, R J., & Elia, M. (2010). Encouraging appropriate, evidence-based use of oral nutritional supplements. *Proceedings of the Nutrition Society, 69*, 477-487. doi: 10.1017/S0029665110001977

Söderström, L., Adolfsson Thors, E., Rosenblad, A., Frid, H., Saletti, A., & Bergkvist, L. (2013). Mealtimes habits and meal provision are associated with malnutrition among elderly patients admitted to hospital. *Clinical Nutrition, 32*, 281-288. doi: 10.1016/j.clnu.2012.07.013

Tabloski, P A. (2013). *Gerontological Nursing*. (3rd ed.). Pearson: New Jersey.

Vernersson, A. (2015). Om senior Alert -för personal. Hämtad från <http://plus.rjl.se/infopage.jsf?childId=13450&nodeId=39305>

Wikby, K., Ek, A.C., & Christensson, L. (2009). Implementation of a nutritional programme in elderly people admitted to resident homes. *Scandinavian Journal of Caring Science, 23*, 421-430. doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00632.x

Wylie, K., & Nebauer, M. (2011). ” The Food Here Is Tasteless!” Food taste or tasteless food? Chemosensory Loss and the Politics of Under-Nutrition. *Collegian, 18*, 27-35. doi: 10.1016/j.colegn.2010.03.002

BILAGA 1

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ
Beck, A.M., Damkjaer, K., & Sörbye, L.W. (2010) Danmark	Physical and social functional abilities seem to be maintained by a multifaceted randomized controlled nutritional intervention among old (>65 years) danish nursing home residents	Syftet var att testa hypotesen att ett 11 veckors multifacetterat interventionsprogram, som innefattar nutritionsåtgärder, gruppträning av måttlig intensitet och munvård, skulle ha en signifikant påverkan av den funktionella förmågan.	Kvantitativ. Experimentell interventionsstudie. Datainsamlingsmetod var Minimum data set [MDS] mäter b.la. nutritionsstatus. Matregistrering under tre dagar och registrering av ät- och sväljproblem. Längd, vikt, BMI mättes. Interventionen var hemgjord näringsdryck eller 25 gram choklad och 150 ml varm choklad. Efter gruppträningen serverades en hemgjord dryck Besök av tandhygienist en- till två gånger i veckan. Resultatet analyserades med beskrivande och jämförande statistik.	Interventionsgrupp n=62 Kontrollgrupp n=59 n (31)	Vikten minskade mer i kontrollgruppen p. 0,908 än i interventionsgruppen och energiintaget ökade i interventionsgruppen p.0,084. Efter studien förlorade båda grupperna i vikt och fysisk funktion.	II RCT

BILAGA 1

<p>Holst, M., Rasmussen, H. H., & Laursen, B.S. (2011) Danmark</p>	<p>Can the patient perspective contribute to quality of nutritional care?</p>	<p>Syftet med studien var att öka kunskapen om patienters erfarenheter av att vara undernärda, och förstå hur dessa erfarenheter och konsekvenser kan förändra kvaliteten av omvårdnad hos patienter med en undernäring.</p>	<p>Kvalitativ, fenomenologisk, hermeneutisk metod. Intervjuer, med semistrukturerade frågor.</p> <p>En specialistsjuksköterska och en dietist, deltog i näringsplaneringen med läkare och sjuksköterskor. De gav också råd till personalen om allmänna frågor och specifika patientproblem. Sjuksköterskorna hade övergripande ansvaret för närings screening av patienterna, övervakning av bedömning och planerade för näringsbehandlingar och omvårdnaden utfördes.</p>	<p>Patienter n=12</p>	<p>Resultatet påvisar att orsaker som smärta, dålig smak, biverkningar av läkemedel, aptitlöshet var orsaker till minskad konsumtion av mat. Patienterna beskrev vikten av självbestämmande och ett aktivt deltagande i sin näringsomvårdnad. Vid permissioner övertog anhöriga ofta rollen som vårdgivare, vilket uppskattade av en del patienter medan en upplevde det som irriterande. Motivation och måluppfyllelse som var tydlig förmedlad och följdes upp av läkare och sjuksköterskor var viktigt för patienterna. Vilket hade en stor inverkan för att öka patienternas näringsintag.</p>	<p>I K</p>
--	---	--	--	-----------------------	--	----------------

BILAGA 1

<p>Jobse, I., Liao, Y., Bartram, M., Delantonio, K., Uter, W., Stehle, P., Sieber, CC., & Volkert, D. (2015) Tyskland</p>	<p>Compliance of nursing home residents with a nutrient- and energy-dense oral nutritional supplement determines effects on nutritional status.</p>	<p>Syftet var att kartlägga om följsamheten av en låg volym av energi- och näringsberikad dryck skulle förbättra patienternas nutritionsstatus,</p>	<p>Kvantitativ. En 12 veckors randomiserad, kontrollerad studie, utfördes på sex stycken vårdhem. Inklusionskriterier, boende som betraktades i riskzonen för undernäring med ett MNA under 24 poäng, BMI mindre eller lika med 22, lågt matintag eller en viktminskning på mer eller lika med 5% eller 10 % under de senaste 3 eller 6 månaderna. Exklusionskriterier; < 65 år, Palliativ, BMI > 30, sondmatning, Dialys. Mängd konsumerad dryck registrerades dagligen av sjuksköterska.</p>	<p>Patienter n= 87 (10)</p>	<p>Resultatet påvisar en signifikant förbättrad nutritionsstatus hos patienter med en hög följsamhet i interventionsgruppen i form av högre kroppsvikt, BMI, MNA-SF och överarmens omkrets (alla p<0,01). Följsamheten uppmättes till 73 procent, vilket är en god acceptans. Patienter med undernäring och patienter med sväljningssvårigheter hade en signifikant högre följsamhet än de patienter utan dessa diagnoser (p<0,05). En låg följsamhet kunde ses hos patienterna som var immobiliserade, deprimerade eller som hade gastrointestinala problem (p<0,05)</p>	<p>I RCT</p>
<p>Kuosma, K., Hjerrild, J., Pedersen, P.U & Andersen Hundrup, Y. (2008) Danmark</p>	<p>Assessment of the nutritional status among residents in a Danish nursing home -health effects of a formulated food and meal policy</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka effekten av en mat- och måltidspolicy, och att utvärdera i vilken utsträckning systematiska näringsbedömningar resulterar i en minskad viktnedgång hos de boende.</p>	<p>Kvantitativ, kvasi-experimentell studie Vikt och MNA bedömning var tredje månad. En individuell vårdplan upprättades för patienter som lider av viktminskning eller var i riskzonen för undernäring. En kontaktperson utsågs och hade ansvaret att erbjuda energi- och proteindrycker, olika typer av mindre mellanmål.</p>	<p>Patienter n=20 (5)</p>	<p>En signifikant ökning av en viktstabilitet kunde ses hos deltagarna p<0,01. En signifikant minskning av antalet deltagare som förlorade i vikt p<0,01. Studien påvisar vikten av näringsbedömning och en individuell vårdplan.</p>	<p>II P</p>

BILAGA 1

<p>Leslie, W. S., Woodward, M., Lean, M. E. J., Theobald, H., Watson, L & Hankey, C.R.</p> <p>(2012)</p> <p>Storbritannien</p>	<p>Improving the dietary intake of under nourished older people in residential care homes using an energy-enriching food approach: a cluster randomised controlled study</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka om energiberikad mat kunde förbättra nutritionsstatusen hos undernärda äldre, utan att servera större portioner av mat.</p>	<p>Kvantitativ. Klusterrandomiserad kontrollerad studie genomfördes på 21 äldreboende. Inklusionskriterierna var ett BMI < 18.5, och ingen akut sjukdom. Vikt, överarm och vadens omkrets mättes. Vispgrädde (50 ml) sattes till Flingor, gröt, soppa och desserter berikades med 50 ml vispgrädde och smör (8 g) sattes till potatis. Egengjord energirik mjölkdryck erbjöds varje kväll.</p>	<p>Patienter n=445</p>	<p>Resultatet påvisar ingen signifikant skillnad i viktuppgång mellan interventionsgruppen eller kontrollgruppen. Det var ingen signifikant skillnad i det genomsnittliga energiintaget. Fettintaget ökade signifikant interventionsgruppen (p=0,014). Sex stycken patienter ökade mer än två kilo, vilket resulterade att de sex patienterna inte längre klassades som undernärda.</p>	<p>I RCT</p>
<p>Lorefält, B., Andersson, A., Wirehn, A.B., & Wilhelmsson, S.</p> <p>(2011)</p> <p>Sverige</p>	<p>Nutritional status and health care costs for the elderly living in municipal residential homes – an intervention study.</p>	<p>Syftet med studien var att studera effekten av individualiserade måltider, och hur de påverkar nutritionsstatusen hos äldre på ett äldreboende. Syftet var även att beräkna kostnaden för en individualiserad måltid.</p>	<p>Kvantitativ studie. Multifacetterad interventionsmodell, utbildning att förändra måltidsrutiner, skapa en lugn, trevlig måltidsmiljö, individualiserade snacks till de boende. Semistrukturerad gruppintervju med sjuksköterskor och vårdpersonal i avseende att undersöka näringsmässiga problem, måltidsmiljö- och rutiner. Vikt och BMI användes som mätinstrument.</p>	<p>Patienter Interventionsgrupp n= 42. Kontrollgrupp n= 67</p>	<p>Resultatet påvisade en signifikant effekt på kroppsvikten p<0,0001, och MNA p<0,05 och BMI p<0,01 efter tre månaders uppföljning i interventionsgruppen.</p> <p>Kostnaden påvisade efter ett år efter interventionen en högre kostnad för sjukhusvård för kontrollgruppen, medan interventionsgruppen hade en högre kostnad för primärvård.</p>	<p>I RCT</p>

BILAGA 1

<p>Manders, M., de Groot, C.P.M.G., Blauw, Y. H., Dhonuksh e-Rutten, R.A.M., van Hoeckel-Prüst, L., Bindels, J.B., Siebelink, E., & van Staveren, W.A.</p> <p>(2009)</p> <p>Holland</p>	<p>Effect of a nutrient-enriched drink on dietary intake and nutritional status in institutionalized elderly</p>	<p>Syftet var att mäta effekten på energi- och näringsintag och risk för undernäring, genom att servera extra energi- och näringsämnen genom näringsdrycker. Syftet var även att kontrollera huruvida intaget av näringsdrycker sänker aptiten och måltidsintaget.</p>	<p>Kvantitativ. Randomiserad, dubbelblind studie. Interventionsgruppen serverades näringsdryck, och kontrollgruppen serverades placebo. En 24 veckors studie. Vikt, omfång överarm och vad användes som mätinstrument för undernäring.</p>	<p>Patienter n=176 Interventionsgrupp n=119 kontrollgrupp n= 57 (5)</p>	<p>Resultatet påvisade en positiv effekt på energiintaget hos interventionsgruppen p=0,193 i kontrollgruppen var energiintaget oförändrat eller minskade. Ingen signifikant skillnad för vikten i intervention- och kontrollgruppen. Energiintaget sjönk i både interventionsgruppen och kontrollgruppen, minskad aptit kan därför inte ses som orsak av intaget av näringsdrycker.</p>	<p>I RCT</p>
---	--	--	--	---	---	------------------

BILAGA 1

<p>Nijs, K., de Graaf, C., Kok, F.J., & van Staveren, W.A. (2006) Holland</p>	<p>Effect of family style mealtimes on quality of life, physical performance, and body weight of nursing home residents: cluster randomised controlled trial</p>	<p>Syftet var att utvärdera effekten av familjeliknande måltider hos patienter utan demens, om den familjeliknande måltidens inverkan på livskvaliteten, den fysiska prestationen och kroppsvikten.</p>	<p>Kvantitativ, randomiserad studie. Fem äldreboende deltog i studien, med interventions- och kontrollgrupp. Interventionsgruppen serverade måltiden i en familjelik miljö, med servering vid bordet, ur karotter. Kontrollgruppen fortsatte servera från brickor. Båda grupperna serverades samma mat, med samma energiinnehåll och samma mängd.</p>	<p>Patienter n=178 Interventionsgrupp n=94 Kontrollgrupp n=84</p>	<p>Resultatet påvisar en signifikant förändring av kroppsvikten mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen. Förändringar i energiintaget var signifikant mellan interventions- och kontrollgruppen. Energiintaget ökade i interventionsgruppen och minskade i kontrollgruppen. En signifikant skillnad fanns även mellan grupperna, gällande livskvaliteten och fin motorik ökade i interventionsgruppen.</p>	<p>I RCT</p>
<p>Pederson, P. U (2005) Danmark</p>	<p>Nutritional care: the effectiveness of actively involving older patients.</p>	<p>Syftet var att granska effekten av sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder, genom ett aktivt deltagande av patienter i deras måltidssituation. Hypotesen var att omvårdnadsåtgärder skulle leda till ett ökat intag av energi- och protein hos äldre ortopedpatienter.</p>	<p>Kvantitativ. Kvasi-experimentell design. Icke randomiserad. Intervention- och kontrollgrupp. Interventionsgruppen fick en broschyr hemskickad, en månad innan operationen, om adekvat kost. De fick även muntlig information vid ankomsten till sjukhuset av sjuksköterska, med syftet att öka motivationen och upplevelsen av delaktighet i sitt närings-intag. Kontinuerlig upp-följning under vårdtiden.</p>	<p>Patienter n=242 (11) Interventionsgrupp n=135 Kontrollgrupp n=107</p>	<p>Resultatet påvisar att interventionsgruppen hade ett signifikant högre intag av energi, 23 procent (p=0,001) och ett signifikant högre intag av protein 45 procent (p=0,001) jämfört med kontrollgruppen. Resultatet påvisar att patienternas aktiva engagemang i sitt näringsintag är effektivt för ett ökat intag av näringsämnen.</p>	<p>II P</p>

BILAGA 1

<p>Poulsen, I., Petersen, H. V., Rahm-Hallberg, I., & Schroll, M.</p> <p>(2007)</p> <p>Danmark</p>	<p>Lack of nutritional and functional effects of nutritional supervision by nurses: a quasi-experimental study in geriatric patients</p>	<p>Syftet var att identifiera äldre patienter som låg i riskzonen för undernäring, och huruvida individuell omvårdnad skulle förbättra patienternas näringsvärde och dagliga aktiviteter ADL.</p>	<p>Kvantitativ. Kvasi-experimentell studie. Interventionsgrupp och kontrollgrupp, sjuksköterskorna i interventionsgruppen fick en kort utbildning i nutrition. BMI användes som mätinstrument för att upptäcka patienter som låg i riskzon för undernäring, patienterna fick sedan en individuell vårdplan.</p>	<p>Patienter n=345</p> <p>(8)</p>	<p>Resultatet påvisade ingen signifikant skillnad av vikt, BMI eller Barthel index som mäter ADL status. Patienter i interventionsgruppen hade en viktförändring av 0 kilo, medan kontrollgruppen hade en viktförändring på minus 0,1 kg (p=0,89). Dock påvisades en ökad ADL förmåga hos de patienter som gick upp i vikt, vilket påvisar ett positivt samband mellan förbättrad näringsstatus och en förbättrad ADL funktion. Studien påvisade att en individuell och planerad god nutritionsvård skall vara integrerat i omvårdnadsarbetet, och ger positiva effekter för patienterna.</p>	<p>I P</p>
--	--	---	---	-----------------------------------	---	----------------

<p>Simmons, S F., Keeler, E., Zhuo, X., Hickey, K. A., Sato, H.-W. & Schnelle, J. F. (2008). USA</p>	<p>Prevention of unintentional weight loss in nursing home residents: a controlled trial of feeding assistance.</p>	<p>Syftet var att utvärdera effekten av måltidsstöd som matning vid två matintag, en måltid och ett mellanmål under 24 veckor. Genom att utvärdera mat-och vätskeintag, vikt och BMI. Samt utvärdera tidsåtgång för personal att genomföra matningarna.</p>	<p>Kvantitativ crossover-design. Patienter med risk för undernäring delades slumpmässigt in i intervention- och kontrollgrupper. BMI < 20 bedömdes som undernäring. Observationer i två dagar under måltider, för att identifiera invånare med ett lågt nutritionsintag. Oberoende forskningspersonal vägde patienterna från båda grupperna en gång i månaden, på morgonen innan frukost. Bedömningar gjordes med digitalkamera av patientens totala uppätta procentsats, opartisk person uppskatta den totala uppätta procentsatsen. Under två dagar erbjöds deltagare med lågt nutritionsintag 3 gånger per dygn att handla olika livsmedel och drycker från en vagn, exempelvis färsk frukt, glass, juice, bakverk, ost, olika puddingar samt specialdieter.</p>	<p>Patienter n= 148 (25)</p>	<p>Under den inledande 24-veckors fasen, visade interventionsgruppen en signifikant ökning av beräknade totala dagliga kalorier från baslinjen till 3 månader (t=-4.202, p=.000) och 6 månader (t=-3.875, p=.000) medan kontrollgruppen inte visade någon förändring. Under crossover fasen visade interventionsgruppen återigen en signifikant ökning av det totala dagliga intaget av proteiner, från start till interventionen vid 3 månader (t=-2.131, p= .02) och 6 månader (t= -3.762, p=.000). Kontrollgruppen visade en signifikant minskning av det totala dagliga intaget av proteiner, från start, vid 3 månader (t=2.808, p= .003) och 6 månaders (t=1.970, p= .03) intervention.</p> <p>Tidsmässigt var den genomsnittliga tiden för måltidsstöd 42 minuter per måltid och 13 minuter per mellanmål, jämfört med den vanliga omsorgen som bestod av i genomsnitt 5 minuter per person och måltid och mindre än en minut vid mellanmålet.</p>	<p>I RCT</p>
--	---	---	--	------------------------------	---	--------------

BILAGA 1

<p>Smoliner, C., Norman, K., Scheufele, R., Hartig, W., Pirlich, M., & Lochs, H. .</p> <p>(2008)</p> <p>Tyskland</p>	<p>Effects of food fortification on nutritional and functional status in frail elderly nursing home residents at risk of malnutrition</p>	<p>Syftet var att utvärdera effekterna av energi- och proteinberikade måltider och mellanmål, och huruvida åtgärderna påverkar äldre med en risk för undernäring.</p>	<p>Kvantitativ. En 12 veckors interventionsstudie med kontrollgrupp och standardgrupp. Nutritionsstatus bedömdes med MNA, vikt, BMI och den fettfria massan [FFM]. Standardgruppen erhöll en kost enligt tyska referensvärden, och kontrollgruppen erhöll samma kost som standardgruppen men med protein- och energiberikade såser eller soppor, samt ytterligare två mellanmål av högt innehåll av protein och energi som delgavs mellan måltiderna.</p>	<p>Patienter n=52</p> <p>(12)</p>	<p>Resultatet påvisar ett signifikant högre proteinintag i gruppen som fick en energiberikad kost (p=0,007). Ingen signifikant skillnad kunde ses i energiintaget mellan de båda grupperna. Båda grupperna förbättrade avsevärt de flesta närings- och kroppssammansättningsparametrarna under interventionsperioden. En signifikant förbättring kunde ses i båda grupperna gällande BMI, MNA samt FFM.</p>	<p>II P</p>
--	---	---	---	-----------------------------------	---	-----------------

BILAGA 1

<p>Stange, I., Bartram M., Liao, Y., Poeschl, K., Kolpatzik, S., Uter, W., Sieber C C., Stehle, P & Volkert D.</p> <p>(2013)</p> <p>Tyskland</p>	<p>Effects of a low-volume, nutrient- and energy-dense oral nutritional supplement on nutritional and functional status: a randomized, controlled trial in nursing home residents</p>	<p>Syftet var att undersöka effekterna av energi- och näringsberikade drycker som serverades i en låg volym, och huruvida dryckerna skulle förbättra patienternas nutritionsstatus funktionalitet och livskvalitet</p>	<p>Kvantitativ. T-test, Mann-Whitney-U test och Wilcoxon. Inklusionskriterier, MNA under 24 poäng, BMI mindre eller lika med 22, lågt matintag , viktminskning på mer eller lika med 5% eller 10 % under de senaste 3 eller 6 månaderna. Exklusionskriterier; < 65 år, Palliativ, BMI > 30, sondmatning, dialys.</p>	<p>Patienter n=77 (10)</p>	<p>Det ökade intaget av energi- och protein var signifikant högre i interventionsgruppen (p<0,001) vilket också ledde till ett signifikant högre intag av mikronutrient, förutom vitamin B12, vitamin A, magnesium och calcium (p<0,05). Dock var det totala dagliga intaget av energi- och protein ingen signifikant skillnad (p=0,077).</p> <p>Ingen signifikant skillnad kunde uppmätas av den kognitiva funktionen. ADL förmågan försämrades signifikant i båda grupperna (p< 0.05).</p>	<p>I RCT</p>
<p>Wikby, K, Ek, A-C, Christensson, L. (2009).</p> <p>Sverige</p>	<p>Implementation of a nutritional programme in elderly people admitted to resident homes.</p>	<p>Studiens syfte var att testa hypotesen att utbildning för personalen i näringsbehov och individualiserad näringsnivå kommer att förbättra nutritionsstatus och funktionsförmågan, hos äldre nyinflyttade på boendet.</p>	<p>Kvantitativ. Kvasiexperimentell studie. Pre- och post test. MNA, vikt, längd, överarmsmått. Sjuksköterskorna fick lära sig hur man identifiera enskilda behov och bakomliggande orsaker till näringsmässiga problem, samt att använda MNA.</p>	<p>Experiment grupp n=62 Kontroll grupp n=53</p>	<p>Resultatet påvisade ingen signifikant skillnad mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen gällande viktuppgång eller BMI. Dock hade antalet som bedömdes protein-energi malnutrierade (PEM) minskat från 20 till sju stycken i den experimentella gruppen, i kontrollgruppen hade PEM minskat från 17 till tio stycken. Resultaten indicerar att interventionen hade effekt på den motoriska aktiviteten och den kognitiv funktion förbättras.</p>	<p>I CCT</p>

Figur 2. Exempel på del av matris för redovisning av sortering, granskning och kvalitetsbedömning av vetenskapliga studier utarbetad efter Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006).

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög, II = Medel, III = Låg

Tabell 1. Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och välgenomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.

<p>Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).</p>	<p>Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvalsprocess; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.</p>	<p>*</p>	<p>Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.</p>
--	--	----------	---

* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.

Referenser

Berg, A., Dencker, K. & Skärsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar* (Evidensbaserad omvårdnad,1999:3). Stockholm: SBU, SFF.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur. (Valda delar).



Mini Nutritional Assessment MNA®

Efternamn:		Förnamn:		
Kön:	Ålder:	Vikt, kg:	Längd, cm:	Datum:

Fyll i poängsiffran i rutorna och summera för bedömning.

Screening

A Har födointaget minskat under de senaste tre månaderna på grund av försämrad aptit, matsmältningsproblem, tugg- eller sväljproblem?

- 0 = ja, minskat avsevärt
1 = ja, minskat något
2 = nej, ingen förändring

B Viktförlust under de senaste tre månaderna

- 0 = ja, mer än 3kg
1 = vet ej
2 = ja, mellan 1 och 3kg
3 = nej, ingen viktförlust

C Rörlighet

- 0 = är säng- eller rullstolsbunden
1 = kan ta sig ur säng/rullstol men går inte ut
2 = går ut med eller utan hjälpmedel

D Har varit psykiskt stressad eller haft akut sjukdom under de senaste tre månaderna?

- 0 = ja 2 = nej

E Neuropsykologiska problem

- 0 = svår demens eller depression
1 = lindrig demens
2 = inga neuropsykologiska problem

F1 Body Mass Index (BMI) = vikt (kg) / längd (m²)

- 0 = BMI mindre än 19
1 = BMI 19 till mindre än 21
2 = BMI 21 till mindre än 23
3 = BMI 23 eller mer

OM DU INTE KAN RÄKNA UT BMI, ERSÄTT FRÅGA F1 MED FRÅGA F2.
SVARA INTE PÅ FRÅGA F2 OM DU REDAN HAR SVARAT PÅ FRÅGA F1.

F2 Vadens omkrets i cm (Calf Circumference, CC)

- 0 = CC mindre än 31 cm
3 = CC 31 cm eller mer

Screeningresultat

(max 14 poäng)

12-14 poäng: Normal nutritionsstatus
8-11 poäng: Risk för undernäring
0-7 poäng: Undernärd

För en fördjupad bedömning, använd den långa versionen av MNA® som finns på www.mna-elderly.com

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. *Overview of the MNA® - Its History and Challenges*. J Nutr Health Aging 2006;10:456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. *Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF)*. J. Gerontol 2001;56A: M366-377.
Guigoz Y. *The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us?* J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M
Mer information finns på: www.mna-elderly.com