



## **NUTRITION OCH FALLRISK HOS ÄLDRE PERSONER**

**En intervjustudie**

## **NUTRITION AND RISK OF FALLING IN THE ELDERLY**

**An interview study**

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning vård av äldre, 60 högskolepoäng  
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng  
Avancerad nivå  
Examensdatum: 2016-06-15  
Kurs: Ht14

Författare:  
Parvaneh Afshar

Pernilla Björkert

Handledare:  
Lise-Lotte Franklin Larsson

Examinator:  
Jörgen Medin

## SAMMANFATTNING

Undernäring är ett stort problem inom vård och omsorg för äldre. Att få i sig rätt mängd näring och energi under ett dygn är en mänsklig rättighet. För att bibehålla sin vikt under ett sjukdomsförlopp ska det vara balans mellan intag och förbrukning av energi. För att uppnå god livskvalitet, förebygga sjukdom, återvinna hälsa är ett gott näringstillstånd nödvändigt. Det finns idag många riktlinjer och bedömningsinstrument för att bedöma och behandla undernäring. Att vara undernärd är allvarligt och en av de vanligaste orsakerna till att äldre personer ramlar och skadar sig hemma eller under en sjukhusvistelse. Att upptäcka och förhindra patientens omvårdnadsproblem är sjuksköterskans huvuduppgift.

Syftet var att belysa omvårdnadspersonals upplevelse av nutrition hos äldre personer med falltendens under sjukhusvistelse.

Kvalitativ metod användes med en induktiv ansats. Semistrukturerade intervjuer genomfördes med fem sjuksköterskor och fem undersköterskor som arbetar på ett akutgeriatriskt sjukhus. Intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

Resultatet av insamlade data visade fyra teman:

- Nutrition och fallrisk i omvårdnaden
- Varierande helhetskontroll beroende på bemanning,
- Svårigheter med nutrition för äldre personer med fallrisk
- Rutiner.

Omvårdnadspersonalen som består av sjuksköterskor och undersköterskor upplever att nutrition och fallrisk är två viktiga delar i omvårdnaden för äldre personer som vårdas på sjukhus. Vid stress och hög belastning upplever flera personer att helhetskontrollen gällande nutrition och fallrisk minskar kraftigt och kommunikationen mellan yrkeskategorier försämras. Genom dialog under arbetspasset, förbättras både patientens näringsintag och förebygger fallrisken.

Slutsatsen visar att omvårdnadspersonal har ansvar för att uppfylla den äldre personens näringsbehov. Fungerande rutiner, samarbete och god kommunikation är viktigt men personalbrist och tidsbrist leder till bristande engagemang. Resultatet belyser att omvårdnadspersonal upplever att nutrition är en av många fallriskåtgärder, vikten av kommunikation i teamet tas upp samt fungerande rutiner men även de etiska dilemman som dyker upp.

Studien visar att omvårdnadspersonal upplever att det finns ett samband mellan nutrition och fallrisk hos äldre personer på sjukhus.

Nyckelord: Nutrition, fallrisk, äldre, omvårdnadspersonal, geriatrik.

## **ABSTRACT**

Malnutrition is a major problem in health care for the elderly. Getting the right amount of nutrients and energy for a day is a human right. To maintain their weight under a period of illness there should be a balance between the intake and consumption of energy. To achieve good quality of life, prevent disease, regain health a good nutritional status is necessary. Today there are many guidelines and assessment tools to assess and treat malnutrition. Being undernourished is seriously one of the most common reasons that older people falls and hurts themselves at home or during a hospital stay. To detect and prevent the patient's nursing problems is the nurse's main task.

The aim was to throw light on how nursing staff find the importance of nutrition for elderly people with risk of falling during their stay in hospital.

Qualitative method was used with an inductive approach. Semi structural interviews were made with five nurses and five assistant nurses who work at an emergency geriatric hospital. The interviews were analysed by a qualitative context analysis.

The result of data showed us four themes:

- Nutrition and the risk of falling during the stay at hospital
- Varying total control depending on staffing
- Difficulties with nutrition for elderly with the risk of falling
- Routines

The nursing staff, consisting of nurses and assistant nurses, finds that nutrition and the risk of falling are two important factors in taking care of elderly persons in hospital.

Stressful moments and high patient burden have a negative influence on the total control regarding nutrition and the risk of falling as well as the communication between the nursing categories. More dialogue during the nursing hours has a positive influence on the patient's nourishment intake and will prevent the risk of falling.

The conclusion is that the nursing staff has a responsibility to see to the nutrition needs of the elderly person. Well working routines, cooperation and good communication are very important but shortage of staff and time lead to less commitment. The conclusion points out that the nursing staff is convinced that good nutrition is one of many modes to prevent the risk of falling. The importance of good communication in the team is also being discussed as well as well working routines and ethical dilemmas.

The study shows that the nursing staff see a connection between nutrition and the risk of falling among the elderly person in hospital.

Keywords: Nutrition, risk of falling, the elderly, nursing staff, geriatrics.

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
Nutrition hos äldre.....	1
Fallrisk hos äldre.....	3
Sjuksköterskans roll som omvårdnadsansvarig.....	5
Teoretisk utgångspunkt - förutsättningar inom vård och omsorg.....	6
Problemformulering.....	7
<b>SYFTE</b> .....	<b>7</b>
<b>METOD</b> .....	<b>7</b>
Urval .....	7
Datainsamling .....	7
Dataanalys.....	8
Forskningsetiska övervägande .....	9
<b>RESULTAT</b> .....	<b>10</b>
Nutrition och fallrisk i omvårdnaden.....	10
Varierande helhetskontroll beroende på bemanning.....	11
Svårigheter med nutrition för äldre personer med fallrisk.....	12
Rutiner.....	12
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>13</b>
Metoddiskussion .....	14
Resultatdiskussion .....	15
Slutsats.....	18
Klinisk tillämpbarhet .....	18
<b>REFERENSER</b> .....	<b>19</b>

Bilaga 1- Intervjuguide

Bilaga 2- Brev till verksamhetschef

Bilaga 3- Forskningspersonsinformation

## BAKGRUND

Den senast publicerade Folkhälsorapporten visar att ungefär 1,6 miljoner människor, över 17 procent av Sveriges befolkning, är 65 år eller äldre (Socialstyrelsen 2009a). Den äldre befolkningen ökar och beräknas fortsätta öka eftersom medellivslängden har ökat och att stora årskullar närmar sig pensionsåldern. Var femte svensk beräknas vara ålderspensionär år 2030. Världshälsoorganisationen (2014) skriver att de flesta utvecklade länderna har accepterat den kronologiska åldern 65 år som definition av äldre personer. Det finns dock ingen internationell överenskommelse angående den ålder då man anses vara äldre. Förenta Nationerna (FN) definierar en äldre människa som en person som är 60 år eller äldre (WHO, 2014). I denna studie innebär sjukhusvistelse en äldre person över 65 år som är inlagd på en akutgeriatrisk klinik för rehabilitering med sjuksköterskor och undersköterskor som omvårdnadspersonal. Denna akutgeriatriska avdelning har intag av patienter dygnet runt, de flesta patienterna kommer för rehabilitering efter operation, utredning, behandling och omvårdnad. På kliniken arbetar olika yrkeskategorier: läkare med geriatrik som specialitet, allmänläkare, sjuksköterska, undersköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, dietist, logoped och kurator. Medelvårdtiden är tio till tolv vård dagar.

### **Nutrition hos äldre**

Begreppet nutrition innebär i denna studie näringsintag, nutritionsbedömning och nutritionsåtgärder.

### Näringsintag

Den mängd näring och energi en person får i sig under ett dygn. För att behålla sin vikt ska det vara balans mellan intag och förbrukning av energi (Socialstyrelsen, 2011). Energin går åt till att hålla kroppstemperaturen stabil samt att försörja kroppens organ med energi samt den energi som förbrukas vid fysisk aktivitet. För att utvärdera personens närings- och vätskeintag används mat- och vätskeregistrering, då noteras allt som personen äter och dricker, såväl peroralt som enteralt eller parenteralt (Socialstyrelsen, 2011). Energibehovet varierar med kön, ålder och grad av fysisk aktivitet. Energibehov hos sängliggande: kroppsvikt x 25-30 kcal. Energibehov hos uppegående: kroppsvikt x 30-35 kcal. Energibehov vid skador: kroppsvikt x 35-40 kcal (Bondevik & Nygaard, 2011).

### Nutritionsbedömning

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister som riktar sig till personer som är 65 år eller äldre och som har kontakt med vård och omsorg. Senior Alert är ett nytt systematiskt arbetssätt inom äldreomsorg med syftet att förbättra vården, omhändertagandet och öka patientsäkerheten genom att tidigt upptäcka riskfaktorer för undernäring, fall, trycksår och ohälsa i munnen som sedan registreras och åtgärdas.

De relevanta riksbedömningsinstrumenten är:

- RAPS och Modifierad Norton scale risk för att utveckla trycksår.

- MNA (Mini Nutritional Assessment) eller SKL´s Patientsäkerhet Nutrition bedömer risk för undernäring.
- Downton Fall Risk Index (DFRI) eller SKL´s Patientsäkerhet Fall bedömer fallrisk
- ROAG (Revised Oral Assessment Guide) bedömer risk för ohälsa i munnen (Senior Alert, 2016).

Äldre personer som läggs in vid sjukhus screenas vid ankomst för att snabbt upptäcka eventuell risk för undernäring eller undernäring och sätta in nutritionsåtgärder så tidigt under vårdtiden som möjligt. En äldre person har ett gott nutritionsstatus när Body Mass Index (BMI) är över 22, Mini Nutritional Assessment (MNA) över 11 och inte har gått ned i vikt de senaste tre månaderna. BMI = vikt i kg/längd i m upphöjt i 2. Svagheten med att bara använda BMI är att personen kan vara undernärd trots ett högt BMI. MNA-SF (Short Form Mini Nutritional Assessment) är ett validerat mätinstrument för att upptäcka näringsproblematik hos äldre personer och inkluderar BMI-värdet men tar även hänsyn till viktförlust, födointag, rörlighet, psykisk stress och neuropsykologiska problem. Ordinarie MNA (18 frågor) upplevs tidsödande som screeningmetod för att upptäcka undernäring (Rubenstein, Harker, Salvà, Guigoz & Vellas, 2001). MNA-SF (6 frågor) togs därmed fram. De som har risk för undernäring eller är undernärd enligt MNA-SF bör även svara på frågorna till den kompletta versionen (MNA).

Det som omvårdnadspersonal behöver ha i åtanke är att ett stort antal äldre personer med demenssjukdom får resultatet risk för undernäring eller undernärd med instrumentet MNA-SF, viktigt att det kompletta MNA då görs samt att teamet går genom resultaten och utesluter underliggande medicinska orsaker.

Måltidsobservation används med fördel med personer med demenssjukdom med risk för undernäring – omvårdnadspersonal sitter då med under måltiden och observerar enligt valt bedömningsinstrument. Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia (EdFED) är ett vanligt bedömningsinstrument för personer med demenssjukdom (Basun, 2013). De tio frågorna tydliggör vilka omvårdnadsåtgärder som ska sättas in. Minimal Eating Observation Form – Version II (MEOF-II) belyser sambandet mellan svårigheter att äta med nedsatt nutrition men synliggör även personens problemområden (Westergren, Lindholm, Mattsson & Ulander, 2009). Den strukturerade måltidsobservationen lägger fokus på måltidsmiljön, dukning, servering, sensoriska faktorer, service men även den sociala delen av måltiden. Viktiga delar är att måltiden sker i en lugn och rofylld miljö och att personen med demenssjukdom får ta god tid på sig att äta. En mycket viktig del är att ta reda på personens livsberättelse vilket inkluderar favoriträtter, drycker och måltidsmiljö. På så sätt stärks personens identitet och välbefinnande.

### Nutritionsåtgärder

T.ex. kosttillskott i form av näringsdrycker, energiberikad kost och något att äta eller dricka innan insomning för att korta ner nattfastan det kan vara lite näringsdryck eller en slags nattdrink. En nattdrink blandas till på avdelningen och baseras ofta på mejeriprodukter, de innehåller vitaminer, mineraler, protein, fett och kolhydrater som äldre behöver (Klint, 2009). Nattfastan bör vara mindre än 11 timmar speciellt när den äldre har dålig aptit och endast kan äta små portioner (Ebrahimi & Wijk, 2009). Det är viktigt att fördela måltiderna jämnt över dygnet samt att erbjuda något att äta strax innan sänggåendet för att förhindra långvarig nattfasta. Energiberikad kost, en portion innehåller samma antal kalorier som vanlig kost men har en mindre volym, beställs om personen inte orkar äta stora mängder mat. Ett gott

näringsstillstånd är nödvändigt för att uppnå god livskvalitet, förebygga sjukdom, återvinna hälsa och för att medicinsk behandling ska ha bästa möjliga effekt (Socialstyrelsen, 2014).

### Undernäring

Undernäring är ett stort problem inom vård och omsorg för äldre, både internationella och svenska studier har visat att en frekvens av 25-40 procent av äldre personer på sjukhus är undernärda (Dehlin & Rundgren, 2014). Många äldre rör sig mindre och gör därför av med färre kalorier, men behovet av vitaminer och mineraler minskar inte med åldern, vissa näringsämnen har äldre större behov av än yngre (Tabloski, 2010). Det är därför ännu viktigare för äldre att maten innehåller mycket näring i förhållande till energi. Det blir en utmaning för många äldre att få fram en välbalanserad diet som innehåller färre kalorier. Socialstyrelsen (2009a) skriver att undervikt ofta är ett tecken på ohälsa hos äldre och har flera bakomliggande orsaker som grundar sig i svårigheter att äta. Några exempel är: nedsatt aptit på grund av ett försämrat smak och luktsinne, dåligt mun och tandstatus, medicinering, dysfagi, förstoppning, sjukdom, demens, sociala faktorer och depression. Undernäring hos äldre på sjukhus är en riskfaktor för flera sjukdomstillstånd (Dehlin & Rundgren, 2014). Dålig sårhäkning, infektioner och komplikationer efter kirurgiska ingrepp är mer vanligt hos undernärda patienter.

Undernäring definieras av Socialstyrelsen (2014) som ett tillstånd där brist på energi, protein eller andra näringsämnen har orsakat mätbara och ogynnsamma förändringar i kroppens sammansättning eller funktion eller av en persons sjukdomsförlopp. Termen malnutrition, efter latinets male=illa, kan beteckna både över- och undernäring men används ofta kliniskt för att beskriva undernäring (Dehlin & Rundgren, 2014).

Mediciner mot depression kan minska aptiten och framkalla muntorrhet vilket leder till sämre smakupplevelse och sväljsvårigheter. Isolering från omvärlden, även om personen inte känner sig ensam, är en riskfaktor för sänkt nutritionsstatus. Många vanligt förekommande mediciner hos äldre har biverkningar som muntorrhet och illamående som bidrar till minskat matintag. Smärta, kronisk eller postoperativ, försämrar aptiten och ger illamående. Smärtstillande mediciner kan ha sederande effekt och biverkningar i magtarmsystemet som ytterligare minskar matintaget (Tabloski, 2010).

### **Fallrisk hos äldre**

Ambrose, Paul och Hausdorff (2013) skriver att personer över 65 års ålder faller åtminstone en gång och att med åldrandet finns högre risk för att falla. Fall kan leda till allt från måttliga till allvarliga skador, rädsla för att falla, förlust av självständighet och i värsta fall hos en tredjedel av dessa patienter till döden. Coote, Sosnoff och Gunn (2014) skriver i sin studie att ett fall definieras som en oväntad händelse där deltagarna kommer att vila på marken, golvet eller annan lägre nivå. Fall är ett vanligt hälsoproblem hos människor och skador kan variera från milda stukningar till frakturer och skullskador som kräver sjukhusvård. Konsekvenserna av fallrelaterade skador innefattar frånvaro från arbetet, oförmåga att återgå till arbetet, ökat behov av vård och även ökad risk för död. Dessutom kan ett fall leda till oro för fallande som därefter resulterar i aktivitetsreduceringar och minskad social interaktion samt på grund av förminskning av fysisk aktivitet leder till sekundära hälsoproblem. Enligt Rundgren och Dehlin (2004) ökar människans fallbenägenhet med stigande ålder och konsekvensen av en fallolycka hos en äldre person kan bli allvarligare genom den äldres ökade känslighet för



skador som frakturer och huvudskador.

De viktigaste riskfaktorer som identifierats i Ambrose et. al., (2013) är nedsatt balans och gångförmåga, polyfarmaci, stigande ålder, kvinnligt kön, synskador, kognitiv nedsättning, psykisk ohälsa såsom depression och miljömässiga faktorer. Det är viktigt att undersöka de uppenbara orsaker som till exempel yrsel och infektion. Äldre människor har fyra gånger större risk att ramla.

#### Yttre och inre faktorer

Olika orsaker finns till att en person faller och för det mesta är det en kombination av flera. Individuella riskfaktorer som samverkar till uppkomsten av fallet innefattar bland annat motoriska och kognitiva funktionsnedsättningar som till exempel yrsel eller gångsvårigheter vilket är inre faktorer. Med yttre faktorer avses orsaker i miljön som gör så att personen ramlar, till exempel halt golv, sladdar och lösa mattor (Rundgren & Dehlin, 2004).

#### Balanssvårighet och yrsel

Med åldrandet försämras balansen hos människor och reflex-förmågan blir långsammare hävdar Rundgren och Dehlin (2004) i sin bok. Yrsel betyder olika för olika människor, ibland i form av ostadighet, rotationskänsla, svaghetskänsla, känsla av tomhet i huvudet, svimningskänsla, trötthet och även illamående och kräkningar vilket är vanligt hos äldre. Svimningskänsla och yrsel är orsaken till nästan hälften av alla fallolyckor. Murray, Hill, Phillips och Waterston (2005) jämförde i sin studie olika fallrisk faktorer hos äldre människor som hade ramlat minst en gång under de senaste 12 månaderna med äldre personer som inte hade ramlat. Resultaten visade en signifikant skillnad mellan de två grupperna. De som hade ramlat hade sämre balans, långsammare gång med en högre grad av yrsel.

#### Fallriskbedömning

Fall betraktas alltid som ett symtom på en förändring hos personer över 65 år. Det finns många olika fallriskbedömningsinstrument. Ett av dem baseras på att fråga patienten eller anhöriga om hen fallit någon gång det senaste året och att fråga sig själv ifall det finns risk för att patienten kan falla under vårdtiden om inga fallförebyggande åtgärder sätts in. Det andra bedömningsinstrument är Downton Fallrisk Index vilket är ett pålitligt instrument och förstahandsval som konsumerats under lång tid och i alla vårdformer (Vårdhandboken, 2013).

Vassallo, Poynter, Scarma, Kwan och Allen (2008) skriver i sin studie att Downton Fallrisk Index är ett verktyg som är baserat på frågor om tidigare fallolyckor, medicinering, sensoriska och kognitiva nedsättningar samt gångförmågan. Fallrisken bedöms genom poängsättning, hög poäng betyder hög fallrisk.

De frågor som ingår i Downton fallrisk Index bedömning är:

<b>Tidigare kända fall</b>	<b>Skala</b>
Ja	1
Nej	0



## **Medicinering**

Ingen	0
Lugnande/sömnmedel/neuroleptika	1
Diuretika	1
Antihypertensiva (annat än diuretika)	1
Antiparkinson läkemedel	1
Antidepressiva läkemedel	1
Andra läkemedel	0

## **Sensorisk funktionsnedsättning**

Ingen	0
Synnedsättning	1
Hörselnedsättning	1
Nedsatt motorik (tecken på förlamning)	1

## **Kognitiv funktionsnedsättning**

Orienterad	0
Ej orienterad (kognitiv funktionsnedsättning)	1

## **Gångförmåga**

Säker	0
Osäker/saknas	1

Om totalsumman är lika eller mer än tre poäng påvisar det hög fallrisk (Skog, Almgren & Rising, 2013).

## Läkemedelsbiverkning

Kallin, Jensen, Ohlsson, Nyberg och Gustafson (2004) skriver i sin studie om riskfaktorer för fall hos äldre människor på äldreboende i Sverige. Resultatet visar att tidigare fall och behandling med antidepressiva läkemedel var de viktigaste predisponerande faktorerna för fallolyckor. Förutom de utlösande faktorerna för fall exempelvis akut sjukdom, sjukdomssymtom, förvirring och urinvägsinfektioner finns även andra utlösande faktorer vid fall som läkemedelsbiverkningar och hinder i miljön.

Resultat i Hegeman, Van den Bernt, Weerdesteyn, Nienhuis och Van Limbeek Duysens (2011) och Darowski, Chambers och Chambers (2009) studie visar att depressionsbehandling med selektiv serotoninåterupptagshämmare (SSRI) ökar risken för fall hos äldre människor. Sederig, sömnlöshet och nedsatt sömn, nokturi, nedsatta posturalreflexer och ökade

reaktionstider, ortostatisk hypotension, hjärtrytm, ledningsstörningar och rörelserubbningar är bidragande faktorer till fall hos patienter som tar antidepressiva medel.

### **Sjuksköterskans roll som omvårdnadsansvarig**

Åberg, Lundin-Olsson och Rosendahl (2009) skriver i sin studie att för att kunna förbättra fallförebyggande rutiner krävs det samarbete mellan olika yrkeskategorier och utbildning för att personalen ska ha kompetens inom området. Vårdpersonal borde bevara god kommunikation med varandra, patienten och anhöriga samt ha intresse vid rapportering. Sjuksköterskans goda kommunikationsförmåga och trovärdighet uppmuntrar till en öppen kommunikation om incident- och riskanalys.

Nutrition är ett av sjuksköterskans ansvarsområden. Att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt att lindra lidande är viktiga delar av sjuksköterskans ansvarsområde. En sjuksköterska bör skapa riktlinjer för god omvårdnad och en arbetsmiljö som gynnar god vård för patienter (International Council of Nurses, 2007). Sjuksköterskan ansvarar för att undervisa, vägleda och handleda vårdpersonal men även patienter och ha en daglig dialog kring nutrition (Kirkevold, Brodtkorb & Hylene Ranhoff, 2010). Socialstyrelsen (2011) skriver i sin vägledning för att förebygga och behandla undernäring att nutrition är lika viktig som andra behandlingar. För att förebygga undernäring gör sjuksköterskan först en riskbedömning, alla patienter ska genomgå screening för att identifiera personer med risk att bli undernärda eller är undernärda. Riskbedömningen följs upp med en utredning som leder till en diagnos som ligger till grund för nutritionsbehandlingen. På sjukhus fastställer vårdgivaren rutiner för när patientens näringstillstånd ska utredas och hur utredningen ska genomföras (Socialstyrelsen, 2014). Vårdgivaren fastställer även rutiner för hur undernäring ska förebyggas och behandlas.

### **Undersköterskans arbetsuppgift**

Enligt SOSFS 1997:14 Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård avses delegering att någon som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen med formell kompetens och har legitimation för yrket överlåter en arbetsuppgift till en annan person som saknar formell kompetens för uppgiften. Delegeringar av arbetsuppgifter kan ske oberoende av om den som delegerar och den som mottar arbetsuppgiften tillhör samma organisatoriska verksamhet. Yttersta ansvarig för att delegeringar sker på ett korrekt sätt inom ett verksamhetsområde är verksamhetschefen eller motsvarande på grund av patientsäkerhet.

På sjukhuset där författarna arbetar utför varje tjänstgörande undersköterska sina arbetsuppgifter enligt klinikens befattningsbeskrivning för undersköterska. Huvudsakliga arbetsuppgifter:

- Allmän omvårdnad av patienter enligt gällande lagar.
- Provtagning (blodprover samt odlingar, inte blododlingar)
- Såromläggningar
- Urinkatetersättning eller byte
- Kökshantering samt städning och tvätt
- Hantering av teknisk utrustning
- EKG- tagning och bladderscaning

### **Teoretisk utgångspunkt - förutsättningar inom vård- och omsorg**

Inom vård av äldre har sjuksköterskan ett stort ansvar i att stötta personen i behov av vård och dess närstående utifrån en helhetssyn, då sjuksköterskan oftast har daglig kontakt med personen (Johnston, 2005). I ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (International Council of Nurses, 2007) står att sjuksköterskan ska utveckla strukturer som gör att etiska och professionella förhållningssätt stöds i det dagliga arbetet. Omvårdnad som ges av sjuksköterskor ska ges med respekt och med en helhetssyn. Sjuksköterskan har en viktig roll i att ge förståelig och individanpassad information till den som behöver vård och när det gäller att informera om rättigheten att kunna vägra behandling.

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763) kräver att vården ska utföras på ett sätt som gör att patienten får god vård. För en god vård krävs att vårdpersonal ser till patientens integritet och självbestämmande. Det finns även ett behov av kontinuitet, trygghet, samordning och god kontakt med personalen i teamet kring patienten. Sjuksköterskan kan uppleva det svårt att växla mellan att arbeta kurativt och palliativt, vilket kan göra att de känner sig klivna i sitt dagliga arbete (Johansson & Lindahl, 2011; Thompson, McClement & Daenick, 2006).

### **Problemformulering**

Den äldre befolkningen ökar och beräknas fortsätta öka och undernäring är ett stort problem inom vård och omsorg för äldre och en av de vanligaste orsakerna till att äldre personer ramlar och skadar sig hemma eller under en sjukhusvistelse. Fall är ett vanligt hälsoproblem hos äldre människor och skador kan variera från milda stukningar till frakturer och skullskador som kräver sjukhusvård. Medicinsk evidens för läkemedelsbiverkningar bidragande faktorer till undernäring, förvirringstillstånd och fallrisk finns. Det finns idag otillräcklig kunskap om nutrition och fallrisk hos äldre i ett omvårdnadsperspektiv därför undersöker författarna omvårdnadspersonalens upplevelse av ämnet. Studien lyfter därmed omvårdnadsperspektivet och bidrar till kunskapen om nutrition och fallrisk hos äldre. Att upptäcka och förhindra patientens omvårdnadsproblem såsom undernäring och fallrisk är sjuksköterskans huvuduppgift.

### **SYFTE**

Syftet var att belysa omvårdnadspersonals upplevelse av nutrition hos äldre personer med falltendens under sjukhusvistelse.

### **METOD**

Studien genomfördes med en kvalitativ design och induktiv ansats. En kvalitativ metod är lämplig när upplevelser studeras eftersom den beskrivande data som insamlas leder till en djupare förståelse för det studerade ämnet (Polit & Beck, 2012). En induktiv ansats innebär att forskaren utgår från deltagarnas upplevelser. Författarna har valt att samla in information genom semistrukturerade intervjuer som grundar sig på en intervjuguide snarare än strukturerade frågor (Polit & Beck, 2012). Semistrukturerade intervjuer uppmuntrar deltagaren att berätta fritt om det valda ämnet.

### **Urval**

Enligt Polit och Beck (2012) är ett strategiskt urval lämpligt när deltagare med expertis i området som undersöks önskas. Inklusionskriterier i studien var fem sjuksköterskor och fem

undersköterskor som arbetar på en akutgeriatrisk avdelning och har varit yrkesverksamma minst ett år. Inget bortfall förekom i denna studie. Verksamhetschefen tillfrågades och gav samtycke till att genomföra studien på kliniken (Bilaga 1) som därefter informerade respektive enhetschef om studien. Enhetschefen tillfrågade intresserad omvårdnadspersonal på avdelningens arbetsplatsträff. Intresserad omvårdnadspersonal fick ett informationsbrev (Bilaga 2) som bestod av en kort presentation av studien och ett skriftligt godkännande.

### **Datainsamling**

Intervjuerna gjordes under tre dagar i mars 2016 på ett akutgeriatriskt sjukhus i Stockholm med fem sjuksköterskor och fem undersköterskor där nio stycken av deltagarna var kvinnor och en man med en genomsnittlig ålder på 40,6 år. Den yngsta deltagaren var 29 år och den äldsta var 63 år. Deltagarna bokade tid för intervjun så att den passade med deras schema. Intervjuerna tog plats i ett ostört rum och spelades in för att sedan transkriberas ordagrant. Deltagarna kunde lämna arbetsplatsen för att delta i intervjun som pågick i 20-30 minuter. Deltagarna var engagerade och intervjuerna genomfördes utan avbrott. Författarna arbetar själva som sjuksköterskor och har därmed förförståelse för det studerade området. En pilotstudie som bestod av två intervjuer (en sjuksköterska och en undersköterska) genomfördes för att undersöka om frågorna i intervjuguiden fungerar med informanterna samt ifall lokalen var lämplig för intervjuer. Intervjuerna i pilotstudien inkluderades i studien eftersom författarna ansåg att intervjuguiden var relevant och bidrog med ny kunskap som svarade på studiens syfte.

### Intervjuguide

En intervjuguide (Bilaga 3) med semistrukturerade frågor användes som grund för intervjuerna. Frågorna ställdes i ordning men informanten kunde formulera sig fritt. Med en intervjuguide minskas risken att information samlas in som inte svarar på studiens syfte (Polit & Beck, 2012).

### **Dataanalys**

Författarna valde kvalitativ innehållsanalys som analysmetod (Forsberg & Wengström, 2012). Kvalitativ innehållsanalys innebär att forskaren systematiskt och steg för steg klassificerar data så att mönster och teman kan identifieras lättare. Analysen gjordes genom att hitta textens manifesta (det som uttrycks, det självklara) och latent (forskarens tolkning av texten) innehåll och forskarna identifierade textens skillnader och likheter. Meningsbärande enheter identifierades och kodning av kategorier utfördes.

Intervjuerna har transkriberats ordagrant och lästes igenom flera gånger för att få en helhetsbild av materialet. Författarna kunde så småningom identifiera meningsbärande enheter, ord eller fraser som relaterar till varandras innehåll (Graneheim & Lundman, 2004). De meningsbärande enheterna kondenserades för att komprimera innehållet utan att gå miste om viktigt innehåll. Sedan kodades innehållet genom att sätta etiketter som är begripliga i relation till sammanhanget. Det grundläggande i en kvalitativ innehållsanalys är att skapa kategorier som svarar på frågan "vad" och följer som en röd tråd i koderna. Därefter bildades kategorier och teman efter noggrann genomläsning av intervjuerna (Graneheim & Lundman, 2004).

Tabell 1: Meningsbärande enheter, kondenserade enheter och koder.

<b>MENINGSBÄRANDE ENHETER</b>	<b>KONDENSERADE ENHETER</b>	<b>KODER</b>
<p><i>”Om man inte ätit och druckit då känner man sig lite så där halvt, trött blir man och hängig blir man och nedsatt ork får man. Så det har central betydelse för fallrisk.”</i></p>	<p>Utan mat och dryck blir man trött och hängig - central betydelse för fallrisk.</p>	<p>Dåligt näringsintag och fallrisk.</p>
<p><i>”Förebygga fallrisk finns det ganska mycket man kan göra på en vårdavdelning tror jag, man kan ha ordentliga halksockor, man kan planera lite för placering utav patientrum, man kan lägga in olika typer av åtgärder såsom grindar kanske, larmmatta, man kan informera om ringsignal.”</i></p>	<p>Att förebygga fallrisk för en patient på en avdelning kräver olika typer av åtgärder.</p>	<p>Fungerande fallriskåtgärder krävs.</p>
<p><i>”Att man samtalar, att man pratar med varann, man påminner varann. Hur går det? Hur har det gått för den idag? Så att det inte går ett helt arbetspass utan att man liksom har checkat av med varann, för det händer ju ganska ofta ändå.”</i></p>	<p>Att samtala, att påminna, att checka av under arbetspasset med sina arbetskamrater.</p>	<p>Samarbete</p>

### **Forskningsetiska övervägande**

Studiens projektplan godkändes av examinator på Sophiahemmet, skriftligt tillstånd för utförande av studien inhämtades från verksamhetschefen på sjukhuset innan intervjuerna genomfördes (Bilaga 1). De fyra etiska grundprinciperna som Vetenskapsrådet (2013) rekommenderar för forskning inom samhällskunskap och humaniora användes under planeringen av studien samt i framtagandet av forskningspersoninformation (Bilaga 2). De fyra principerna är informations-, samtyckes-, konfidentialitets- samt nyttjandekravet. Deltagarna blev informerade både muntligt och skriftligt om studiens syfte samt att de när som helst kunde avbryta sin medverkan utan att uppge anledning, enligt Helsingforsdeklarationen (WMA, 2013). Deltagandet var frivilligt eftersom de anmälde sig som intresserade att delta. Deltagarna gav skriftligt samtycke till deltagande i studien. All data från intervjuerna aidentifierades och användes bara till denna studie. Resultaten behandlades så att inga obehöriga kan ta del av dem. Deltagarna benämns i studiens resultat som intervjuperson 1, 2, 3 osv. Eftersom författarna arbetar på sjukhuset i fråga hölls delvis intervjuerna med arbetskamrater, detta skulle kunna innebära ett negativt maktförhållande, men efter noggrant övervägande av författarna drogs slutsatsen att de positiva delarna, såsom deltagarens trygghet i intervjusituationen övervägde de negativa delarna.

### **RESULTAT**

Studiens syfte var att belysa omvårdnadspersonalens upplevelse av nutrition hos äldre personer med falltendens under sjukhusvistelse. Resultatet grundläggs på svaren från de tio intervjuerna kring studiens syfte.

Tabell 2: Kategorier och teman ur analysprocessen.

<b>KATEGORI</b>	<b>TEMA</b>
Vikten av mat- och vätskeintag.	Nutrition och fallrisk i omvårdnaden.
Nedsatt nutrition leder till ökad fallrisk.	
Omvårdnadspersonal och förebyggande fallriskåtgärder.	
Patientens nuttionsintag är beroende av personalens ansvarstagande.	Varierande helhetskontroll beroende på bemanning.
Vikten av kommunikation med sina arbetskamrater för bättre samarbete.	
Ätsvårigheter och patientens egna vilja gör arbetet svårare för omvårdnadspersonal.	Svårigheter med nutrition för äldre personer med fallrisk.
Fungerande rutiner gällande nutrition och fallrisk.	Rutiner

## **Nutrition och fallrisk i omvårdnaden**

Omvårdnadspersonalen upplevde att nutrition och fallrisk var två viktiga delar i omvårdnaden, intervjupersonerna berättade hur de tillgodoser patientens nutrition men även om hur samarbetet såg ut mellan olika yrkeskategorier kring nutrition och fallrisk.

### Vikten av mat- och vätskeintag

De allra flesta intervjupersonerna upplevde att vikten av mat och vätskeintag var grundläggande för patientens välbefinnande, detta fungerar genom att assistera dem som inte kan äta själva. Sjuksköterskan frågar patienten vid inskrivning om tidigare nutritionsstatus, ev. viktnedgång, aptit och munstatus.

*”Fyll i kost- och vätskeregistreringen för det är därifrån vi utgör vad, hur mycket patienten fått i sig och därifrån kan sjuksköterskan ronda med läkaren som eventuellt då sätter in nutritionsinfusioner eller andra typer av dropp.” (Intervjuperson 5)*

Omvårdnadspersonal beställer specialkost och konsistensanpassad kost efter ordination. Flera personer uttryckte att nästan all omvårdnadspersonal är medvetna om patientens näringsintag under de tre första vård dagarna, genom att observera patientens mat- och vätskeintag undviker patienten vikt nedgång under vårdtiden.

### Nedsatt nutrition leder till fallrisk

Flertalet intervjupersoner upplevde att nutrition har stor betydelse för äldre personer med fallrisk. Omvårdnadspersonalen upplevde att om kropp och hjärna får energi så blir personen piggare och mindre förvirrad. Undernärda patienter med dåligt vätskeintag blir dehydrerade, svaga och yrsliga. Fallrisk och nutrition tillhör varandra, det handlar om kraft i kroppen för att kunna stå upp och gå.

*”...får man inte i sig tillräckligt med näring så ökar ju risken att man ramlar.”  
(Intervjuperson 2)*

### Omvårdnadspersonal och förebyggande fallriskåtgärder

Samtliga intervjupersoner upplevde att omvårdnadspersonal kan förebygga fall genom fungerande åtgärder såsom antihalksockar, larmmatta, sänggrindar, central placering. Några personer upplevde att fallrisk hindras av mänsklig tillsyn.

*”...de som har fallrisk försöker vi få till fallriskrummen, larmmattor, röda strumpor...det tycker jag vi är hyfsat bra på...vi varnar varandra när någon har nyupptäckt fallrisk...och att vi flyttar patienterna, om det går, till fallriskrum.” (Intervjuperson 2)*

Några personer upplevde att fall är oundvikliga då den mänskliga tillsynen saknas, speciellt nattetid. Andra faktorer som togs upp var dålig dokumentation och bättre mätinstrument för fallrisk.

### **Varierande helhetskontroll beroende på bemanning**

Vid stress och hög belastning upplevde flera personer att helhetskontrollen gällande nutrition och fallrisk minskar kraftigt och kommunikationen mellan yrkeskategorier försämras.



### Patientens nutritionsintag är beroende av personalens ansvarstagande.

Det underströks hur viktigt det är med helhetskoll att om varje person gör sin del på sitt arbetspass, matar den som behöver assistans, beställer konsistensanpassad kost eller önskekost till den som behöver, fyller i mat- och vätskelistan och ger näringsdryck och nattdrink för att minska nattfastan, så blir det färre konsekvenser för patienten som t.ex. dropp till natten. Flera intervjupersoner upplevde att kvaliteten skiftar och att omvårdnadspersonal har dålig koll på patientens mat- och vätskeintag. Några personer efterlyste utbildning inom nutrition eftersom de upplevde att ökad kunskap behövs. Några personer upplevde att hög arbetsbelastning, vilket leder till stressig arbetssituation, sänker kvaliteten.

*”...det beror på hur man är som person också tror jag i sitt yrke om man är väldigt ansvarsfull och tar det som en viktig uppgift att det här är liksom mitt mål för idag att du ska få i dej några teskedar i alla fall. Så jag tror att det är lite personbundet och arbetsbelastningen spelar ju in också, förstås.” (Intervjuperson 1)*

Flera personer underströk att det är sjuksköterskan som har det yttersta ansvaret för att mat- och vätskeregistreringen blir ordentligt ifylld, den kan ses som en läkemedelsdelegering. Intervjupersonerna upplevde att mat- och vätskeregistreringen inte är korrekt ifylld och att de ibland inte ens sitter på sin plats.

### Vikten av kommunikation med sina arbetskamrater för bättre samarbete

Flera intervjupersoner upplevde att dialog med arbetskamrater under arbetspasset, förbättrar både patientens mat- och vätskeintag men även förebygger fallrisk. Samtliga intervjupersoner upplevde att kommunikationen med andra yrkeskategorier gällande fallrisk fungerar bra genom att omvårdnadspersonalen berättar för varandra, påminner varandra under sitt arbetspass om patientens fallrisk och gör en gemensam fallriskbedömning med hela teamet vid inskrivning. Intervjupersonerna uppskattade när sjukgymnast och arbetsterapeut (paramedicin) är med och gör ADL-bedömning i samband med morgonrutinerna annars är det lätt att viktig kunskap förloras.

*”Jag tycker det funkar bra liksom i alla fall när man tänker på att dietisten och logopeden... bra kommunikation både muntligt och skriftligt, tycker också att kommunikationen med doktorerna är bra när man liksom diskuterar kring ämnet.” (Intervjuperson 3).*

Gällande samarbetet kring nutrition upplevde flertalet intervjupersoner att det varierar, många gånger är stress och arbetsbelastning inblandat. Samtliga intervjupersoner upplevde att samarbetet med sjuksköterska, undersköterska, läkare och dietist fungerar bra. En intervjuperson efterfrågade att dietisten skulle konsulteras oftare.

### **Svårigheter med nutrition för äldre personer med fallrisk**

Eftersom vårdtiderna är korta påbörjas många omvårdnadsinsatser som inte utvärderas under vårdtiden utan rapporteras vidare till nästa instans. Patienter med fallrisk är i behov av bättre näringsintag för att undvika fallolyckor, den främsta svårigheten är när patienten inte vill äta och dricka.

### Ätsvårigheter och patientens egen vilja gör arbetet svårare för omvårdnadspersonal

Flera intervjupersoner upplevde att nedsatt smaksinne och aptit är den främsta svårigheten gällande nutrition för äldre personer med fallrisk. Några intervjupersoner lyfte svårigheten när en patient vägrar äta, hur långt omvårdnadspersonalen ska uppmuntra och putta på med mat och dryck? Patienten har rätt att bestämma själv.

*”De har dålig aptit...ibland vet jag inte om de bestämt att de inte vill leva längre, även om man vill hjälpa dem att mata...Man måste acceptera deras vilja också, ibland säger de nej eller öppnar inte munnen, då informerar vi läkaren.” (Intervjuperson 6).*

Patientens övriga hälsotillstånd, eventuella sväljsvårigheter och täta måltider upplevdes även som svårigheter. Några intervjuade personer tog upp att det ibland finns orimliga mål gällande patientens nutrition. Husmanskost efterlystes eftersom äldre personer helst äter mat de känner igen. En intervjuade person önskade mer sötsaker till patienterna eftersom smaksinnet försämras med åldern men den söta smaken försvinner sist.

## **Rutiner**

Samtliga intervjuade personer pratade om sin upplevelse kring rutiner för nutrition och fallrisk på sin avdelning samt kring vilka yrkeskategorier som är mer engagerade när det gäller rutiner.

### Fungerande rutiner gällande nutrition och fallrisk

Intervjuade sjuksköterskor berättade om sina upplevelser av aktuella rutiner kring nutrition på respektive avdelning. Sjuksköterskor nämnde de välfungerande rutiner som finns på avdelningen: Mat- och vätskeregistrering, bedömningsinstrument MNA vid inskrivning, att sätta in näringsdryck, dietistkonsultationer och beställning av specialkost och konsistensanpassad kost samt nattdrink. En intervjuade person tog upp svårigheten med att en person med högt BMI automatiskt anses överviktig och personer som en lång tid tillbaka levtt med ett lågt BMI anses personen nu vid sjukhusvistelse undernärdd.

*” .. vi har ju för det första ett jättebra bedömningsinstrument MNA som görs automatiskt vid inskrivning, beroende på MNA- resultatet aktiverar vi en aktivitetsplan, då vi har mat-och vätskeregistrering under de första tre dagarna, ... som utvärdering tas vikt en till två gånger per vecka” (Intervjuperson 3).*

*” .... kost- och vätskeregistrering och MNA fungerar bra på min avdelning.... Och det fungerar rent praktiskt, att det fungerar är smått magiskt för det finns en tavla i köket där man skriver upp patientens specialkost ....” (Intervjuperson 7).*

De undersköterskor som var deltagare i studien berättade också om sina upplevelser av aktuella arbetsrutiner kring nutrition på respektive avdelning. Mat- och vätskeregistrering var den viktigaste rutinen kring nutrition enligt undersköterskor eftersom omvårdnadspersonalen kan se om patienten inte äter och dricker samt de tycker att portionsanpassning och assistering vid måltiden är en bra rutin.

*” .... vi har ju de här handlingsplanerna med de som liksom är undernärdd och så vätskelistorna förstås då sen alla måltider det är ju en rutin .....se till att alla kommer till matsalen och får en bra måltidssituation... samt att mata de som behöver hjälp ...” (Intervjuperson 8).*

Samtliga deltagare i studien berättade om sina upplevelser om aktuella arbetsrutiner kring fallrisk på respektive avdelning. De ansåg att fallrisk kan minskas med hjälp av fungerande åtgärder såsom fallriskbedömning, antihalksockar, larmmatta, gångträning.

*”Se till att rummet inte är överbelamrat med rullstolar och gåbord och rullator och fåtöljer osv.” (Intervjuperson 10).*

Flera intervjupersoner betonade hur mänsklig tillsyn minskar patientens fallrisk. De rutiner som finns är centralt belägna fallriskrum och tätare tillsyn speciellt nattetid hos patienter med fallrisk. Några deltagare upplevde att fall är oundvikliga speciellt nattetid då färre antal omvårdnadspersonal är i tjänst.

## **DISKUSSION**

Författarna arbetar på en akutgeriatrisk avdelning med ortopedisk rehabilitering som inriktning, har nutrition och fallrisk som sina ansvarsområden och deltar i processarbetet kring respektive område. Författarna upplever att äldre personer har högre fallrisk relaterat till multisjuklighet och nedsatt näringsintag. Utmaningen med vård av äldre personer är att de har invecklade behov och ansvaret ligger på omvårdnadspersonalen att förebygga vårdskador. Att främja hälsa och välbefinnande hos patienter är en viktig del av vårdpersonalens arbetsuppgift under arbetspassen. Författarna anser att ett otillräckligt eller dåligt näringsintag hos äldre människor kan öka risken för fall och därför vill vi i denna studie belysa omvårdnadspersonals upplevelse av nutrition hos äldre personer med falltendens under sjukhusvistelse.

### **Metoddiskussion**

Syftet med denna studie var att belysa omvårdnadspersonals upplevelse av nutrition hos äldre personer med falltendens under sjukhusvistelse. Därmed är metodvalet, kvalitativ med induktiv ansats, relevant (Polit & Beck, 2012). Kvalitativ forskningsintervju med induktiv ansats är en lämplig design och ansats när syftet är att, utifrån forskningspersonens perspektiv, förstå och framhäva djupet av människors upplevelse (Kvale & Brinkman, 2014). Studiens tillförlitlighet stärks av att intervjuerna utfördes med en semistrukturerad intervjuguide som grund, men även att frågorna i intervjuguiden ställdes till alla forskningspersoner i samma ordning. Kvale och Brinkman (2014) skriver att forskningsintervjuer ofta får kritik för att resultaten inte är giltiga eftersom intervjupersonernas information kan vara falsk. Eftersom studien belyser omvårdnadspersonals upplevelser vore det intressant att bekräfta studiens resultat med en journalgranskning. Forskningspersonerna kunde tala fritt kring de teman som fanns i intervjuguiden och följdfrågorna bidrog till att samla in djupare information samt att komplettera intervjuens innehåll. I slutet av varje intervju ställdes frågan om det var något mer intervjupersonen ville berätta, detta för att ge intervjupersonen möjlighet att knyta ihop påsen. Eftersom intervjuerna hölls på forskningspersonernas arbetsplats kunde tidpunkt för intervju justeras efter deras arbetstid och belastning vilket innebar att de inte behövde försaka varken fritid eller sina arbetsuppgifter. Enstaka intervjutillfällen bokades om på grund av tidsbrist och arbetstygnd till dagen därpå. Författarna och intervjupersonerna arbetar på samma sjukhus och var därmed arbetskamrater med ett antal intervjupersoner. Författarna hade i åtanke att detta kunde innebära ett negativt maktförhållande, för att undgå detta var författarna tydliga med att informera intervjupersonerna om studiens syfte samt att inga av intervjuguidens teman syftade till att bedöma intervjupersonens kunskaper (Kvale & Brinkman, 2014). Styrkan i detta var att intervjupersonerna kände sig trygga och avslappnade i intervjusituationen som därmed stärkte beslutet (Polit & Beck, 2012).

Författarna använde ett strategiskt urval eftersom målet var att samla in en rik och djup kunskap vilket har styrkt studiens resultat (Polit & Beck, 2012). Samtlig omvårdnadspersonal hade mer än ett års yrkeserfarenhet, intervjupersonerna bestod av nio stycken kvinnor och en man, vilket representerar könkvoten bland sjuksköterskor och undersköterskor på sjukhuset, deras genomsnittliga ålder var 40,6 år. Deltagarnas åldrar varierade från 29 år till 63 år. Detta gav ett brett spann av erfarenhet dels från de yngre som nyligen studerat och dels från de med lång yrkeserfarenhet. Flera intervjupersoner hade arbetat på andra arbetsplatser tidigare och kunde dela med sig av sina erfarenheter därifrån. Studiens urval representeras av tio intervjupersoner, en sjuksköterska och en undersköterska från respektive avdelning på sjukhuset och därför hade studien inget bortfall. Intervjupersonerna anmälde sitt intresse att delta i studien när enhetschefen på respektive avdelning informerat om studien på avdelningarnas arbetsplatsträff. Informationsbrev (Bilaga 2) delades ut till intresserad omvårdnadspersonal.

Detta var författarnas första intervjustudie och författarnas ovana kan vara en svaghet i studien. Författarna fick möjlighet att träna på tekniken att intervjua i pilotstudien som bestod av intervjuer med en sjuksköterska och en undersköterska. Intervjuerna i pilotstudien ingår i studien eftersom de förstärkte studiens resultat och intervjuguiden behövde inte förändras efter pilotstudien. Under pilotstudien upptäckte författarna att intervjupersonerna tolkade ”andra yrkeskategorier” som dietist, logoped och paramedicin, författarna förtydligade då att även undersköterska, sjuksköterska och läkare ingick i efterfrågad kategori. Författarna förtydligade även att termen nutrition innebar intag och åtgärder. Pilotstudien fungerade som en kontroll på intervjuguidens innehåll vilket ses som en styrka. Intervjuerna transkriberades ordagrant samma dag som intervjutillfället för att författarna skulle behålla olika ansiktsuttryck och kroppsspråk i minnet. Författarna delade upp intervjuerna mellan sig och transkriberade var sin del, därefter kontrollästes transkriberingen av den andra författaren. Författarna fick god kännedom om innehållet eftersom mycket tid lades på transkriberingen och genomläsningarna av materialet.

Graneheim och Lundman (2004) skriver att trovärdigheten i en innehållsanalys beror på hur väl kategorier och subkategorier inbegriper den insamlade informationen. Resultatet innehåller all data som är kopplad till forskningsfrågan. Att kategorierna är tydligt avgränsade styrker studiens trovärdighet. Dataanalysprocessen som innebar att skapa underkategorier och kategorier var svår och tidskrävande men efter att författarna läst intervjuerna flera gånger blev resultatet tydligt. Data som ska koda bör bearbetas av fler än en person för att öka resultatets trovärdighet (Polit & Beck, 2012). All data från intervjuerna avidentifierades och användes bara till denna studie och resultatet behandlades så att inga obehöriga kunde ta del av dem. Intervjudatan förvarades oåtkomligt för obehöriga samt kommer kasseras så fort studien är godkänd. Författarna diskuterade och inhämtade hjälp och stöd från deras handledare gällande analysprocessen, detta borde ha stärkt studiens kvalitet och trovärdighet. För att kunna bedöma en studies pålitlighet ska analysprocessen tydligt redovisas för läsaren (Kvale & Brinkman, 2014; Graneheim & Lundman, 2004). Eftersom de olika stegen i analysen beskrivits tydligt har transparens och tydlighet skapats. Studiens bakgrund och metod var noggrant beskrivna. Analysprocessen har exemplifierats med citat och tabeller (Tabell 1 & 2) vilket förstärker resultatet samt ökar överförbarheten (Graneheim & Lundman, 2004). Studiens resultat är överförbara på geriatriska avdelningar i Sverige grundat på underlaget för analys och tolkning av resultaten.

## **Resultatdiskussion**

Syftet med denna studie var att belysa omvårdnadspersonals upplevelse av nutrition hos äldre personer med falltendens under sjukhusvistelse.

### Nutrition och fallrisk

Intervjupersonerna upplever att den äldre personen blir piggare och mindre förvirrad om kropp och hjärna får energi. Undernärda patienter med dåligt vätskeintag blir dehydrerade, svaga och yrsliga. Fallrisk och nutrition tillhör varandra, det handlar om kraft i kroppen för att kunna stå upp och gå. Rundgren och Dehlin (2004) skriver att balansen försämras med åldrandet. Yrsel kan vara ostadighet, rotationskänsla, svaghetskänsla, känsla av tomhet i huvudet, svimningskänsla, trötthet och även illamående och kräkningar vilket är vanligt hos äldre. Svimningskänsla och yrsel är orsaken till nästan hälften av alla fallolyckor. Neyens, Hafens, Spreeuwenberg, Meijers, Luiking, Verlaan och Schols (2012) skriver att undernärda personer som får nutritionsåtgärder löper mindre risk att ramla. Författarna är nöjda med resultatet, att så många upplever att det finns ett samband mellan nutrition och fallrisk samt vikten av ett gott nutritionsstatus. Trots att samtliga intervjupersoner upplever ett samband mellan nutrition och fallrisk så glöms det bort i det dagliga arbetet. De upplever att det beror på stress och arbetsbelastning. Författarna upplever att det finns risk att patientens näringsintag försämras på grund av stress relaterat till hög arbetsbelastning. Eftersom dåligt energi- och näringsintag ökar risken för fall hos den äldre personen upplever författarna att det behövs utbildning, i form av föreläsningar, om varför nutrition och mat- och vätskeregistrering är viktigt hos äldre personer som vårdas på sjukhus. Omvårdnad som ges av sjuksköterskor ska ges med respekt och med en helhetssyn (International Council of Nurses, 2007).

Samtliga intervjupersoner anser att fallrisk kan minskas med hjälp av fungerande åtgärder såsom fallriskbedömning, antihalksockar, larmmatta, gångträning. Detta kallar Rundgren och Dehlin (2004) för yttre faktorer till fall. Några deltagare upplever att fall är oundvikliga, vissa patienter ramlar trots alla utförda åtgärder, hur ska denna kategori av patienter fångas upp? En person tar upp ett exempel på äldre personer med demenssjukdom som är förstoppade och fått laxerande läkemedel ordinerat går upp själv till toaletten snubblar och ramlar. Författarna håller med deltagarna att vissa fall är oundvikliga under vårdtiden men att antal fall med dåliga konsekvenser minskas med hjälp av fungerande åtgärder såsom antihalksockar och larmmatta.

### Varierande helhetskontroll beroende på bemanning

Flertalet av intervjupersonerna upplevde att nutrition har stor betydelse för äldre personer med fallrisk och att om kropp och hjärna får energi så blir personen piggare och mindre förvirrad. Undernärda patienter med dåligt vätskeintag blir dehydrerade, svaga och yrsliga. De upplever att fallrisk och nutrition tillhör varandra, det handlar om kraft i kroppen för att kunna stå upp och gå. Scott, Daly, Sanders och Ebeling (2015) skriver i sin studie om vikten av motion inklusive progressiv styrketräning och näringsintag inklusive protein och D-vitamin kan minska fall och fallrisken. Undernärning hos äldre på sjukhus är en riskfaktor för flera sjukdomstillstånd (Dehlin & Rundgren, 2014). Dålig sårhäkning, infektioner och komplikationer efter kirurgiska ingrepp är mer vanligt hos undernärda patienter. Patienter som inte får i sig tillräckligt mycket att dricka får efter läkarordination dropp som i sig ökar patientens fallrisk. Detta dilemma belyser vikten av att mat- och vätskeregistreringen ifylls ordentligt så att patienter inte får dropp i onödan. Flera intervjupersoner anger stress och hög arbetsbelastning som orsaker till dåligt ifylld mat- och vätskeregistrering och understryker att



det är sjuksköterskan som har det yttersta ansvaret för att mat- och vätskeregistreringen blir ordentligt ifylld, den kan ses som en läkemedelsdelegering. Sjuksköterskans etiska kod säger att sjuksköterskan i sitt ansvarsområde främjar hälsa, förebygger sjukdom, återställer hälsa samt lindrar lidande. En sjuksköterska bör skapa riktlinjer för god omvårdnad och en arbetsmiljö som gynnar god vård för patienter (International Council of Nurses, 2007). Flera intervjupersoner tar upp vikten av helhetskoll, att varje person gör sin del på sitt arbetspass, matar den som behöver assistans, beställer konsistensanpassad kost eller önskekost till den som behöver, fyller i mat- och vätskelistan och ger näringsdryck och nattdrink för att minska nattfastan, så blir det färre konsekvenser för patienten som t.ex. dropp till natten. Författarnas önskan är att omvårdnadspersonalen har en arbetsbelastning som möjliggör och underlättar tät kommunikation i teamet och med patienten. Inom vård av äldre har sjuksköterskan ett stort ansvar i att stötta personen i behov av vård och dess närstående utifrån en helhetssyn, då sjuksköterskan oftast har daglig kontakt med personen (Johnston, 2005). Flera intervjupersoner upplever att genom att berätta för och påminna varandra under arbetspasset, förbättras både patientens mat- och vätskeintag men även förebyggs fallrisk. Det finns ett behov av kontinuitet, trygghet, samordning och god kontakt med personalen i teamet kring patienten för att kunna bedriva god vård (SFS, 1982:763).

Intervjupersonerna uppskattar när paramedicin är med och gör ADL-bedömning i samband med morgonrutinerna samt uppdaterar informationstavlan på patientrummet annars är det lätt att kunskap förloras. För att kunna förbättra fallförebyggande rutiner krävs det samarbete mellan olika yrkeskategorier (Åberg, Lundin-Olsson & Rosendahl, 2009). Sjukhusets avdelningar har lite olika rutiner gällande samarbete med paramedicin, en intervjuperson som tidigare arbetat på annan avdelning på sjukhuset saknar samarbetet med paramedicin, framförallt i samband med morgonrutinerna.

### Svårigheter med nutrition för äldre personer med fallrisk

Det uppstår etiska dilemman när en patient vägrar äta, hur långt ska omvårdnadspersonal uppmuntra och putta på med mat och dryck? Patienten har rätt att bestämma själv. Författarna anser att detta är en viktig och svår del i vård- och omsorg och är glada att det togs upp av intervjupersonerna. Ämnet behöver diskuteras med jämna mellanrum gärna med hela teamet. Sävenstedt (2007) skriver att varje individ har rätt till frihet och självbestämmande enligt autonomiprincipen. Rättigheter som kan vara svåra att kombinera för någon med demenssjukdom. En god vård ges när vårdpersonalen respekterar patientens integritet och självbestämmande (SFS, 1982:763). *Göra gott och inte skada-principen* innebär att varje människa har en förpliktelse att göra gott (Nordenfelt, 2010). Man bör förebygga skada och lidande samt sträva efter det goda livet. Man ska minimera lidande genom att välja den vård eller behandlingsform som minimerar skada och lidande. I ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (International Council of Nurses, 2007) står att sjuksköterskan ska utveckla strukturer som gör att etiska och professionella förhållningssätt stöds i det dagliga arbetet. Sjuksköterskan kan uppleva det svårt att växla mellan att arbeta kurativt och palliativt, vilket kan göra att de känner sig klivna i sitt dagliga arbete (Johansson & Lindahl, 2011; Thompson, McClement & Daenick, 2006).

### Rutiner

En av de fungerande rutiner kring nutrition som utförs på sjukhuset är mat- och vätskeregistrering, mätning av BMI och MNA. Socialstyrelsen (2014) skriver att ett gott nutritionstatus är nödvändigt för att uppnå god livskvalitet, för att kunna förebygga sjukdom, återvinna hälsa och för att medicinsk behandling ska ha bästa möjliga effekt. En äldre person har ett gott nutritionstatus när BMI är över 22, MNA över 11 och inte har gått ned i vikt de

senaste tre månaderna. En iakttagelse som gjordes var att en sjuksköterska och undersköterska som arbetade på samma avdelning hade motsatta erfarenheter av mat- och vätskeregistreringen. Författarna är nöjda med att arbetsplatsens rutiner kring fallrisk är inarbetade och välfungerande, rutinerna runt nutrition med mat- och vätskeregistrering och nutritionsbedömning behöver ses över. Flera intervjupersoner nämner svårigheten med BMI och MNA för undernärda personer med högt BMI och MNA samt för personer som alltid varit smala och att de inte behöver vara undernärda. Sjuksköterskan har en viktig roll i att ge förståelig och individanpassad information till den som behöver vård och när det gäller att informera om rättigheten att kunna vägra behandling. (International Council of Nurses, 2007).

### **Slutsats**

Omvårdnadspersonal har ett ansvar att uppfylla den äldre personens näringsbehov. Fungerande rutiner, samarbete och god kommunikation är viktigt men personalbrist och tidsbrist leder till bristande engagemang. Resultatet belyser att omvårdnadspersonal upplever att nutrition är en av många fallriskåtgärder, vikten av kommunikation i teamet tas upp samt fungerande rutiner men även de etiska dilemman som dyker upp.

Studien visar att omvårdnadspersonal upplever att det finns ett samband mellan nutrition och fallrisk hos äldre personer på sjukhus.

### **Klinisk tillämpbarhet**

Studiens resultat kan användas av geriatriska avdelningar men även som diskussionsunderlag för sjuksköterskor och undersköterskor för att vidareutveckla vården. Resultatet belyser och efterfrågar utbildning för sjuksköterskor och undersköterskor gällande nutrition för äldre personer. Som specialistsjuksköterska inom Vård av äldre är det viktigt att dela med sig av sin nya kunskap till sin verksamhet och på så sätt utveckla vårdkvaliteten.



## **REFERENSER**

- Ambrose, A. F., Paul, G., & Hausdorff, J. M. (2013). Risk factors for falls among older adults: a review of the literature. *Maturitas*, 75(1), 51-61.  
doi:10.1016/j.maturitas.2013.02.009.
- Basun, H. (2013). *Boken om demenssjukdomar*. Stockholm: Liber.
- Bondevik, M., & Nygaard, H. (2011). *Geriatrisk ur ett tvärprofessionellt perspektiv*. Malmö: Studentlitteratur.
- Coote, S., Sosnoff, J., Gunn, H. (2014). Fall Incidence as the Primary Outcome in Multiple Sclerosis Falls-Prevention Trials: Recommendation from the International MS FallsPrevention Research Network of Clinical Therapies. *16(4):178-84*.
- Darowski, A., Chambers, S.A., Chambers, D.J. (2009). Antidepressants and falls in the elderly. *Drugs Aging*. 26(5). 381-94.
- Dehlin, O., & Rundgren, Å. (2014). *Geriatrisk*. (3 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Ebrahimi, Z., & Wijk, H. (2009). En hypotesgenererande studie av nattfasta, undernäring och hälsorelaterad livskvalitet hos äldre. *Vård i Norden*, 91(29), 45-48.  
doi: 10.1177/010740830902900111.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2012). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Natur och Kultur: Stockholm.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education today* (24), pp. 105-112.
- Hegeman, J., Van den Bemt, B., Weerdesteyn, V., Nienhuis, B., Van Limbeek, J., & Duysens, J. (2011). Unraveling the association between SSRI use and falls: an experimental study of risk factors for accidental falls in long-term paroxetine users. *Clinical Neuropharmacology*. 34 (6), 210-5.
- International Council of Nurses. (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Johansson, K., & Lindahl, B. (2011). Moving between rooms- moving between life and death: nurses' experiences of caring for terminally ill patients in hospital. *Journal of clinical nursing*. 21. 2034-2043.
- Johnston, B. (2005). *Introduction to palliative care: Overview of nursing developments*. I J. Lugton., & R. McIntyre. (Eds). *Palliative Care: The nursing role* (2nd ed.). (s.1-32) Edinburgh: Elsevier.
- Kallin, K., Jensen, J., Olsson, L., Nyberg, L., & Gustafson, Y. (2004). Why the elderly fall in residential care facilities, and suggested remedies. *The Journal of Family Practice*. 53(1), 41-52.

Klint, K. (2009). *Nutritionshandbok*. Hämtad den 19 September 2016 från:  
<https://www.halmstad.se/download/18.171fe3e312e2db9ab4980004181/1452498606706/Nutritionshandbok%20Hemtj%25C3%25A4nst%202009.pdf>

Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Høyen Ranhoff, A. (2010). *Geriatrisk omvårdnad - God omsorg till den äldre patienten*. Stockholm: Liber.

Kvale, S., & Brinkman, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Murry, K.J., Hill, K., Phillips, B., & Waterston, J. (2005). A pilot study of falls risk and vestibular dysfunction in older fallers presenting to hospital emergency departments. *Disability and Rehabilitation*. 27(9), 499-506.

Neyens, J., Hafens, R., Spreeuwenberg, M., Meijers, J., Luiking, Y., Verlaan, G., & Schols, J. (2012). Malnutrition is associated with an increased risk of falls and impaired activity in elderly patients in Dutch residential long-term care (LTC): A cross-sectional study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 56(1), 265-269. doi:10.1016/j.archger.2012.08.005.

Nordenfelt, L. (Red.). (2010). *Värdighet i vården av äldre personer*. Lund: Studentlitteratur.

Polit, D. F., & Beck C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice (9th ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Rubenstein, L.Z., Harker, J.O., Salvà, A., Guigoz, Y., Vellas, B. (2001). Screening for undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini-Nutritional Assessment (MNA-SF). *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES*. 56A(6). M366-M372.

Rundgren, Å., & Dehlin, O. (2004). *Äldresjukvård: Medicinsk äldresjukvård av multisjuka patienter*. Lund: Studentlitteratur.

Scott, D., Daly, R.M., Sanders, K.M., & Ebeling, P.R. (2015). Fall and fracture Risk in Sarcopenia and Dynapenia With and Without Obesity: the Role of Lifestyle interventions. *Nutrition, Exercise, And Lifestyle In Osteoporosis*. 13(4), 235-244.

Senior Alert. (2016). *Vad är Senior alert?*. Hämtad den 23 Juni 2016 från: SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen

Skog, M., Almgren, B., & Rising, I. (2013). *Fallprevention: Riskbedömning*. I *Vårdhandboken*. Hämtad den 27 maj 2016 från:

Socialstyrelsen. (2009a). *Folkhälsorapport 2009*. Hämtad den 1 februari 2016 från:<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71.pdf>

Socialstyrelsen (2011). *Näring för god vård och omsorg: En vägledning för att förebygga och behandla undernäring*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2014). *Förebyggande av och behandling vid undernäring 2014*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad den 1 februari 2016 från: <http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/19550/2014-10-12.pdf>.

SOSFS 1997:14. *Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Sävenstedt, S., Zingmark, K., & Sävenstedt, G. (2007). *E-hälsa i vård och omsorg av äldre. Teknik, etik och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Tabloski, P.A. (2010). *Gerontological Nursing*. (2:a uppl.). New Jersey: Upper Saddle River.

Thompson, G., McClement, S., & Daenick, P. (2006). Nurses' perceptions of quality end-of-life care on an acute medical ward. *Journal of advanced nursing*, 53, 169-177.

Vassallo, M., Poynter, L., Sharma, J. C., Kwan, J., & Allen, S. C (2008). Fall risk-assessment tools compared with clinical judgement: an evaluation in a rehabilitation ward. *Age and Ageing*, (37), 277-281.

Vetenskapsrådet, Codex. (2013). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad den 4 april 2016 från: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Westergren, A., Lindholm, C., Mattsson, A., Ulander, K. (2009). Minimal eating observation form: Reliability and validity. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 13(1).

World Health Organization. (2014). Definition of an older or elderly person. Hämtad 1 februari 2016 från <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>

World Medical Association. (2013). *Helsingforsdeklarationen*. Hämtad den 4 April från: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>.

Åberg, A.C., Lundin-Olsson, L., & Rosendahl, E. (2009). Implementation of Evidence-based Prevention of Falls in Rehabilitation Units: a staff's interactive approach. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41(13), 1034-40.

Till verksamhetschef

## BILAGA 1

-----

---- geriatriken

Vi heter Parvaneh Afshar och Pernilla Björkert och är sjuksköterskor. Vi studerar specialistsjuksköterskeprogrammet **Vård av Äldre** vid Sophiahemmet Högskola. I vårt självständiga arbete, omfattande 15 poäng, har vi valt att studera: Nutrition och fallrisk hos äldre personer. Vi är därför intresserade av få genomföra studien vid ---geriatriken.

Om Du godkänner att studien genomförs vid din klinik, är vi tacksamma för Din underskrift av denna bilaga som därefter returneras i bifogat svarskuvert samt om Du kan förmedla vår förfrågan till enhetscheferna på respektive avdelning. Om Du har förbehåll vill vi gärna att Du anger detta.

Har Du frågor rörande själva undersökningen är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare.

Efter att studien är genomförd och godkänd, kommer den att publiceras på internet på DIVA som är en gemensam portal för publicering av forskningsrapporter och studentarbeten. Forskningsetiska principer kommer att följas strikt, vilket bl.a. innebär att namn i studien (inklusive namn på arbetsplatser) kommer att vara avidentifierade.

Efter godkänd studie kommer vi gärna och presenterar våra resultat för Dig och/eller på arbetsplatsen om Du så önskar.

Stockholm 2016-  
Med vänlig hälsning

---

Student  
e-post:

---

Handledare

Namnförtydligande, hemvist  
tel:  
e-post:

---

Examinator

Namnförtydligande, hemvist  
tel:  
e-post:

**Studiens preliminära titel:** Nutrition och fallrisk hos äldre personer.

**Syftet** Att belysa omvårdnadspersonals upplevelse av nutrition hos äldre personer med falltendens under sjukhusvistelse.

**Problem:** Sveriges äldre befolkning ökar och därmed deras vårdbehov. Undernäring är ett stort problem inom vård och omsorg för äldre, både internationella och svenska studier har visat att en frekvens av 25-40 procent av äldre på sjukhus är undernärda (Dehlin & Rundgren, 2007). Att vara undernärd är allvarligt och en av de vanligaste orsakerna till att äldre personer ramlar och skadar sig hemma eller under en sjukhusvistelse. Att upptäcka och förhindra patientens omvårdnadsproblem är sjuksköterskans huvuduppgift.

**Metoden** för det planerade arbetet är intervjuer av sjuksköterskor och undersköterskor.

**Önskemål från Din verksamhet:** Vi önskar kunna intervjua 5 sjuksköterskor och 5 undersköterskor på Din enhet. Intervjuerna, som beräknas ta 20-30 min önskar vi genomföra i lokaler på Din klinik och i anslutning till de intervjuades arbetspass. Det är även ett önskemål att intervjuerna kan ske på arbetstid. Intervjuerna kommer att ljudupptas. Vi planerar att genomföra intervjuerna under mars-april 2016. Alla personer som ska intervjuas kommer att få skriftlig information och deltagande kommer att vara frivilligt. Forskningsetiska principer kommer att följas.

**Samtycke:**

Jag samtycker till att studien genomförs på det sätt som beskrivits i detta dokument

Jag samtycker till att studien genomförs, men med följande förbehåll:

.....  
.....

Tyvärr kan jag inte samtycka till att studien genomförs vid min enhet

Datum Namn

Namnförtydligande

Enhet



## **Vill du delta i en intervju om nutrition och fallrisk hos äldre personer?**

### **Bakgrund**

Sveriges äldre befolkning ökar och därmed deras vårdbehov. Undernäring är ett stort problem inom vård och omsorg för äldre, både internationella och svenska studier har visat att en frekvens av 25-40 procent av äldre på sjukhus är undernärda (Dehlin & Rundgren, 2007). Att vara undernärd är allvarligt och en av de vanligaste orsakerna till att äldre personer ramlar och skadar sig hemma eller under en sjukhusvistelse. Att upptäcka och förhindra patientens omvårdnadsproblem är sjuksköterskans huvuduppgift.

### **Syfte**

Att belysa omvårdnadspersonals upplevelse av nutrition hos äldre personer med falltendens under sjukhusvistelse.

### **Förfrågan om deltagande**

Studien kommer att genomföras på den geriatriska kliniken där du jobbar. Du tillfrågas eftersom du har jobbat länge i den här geriatriska kliniken. Vi önskar ditt deltagande i den här studien eftersom du som vårdpersonal har en central roll och varit engagerad i vården av den äldre personen under dess sjukhusvistelse.

### **Hur går studien till?**

Studien genomförs med hjälp av intervjuer. Du kommer att intervjuas av erfarna sjuksköterskor som fördjupar sina kunskaper inom vård av äldre, dina erfarenheter och kunskaper behövs när det gäller patientens nutritionsstatus hos äldre sjuka personer med fallrisk under vårdtiden.

### **Risker**

Det finns inga fysiska risker för dig under intervjun. Om du upplever något obehag under intervjun kan intervjun avslutas när som helst och du kan avbryta ditt deltagande i studien utan någon förklaring.

### **Eventuella fördelar**

Ditt deltagande i intervjun hjälper oss att belysa omvårdnadspersonals upplevelse av nutrition och fallrisk hos äldre personer under sjukhusvistelsen.

### **Hantering av data och sekretess**

Den intervju som du deltar i kommer att transkriberas (nedskrivs ordagrant). All data från

intervjun kommer att avidentifieras, dina svar från intervjun kommer att kodas och användas bara till denna studie och dina resultat kommer att behandlas så att inga obehöriga kan ta del av dem.

### **Information om studiens resultat**

Studiens resultat kommer att publiceras som ett självständigt arbete på avancerad nivå vid Sophiahemmets Högskola så att alla har möjlighet att ta del av studiens resultat.

### **Frivillighet**

Deltagandet i studien är helt frivillig och deltagaren har rätt och kan avbryta sin medverkan när som helst utan att uppge anledning. Det går bra genom att meddela intervjuaren. Om du avbryter ditt deltagande tas all information bort som du lämnat in till studien.

### **Ansvariga**

Vid eventuella frågor om studien eller ditt deltagande, eller resultaten är du välkommen att kontakta någon av oss:

Leg. Sjuksköterskor och intervjuare:

Handledare:

---

### **Samtycke**

Jag har tagit del av informationen om syfte och samtycker härmed till att Parvaneh Afshar och Pernilla Björkert får intervjua mig till sin studie om vikten av god nutrition hos äldre personer med falltendens under sjukhusvistelse.

**Jag ger mitt samtycke till att delta.**

**Jag ger inte mitt samtycke till att delta.**



**INTERVJUGUIDE**

Allmänt om respondenten:

- Ålder?
- Antal år i yrket?

- 1- Vad innebär begreppen nutrition och fallrisk för dig?
- 2- Vad tror du att nutrition har för betydelse för äldre personer med fallrisk?
- 3- Hur upplever du att omvårdnadspersonal tillgodoser patientens nutrition (intag + åtgärder) under vårdtiden?
- 4- Hur upplever du att omvårdnadspersonal kan förebygga patientens fallrisk under vårdtiden?
- 5- Hur upplever du att samarbetet ser ut med andra yrkeskategorier kring nutrition?
- 6- Hur upplever du att samarbetet ser ut med andra yrkeskategorier kring fallrisk?
- 7- Vilka svårigheter upplever du att det finns gällande nutrition för äldre personer med fallrisk?
- 8- Vilka fungerande rutiner gällande nutrition och fallrisk upplever du att det finns på din avdelning?

Följdfrågor:

- Kan du berätta mer?
- Kan du ge exempel?
- Kan du förklara?
- Hur känner du då?
- Uppföljning/reflektion
- Har du något att tillägga?