



**RISK FÖR UNDERNÄRING?
SJUKSKÖTERSORS KUNSKAP OCH ATTITYD GÄLLANDE
NUTRITIONSBEDÖMNING AV PATIENTER INOM AKUTSJUKVÅRDEN**

**AT RISK OF MALNUTRITION?
NURSES´ATTITUTES TO AND KNOWLEDGE OF THE NUTRITIONAL
ASSESSMENT OF PATIENTS IN EMERGENCY HEALTH CARE**

Kandidatprogrammet i omvårdnadsvetenskap, 60
högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Grundnivå
Examinationsdatum: 2014-05-13
Kurs: HT12

Författare: Annelie Höglund

Handledare: Richard Ahlsröd
Examinator: Margareta Westerbotn

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Mat och näring är en grundförutsättning för hälsa och återhämtning vid sjukdom. Olika processer i samband med sjukdom kan förändra såväl ämnesomsättning som vår vilja och förmåga att äta. Undernäring och dess konsekvenser inom sjukvården har de senaste decennierna uppmärksammats, och nationella och internationella organisationer har utarbetat riktlinjer för att upptäcka och behandla patienter med undernäring eller med risk för undernäring. Patientens näringsstatus kan dessutom snabbt försämrats under vårdtiden, vilket innebär att en tidig bedömning för att upptäcka patienter med behov av näringsåtgärder är av betydelse. Sjuksköterskan har ett ansvar för att identifiera patienter i behov av näringsåtgärder men studier visar på att alla patienter inte blir nutritionsbedömda vid inläggning på sjukhus.

Syfte: Syftet var att beskriva sjuksköterskans kunskap och attityd gällande nutritionsbedömning av vuxna patienter som vårdas på vårdavdelning inom akutsjukvården.

Metod: Med litteraturoversikt som metod söktes artiklar som utifrån inklusions- och exklusionskriterier svarade på sjuksköterskans kunskap och attityd gällande nutritionsbedömning. Totalt femton forskningsartiklar ingick i litteraturoversikten. Studierna representerar geografiskt fyra världsdelar, men hade en större andel artiklar ifrån de skandinaviska länderna. Primärartiklar bedömdes och analyserades för att identifiera likheter och skillnader. Huvudteman som framträdde i analysen var; sjuksköterskans kunskap gällande nutritionsbedömning och faktorer som påverkar bedömningen, sjuksköterskans attityd gällande nutritionsbedömning, rutiner och ansvar, samt kunskap och attityd associerat till utbildning och yrkeserfarenhet.

Resultat: Resultatet visade på en övervägande positiv attityd till nutritionsbedömning, men en bristande förmåga att identifiera patienter med behov av nutritionsåtgärder. Riktlinjer för klinisk nutrition och nutritionsbedömning efterfrågades. Kunskap om och användning av evidensbaserade bedömningsinstrument samt kännedom om kriterier för undernäring eller risk för undernäring var bristfällig. Samarbetet med patienten och andra professioner samt uppfattningen om ansvar, påverkade sjuksköterskans nutritionsbedömning. Högre kunskap inom klinisk nutrition var associerat till mer positiv attityd samt till mer aktiv nutritionsbedömning.

Slutsats: Sjuksköterskan värderade nutritionsbedömning som högst betydelsefullt, men kunskap för att identifiera patienter med undernäring eller risk för undernäring behöver säkerställas. Hur sjukvårdsorganisationen och lärosäten för sjuksköterskor kan möta sjuksköterskans behov av ytterligare utbildning bör studeras.

Nyckelord: Nutritionsbedömning, attityd, kunskap, sjuksköterska, sjukhusvård, undernäring

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Människans behov av mat och näring	1
Undernäring	2
Undernäring inom sjukvården	3
Rekomendationer och riktlinjer för nutritionsvården	3
Sjuksköterskans ansvar för näringsvård av god kvalitet och hög säkerhet	5
Problemformulering	6
SYFTE	6
METOD	7
Urval	7
Genomförande	7
Databearbetning	9
Forskningsetiska övervägande	9
RESULTAT	10
Sjuksköterskans kunskap gällande nutritionsbedömning och faktorer som påverkar bedömningen	10
Sjuksköterskans attityd gällande nutritionsbedömning, rutiner och ansvar	12
Kunskap och attityd associerat till utbildning och yrkeserfarenhet	13
DISKUSSION	14
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion	17
Slutsats	19
Fortsatt forskning	20
REFERENSER	21

Bilaga I- Matris

Bilaga II- Bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering

INLEDNING

Maten har en grundläggande betydelse genom att förse kroppen med näring och energi, men maten utgör för många människor även en del av livskvalitén. Hos den äldre samt hos den sjuka individen kan olika faktorer samverka till att rubba balansen mellan näringsbehov och näringsintag, vilket kan leda till undernäring. Kunskapen om matens betydelse för återhämtning vid sjukdom har ökat de senaste decennierna, men trots det är undernäring fortfarande vanligt förekommande inom sjukvården (Socialstyrelsen, 2011). Undernäring ökar risken för komplikationer och kan innebära ett ökat lidande för patienten. Undernäring inom sjukvården är dessutom associerad till längre vårdtider och ökade kostnader (Lindh & Sahlqvist, 2012).

Att patienterna optimeras i sitt näringsintag och får adekvat näringsvård är en mänsklig rättighet (Council of Europe, 2003) och ligger inom ramen för en god och säker vård (Socialstyrelsen, 2011). Då det visat sig att korrekt näringsvård kan förebygga undernäring ska patienten nutritionsbedömas tidigt i vårdförloppet (Norman, Pichard, Lochs & Pirlich, 2008). I Socialstyrelsens (2011) rekommendationer är minimikravet en bedömning av ätsvårigheter, ofrivillig viktförlust och Body Mass Index [BMI]. I sjuksköterskans kompetens och i sin position som omvårdnadsansvarig, ingår att göra riskbedömning för undernäring enligt gällande riktlinjer (Socialstyrelsen, 2005), men olika faktorer påverkar hur följsamheten till gällande riktlinjer följs (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2013). Därför finner jag det intressant att studera sjuksköterskans kunskap och attityd gällande nutritionsbedömning.

BAKGRUND

Människans behov av mat och näring

Maten förser kroppen med näringsämnen som tillgodoser grundläggande fysiologiska behov. Maten ger material till uppbyggnad och energi, men förser även kroppen med komponenter som ingår i immunförsvaret. Alla människor har samma behov av näringsämnen, men behovet av exempelvis protein och energigivande näringsämnen varierar under livscykeln, där tillväxt, ålder och fysisk aktivitet är faktorer som påverkar. Världshälsoorganisationen [WHO] har gett ut näringsrekommendationer, vilka ska kunna gälla i hela världen, men geografiska skillnader i urval av livsmedel och olikheter i matvanor innebär dock att länders näringsrekommendationer skiljer sig åt (Skolin, 2010). För svenska förhållanden har livsmedelsverket antagit Nordiska näringsrekommendationer 2012 som officiellt gällande rekommendationer i Sverige (Livsmedelsverket, 2013).

Hunger och aptit styr vår vilja att äta. Genom samverkan av fysiska och psykiska faktorer känner vi hunger och lust att äta, men maten har också en social och kulturell betydelse. Hunger styrs genom ett komplext system av fysiologiska signaler från kroppen som hjärnan läser av, medan aptiten anses stimuleras av bland annat syn- och doftintryck och en önskan att äta något gott. För att vilja äta måste maten uppfattas som god och rätterna vara välkända (Skolin, 2010). Måltiden erbjuder mer än att få i sig näringsämnen, det kan vara ett sätt att umgås och maten har på så vis även en viktig social funktion. Matstunden är för många en stund att se fram emot och ger dagen struktur och avbrott. Varje person har sitt unika förhållande till maten och måltiden, men kulturella och religiösa aspekter kan också ligga till grund för matval och måltidsvanor (Socialstyrelsen, 2011, Lindh & Sahlqvist, 2012).

Undernäring

Definition av malnutrition och undernäring

Begreppet malnutrition härstammar från latinska male i betydelsen illa och nutrire i betydelsen ge näring (Lundh, 1994). Enligt Socialstyrelsen definieras malnutrition som ett ”tillstånd där *brist på eller obalans av* energi, protein eller andra näringsämnen har orsakat mätbara och ogynnsamma förändringar i kroppens sammansättning, funktion eller av en persons sjukdomsförlopp”(Socialstyrelsen, 2011, s. 11). Malnutrition och undernäring används ofta liktydigt, men malnutrition kan även innebära ett för högt energiintag eller felnäring (Lindh & Sahlqvist, 2012). Därför är definitionen på undernäring snävare och beskriver ett ”tillstånd där *brist på* energi, protein eller andra näringsämnen har orsakat mätbara och ogynnsamma förändringar i kroppens sammansättning, funktion eller av en persons sjukdomsförlopp”(Socialstyrelsen, 2011, s. 12). I denna översikt används begreppet undernäring enligt Socialstyrelsens (2011) definition.

Orsaker till undernäring

Undernäring uppkommer när kroppens tillgång på näringsämnen och energi är mindre i förhållande till kroppens förbrukning. Detta kan dels bero på svårigheter med att äta, vilket kan minska intaget av föda, eller genom dysfunktion i magtarmkanalen, vilket kan hindra upptaget av näringsämnen, eller genom en kombination av båda. Undernäring kan även uppstå vid olika sjukdomstillstånd där en förändring av kroppens ämnesomsättning leder till att energi- och näringsförråd bryts ned (Swedish Society for Clinical Nutrition and Metabolism [SWESPEN], 2006).

Ättsvårigheter kan bero på minskad förmåga att få maten till munnen på grund av svaghet eller sjukdom som påverkar den motoriska förmågan. Dåligt tand- och munstatus kan orsaka tuggsvårigheter, och neurologiska tillstånd till följd av till exempel amyotrofisk lateral skleros (ALS), multipel skleros (MS) och stroke kan ge sväljsvårigheter (Socialstyrelsen, 2011).

Tillstånd från mag- tarmkanalen som diarré, gaser, magsmärta eller förstoppning kan orsaka ovilja att äta och påverka näringsupptaget, men även olika kirurgiska ingrepp på mag-tarmkanalen kan ge minskat upptag av näring (Skolin, 2010; Socialstyrelsen, 2011). Ett minskat matintag kan även uppstå på grund av sjukdom och/eller medicinering, genom förändringar i upplevelsen av smak och lukt, illamående, minskad aptit och matleda (Lindh & Sahlqvist, 2012). Holst, Rasmussen och Laursen (2011) beskriver i sin kvalitativa studie hur patienterna upplever mängden medicinering, speciellt tabletter, som en barriär för att inte äta. Detta i kombination med bristande aptit, smärta, dålig smak, illamående och tidig mättnadskänsla.

Olika sjukdomstillstånd, såsom cancer, njursvikt, hjärtinsufficiens och kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), ger upphov till en inflammationsreaktion, vilket leder till förändringar i ämnesomsättningen. Den naturliga anpassningen till minskat energiintag sätts ur spel genom att energiomsättningen i vila ökar, istället för att minska. Dessutom fortgår nedbrytningen av fett- och muskelfvävnad även vid tillförsel av energi vilket inte sker vid tillstånd utan inflammationsreaktion. Sjuka personer är i ett sämre utgångsläge än i övrigt friska individer och tål sämre ett lågt näringsintag. Processer som feber, tumörväxt, sårhäkning och bennybildning kräver tillgång på energi i form av glukos. Undernäring som uppstår vid sjukdom är dessutom svårare att behandla (Skolin, 2010).

Undernäring inom sjukvården

Internationellt och nationellt är undernäring fortfarande vanligt förekommande inom sjukvården. Beroende på kriterier för att fastställa undernäring och undersökt patientgrupp, visar studier på att mellan 20 till 50 procent av patienterna inom akutsjukvården är undernärda (Norman et al., 2008), och ytterligare 30 till 50 procent löper risk för undernäring (Hafsteinsdóttir, Mosselman, Schoneveld, Riedstra & Kruitwagen, 2010; Kaiser et al., 2010; Norman, 2008). Dessutom kan en drastisk försämring av näringstillståndet ske under vårdtiden (Hafsteinsdóttir et al., 2010; Mosselmann, Kruitwagen, Schuurmans, Hafsteinsdóttir, 2013). Norman et al., (2008) menar att speciellt inom sjukhusvården är undernäring undervärderad och inte alltid identifierad.

Följderna av undernäringstillstånd ger ökade kostnader för samhället och bidrar till ökat lidande och lägre livskvalitet för individen (Norman et al., 2008). Freijer et al. (2013) har visat på betydande kostnader associerade till sjukdomsrelaterad undernäring. Denna holländska studie visar på att närmare ett par miljarder euro kan tillskrivas den holländska vården i merkostnader på grund av sjukdomsrelaterad undernäring. Ökade kostnader är till stor del en konsekvens av längre vårdtider (Freijer et al., 2013; Norman et al., 2008). Vårdtiden visade sig vara signifikant längre för patienter med undernäring än för patienter utan undernäring (Alvarez-Hermández et al., 2012). Att förebygga komplikationer, som till exempel trycksår, genom intensivt näringsstöd till patienter med risk för undernäring har visat sig effektivt och gav dessutom ekonomisk lönsamhet (Banks, Graves, Bauer & Ash, 2013).

Personer med undernäringstillstånd i samband med sjukdom och inläggning på sjukhus, uppvisar lägre livskvalitet än välnärda. Livskvalitet uppmätt med Quality of life har i studier visat att välnärda cancerpatienter har högre livskvalitet än undernärda (Baldwin, Spiro, Ahern & Emery, 2012; Caro, Laviano & Pichard, 2007). Rasheed och Woods (2013) kommer fram till liknande resultat i sin forskning där patienter med malignitet var exkluderade. I studien av Holst et al. (2011) beskriver patienterna hur vikt förlusten och aptitlösheten indikerade att något var uppenbart fel, och tecken på allvarlig sjukdom. Dessutom beskriver de att oförmågan att äta tillräckligt var främsta orsaken till de besvär som de upplevde med sjukdomen. Mycket magra patienter kände ömhet och smärta från muskler, det var obekvämt att sitta och ligga. Att nästan inte äta något gav kroppslig och mental svaghet, psykisk och fysisk likgiltighet och brist på koncentration.

Rekommendationer och riktlinjer för nutritionsvården

Uppmärksamheten kring bristande näringsvård inom sjukvården i flera europeiska länder har initierat flera olika intresseorganisationer att utarbeta riktlinjer för att förebygga och behandla undernäring. På internationell nivå bildade Europarådet (Council of Europe) 1999 ett nätverk i syfte att utifrån en översyn utarbeta riktlinjer för näringsbedömning och behandling av undernäring på europeiska sjukhus. Nätverket uppmärksammade fem problemområden; otydlighet i ansvarsfördelningen, otillräcklig utbildning, brist i patientinflytandet, brist på samarbete mellan olika personalgrupper och bristande engagemang ifrån sjukhusledning (Beck et al., 2001). Detta utmynnade i att Europarådet 2003 antog Resolution ResAP(2003)3 on food and nutritional care in hospitals (Council of Europe, 2003). Resolutionen behandlar bland annat riktlinjer för näringsvård inom europeiska sjukhus.

Andra organisationer på internationell och nationell nivå är European Society of Clinical Nutrition and Metabolism [ESPEN] och den svenska systerorganisationen SWESPEN, vilka bland annat rekommenderar näringscreening på alla patienter inom sjukvården (ESPEN,

2002; SWESPEN, 2006). Riktlinjer från bland annat dessa nationella och internationella organisationer ligger till grund för Socialstyrelsens (2011) rekommendationer och riktlinjer angående nutritionsbedömning i sin vägledning *Näring för god vård och omsorg*.

Nutritionsvårdsprocessen

Nutritionsvården handläggs genom bedömning, utredning, diagnostik och behandling. Nutritionsbedömning skall göras tidigt i vårdförloppet, helst inom det första dygnet. Nutritionsbedömningen ska i möjligaste mån göras tillsammans med patient och/eller närstående. Första steget i nutritionsvårdsprocessen är att göra en riskbedömning vilken görs i syfte att identifiera om patienten är undernärd eller om risk för undernäring föreligger, så kallad nutritionscreening. Dessa uppgifter skall dokumenteras i patientens journal och är en uppgift för sjuksköterska, läkare eller dietist (Socialstyrelsen, 2011; SWESPEN, 2006).

Riskbedömning

Minimikravet i nutritionsbedömningen utgörs av att identifiera om patienten uppvisar någon av riskindikatorerna: ofrivillig viktförlust, ätsvårigheter eller undervikt baserat på BMI. Riskbedömningen är en sammanvägning av dessa faktorer, men det räcker med att identifiera en riskfaktor för att bedöma att risk för undernäring föreligger, vilket initierar vidare utredning och planering (Socialstyrelsen, 2011).

Ofrivillig viktförlust, oavsett tidsförlopp och omfattning, är en stark indikator för att påvisa att risk för undernäring föreligger och visar utvecklingen bakåt i tiden. Ätsvårigheter kan indikera hur utvecklingen framåt i tiden kan se ut. Ätsvårigheter kan bland annat visa sig som problem med att tugga och svälja maten, men illamående och aptitförlust kan också påverka förmågan att få i sig tillräckligt med näring. Funktionella problem som gör det svårt att dela eller föra maten till munnen är andra exempel på ätsvårigheter. BMI är ett mått på kroppsmassan och räknas ut genom att ta vikten i kilo/längden i m². Ett BMI < 20 indikerar undervikt på vuxna personer under 70 år och ett BMI < 22 indikerar undervikt på personer över 70 år. BMI visar aktuell situation av kroppens förråd (Socialstyrelsen, 2011).

För att få ett korrekt mått på BMI krävs aktuella och tillförlitliga uppgifter på längd och vikt. Det är inte att rekommendera att basera BMI på patientens egna uppgifter om vikt och längd då det har visat sig att värdena skiljer sig signifikant mot objektiva uppmätta värden (Geurden, Franck, Van Looy, Weyler, & Ysebaert, 2012). Dessutom fann Geurden et al. (2012) att patienterna uppgav olika värden till sjuksköterska och till dietist. Sjuksköterskan fick mer exakta uppgifter om kroppsvikten från patienten än dietisten.

Bedömningsinstrument

Ett flertal bedömningsinstrument har utvecklats i syfte till att kunna ge en samlad bedömning av näringstillståndet. Dessa kan användas som komplement till BMI. Beroende på ålder och vårdform rekommenderas olika instrument för bedömningen (Lindh & Sahlqvist, 2012). Exempel på bedömningsinstrument är Mini Nutritional Assessment [MNA], Mini Nutritional Assessment – Short form [MNA-SF] eller Subjective Global Assessment [SGA], Nutritional risk screening [NRS 2002] och Malnutrition Universal Screening Tool [MUST] (Neelemaat, Meijers, Kruizenga, van Ballegooijen & van Bokhorst-de van der Schueren, 2011; Socialstyrelsen, 2011).

Ett flertal studier har jämfört olika bedömningsinstrument i syfte att identifiera vilket instrument som bäst fångar in de patienter som är undernärda eller som löper risk för undernäring. MNA rekommenderas till gruppen äldre patienter, över 65 år, inom sjukvård och sjukhem (Diekmann et al., 2012; Kaiser et al., 2010; ESPEN, 2002). Emellertid fann Young, Kidston, Banks, Mudge och Isenring (2013) i sin forskning att SGA bättre identifierade befintlig undernäring hos äldre patienter, medan MNA tydligare identifierade de med risk för undernäring. ESPEN (2002) rekommenderar NRS 2002 för vuxna patienter inom sjukvården, då detta instrument även tar hänsyn till svårighetsgraden av sjukdom i bedömningen.

Enligt gällande riktlinjer bör alla få sitt nutritionstillstånd bedömt initialt i vårdförloppet men följsamheten har visat sig bristfällig. Geurden, Wouters, Franck, Weyler och Ysebaert (2013) analyserar i sin retrospektiva studie sjuksköterskans dokumentation av nutritionsrelaterade uppgifter i journalen. Denna Belgiska studie gjord på ca 500 journaler, visar att både vikt och längd var dokumenterat i 22 procent av journalerna och att BMI endast var dokumenterad i 0,3 procent i dessa journaler. Enligt Karolinska Universitetssjukhuset [KS] (2012) var 40 procent av patienterna komplett nutritionsbedömda inom en tidsgräns på 24 timmar vilket fortfarande är en bra bit under målvärdet på 75 procent.

Sjuksköterskans ansvar för näringsvård av god kvalitet och hög säkerhet

Svensk hälso- och sjukvård ska bedrivas så att god kvalitet och hög säkerhet uppnås och vårdskador förhindras. I praktiken innebär detta att hälso- och sjukvårdspersonal ska arbeta efter vetenskap och beprövad erfarenhet (Hälso- och sjukvårdslagen, SFS 1982:763; Patiensäkerhetslagen, SFS, 2010:659). Att få adekvat näringsbehandling vid sjukdom och sjukhusvård är en mänsklig rättighet (Concil of Europe, 2003) som även berör patientsäkerheten (Socialstyrelsen, 2011).

Sjuksköterskan har en central roll i näringsvården genom att identifiera patienter med undernäring eller risk för undernäring (Chima, Dietz-Seher & Kushner-Benson, 2008; Chen, Ang & Nasir, 2012), genom att uppmärksamma patienter med ätsvårigheter (Tannen, Schütz, Smoliner, Dassen & Lahmann, 2012) och genom att planera, genomföra och följa upp nutritionsrelaterade åtgärder (Tannen & Lohrmann, 2012). Ett genomtänkt etiskt förhållningssätt och helhetssyn ligger till grund i alla omvårdnadshandlingar. Besluten fattats, så långt det är möjligt, tillsammans med patienten och/eller närstående med hänsyn till dennes/deras önskemål, kunskap och behov (SSF, 2009; Socialstyrelsen, 2005).

Sjuksköterskans engagemang har betydelse för patientens motivation i näringsbehandlingen. Holst et al. fann i sin studie att aktiviteter som att samtala med patienten om ätsvårigheter, sätta upp individuella mål och gör uppföljningar av exempelvis näringsregistrering, var av betydelse och ansågs motiverande av patienterna (Holst et al., 2011). Genom ett utbildningsprogram för sjuksköterskor med fokus på näringsvården fann Pedersen, Tewes & Bjerrum (2011) att fler patienter diskuterade sina ätsvårigheter med personalen och fick adekvat assistans vid måltiderna. Patienterna serverades dessutom mat som de ville ha och kunde tugga samt att deras kunskap om vilken kost som var lämplig ökade. Sammantaget tydde detta på att patienternas näringsintag förbättrades.

Sjuksköterskans kunskap och kunskapsanvändning inom omvårdnad

Kunskapsbegreppet är mångdimensionellt och innehåller begrepp som vetande, insikt och kännedom. Kunskap utvecklas och kan kategoriseras på olika sätt. Teoretisk kunskap bygger

på faktakunskap och påståendekunskap och svarar på att veta att, att veta om, att veta varför. Praktisk kunskap står för skicklighet eller färdighet, att veta hur (Friberg, 2012). Därtill har vi den personliga erfarenhetskunskapen som växer fram genom reflektion utifrån det dagliga mötet med patienter och närstående. Sjuksköterskans kompetens bygger på att integrera såväl praktisk som teoretisk kunskap med klinisk erfarenhetskunskap (Friberg, 2012; SSF, 2013). Omvårdnaden skall dessutom genomsyras av ett vetenskapligt förhållningssätt och vila på vetenskaplig grund. Evidensbaserad kunskap, som grundar sig på forskningsresultat, är en av kunskapsformerna som ingår i vården. Evidensbaserad omvårdnad innebär att använda evidensbaserad kunskap som komplement till annan kunskap och att integrera denna i beslut om omvårdnadshandlingar. Att vården bygger på vetenskaplig grund och bedrivs med ett vetenskapligt förhållningssätt är en förutsättning för att patienten får en säker och trygg vård (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011)

Evidensbaserad hälso- och sjukvård innebär både en process och ett förhållningssätt. Ett evidensbaserat förhållningssätt definieras som ”en vilja att tillämpa bästa tillgängliga vetenskapliga bevis som underlag för vårdbeslut” (Willman et al, 2011, s. 21). Här har den enskilde vårdarens attityd och vilja betydelse för att faktiskt använda resultat utifrån forskning som underlag till sina vårdbeslut. Evidensbaserad hälso- och sjukvård som process avser bland annat att sammanställa, kvalitetsgranska, värdera och använda forskningsresultat (Willman et al., 2011).

Ett sätt att omsätta och använda forskningsresultat inom omvårdnad är att arbeta utifrån evidensbaserade riktlinjer. Att införa, implementera, evidensbaserad kunskap är en process som påverkas av faktorer både inom organisation och hos individen. Ledarskapet har stor betydelse i form av att stödja, underlätta och utforma strategier i förändringsarbetet, men även skillnader hos individen, som kunskapsnivå och förändringsvilja, påverkar förloppet av att implementera ny forskningsbaserad kunskap (SSF, 2013). Kajermo et al. (2008) fann bland annat att bristande chefsstöd för medverkan i forsknings- och/eller utvecklingsprojekt, oklara eller orealistiska mål för arbetsplatsen, avsaknad av akademisk examen och en äldre sjuksköterskeutbildning uppfattades av sjuksköterskor som hinder för forskningsanvändning (Kajermo et al., 2008).

Problemformulering

Nutritionsbedömning ligger till grund för eventuell utredning, diagnos och behandling, i syfte att optimera näringsintaget. Evidensbaserade riktlinjer för att identifiera patienter som är eller riskerar att bli undernärda finns att tillgå. I sjuksköterskans kompetens och i sin position som omvårdnadsansvarig ingår att göra riskbedömning för undernäring enligt gällande riktlinjer (Socialstyrelsen, 2005; 2011), men långt ifrån alla blir riskbedömda (Geurden et al., 2013; KS, 2012). Då sjuksköterskans kunskap och attityd är faktorer som kan ha betydelse för nutritionsbedömningen (SSF, 2013; Willman et al., 2011) finner jag detta betydelsefullt att studera.

SYFTE

Syftet var att beskriva sjuksköterskans kunskap och attityd gällande nutritionsbedömning av vuxna patienter som vårdas på vårdavdelning inom akutsjukvården.

METOD

Val av metod

Litteraturöversikt valdes som metod för att metoden möjliggjorde att göra en bred översikt ifrån aktuell forskning utifrån såväl kvalitativ som kvantitativ forskning. Metoden gav förutsättning till att beskriva sjuksköterskans kunskap och attityd ifrån ett stort antal respondenter ifrån olika sjukhusspecialiteter, samt ansågs användbar för att besvara syftet. Då litteraturöversikt, enligt Friberg (2012), används för att söka aktuell vetenskaplig kunskap inom ett avgränsat område samt ger möjlighet till att omfatta både kvalitativ och kvantitativ forskning, ansågs metoden lämplig. Litteraturöversikt som ett strukturerat arbetssätt (Friberg, 2012) gav också stöd i forskningsprocessen.

Urval

För att begränsa urvalet och erhålla material som stämde överens med syftet med litteraturöversikten valdes ett antal inklusions- och exklusionskriterier. Inklusionskriterier var utifrån syftet studier som beskrev sjuksköterskans attityd (förhållningssätt/intresse/åsikt) och/eller kunskap (befintlig eller behov av; utbildning) gällande nutritionsbedömning (riskbedömning, nutritionsscreening, näringsbedömning, näringsstatus, bedömning av näringstillstånd) av vuxna patienter (> 18 år) som vårdas på vårdavdelning inom akutsjukvården (sjukhusvård/sjukhus). För att uppnå tillförlitlighet grundar sig denna litteraturstudie på vetenskapliga artiklar, det är originalartiklar som har utsatts för granskning av andra forskare, (peer-reviewed), detta i enlighet med Friberg (2012). Valda studier skulle ha redovisat etiska överväganden och vara godkända av etiska kommittéer samt med en publikationsgräns på tio år. Artiklarna skulle uppnå klassificeringsgrad I eller II enligt bedömningsunderlag (*Bilaga I*).

Exklusionskriterier var utifrån Friberg (2012) översiktsartiklar (review articles) vilka inte presenterar ny kunskap samt artiklar som ej var originalartiklar. Vidare var kriterier för exklusion artiklar som inte innehöll sjuksköterskeperspektiv, som enbart gällde sjukhem, hemsjukvård eller äldreboenden, samt artiklar på barn eller gravida kvinnor. Ytterligare exklusionskriterier var artiklar vars syfte var att jämföra olika bedömningsinstruments validitet, tillika artiklar som grundade sig på en specifik diagnosgrupp.

Genomförande

I november 2013 gjordes inledande sökningar för att i enlighet med Friberg (2012) erhålla en grund till problemformulering och syfte. Därefter fokuserades sökningarna specifikt utifrån syftet och avslutades i februari 2014 (Tabell 1). Sökningarna gjordes i databaserna Cinahl, PubMed och SweMed+ då dessa tillhandahåller material inom området omvårdnad. Söktermerna nurses, nursing, nursing care, nursing role, attitudes, knowledge, nutrition, nutritional assessment, screening, guidelines, malnutrition, undernutrition, nutrition disorders, nutrition education, och hospital har använts separat eller i kombination både i fritext och/eller som associerade MeSH termer eller Subject Headings (Tabell 1). Sökningar har gjorts både med och utan begränsning till att vara skrivna på engelska, vilket resulterade i att utöver engelskspråkiga artiklar inkluderades en artikel på norska och en på svenska. Även manuell sökning har gjorts, utifrån syfte, inklusions- och exklusionskriterier, av relevanta artiklar genom referenslistor samt utifrån rekommenderade artiklar vid sökning i databaserna Cinahl och PubMed. I enlighet med Friberg (2012) ingick artiklar med såväl kvalitativ som kvantitativ forskningsansats till litteraturöversikten, för att täcka in vad som fanns forskat på

området. För att uppnå inklusionskriteriet peer reviewd kontrollerades att tidskrifterna som publicerat de utvalda artiklarna var kollegialt granskade. Då samma artikel förekommit som referens i olika sökningar har den/dessa avräknats i presentationen av antal lästa abstracts och antal lästa artiklar utifrån sökningarnas följd i tabellen, uppifrån och ner.

Tabell 1. Resultatredovisning av artikelsökning

Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa abstracts	Lästa artiklar	Utvalda
Cinahl 140124	Nursing Care OR Nurses OR Nursing Knowledge OR Nurse Attitudes OR Nursing Role AND Nutrition OR Nutritional Assessment OR Malnutrition OR Nutrition Disorders OR Nutrition Education	Published Date: 20040101-; Peer Reviewed Research Artikel English Language all adult	96	21	14	7
Cinahl 140126	Nutritional Assessment AND Nursing Knowledge	Published Date: 20040101-;	12	4	2	1
Cinahl 140128	Fritext Screening AND Malnutrition AND Nurses	Published Date: 20040101-;	66	11	10	2
Cinahl 140202	Nurse Attitudes AND Nutritional Assessment AND Hospitals	Published Date: 20040101-;	4	2	2	1
PubMed 140219	Fritext Guidelines and Undernutrition and Nurses and Hospital		12	2	2	1
Manuell sökning			3	3	3	3
Summa			193	43	33	15

Databearbetning

Artiklarna till litteraturöversikten var publicerade under de senaste åtta åren, från år 2006 och framåt. Artiklarna har noggrant studerats genom att identifiera likheter och skillnader utifrån artiklarnas syften, metoder och resultat. Utifrån den initiala läsningen framträdde material i resultaten som kunde kategoriseras utifrån litteraturstudiens syfte. Det rika materialet fick nogsamt och kritiskt studeras för att ge material som svarade mot syftet till litteraturöversikten samt inklusions- och exklusionskriterierna. Sammanställning av studiernas resultat gjordes. Respondenternas svar ifrån enkäter och intervjuer kunde sammanföras till gemensamma teman. Det gav följande tre teman; sjuksköterskans kunskap gällande nutritionsbedömning och faktorer som påverkar bedömningen, sjuksköterskans attityd gällande nutritionsbedömning, rutiner och ansvar samt kunskap och attityd associerat till utbildning och yrkeserfarenhet. Utifrån kunskapsbegreppet i betydelsen att veta att och att veta hur, identifierades material vilket gav tre underrubriker; kunskap om riktlinjer för nutritionsbedömning, förmåga att identifiera patienter i behov av näringsåtgärder, samt information och patientsamverkan. Sjuksköterskans attityd presenterades i studierna utifrån enkätsvar och gav procentuella resultat vilka sammanställdes under rubriken; diskrepans mellan att vilja och att göra. Andra aspekter som framkom av betydelse för attityden gav underrubriken; samarbete och ansvar. Förhållanden mellan attityd, kunskap, utbildning och yrkeserfarenhet framkom i några studier vilket gav underrubrikerna; kunskapsnivå och attityd, samt utbildning och yrkeserfarenhet.

Trovärdighet/Tillförlitlighet

Trovärdigheten och tillförlitligheten i ett examensarbete är kopplat till den vetenskapliga förankringen. Artiklarnas vetenskapliga kvalitet och den vetenskapliga anknytningen i bakgrunden och i resultatet, samt att arbetet utsatts för extern granskning genom exempelvis handledning, stärker arbetets trovärdighet och tillförlitlighet (Henricson, 2012). Artiklarna till litteraturöversikten har lästs och bearbetats flera gånger med ett objektiva och kritiska förhållningssätt. I matrisen (*Bilaga I*) presenteras de utvalda artiklarna och resultatet av varje studie presenteras där i reducerad form utifrån syftet, kunskap och/eller attityd gällande nutritionsbedömning. De redovisade artiklarna har sedan granskats och kvalitetsbedömts utifrån protokoll för bedömning av kvalitativa och kvantitativa studier (*Bilaga II*) och endast vetenskapliga original artiklar med Hög eller Medelhög kvalitet har inkluderats resultatet.

Metoden har presenterats och beskrivits med urval för inklusions- och exklusionskriterier, sökord och sökstrategi för att möjliggöra att följa sökprocessen. Litteraturöversikten har även granskats och diskuterats med handledare och vid sex grupphandledningstillfällen.

Forskningsetiska övervägande

Trovärdighet och kvalitet inom all forskning är starkt förknippat med de etiska riktlinjer som ingår i god forskningssed (Vetenskapsrådet, 2011). I enlighet med Vetenskapsrådets (2011) rekommendationer presenteras i denna litteraturöversikt öppet vilka metoder och urval som gjorts. Vidare har de artiklar som ingår i denna litteraturöversikt redovisat etiska överväganden och är kollegialt granskade för att enligt Friberg (2012) få trovärdigt material till resultatet. Texterna har nogsamt lästs, för att få förståelse för textens innehåll och därigenom bli sann och rättvis i bedömning och tolkning av den forskning som ingår i litteraturöversikten. Texterna har vid översättning behandlats med försiktighet så att texterna inte förändrats i sitt innehåll. Inga intressekonflikter i form av jäv eller partiskhet finns hos författaren.

Materialet i detta arbete är ej plagierat, förvrängt eller fabricerat, vilket enligt expertgruppen för etik (Vetenskapsrådet, 2011), är den vanligaste formen av oredlighet inom vetenskaplig forskning. För att säkerställa att andras texter ej har kopierats och att citat är korrekt återgivna med referens, har denna litteraturöversikt genomgått plagiatkontroll genom Urkund.

RESULTAT

Sjuksköterskans kunskap gällande nutritionsbedömning och faktorer som påverkar bedömningen

Analysen av artiklarna utifrån sjuksköterskans kunskap gällande nutritionsbedömning resulterade i följande underrubriker: kunskap om riktlinjer för nutritionsbedömning, förmåga att identifiera patient i behov av näringsåtgärder samt information och patientsamverkan.

Kunskap om riktlinjer för nutritionsbedömning

Avsaknad av eller bristande medvetenhet om riktlinjer för nutritionsbedömning i syfte att identifiera patienter med undernäring eller med risk för undernäring framkom i flera studier (Johansson et al., 2006; Mowe et al., 2008; Raja et al. 2008; Wentzel Persenius et al., 2008; Villalon et al., 2011). Detta bekräftas av sjuksköterskorna i studien av Raja et al. (2008) vilka förklarar ett lågt antal nutritionsbedömda med en brist på kunskap om evidensbaserade riktlinjer för nutritionsbedömning. Johansson et al. (2006) belyser i sin studie bland annat attityd och kunskap inom den svenska sjukvården relaterat till Europarådets riktlinjer i handläggningen av nutritionsproblem. I studien framkommer att 97 procent av sjuksköterskorna och läkarna (jämt fördelat mellan yrkesgrupperna) ser ett behov av lokala riktlinjer, medan andelen som beskriver att sådana riktlinjer finns, är 49 procent. Brist på riktlinjer för klinisk nutrition är även uppmärksammat i den skandinaviska studien av Mowe et al. (2008) som studerat sjuksköterskors och läkares kunskap utifrån ESPEN:s riktlinjer för näringsvården. Två tredjedelar av sjuksköterskorna och läkarna i studien saknar generella nationella riktlinjer för kliniks nutrition.

I studien Wentzel et al. (2008) undersöktes sjuksköterskors och chefssjuksköterskors uppfattning om nutritionsbedömning. Wentzel et al. fann att en fjärdedel av sjuksköterskorna inom landstingsvården kände till riktlinjer medan drygt tio procent inte visste om det fanns eller ej. Av sjuksköterskorna på chefsnivå, i samma studie, var kännedomen högre, där drygt 40 procent uppgav att riktlinjer gällande undernäring fanns. I studien av Villalon et al. (2011) uppgav två tredjedelar av sjuksköterskorna att det fanns riktlinjer för nutritionsbedömning medan drygt 20 procent var ovetande om det fanns riktlinjer på sin arbetsplats.

Förmåga att identifiera patienter i behov av näringsåtgärder

Bristande kunskap i att identifiera patienter med undernäring, risk för undernäring eller i behov av näringsterapi framkom i flera studier (Adams et al., 2008; Holst et al., 2009; Kim & Choue, 2009; Mowe et al. 2008). Enligt Adams et al. (2008), som i sin australiensiska studie studerat vårdpersonalens uppfattning och medvetenhet om tecken angående risk för undernäring, saknade sjuksköterskorna viktig kunskap om riskfaktorer för undernäring, som vikt förlust och aptitlöshet. Utifrån enkätsvar uppgav runt en fjärdedel av de skandinaviska sjuksköterskorna i studien av Holst et al. (2009), svårigheter i att identifiera patienter med behov av näringsstöd eller åtgärder, men vari svårigheterna består är inte preciserat. Däremot framkommer att 40 procent saknade metoder för att kunna göra näringsbedömning (Holst et al., 2009) vilket även ses i studien av Mowe et al. (2008). Utifrån enkätfrågor i den koreanska

studien av Kim och Choue (2009) kunde endast 35 procent uppge åtminstone ett kriterium för näringsbedömning, där knappt en procent av sjuksköterskorna uppgav BMI som ett kriterium. I den svenska kvalitativa studien av Söderhamn och Söderhamn (2008) uttryckte sjuksköterskorna en ambivalens i att använda BMI som mått då ett normalt värde kunde begränsa vidare åtgärder, även om det förelåg risk för undernäring. Av den anledningen skattades inte BMI så frekvent längre. En annan bild gav de israeliska sjuksköterskorna där alla, 100 procent, använde vikt, längd, BMI och näringshistoria i sin nutritionsbedömning, hellre än vitalparametrar (blodtryck, puls) eller urinprov (Boaz et al., 2013). Etablerade rutiner med kontroller vid inskrivningen, som att ta vikt och längd samt kost- och vätskemätning, kunde enligt Söderhamn och Söderhamn (2008) vara till hjälp för sjuksköterskan att uppmärksamma ätsvårigheter och indikera vidare nutritionsbedömning.

Bedömningsinstrument, utvecklade som evidensbaserade underlag för nutritionsbedömning tycks sällan användas (Kim & Choue, 2009; Villalon et al., 2011; Wentzel et al., 2008). I den kanadensiska studien av Villalon et al. (2011) som studerat attityder mot och hinder för screening bland vårdpersonal, framkommer att trots att en stor andel av sjuksköterskor uppger att de näringsbedömer patienterna, använder endast en fjärdedel någon form av bedömningsinstrument. Juul och Frich (2013), som i sin norska studie studerat vad som hämmar eller främjar införandet av bedömningsinstrument NRS 2002, fann att sjuksköterskan genom att använda instrumentet i nutritionsbedömningen kände en större säkerhet i samarbetet med läkaren genom en ökad trovärdighet i sin bedömning, och att läkarna då var mer benägna att lyssna. Men sjuksköterskans skicklighet i att använda bedömningsinstrument visade sig bristfällig i studien av Raja et al. (2008). Stora skillnader i utfallet av nutritionsbedömningen framkom i studien genom att dietisten fann avsevärt fler patienter med risk för undernäring än sjuksköterskan, när bedömning av samma patienter gjordes med hjälp av Malnutrition Screening Tool [MST] och MUST (Raja et al., 2008).

Sjuksköterskan gjorde även subjektiv selektering av patienterna, genom att i vissa fall identifiera behovet av näringsbedömning utifrån ett eget urval (Boaz et al., 2013; Juul & Frich, 2013; Villalon et al., 2011; Wentzel et al., 2008) eller genom att uppfatta att den professionella bedömning var lika användbar som bedömningsinstrument för att identifiera patienter med risk för undernäring (Raja et al. 2008). Urvalet kunde bestå av kriterier så som speciellt utsatta och sårbara patienter relaterat till patientens tillstånd, diagnos, vård/ behandling och ålder (Wentzel et al., 2008), eller genom hälsobedömning utifrån uppenbar förändring i vikt eller aptit (Boaz et al., 2013). Utmärklade patienter uppgavs indikera näringsbedömning utifrån studien av Villalon et al., (2011) vilket även antyds i studien av Juul och Frich (2013) där sjuksköterskan prioriterade de som ”såg ut” att behöva näringsåtgärder. Överviktiga patienter, samt de som utifrån viktstatus ”såg hälsosamma ut”, ansågs inte ha risk för undernäring (Raja et al., 2008), och närmare 40 procent av sjuksköterskorna menade i studien av Boaz et al. (2013) att överviktiga patienter alltid skulle ha en viktreducerande kost. Den viktigaste indikatorn på näringsstatus rankade sjuksköterskorna, utifrån Adams et al. (2008), hudens helhet och spänst.

Information och patientsamverkan

Att inte kunna erhålla information på grund av svårigheter i den verbala kommunikationen, framkommer i studien av Raja et al. (2008). Sjuksköterskor framhöll kommunikationssvårigheter med patienter, inklusive förvirrade patienter, som en fördröjande faktor i fullbordandet av nutritionsbedömningen. Sjuksköterskor beskrev känslan av frustration i att ofta vara beroende av familjemedlemmar eller tolkar för att erhålla

information till nutritionsbedömningen, till exempel om viktförändring (Raja et al., 2008). Utifrån den danska studien av Bjerrum et al. (2012) beskriver sjuksköterskorna att det är individuellt ”hur mycket man frågar”, vilket påverkade innehållet i informationen. Söderhamn och Söderhamn (2008) har i sin svenska kvalitativa studie specifikt studerat vad som kunde främja eller underlätta för sjuksköterskan att få information av den äldre patienten som har betydelse för nutritionsbedömningen. De fann att sjuksköterskans bedömning av nutritionsstatus främjades genom kunskapsbaserad dialog mellan patient och sjuksköterska. Nödvändiga förutsättningar var att ha intresse, att ge tid för att lyssna på patientens historia samt att vara lyhörd för patientens önskingar (Söderhamn & Söderhamn, 2008).

Sjuksköterskans attityd gällande nutritionsbedömning, rutiner och ansvar

Analysen av artiklarna utifrån sjuksköterskans attityd gällande nutritionsbedömning resulterade i följande underrubriker: diskrepans mellan att vilja och att göra samt samarbete och ansvar.

Diskrepans mellan att vilja och att göra

Sjuksköterskornas inställning till att nutritionsbedömning är en viktig uppgift som ska göras rutinmässigt var positiv, med högst instämmande i de skandinaviska studierna (Holst et al., 2009; Johansson et al., 2006; Mowe et al., 2006) samt i den kanadensiska studien (Villalon et al., 2011). Ett sätt att mäta attityden i de studier som tagit upp denna aspekt, var att deltagaren har fått gradera sitt instämmande på olika påståenden gällande attityd till näringsbedömning (Bachrach-Lindström et al., 2007; Holst et al., 2009; Johansson et al., 2006; Kim & Choue, 2009; Mowe et al., 2006; Villalon et al., 2011). Utifrån dessa snarlika påståenden visades att en övervägande majoritet, 60-95 procent av sjuksköterskorna, höll med om att näringsbedömning var en angelägen uppgift att göra vid inskrivning av patienterna.

Trots den positiva inställningen syntes en stor diskrepans i vad som faktiskt blev utfört i det dagliga arbetet. Rutinmässig nutritionsbedömning på alla patienter inom akutsjukvården låg på mellan 21 till 44 procent (Boaz, 2013; Holst et al., 2009; Johansson et al., 2006; Mowe et al., 2006; Wentzel et al., 2008; Yalcin et al., 2013). Holst et al. (2009) har i sin skandinaviska studie jämfört avdelningar med god respektive bristfällig definierad struktur utifrån ESPEN:s riktlinjer gällande nutritionsvården. Definitionen baserade sig på om respondenterna bejakade att avdelningen hade: multidisciplinärt nutritionsteam, en resursperson inom området nutrition, riktlinjer för att identifiera patienter med risk för undernäring, ansvarfördelning och/eller utbildning för sjuksköterskor. Bristfälligt definierad struktur var de enheter som uppgav två eller färre av dessa organisatoriska förhållanden och en väl definierad struktur uppgav tre eller fler. Resultatet visar på en betydligt mindre diskrepans mellan att vilja och att göra nutritionsbedömning på avdelningar som hade en väl definierad struktur för näringsvården än de med bristfällig struktur, genom att fler patienter blev nutritionsbedömda vid inskrivning (Holst et al., 2009). Villalon et al. (2011) ger en annan bild av hur frekvent nutritionsbedömning görs i sin kanadensiska studie, då närmare 90 procent av sjuksköterskorna uppger att nutritionsbedömning görs på deras arbetsplats.

Generellt sett ansåg 79-94 procent av sjuksköterskorna att det var viktigt eller mycket viktigt att väga patienterna rutinmässigt vid inskrivning på sjukhus (Holst et al., 2009; Johansson et al., 2006; Kim & Choue, 2009; Mowe et al., 2006). Diskrepansen är tydlig även gällande rutinmässig viktmätning vid inskrivning där 25-48 procent uppger att det görs på alla patienter (Boaz et al., 2013; Holst et al., 2009; Mowe et al., 2006). Holst et al. (2009) fann i sin jämförande studie att avdelningens struktur påverkade följsamheten även gällande

viktmatning. Dubbelt så många sjuksköterskor på avdelningar med väl definierad näringsstruktur svarade att det var rutin att väga patienterna på sin avdelning än de med bristfällig definierad struktur.

Samarbete och ansvar

Ansvar för nutritionsbedömning kunde enligt Johansson et al. (2006) ligga på såväl sjuksköterskan, läkaren och dietisten, men studien visade samtidigt att samtliga yrkeskategorier la största ansvaret på den egna yrkesgruppen. Sjuksköterskan tar i studien ett stort ansvar inom den egna professionen för att vara ansvarig för nutritionsbedömningen, 85 procent, men även ett stort ansvar läggs på läkarna, 71 procent, medan dietisterna ansågs ha ett lägre ansvar, 26 procent, utifrån ett flersvarsalternativ. I studien av Villalon et al. (2011) uppgavs dietisterna utföra nutritionsbedömning till 56 procent och sjuksköterskorna till 22 procent utifrån dietisternas svar. Undersköterskorna skulle också kunna ansvara för nutritionsbedömningen utifrån sjuksköterskornas svar i studien av Johansson et al. (2006) som dessutom fick en högre, 33 procent, ansvarsandel än dietisterna. Att engagera undersköterskorna genom att delegera en del av uppgifterna kring undernäring framkommer även i den norska studien av Juul och Frich (2006). Där skulle motivet vara att ge undersköterskorna mer intressanta arbetsuppgifter. Samtidigt uppfattade sjuksköterskorna att de själva fått en mer betydande roll i ansvaret för undernäring, i sin tur delegerat av läkarna (Juul & Frich, 2006). Sjuksköterskorna i studien som genomfördes av Söderhamn och Söderhamn (2008) ansåg att de genom att engagera undersköterskorna kunde öka mängden information, om till exempel hur patienterna äter, och på så sätt underlätta den näringsmässiga bedömningen.

Hur samarbetet mellan sjuksköterska och läkare i teamet fungerade, kunde påverka motivationen och attityden hos sjuksköterskan gällande nutritionsbedömningen. Att inte få respons ifrån läkarkollegiet kunde upplevas som frustrerande och minskade motivationen att näringsbedöma patienterna (Juul & Frich, 2013). Andra studier visar på att sjuksköterskorna anser att nutritionsbedömning mer är ett ansvar för dietisten än att det är ett göromål för sjuksköterskan (Boaz et al., 2013; Kim & Choue, 2009). Boaz et al. (2013) och fann också att sjuksköterskorna rankade näringsbedömning som mindre viktig i jämförelse med andra omvårdnadsuppgifter vilket är samstämmigt med studien av Raja et al. (2008), där sjuksköterskorna högre prioriterade andra arbetsuppgifter, speciellt de som efterfrågades av läkarna. Ett bristande intresse och ansvar för näringsvården anges gemensamt av både sjuksköterskor och läkare som, näst kunskapsbrist, vara största anledning till otillfredsställande näringsvård (Mowe et al., 2008).

Kunskap och attityd associerat till utbildning och yrkeserfarenhet

Kunskapsnivå och attityd

Utifrån kunskapstest inom näringskunskap har Boaz et al. (2013) och Ylacin et al. (2013) skattat kunskapsnivån hos sjuksköterskorna inom klinisk nutrition. Kunskapsnivån har sedan relaterats till olika aspekter på näringsvården. Studierna visade att sjuksköterskor med högre kunskapsnivå inom näringskunskap hade en mer positiv attityd till nutritionsbedömning, och att ta ansvar för uppgiften (Boaz et al., 2013) och var mer aktiva i att nutritionsbedöma sina patienter (Ylacin et al., 2013), än de med lägre kunskapsnivå. Bachrach-Lindström, et al. (2007) har studerat attityden hos både undersköterskor och sjuksköterskor i sin svenska studie med betoning av sjukhusvårdade äldre personer. Studien visade att undersköterskans attityd till näringsvård, inklusive nutritionsbedömning, var signifikant lägre än hos sjuksköterskan

(Bachrach-Lindström, et al., 2007). När sjuksköterskor och läkare fick självskatta sin kunskap gällande näringsvård (låg-måttlig-hög) visade det sig att de som bedömt sin kunskap som hög upplevde mindre svårigheter i att identifiera patienter med risk för undernäring samt att de tyckte att de hade metoder för att identifiera patienter med undernäring, än de som bedömt sin kunskap som låg (Mowe et al., 2008). På avdelningar med väl definierad struktur för näringsvården enligt ESPEN:s riktlinjer var den självuppskattade kunskapen för att hantera näringsfrågor betydligt högre än på avdelningar med bristfällig definierad struktur visade studien av Holst et al. (2009).

Utbildning och yrkeserfarenhet

Nästan hälften av sjuksköterskorna ansåg att grundutbildningen i nutritionsbehandling inte täckte behoven (Johansson et al., 2006) och utifrån Juul och Frich (2013) kan kunskaperna inom klinisk näringskunskap från grundutbildningen behöva kompletteras. Genom en satsning på sjuksköterskor med speciellt ansvar för nutrition fann Bjerrum et al. (2012) att de efter ett utbildnings- och träningsprogram baserat på experimentellt lärande bättre hanterade och tog ansvar för näringsbedömning, vilket bland annat innebar att utföra intervju inom 24 timmar, med frågor om kost, vikt, viktförlust och ätsvårigheter. Förbättringar i nutritionsbedömningen framkom även genom fokusgruppsintervjuer i studien av Raja et al. (2008). Fler patienter blev näringsbedömda, efter fyra månades träning och utbildning i att hantera bedömningsinstrumentet MUST.

Inga belägg för att år av yrkeserfarenhet skulle vara associerat till högre/lägre nutritionskunskap eller mer/mindre positiv attityd kunde ses (Boaz et al., 2013; Kim et al. 2009; Söderhamn & Söderhamn, 2008; Ylacin et al., 2013). Utifrån den kvalitativa studien av Söderhamn och Söderhamn (2008) sågs att kunskapen var stor även om yrkeserfarenheten var kort, vilket tydde på att sjuksköterskorna fått sin kunskap från grundutbildningen.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Val av metod

Vald metod lämpade sig väl för att utifrån syftet få en översikt av vad som fanns forskat inom området. Enkäter eller intervjuer kunde ha varit ett alternativ för att besvara syftet men det hade begränsat resultatet i antal respondenter samt i antal studiemiljöer. Metoden gav material från såväl kvalitativ som kvantitativ forskning, med övervägande artiklar med kvantitativ ansats. Artiklarnas olikheter i metoder, frågeställningar och syften har gett ett brett spektra av infallsvinklar till resultatet i litteraturöversikten, vilket visar på hur forskningen har studerat problemområdet ur olika synvinklar. De kvantitativa studierna bidrog med resultat ifrån enkäter där respondenterna fått skatta sin uppfattning om olika påståenden, vilket inte kan utesluta bias. Det stora antalet respondenter bör ändå säkerställa att resultatet kan utläsas som tendenser trots eventuell över- eller underskattning i svaren. Kvalitativa studier kan ge kunskap genom ökad förståelse och ett större kunskapsvärde kan uppnås genom att sammanställa flera kvalitativa studier om ett specifikt fenomen (Friberg, 2012). Fler artiklar med kvalitativ ansats hade därför kunnat bidra med en djupare förståelse till resultatet genom att sjuksköterskorna då kunnat beskriva aspekter på attityden och kunskapen gällande nutritionsbedömning som inte kommer fram genom enkätsvar.

Datainsamling

Initialt utfördes sökningarna utifrån en begränsning på fem år vilken fick utökas till tio år då mängden material (minst 15 artiklar) till litteraturöversikten inte kunde inhämtas utifrån en femårsbegränsning. Då vetenskaplig forskning är en färskvara (Friberg, 2012) kan det innebära att resultatet inte överensstämmer med dagsläget. Sökningarna gjordes på flera olika databaser Cinahl, PubMed, SweMed+, och flertalet artiklar kunde hämtas i fulltext genom databaser ifrån Sophiahemmes Högskola och Stockholms länslandstings e-bibliotek, medan artiklarna av Juul et al. (2013) samt Boaz et al. (2013) inhämtades manuellt på Karolinska Institutets Universitetsbibliotek. Detta utesluter ändå inte att forskning inom aktuellt område kan finnas publicerat och presenterat på annat sätt. Genom att kombinera flera relevanta sökord uppnåddes en variation av träffar och träffmängd. Detta för att vara försäkrad om att alla tänkbara artiklar med relevans för syftet skulle kunna inkluderas. Genom detta förfarande fick träffarna sedan gallras utifrån titel och lästa abstrakts, vilket innebar en subjektiv bedömning utifrån inklusions- och exklusionskriterierna. Då alla artiklar utifrån träffmängden inte lästs i sin helhet kan det inte uteslutas att någon artikel ändå skulle kunnat inkluderas.

Granskning och analys

Artiklarnas geografiska representation kan tyckas ojämnt fördelad med en överrepresentation från Sverige och de skandinaviska länderna. Detta är inget medvetet val utan bör ses som att näringsfrågan studerats flitigt av skandinaviska forskare med utgångspunkt ifrån Europarådets rekommendationer (Council of Europe, 2003) och ESPEN:s riktlinjer (ESPEN, 2002). Det går dock inte att bortse ifrån den dominans av ett skandinaviskt perspektiv som blir följd av en så stor representation i materialet. Dessutom tycks respondenterna i studierna av Holst et al. (2009), Mowe et al. (2006), Mowe et al. (2008) vara delaktiga i alla tre studier. Men det mycket stora antalet deltagande motiverar ändå att inkludera alla tre studier som belyst syftet ur olika perspektiv. Genom att fånga de artiklar som kunde svara mot syfte och urvalsförfarande inkluderades även studier av utomskandinaviska forskare. Motivet till att inkludera studier ifrån länder där en osäkerhet i om sjukvårdsförhållanden kan jämföras med svenska är att de presenterat bakgrundsmaterial som antyder att sjuksköterskans ansvar för nutritionsbedömning är likvärdig svenska förhållanden.

Artiklarna skulle vara skrivna på engelska, det officiellt antagna språket (Friberg, 2012), eller modersmålet svenska. Genom sökning utan språkbegränsning hittades även en artikel skriven på norska. Utan större svårigheter kunde den norska artikeln av Juul och Frich (2013) läsas och förstås och blev därmed inkluderad. Som hjälpmedel vid översättning har engelsk-svensk ordbok (Nordstedts, 2011) samt Google Translate använts. Risken för feltolkning av nyansen i enstaka ord eller sammanhang kan ändå inte helt uteslutas, då texterna har översatts, även om stor omsorg har vidtagits vid översättning och tolkning.

För att erhålla en korrekt tolkning av begrepp gällande näringsbedömningsprocessen har Med dr, leg.sjuksköterska och vårdutvecklingsledare Ann Ödlund Olin rådfrågats genom mejlkontakt. Då det förekommer en otydlighet och brist i konsensus av bärande begrepp gällande att identifiera patienter med undernäring eller med risk för undernäring (Lyne & Prowse, 1999), och att de engelska begreppen ”screening” och ”assessment” ibland används synonymt i litteraturen (Kralik, 2010) samt att artikelförfattarna inte alltid klargjort tolkningen av begreppet de använt, har inneburit att variationer i innebörden av begreppet ”nutritionsbedömning” förekommer i litteraturöversikten. Begrepp som inkluderats var, ”nutrition/nutritional assessment” (Bachrach-Lindström, et al., 2007; Bjerrum et al., 2012; Kim & Choue, 2009; Boaz et al., 2013), ”nutritional nursing assessment” (Söderhamn &

Söderhamn, 2008), "assessment of nutritional status" (Johansson et al., 2006; Wentzel et al., 2008; Ylacin et al., 2013), "nutrition screening" (Raja et al., 2008; Villalon et al., 2011), "screening for undernutrition" (Juul & Frich, 2006), "screening for nutritional status" (Holst et al., 2009), "assessed for risk of malnutrition" (Adams et al., 2008). Mowe et al. (2008) använder både "nutritional screening" och "nutritional assessment". I Mowe et al. (2006) användes tre begrepp: "nutritional screening", "nutritional assessment" och "evaluation of nutritional status". Tolkningen och variationen av begreppen kan ha inneburit att resultatet inte enhälligt kan tillfalla något av ovanstående begrepp.

Utifrån handledning av bibliotekarie på Sophiahemmet Högskola rekommenderades sökning utan begränsning till peer-reviewed. Den kollegiala granskningen kontrollerades i stället för varje enskild artikel, antingen gentemot databasen eller ifrån tidskriftens hemsida. Artikel där verifiering av kollegial granskning ej har uppnåtts är Holst et al. (2009), vilken är en e-publikation utgiven av ESPEN. Tillförlitligheten tycks ändå hög då organisationen även ger ut tidskriften *Clinical Nutrition* (peer-reviewed) och är ledanden i Europa inom området klinisk nutrition. Hemsidan för *Läkartidningen* uppgav att vissa artiklar är peer-reviewed, men huruvida Johansson et al., (2006) som publicerats i *Läkartidningen* granskats kollegialt kunde inte verifieras. Trovärdigheten ansågs ändå hög. Etiskt ställningstagande finns presenterat i alla artiklar men i olika omfattning och detaljrikedom. En förklaring till sparsammare etiskt ställningstagande kan bero på vilken metod som använts. Artiklar med svagare etiskt ställningstagande har graderats till en lägre kvalitetsnivå.

Några studier inkluderade andra yrkesgrupper än sjuksköterskor. Grupper av undersköterskor, läkare och dietister förekom i olika kombinationer i artiklarna av Adams, et al., 2008; Bachrach-Lindström et al., 2007; Johansson et al., 2006; Mowe, et al., 2006; Mowe, et al., 2008; Villalon et al., 2011. Att fler yrkesgrupper förekommer i artiklarna kan bero på det teamarbete och det gemensamma ansvar som föreligger nutritionsbedömning (Socialstyrelsen, 2011). I alla artiklar där fler yrkeskategorier fanns representerade var antalet sjuksköterskor i majoritet, förutom i studien av Bachrach-Lindström et al. (2007) där gruppen undersköterskor var större till antal deltagare. I litteraturöversikten har endast resultat ifrån sjuksköterskegrupper redovisats, utom i artiklarna av Johansson et al. (2006) och Mowe et al. (2008) där läkare och sjuksköterskor inte fanns presenterat separat i artikeln och därför redovisas gemensamt. Motivet till att ändå inkludera artiklarna var att sjuksköterskor var i övervägande majoritet (> 60 %) av deltagarna i båda studierna.

Resultatet och helheten i denna litteraturöversikt har inte för avsikt att generera kunskap som skall kunna generaliseras till den svenska hälso- och sjukvården. Uppsatsen hade givna förutsättningar, där lärandet och skapandet av uppsatsen skedde samtidigt och ska därför främst ses som examinationsuppgift. Däremot kan motivet för forskning variera (Vetenskapsrådet, 2011). Förutom kunskap som kan syfta till att förbättra något, "ger forskning av alla slag metodisk skolning och träning i kritiskt tänkande. På flera sätt kan forskning alltså bidra till både individers och samhällets utveckling" (Vetenskapsrådet, 2011, s. 30).

Resultatdiskussion

Syftet med att göra litteraturoversikten var att beskriva sjuksköterskans kunskap och attityd gällande nutritionsbedömning då sjuksköterskans kunskap och attityd tycktes ha betydelse för hur den enskilda sjuksköterskan agerar gällande nutritionsbedömning.

Kunskap är inte statisk utan utvecklas ständigt. Implementering av ny vetenskaplig kunskap är ett led i det konstanta utvecklingsarbetet inom hälso- och sjukvården (SSF, 2013). Implementering av riktlinjer inom näringsvården utarbetade av nationella och internationella organisationer är ett sätt att få in ny och evidensbaserad kunskap ifrån den senaste forskningen för att sjuksköterskan ska kunna erbjuda god och säker vård. Undernäring inom sjukhusvården har uppmärksamats de senaste decennierna och riktlinjer samt handläggning av klinisk nutrition, inklusive nutritionsbedömning, har utarbetats på nationell och internationell nivå. Resultatet av litteraturoversikten visar på brister gällande implementering av riktlinjer för nutritionsbedömning i och med att en stor efterfrågan och/eller okunskap om riktlinjer framkommit. Att införa riktlinjer för nutritionsbedömning och förankra dessa i klinisk verksamhet är en process, som för att lyckas, ställer krav på både organisation och individ (SSF, 2013). Resultatet visar på skillnader i uppfattningen/kännedomen om riktlinjer, vilket kan bero på hur aktivt organisationen arbetat med nutritionsfrågan samt hur det har förankrats hos den enskilda sjuksköterskan. Individuella skillnader i utbildning på grundnivå samt genom eventuell fortbildning kan även förklara variationen i resultatet. Chefssjuksköterskorna i Wentzel et al. (2008) hade större kännedom om riktlinjer gällande undernäring vilket kan tyda på att sjuksköterskans position i organisationen har betydelse och att implementering sker ”uppifrån och ner”.

Sjuksköterskans förmåga att identifiera patienter i behov av näringsåtgärder är associerat med medvetenheten om riktlinjer och rekommendationer, vilka ger sjuksköterskan verktyg för att utföra uppgiften. Här framkommer brister i att utifrån vetenskapliga kriterier uppmärksamma patienter med undernäring eller risk för undernäring. Uppgifter om att sakna kunskap om faktorer och kriterier, eller sakna teknik för att göra näringsbedömning framkommer (Adams et al., 2008; Holst et al., 2009; Kim & Choue, 2009; Mowe et al. 2008) men även en osäkerhet och okunskap i att använda BMI i näringsbedömningen (Kim & Choue, 2009; Söderhamn & Söderhamn, 2008). BMI är en av flera faktorer i nutritionsbedömningen och visar inte ensamt om undernäring eller risk för undernäring förekommer (Socialstyrelsen, 2011). Ett normalt eller högt BMI är heller ingen garanti för att risk för undernäring inte föreligger därför att fler faktorer måste vägas in i bedömningen. Användandet av evidensbaserade bedömningsinstrument i nutritionsbedömningen tycks inte vara i allmänt i bruk (Kim et al., 2009; Villalon et al., 2011; Wentzel et al., 2008). Dessa skulle kunna vara ett hjälpmedel förutsatt att adekvat utbildning och träning i att använda verktyget erbjuds (Neelemaat et al., 2011), då sjuksköterskan inte till fullo identifierade de patienter som hade risk för undernäring, med bedömningsinstrumenten MUST och MNA (Raja et al., 2008). Dock framkommer inte i studien av Raja et al. (2008) varför skillnaden blev så betydande mellan sjuksköterskors och dietisters mätningar med samma instrument.

När nutritionsbedömning inte görs rutinmässigt på alla patienter uppger sjuksköterskan att ett urval görs utifrån olika kriterier, där hänsyn till diagnos eller förändringar i status beskrivs vara en indikator för vilka som skall nutritionsbedömas. Men sjuksköterskor uppger även mindre erkända kriterier där sjuksköterskan gör en visuell eller ”professionell” bedömning. Detta ger en bild av ett godtyckligt agerande vilket kan leda till att ett stort antal patienter förblir oidentifierade och odiagnostiserade och därför lämnas utan adekvata nutritionsåtgärder. En studie av Suominen, Sandelin, Soini och Pitkala (2009) visade på ett

mörkertal på drygt 40 procent av oidentifierade patienter med undernäring, och att de patienter som sjuksköterskan uppmärksammat troligtvis var anorektiska med ett genomsnittligt BMI på 17, 2. Därtill skall den stora gruppen patienter med risk för undernäring läggas till. Enligt en studie av Kaiser et al. (2010) var gruppen med risk för undernäring dubbelt så stor som den med undernäring. Patienter med risk för undernäring har sjuksköterskan generellt sett svårt att identifiera (Beck et al., 2001). Dessa patienter uppvisar ännu inte kriterier för undernäring, men kan snabbt försämrats i sitt näringstillstånd, även under vårdtiden (Hafsteinsdóttir et al., 2010; Mosselman et al., 2013). Söderhamn och Söderhamn (2008) fann att fasta rutiner för kontroller av nutritionsrelaterade parametrar underlättade näringsbedömningen, vilket talar för att etablerade rutiner för nutritionsbedömning bör ingå i ankomstbedömningen vid inläggning på sjukhus. Detta tillsammans med att basera bedömningen med evidensbaserade kriterier och/eller bedömningsinstrument minskar risken för godtycklighet. Som framkommer i resultatet upplever sjuksköterskan en större säkerhet och trovärdighet vid användandet av bedömningsinstrument vilket även påverkade kommunikationen med läkarna positivt (Juul & Frich., 2013). Bara införandet i sig av evidensbaserade bedömningsinstrument säkerställer dock inte att alla patienter med undernäring eller risk för undernäring identifieras. Sjuksköterskan behöver till fullo behärska bedömningsinstrumentet för att utfallet skall bli optimalt.

Den etiska dimensionens närvaro inom all vård och omvårdnad (Socialstyrelsen, 2005) syns framförallt inom temat information och patientsamverkan. Så långt det är möjligt skall nutritionsbedömningen grunda sig på ett samarbete med patient och/eller närstående (Socialstyrelsen, 2011). Då patientens näringshistoria har betydelse i nutritionsbedömningen, och att informationen svårigen kan inhämtas på annat sätt, är kommunikationen med patient och/eller närstående av betydelse. Sjuksköterskan upplevde att en fördröjning av nutritionsbedömningen kunde uppkomma på grund av kommunikationssvårigheter med patienten samt genom att tolkar eller närstående inväntas (Raja et al., 2008; Söderhamn & Söderhamn, 2008). En tidsbegränsning på att genomföra ankomstbedömningen av näringstillståndet inom det första dygnet (Socialstyrelsen, 2011), kan för enskilda patienter vara alltför snäv. Den kunskapsbaserade dialogen visade sig främjas av att bland annat ge tid till att lyssna på patientens historia (Söderhamn & Söderhamn (2008), vilket kan påverka när det är möjligt att genomföra detta samtal.

En positiv attityd till näringsbedömning och viktmätning av patienterna i samband med inskrivning på sjukhus framkom i flera studier samtidigt som en diskrepans till vad som blir utfört visade sig. Dock ses i studien av Holst et al. (2009) att avdelningar med en väl definierad struktur utifrån ESPEN:s riktlinjer hade en mindre diskrepans i jämförelse med avdelningar med en bristfällig definierad struktur, genom att betydligt fler vägde och nutritionsbedömde sina patienter som en rutin vid inskrivning. Detta tyder på att en organisatorisk struktur rekommenderad av ESPEN (2002) var betydelsefull. Avvikande var studien av Villalon et al. (2011) där ett högre antal skattade att nutritionsbedömning utfördes, vilket kan bero på att det var dietisterna som mer frekvent nutritionsbedömde patienterna än sjuksköterskorna.

Vem bär då ansvaret för att den initiala nutritionsbedömningen utförs? Utifrån riktlinjer är detta en uppgift för läkare, dietist eller sjuksköterska (ESPEN, 2002; Socialstyrelsen, 2011; SWESPEN, 2006), vilket inte helt tydliggör vem som har ansvaret för uppgiften. Resultatet av litteraturoversikten visar att sjuksköterskan ses bära ett stort ansvar för den initiala nutritionsbedömningen, vilket även visat sig i andra studier (Chima et al., 2008; Ross, Mudge, Young & Banks, 2011), men även att samtliga yrkesgrupper, sjuksköterska, läkare och dietist,

lägger ett stort ansvar på den egna yrkesgruppen (Johansson et al., 2006). Rasmussen et al. (2006) fann i sin studie en signifikant förbättring av riskbedömningen bland annat genom en tydlig och väldefinierad ansvarsfördelning mellan yrkesgrupperna, sjuksköterska, läkare och dietist, och att detta var en av flera viktiga faktorer för att generellt förbättra näringsvården. Sammantaget visar detta på att det finns ett behov av förtydligande i ansvarsfördelningen gällande nutritionsbedömning vilket enligt Europarådet ska göras på nationell nivå (Beck et al., 2001) där ansvaret för varje uppgift för att identifiera patienter med undernäring eller risk för undernäring tydligt ska vara fördelad bland yrkeskategorierna.

I resultatet finns även antydning till att undersköterskan skulle kunna bära en del av ansvaret för nutritionsbedömningen, men även att sjuksköterskan delegerat ansvaret till undersköterskan. Här skulle lokala rutiner och riktlinjer vara av värde för att säkerställa ansvarsfördelningen. Sjuksköterskorna, i den israeliska studien av Boaz et al. (2013) samt i den koreanska studien av Kim et al. (2009), lägger ett större ansvar på dietisten än på den egna professionen. Detta skulle kunna vara ett uttryck för skillnader i ansvarsfördelningen beroende på sjukvårdsorganisation i olika länder, dock har sjuksköterskans centrala roll i nutritionsbedömningen framhållits i inledningen i respektive artikel.

Även om attityden tycks positiv till nutritionsbedömning och till att detta bör göras rutinemässigt i anslutning till inskrivning på sjukhus, tycks näringsvården och uppgifter förknippat med denna ha en lägre prioritet jämfört med andra arbetsuppgifter för sjuksköterskan (Boaz et al., 2013; Raja et al., 2008). Näringsrelaterade arbetsuppgifter, som nutritionsbedömning, tycks även hindras av bristande ansvar och intresse både hos läkare och sjuksköterskor (Mowe et al., 2008). En italiensk studie från 2013 bekräftar bilden av näringsvården som lågprioriterad i jämförelse med andra omvårdnadsuppgifter, även om sjuksköterskan i studien upplevde att undernäring var ett stort problem hos de äldre patienterna, vilka de dessutom sällan nutritionsbedömde (Bonetti, Bagnasco, Aleo & Sasso, 2013). Att en adekvat uppföljning av nutritionsbedömningen görs för patienter där undernäring eller risk för undernäring identifierades hade betydelse för motivationen, speciellt i form av respons från läkarkollegiet. Detta visar att läkarnas attityd till nutritionsbedömning har stor betydelse för att sjuksköterskan skall uppfatta detta som en meningsfull uppgift.

Resultatet tyder även på att med högre kunskap följde en mer positiv attityd och en högre aktivitet inom nutritionsbedömningen. Mer utbildning inom nutritionsområdet efterfrågades av sjuksköterskorna med såväl uppdatering som komplettering av grundutbildningen. Eftersom det inte visade sig att längden inom professionen var relaterat till bättre kunskap eller mer positiv attityd tyder inget på att sjuksköterskan med åren tillgodogör sig erfarenheter som skulle påverka kunskap och/eller attityd gällande nutritionsbedömning. Däremot sågs en antydning till att sjuksköterskor med kort arbetslivserfarenhet tycktes inneha god kunskap inom den näringsrelaterade omvårdnaden, vilket kan tala för att antingen hade sjuksköterskorna kunskapen i färskt minne eller att en ”nyare” sjuksköterskeutbildning följt med utvecklingen inom området nutrition.

Slutsats

Denna litteraturöversikt ämnade beskriva sjuksköterskans kunskap och attityd gällande nutritionsbedömning inom akutsjukvården. Sjuksköterskorna uppgav en positiv attityd gällande nutritionsbedömning, vilken dock inte efterföljdes av lika högt skattad praxis. För att uppnå god kvalitet och hög säkerhet inom nutritionsvården behöver sjuksköterskan ytterligare kunskap om nutritionsbedömning samt en tydlighet i ansvarsfördelningen. Nutritionsbedömning skall göras på alla patienter med evidensbaserade bedömningsunderlag

och/eller fastställda kriterier. Allt för att säkerställa patientsäkerheten så att ingen patient med undernäring eller med risk för undernäring ska bli oidentifierad och därmed obehandlad, då detta innebär ökat lidande, längre vårdtider och större risk för komplikationer.

Fortsatt forskning

För att säkerställa en adekvat nutritionsvård för patienterna inom akutsjukvården behövs mer forskning. Aktuellt att studera skulle kunna vara hur den svenska sjukvårdsorganisationen och landets lärosäten möter sjuksköterskans behov av mer kunskap inom området klinisk nutrition och nutritionsbedömning, men även att ytterligare studera de organisationer som har lyckats skapa goda rutiner för nutritionsbedömningen, för att identifiera faktorer av betydelse för en varaktig implementering av riktlinjer för nutritionsvården.

REFERENSER

Adams, N. E., Bowie, A. J., Simmance, N., Murray, M., & Crowe, T. C. (2008). Recognition by medical and nursing professionals of malnutrition and risk of malnutrition in elderly hospitalised patients. *Nutrition & Dietetics*, 65(2), 144-50. doi:10.1111/j.1747-0080.2008.00226.x

Alvarez-Hermández, J., Planas Vila, M., Leon-Sanz, M., García de Lorenzo, A., Celaya-Pérez, S., Garcia-Lorda, P.,... Sarto Guerri, B. (2012). Prevalence and cost of malnutrition in hospitalized patients: The PREDyCES Study. *Nutrición Hospitalaria*, 27(4), 1049-59. doi:10.3305/nh.2010.27.4.5986

Bachrach-Lindström, M., Jensen, S., Lundin, R., & Christensson, L. (2007). Attitudes of nursing staff working with older people towards nutritional nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 2007-14. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01868.x

Baldwin, C., Spiro, A., Ahern, R., & Emery, W. P. (2012). Oral nutritional interventions in malnourished patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the National Cancer Institute*, 104(5), 371-85. doi: 10.1093/jnci/djr556

Banks, M. D., Graves, N., Bauer, J. D., & Ash, S. (2013). Cost effectiveness of nutrition support in the prevention of pressure ulcer in hospitals. *European Journal of Clinical Nutrition*, 67, 42-6. doi:10.1038/ejcn.2012.140

Beck, A. M., Balknäs, U. N., Fürst, P., Haunen, L., Keller, U.,... Ovesen, L. (2001). Food and nutritional care in hospitals: How to prevent undernutrition – report and guidelines from the Council of Europe. *Clinical Nutrition*, 20(5), 455-60. doi:10.1054/clnu.2001.0494

Bjerrum, M., Tewes, M., & Pedersen, P. (2012). Nurses' self-reported knowledge about and attitude to nutrition – before and after a training programme. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 26(1), 81-9. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00906.x.

Boaz, M., Rychani, L., Barami, K., Houry, Z., Yosef, R., Siag, A., Berlovitz, Y., & Leibovitz, E. (2013). Nurses and nutrition: A survey of knowledge and attitudes regarding nutrition assessment and care of hospitalized elderly patients. *The Journal of continuing Education in Nursing*, 44(8), 357-64. doi:10.3928/00220124-20130603-89

Bonetti, L., Bagnoasco, A., Aleo, G., & Sasso, L. (2013). The transit of the food trolley – malnutrition in older people and nurses' perception of the problem. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27, 440-48. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01043.x

Caro, M. M. M., Laviano, A., & Pichard, C. (2007). Nutritional intervention and quality of life in adult oncology patients. *Cl Wentzel et al. (2008) inical Nutrition*, 26, 289-301. doi:10.1016/j.clnu.2007.01.005

Chen, X., Ang, E., & Nasir, N. B. (2012). Nutritional screenig among patients with cancer in an acute care hospital: A best practice implementation project. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 10, 377-81. doi:10.1111./j.1744-1609.2012.00291.x

Chima, C. S., Dietz-Seher, C., & Kushner-Benson, S. (2008). Nutrition risk screening in acute care: A survey of practice. *Clinical Research*, 23(4), 417-23. doi:10.1177/0884533608321137

Council of Europé. (2003). Resolution ResAP(2003)3: On food and nutritional care in hospitals. Hämtad 4 november 2013 från <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=85747>

Diekmann, R., Winning, K., Uter, W., Kaiser, J. M., Sieber, C. C., Vokert, D., & Bauer, J. M. (2013). Screening for malnutrition among nursing home residents: A comparative analysis of the Mini Nutritional Assessment, The Nutritional Risk Screening, and The Malnutrition Universal Screening Tool. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 17(4), 326-31. doi: 10.1007/s12603-012-0396-2

ESPEN. (2002). ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. Hämtad 4 november 2013 från <http://espen.info/documents/Screening.pdf>

Freijer, K., Tan, S. S., Koopmanschap, M. A., Meijers, J. M. M., Halfens, R. J. G., & Nuijten, J. C. M. (2013). The economic costs of disease related malnutrition. *Clinical Nutrition*, 32(2013), 136-41. doi.org./10.1016/j.clnu.2012.06.009

Friberg, F. (Red.). (2012). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2.uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Geurden, B., Franck, E., Van Looy, L., Weyler, J., & Ysebaert, D. (2012). Self-reported body weight and height on admission to hospital: A reliable method in multi-professional evidence-based nutritional care? *International Journal of Nursing Practice*, 18, 509-17. doi: 10.1111/j.1440-172X.2012.02066.x

Geurden, B., Wouters, C., Franck, E., Weyler, J., & Ysebaert, D. (2013). Does documentation in nursing records of nutritional screening on admission to hospital reflect the use of evidence-based practice guidelines for malnutrition? *International Journal of Nursing Knowledge*. doi: 10.1111/2047-3095.12011

Google Translate Hämtad <http://translate.google.com/>

Hafsteinsdóttir, T. B., Mosselman, M., Schoneveld, C., Riedstra, Y. D. & Kruitwagen, C. L. J. (2010). Malnutrition in hospitalised neurological patients approximately doubles in 10 days of hospitalisation. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 639-48. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03142.x

Henricson, M. (Red.). (2012). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. 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., Rasmussen, H. H., Unosson, M., & The Scandinavian Nutrition Group. (2009). Well-established nutritional structure in Scandinavian hospitals is accompanied by increased quality of nutritional care. *e-SPEN, The European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism*, 4, e22-e29. doi: 10.1016/j.eclnm.2008.09.002. Hämtad 17 februari från [http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/yeclnm/article/S1751-4991\(08\)00087-5/fulltext](http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/yeclnm/article/S1751-4991(08)00087-5/fulltext)
- Johansson, U., Larsson, J., Rothenberg, E., Stene, C., Unosson, M., & Bosaeus, I. (2006). Svenska sjukhus klarar inte Europarådets riktlinjer. *Läkartidningen*, 103(21-22), 1718-20, 1723-4.
- Juul, H. J., & Frich, J. C. (2013). Kartlegging av underernaering i sykehus - Hva hemmer og fremmer sykepleieres bruk av screeningverktøy for identifisering av ernæringsmessig risiko? *Nordisk Sygeplejeforskning*, 3(2), 77-89. doi:
- Kaiser, M. J., Bauer, M. J., Rämisch, C., Uter, W., Guigoz, Y., Cederholm, T.,...Sieber, C. C. (2010). Frequency of malnutrition in older adults: A multinational perspective using the Mini Nutritional Assessment. *Journal of American geriatric Society*, 58, 1734-38. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.03016.x
- Kajermo, K. N., Undén, M., Gardulf, A., Eriksson L. E., Orton, M-L., Arnetz, B. B., & Nordström, G. (2008). Predictors of nurses' perceptions of barriers to research utilization. *Journal of Nursing Management*, 16, 305-14. doi: 10.1111/j.1365-2834.2007.00770.x
- Karolinska Universitetssjukhuset (2012). *Patientsäkerhetsberättelse och Kvalitetsbokslut*. Stockholm: Karolinska Universitetssjukhuset. Hämtad 25 november 2013 från <http://www.karolinska.se/upload/Omv%C3%A5rdnadsenheten/2013/Patients%C3%A4kerhetsber%C3%A4ttelse%20och%20Kvalitetsbokslut%202012.pdf>
- Kim, H., & Choue, R. (2009). Nurses' positive attitudes to nutritional management but limited knowledge of nutritional assessment in Korea. *International Nursing Review*, 56, 333-39. doi:10.1111/j.1466-7657.2009.00717.x
- Kralik, D. (2010). Editorial: What are the issues of nutrition for people living with chronic illness? *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 2, 1-3. doi: 10.1111/j.1752-9824.2010.01049.x
- Lindh, M. & Sahlqvist, L. (2012). *Säker vård: Att förebygga skador och felbehandlingar inom vård och omsorg*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Livsmedelsverket (2013). Näringsrekommendationer. Hämtad 9 december 2013 från <http://www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/naringsrekommendationer/>
- Lundh, B. (Red.). (1994). *Bra Böckers Stora Läklexikon*. Höganäs: Bokförlaget Bra Böcker AB.
- Lyne, P. A., & Prowse, M. A. (1999). Methodological issues in the development and use of instruments to assess patient nutritional status or the level of risk of nutritional compromise. *Journal of Advanced Nursing*, 30(4), 835-42. doi: <http://dx.doi.org.sll.idm.oclc.org/10.1046/j.1365-2648.1999.01157.x>

- Mosselman, M. J., Kruitwagen, C.L.J.J., Schuurmans, M. J. & Hafsteinsdóttir, T. B. (2013). Malnutrition and risk of malnutrition in patients with stroke: Prevalence during hospital stay. *Journal of Neuroscience Nursing*, 45(4), 194-204. doi:10.1097/JNN.0b013e3182986.3cb
- Mowe, M., Bosaeus, I., Rasmussen, H. H., Kondrup, J., Unosson, M., & Irtun, Ø. (2006). Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: a questionnaire based survey. *Clinical Nutrition*, 25(3), 524–32. doi: 10.1016/j.clnu.2005.11.011
- Mowe, M., Bosaeus, I., Rasmussen, H. H., Kondrup, J., Unosson, M., Rotenberg, E., Irtun, Ø. & The Scandinavian Nutrition group. (2008). Insufficient nutritional knowledge among health care workers? *Clinical Nutrition*, 27, 196-202. doi: 10.1016/j.clnu.2007.10.014
- Neelemaat, F., Meijers, J., Kruizenga, H., van Ballegooijen, H. & van Bokhorst-de van der Schueren, M. (2011). Comparison of five malnutrition screening tools in one hospital inpatient sample. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 2144-52. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.02083.667.x
- Nordstedts. (2011). *Nordstedts stora engelska ordbok*. Stockholm: Nordstedts Förlagsgrupp AB
- Norman, K., Pichard, C., Lochs, H., & Pirlich, M. (2008). Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clinical Nutrition*, 27, 5-15. doi: 10.1016/j.clnu.2007.10.007
- Pedersen, P. U., Tewes, M., & Bjerrum, M. (2011). Implementing nutritional guidelines – the effect of systematic training for nurse nutrition practitioners. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 26, 178-85. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00912.x
- Raja, R., Gibson, S., Turner, A., Winderlich, J., Porter, J., Cant, R., & Aron, R. (2008). Nurses' views and practices regarding use of validated nutrition screening tools. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26(1).
- Rasheed, S., & Woods, T. R. (2013). An investigation into the association between nutritional status and quality of life in older people admitted to hospital. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. doi:10.1111/jhn.12072
- Rasmussen, H. H., Kondrup, J., Staun, M., Ladefoged, K., Lindorff, K., Jørgensen, L. M.,... Wengler, A. (2006). A method for implementation of nutritional therapy in hospitals. *Clinical Nutrition*, 25, 515-23. doi: 10.1016/j.clnu.2006.01.003
- Ross, J. L., Mudge, M. A., Young, M. A., & Banks, M. (2011). Everyone's problem but nobody's job: Staff perceptions and explanations for poor nutritional intake in older medical patients. *Nutrition & Dietetics*, 68, 41-6. doi:10.1111/j.1747-0080.2010.01495.x
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/

Skolin, I. (2010). *Näringslära för sjuksköterskor – teori och praktik*. Falkenberg: Nordstedts.

Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 25 november 2013 från 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 20 november 2013 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18400/2011-9-2.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening (2013). *Implementering*. Stockholm. Hämtad 31 januari 2014 från http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/SSF%20om-publikationer/OM_Implementering_webb.pdf

Svensk sjuksköterskeförening (2009). *Omvårdnad och god vård*. Stockholm. Hämtad 2 februari 2014 från http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/SSF%20om-publikationer/OM_Omvardnad.och.god.vard.webb.pdf

Suominen, M. H., Sandelin, E., Soini, H., & Pitkala, K. H. (2009). How well do nurses recognize malnutrition in elderly patients? *European Journal of Clinical Nutrition*, 63, 292-96. doi: 10.1038/sj.ejcn.1602916

SWESPEN (2006). *Nutritionsbehandling i sjukvård och omsorg*. SWESPEN - Swedish Society for Clinical Nutrition and Metabolism. Hämtad 25 november 2013 från <http://www.swespen.se/documents/Nutritionshandboken.pdf>

Söderhamn, U., & Söderhamn, O. (2008). A successful way for performing nutritional nursing assessment in older patients. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 431-39. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02378.x

Tannen, A & Lohrmann, C. (2012). Malnutrition in Austiran hospital patients. Prevalence, risk factors, nursing interventions, and quality indicators: A descriptive multicentre study. *Journal of advanced nursing*, 69(8), 1840-49. doi: 10.1111/jan.12051

Tannen, A., Schütz, T., Smoliner, C., Dassen, T., & Lahmann, N. (2012). Care problems and nursing interventions related to oral intake in german nursing homes and hospitals: A descriptive multicentre study. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 378-85. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.09.018

Vetenskapsrådet (2011). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Hämtad 13 januari 2014 från <http://www.vr.se/download/18.3a36c20d133af0c12958000491/1321864357049/God+forskningsged+2011.1.pdf>

Wentzel Persenius, M., Hall-Lord, M-L., Bååt, C., & Wilde Larsson, B. (2008). Assessment and documentation of patients' nutritional status: Perceptions of registered nurses and their chief nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2125-36. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02202.x

Villalon, L., Laporte, M., & Carrier, N. (2011). Nutrition Screening for Seniors in Health Care Facilities: A Survey of Health Professionals. *Canadian Journal of Dietetic Practice & Research*, 72(4), 162-69. doi:10.3148/72.42011.162

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

Yalcin, N., Cihan, A., Gundogdu, H., & Ocakci, A. (2013). Nutrition knowledge level of nurses. *Health Science Journal*, 7(1), 99-108.

Young, A. M., Kidston, S., Banks, M. D., Mudge, A. M., & Isenring, E. A. (2013). Malnutrition screening tools: Comparison against two validated nutrition assessment methods in older medical inpatients. *Nutrition*, 29(1), 101-6. doi: 10.1016/j.nut.2012.04.007

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ
Adams, N. E., Bowie, A. J., Simmance, N., Murray, M., & Crowe, T. C. 2008 Australien	Recognition by medical and nursing professionals of malnutrition and risk of malnutrition in elderly hospitalised patients.	Syftet var att fastställa förekomsten av undernäring hos äldre inlagda patienter och undersöka vårdpersonalens uppfattningar och medvetenhet om tecken på och risk för undernäring, samt tillgängliga behandlingsalternativ.	Patienter, sjuksköterskor och läkare från två medicinska vård - avdelningar på sjukhus ingick i studien. Kvantitativ och kvalitativ studiedesign användes. Patienter bedömdes med MNA och en forskningsutformad enkät användes för att bedöma läkares och sjuksköterskors uppfattningar, kunskaper och medvetenhet om tecken på undernäring.	Sjuksköter- erskor n=37 (14) Patienter n=100 (9) Läkare n=20 (9)	Kunskap om riskfaktorer för undernäring saknades, som vikt förlust och aptitlöshet. Sjuksköterskor uppfattade hudstatus som den bästa indikatorn på näringsstatus, följt av vikt/BMI och oralt intag. Sist bland nio alternativ kommer aptitlöshet.	II K/P
Bachrach- Lindström, M., Jensen, S., Lundin, R., & Christensson, L. 2007 Sverige	Attitudes of nursing staff working with older people towards nutritional nursing care.	Syftet med denna studie var att undersöka attityden hos vårdpersonal i äldre vården i förhållande till viktiga faktorer gällande näringsvård.	Enkäter. Sjuksköterskor och undersköterskor från geriatrisk och medicinsk avdelning från två sjukhus ingick i studien, samt undersköterskor från sjukhem (n=64). SANN-G skala med 18 påståenden, indelat i under- grupper. Svar genom skala; 1-5 (instämmer helt - instämmer inte alls). Utifrån SANN-G skalan uppmättes attityden genom totalpoäng.	Sjuksköter- skor n= 80 Under- sköterskor n= 104 Utan titel n=4 Totalt (44) + Under- sköterskor n=64 (0)	Av sjuksköterskorna uppvisade närmare 60 procent en positiv attityd till näringsbedömning. Det fanns ingen statistiskt signifikant skillnad i attityd mellan de med kort (<5 år) eller lång (>5 år) arbetslivserfarenhet. Undersköterskor hade signifikant lägre positiv attityd till näringsvård, inklusive näringsbedömning, än sjuksköterskorna.	II P

Bjerrum, M., Tewes, M., & Pedersen, P. 2012 Danmark	Nurses´selfreported knowledge about and attitude to nutrition – before and after a training programme.	Denna studie syftade till att undersöka hur ett utbildningsprogram för utvalda sjuksköterskor med särskilt ansvar för nutrition påverkade sjuksköterskornas kunskap om klinisk nutrition och deras medvetenhet och attityd till näringsbehandling.	En interventionsstudie genom- fördes med sjuksköterskor från medicinska och kirurgiska avdelningar vilka deltog i ett 12-månaders tränings- program. Sjuksköterskorna delades in i två grupper och intervjuades två gånger innan och efter interventionen genom fokusgruppsintervjuer. Deduktiv innehållsanalys användes för att analysera data.	Sjuksköter- skor n=16	Sjuksköterskorna hanterade näringsbedömning bättre efter träningsprogrammet. De blev också mer medvetna om sitt ansvar för näringsvården. Screeningsrutinerna förbättrades och patienten bedömdes utifrån intervju med frågor om kost, vikt, viktminskning och födointag inom 24 h. Men det varierade hur mycket de frågade.	I K
Boaz, M., Rychani, L., Barami, K., Houry, Z., Yosef, R., Siag, A., Berlovitz, Y., & Leibovitz, E. 2013 Israel	Nurses and nutrition: A survey of knowledge and attitudes regarding nutrition assessment and care of hospitalized elderly patients.	Studien mätte sambandet mellan näringskunskap och attityd gällande näringsvård och matning av patienter hos sjuksköterskor som arbetar i sjukhusmiljö.	Enkätstudie. En tvärsnitts- undersökning med strukturerade frågeformulär. Påståenden besvarades genom graderad skala 1-4 (instämmer helt - instämmer inte alls).	Sjuksköter- skor n=106 (0)	Sjuksköterskorna nutritionsbedömde alltid 25,5 procent och vägde alltid 26,9 procent av alla patienterna vid inskrivning. För nutritionsbedömning användes längd, vikt, BMI och näringshistoria av alla (100 procent). Forskarna fann en positiv association mellan näringskunskap och positiv attityd till näringsbedömning och att ta ansvar för näringsbedömningen. Enligt gradering rankades att utföra näringsbe- dömning som relativt oviktigt jämfört med andra omvårdnadsuppgifter.	II P
Holst, M., Rasmussen, H. H., Unosson, M., & The Scandinavian Nutrition Group 2009 Danmark Norge Sverige	Well-established nutritional structure in Scandinavian hospitals is accompanied by increased quality of nutritional care.	Syftet studien var att undersöka skandinaviska sjuksköterskors själv- rapporterade attityder, praxis och hinder gällande näringsvård, samt att undersöka om de som arbetar på avdelningar med en väl definierad struktur (w- DS) för näringsmässiga aspekter hade bättre näringsvård.	Designen är en enkätbaserad undersökning av skandinaviska sjuksköterskors attityder och praxis för klinisk nutrition. En definition av w –DS (väl definierad struktur) och p- DS (bristfällig struktur) gjordes enligt ESPEN riktlinjerna. Sjuksköterskor klassificerades som arbetar vid w- DS eller p- DS avdelningar.	Sjuksköter- skor n=2759 (3241)	≥90 procent hade positiv inställning till näringsbe- dömning och vägning av patienterna vid inskrivning. Skillnader fanns mellan attityd och praktik, med högre frekvens av näringsbedömning och vägning av patienterna på avdelningar som bedömts ha en väl definierad struktur utifrån ESPEN:s riktlinjer. Högre självuppskattad kunskap fanns på avdelning med väl definierad struktur än på av- delningar med bristfällig struktur.	I P

Johansson, U., Larsson, J., Rothenberg, E., Stene, C., Unosson, M., & Bosaeus, I. 2006 Sverige	Svenska sjukhus klarar inte Europarådets riktlinjer.	Syftet var att undersöka hur Europarådets riktlinjer för handläggning av malnutrition idag efterlevs vid svenska sjukhus.	Enkätstudie med 29 frågor (+ underfrågor) för läkare, sjuksköterskor och dietister. Läkare och dietister hämtades ur en databas och läkarna randomiserades till urvalet. Sjuksköterskorna valdes ut av verksamhetschefer vid de kliniker där läkarna utvalts. Varje verksamhetschef fick enkäter att sprida till kliniken sjuksköterskor. Bortfallsanalys med intervjuer, n=82, bestående av tre frågor.	Sjuksköterskor n=900 (1100) Läkare n=580 (1420) Dietister n=171 (178)	Stor diskrepans mellan en positiv attityd och bristande rutin gällande nutritionsbedömning och kroppsviktsmätning på patienterna vid inskrivning (sjuksköterskor och läkare). Drygt hälften av sjuksköterskorna anser att grundutbildningen gett tillräcklig kunskap för att fatta beslut inom näringsbehandling. Kännedom om lokala riktlinjer uppger närmare hälften (sjuksköterskor och läkare), medan 97 procent bejakar ett behov av lokala riktlinjer.	I P
Juul, H. J., & Frich, J. C. 2013 Norge	Kartläggning av underernaering i sykehus - Hva hemmer og fremmer sykepleieres bruk av screeningverktøy for identifisering av ernæringsmessig risiko?	Syftet med denna studie är att få ny kunskap om hur kliniska chefssjuksköterskor upplevde införandet av en screeningsmetod för identifiering av undernäingsrisk, med tanke på hinder och möjliggörare för genomförandet av verktyget.	Kvalitativ studie baserad på intervjuer, med kliniska chefssjuksköterskor på två norska sjukhus, genom strategiskt urval. Intervjuerna, som styrdes genom en intervjuguide, spelades in och transkriberades. Analysen baserades på både deduktiv och induktiv analytisk metod.	Sjuksköterskor n=5 (ej redovisat)	Brist på gensvar ifrån läkarna minskade motivationen till nutritionsbedömning. Genom bedömningsverktyget fick sjuksköterskorna större självförtroende gentemot läkarna genom att de kände att de hade underlag för sin bedömning, och att läkarna då var mer benägna att lyssna. Sjuksköterskan prioriterade först och främst de patienter som ”såg ut” att behöva näringsåtgärder. Sjuksköterskorna hade delegerat en del ansvar för näringsvården till undersköterskorna samtidigt som de uppfattade att de själva fått ett större ansvar i sin tur delegerat av läkarna.	II K
Kim, H., & Choue, R. 2009 Korea	Nurses´ positive attitudes to nutritional management but limited knowledge of nutritional assessment in Korea.	Syftet med denna studie var att undersöka näringsattityder och kunskap hos sjuksköterskor som arbetar i sjukhusmiljö.	Enkätstudie. Utifrån ett frågeformulär med flersvarsalternativ och utrymme för egna kommentarer. Fokus var näringsbehandling med avseende på bedömning av nutritionsstatus och genomförande av nutritionsvård.	Sjuksköterskor n=221 (62)	Sjuksköterskorna hade en övervägande positiv inställning till att bedöma patienternas nutritionsstatus och vikt, dock hade de begränsad kunskap om de bedömningskriterier som är grundläggande för bedömningen av nutritionsstatus. Sjuksköterskorna uppgav att dietisterna hade det största ansvaret för nutritionsbedömningen.	II P

Mowe, M., Bosaeus, I., Rasmussen, H. H., Kondrup, J., Unosson, M., & Irtun, Ø. 2006 Danmark Norge Sverige	Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: a questionnaire based survey.	Denna studie genomfördes för att undersöka näringspraxis på olika sjukhus i förhållande till ESPEN standarder (t.ex. screening av alla patienter, bedömning av riskpatienter) bland skandinaviska läkare och sjuksköterskor .	En enkät om närings attityder och rutin skickades till slumpvis utvalda läkare. Sjuksköterskor utvaldes slumpvis av chefsjuksköterskan på samma avdelningar där läkarna tjänstgjorde Sammanlagt 61 frågor och 68 påstående skulle kommenteras, samt 6 demografiska frågor. För uttalandena fanns i allmänhet fyra svarsalternativ; instämmer helt - helt oense.	Sjuksköterskor n=2759 (3241) Läkare n=1753 (4247)	De allra flesta höll med om att näringscreening och kroppsviktsmätning skulle utföras rutinmässigt, men var en kraftig skillnad mellan daglig tillämpning och attityd. Sammantaget svarade 45 procent att kroppsvikten mättes hos alla patienter, medan 93 procent sade att det bör var rutin. Endast 26 procent svarade att näringsbedömning gjordes på alla patienter, även om 89 procent sa att det borde vara rutinmässigt gjort.	I P
Mowe, M., Bosaeus, I., Rasmussen, H. H., Kondrup, J., Unosson, M., Rotenberg, E., Irtun, Ø., & The Scandinavian Nutrition group. 2008 Danmark Norge Sverige	Insufficient nutritional knowledge among health care workers?	Syftet var att studera läkare och sjuksköterskors självrapporterade kunskap i klinisk nutrition med fokus på ESPEN:s riktlinjer gällande närings-screening, bedömning och behandling.	Enkäter. Utifrån ett frågeformulär med påstående, bedömde läkare och sjuksköterskor sin egen kunskap och attityd gällande näringspraxis med fokus på ESPENs riktlinjer gällande närings screening, bedömning och behandling. Bortfallsanalys ifrån läkarkåren gjordes (pga. urvalsförfarandet gick det inte att göra samma bortfallsanalys på sjuksköterskegruppen).	Sjuksköterskor n=2759 (3241) Läkare n=1753 (4247)	Vanligaste orsakerna till bristande klinisk näringsvård uppgavs vara brist på kunskap, intresse och ansvar. 25 procent hade svårt att identifiera patienter i behov av näringsåtgärder och näringsstöd, 39 procent saknade metoder för att identifiera undernärda patienter och 66 procent saknade generella nationella riktlinjer för klinisk nutrition. De som självuppskattade sin näringskunskap som bra, bedömde även sin förmåga till nutitionsbedömning som bättre, samt bejakade att inneha teknik att för att identifiera undernärda patienter i högre grad än de som uppskattade sin näringskunskap som otillräcklig.	I P

Raja, R., Gibson, S., Turner, A., Winderlich, J., Porter, J., Cant, R., & Aron, R. 2008 Australien	Nurses' views and practices regarding use of validated nutrition screening tools.	Syftet var att undersöka sjuksköterskors åsikter och praxis rörande näringsbedömning och användning av bedömningsinstrument, (MST) och (MUST), på vårdavdelningar på akut sjukhus.	I studien användes både kvalitativa och kvantitativa metoder, inklusive fokusgrupper och undersökning av patientjournaler. Intervjuer med fokusgrupper inleddes med öppna frågor och spelades in och transkriberades ordagrant. Studien gjordes på fyra medicin- och kirurgavdelningar.	Sjuksköterskor n=54 (bortfall ej redovisat)	Sjuksköterskans skicklighet att använda screeningsinstrumenten var bristfällig, speciellt gruppen för undernäingsrisk förblev oidentifierade. Näringsbedömning var lägre prioriterat än andra arbetsuppgifter, speciellt sådana uppgifter som efterfrågades av läkarna. Några sjuksköterskor tillämpade individuell bedömning snarare än ett verktyg för att bedöma undernäingsrisk. Svårigheter med att kommunicera med patienterna ansåg som ett hinder i screeningen. Efter utbildning och stöd till sjuksköterskorna under fyra månader förbättrades näringsbedömningen.	I K/P
Söderhamn, U., & Söderhamn, O. 2008 Sverige	A successful way for performing nutritional nursing assessment in older patients.	Syftet med studien var att erhålla ökad kunskap och förståelse gällande vad som kan främja och underlätta för sjuksköterskor att bedöma nutritionsstatus på äldre patienter.	Intervjustudie. Kvalitativ studie utifrån Gadamerian hermeneutisk forskningsmetod. Intervjuerna var öppna med följdfrågor vid förtydliganden. Intervjuerna spelades in och transkriberades.	Sjuksköterskor n=10	Analysen visade att sjuksköterskans bedömning av nutritionsstatus främjades av bland annat information genom dialog, samt genom observationer och kontroller. Förutom kunskap och medvetenhet i näringsfrågor, betonades vikten av att ha intresse, ha tid att lyssna på patientens historia och att ta hänsyn till patientens önsningar, samt att kunna bedöma patientens motivation för att äta och ha en etisk medvetenhet.	I K
Wentzel Persenius, M., Hall-Lord, M-L., Bååt, C., & Wilde Larsson, B. 2008 Sverige	Assessment and documentation of patients' nutritional status: Perceptions of registered nurses and their chief nurses.	Syftet var att inom kommunal- och landstingsvård, studera chefs-sjuksköterskors och sjuksköterskors uppfattning om bedömning av patienters näringsstatus och uppfattning av näringsbedömning/ screeningsverktyg samt sjuksköterskans uppfattning om doku-	Enkäter/Intervjuer. Kvalitativ beskrivande studie baserad på telefonintervjuer med semistrukturerad intervjuguide för chefs-sjuksköterskor, och enkäter för sjuksköterskor.	Chefssjuksköterskor n=42 Sjuksköterskor n= 131 (52)	13 procent av sjuksköterskorna visste inte om det fanns riktlinjer för nutritionsbedömning eller ej medan 66 procent sa att det inte fanns. Trettiotvå procent av sjuksköterskorna näringsbedömde patienterna inom sjukhusvården. Användandet av instrument för näringsbedömning/screening var lågt. Enligt de flesta bedömdes endast vissa av patienterna vid inskrivning eller under vårdtiden. Patienter som ansågs utsatta/sårbara blev föremål för näringsbedömning.	I K/P

		mentation i förhållande till näring och fördelar/nackdelar med en dokumentationsmodell.				
Villalon, L., Laporte, M., & Carrier, N. 2011 Canada	Nutrition screening for seniors in health care facilities: A survey of health professionals.	Syftet var att undersöka nuvarande näringscreening praxis bland äldre, och försökte identifiera attityder mot och hinder för screening bland vårdpersonalen.	Enkätstudie. Enkäter med slutna frågor, för läkare, sjuksköterskor och dietister, utvecklade av forskarna. En tvärsnittsstudie i två-fas utfördes på sjukhus och sjukhem. Fas 1 granskade vårdpersonalens uppfattning om, praxis i, och hinder för näringscreening. Resultat från fas 1 redovisas här.	Sjuksköterskor, n=230 Läkare, n=158 Dietister, n=69 (bortfall ej redovisat)	De flesta sjuksköterskor, 94,7 procent svarade att screening var viktigt/mycket viktigt och 60,8 procent svarade att det fanns riktlinjer för screening men drygt 20 procent var ovetande om det fanns riktlinjer. Bedömningsinstrument för screening användes av 24,8 procent, men även vikt (87,4 procent) och ett utmärklat utseende (82,6 procent) användes för bedömning.	I P
Yalcin, N., Cihan, A., Gundogdu, H., & Ocakci, A. 2013 Turkiet	Nutrition knowledge level of nurses.	Syftet av den aktuella studien var att fastställa nivån av näringskunskap hos sjuksköterskor som arbetade på sjukhus i Turkiet.	Enkätstudie. Utifrån slumpmässigt utvalda sjuksköterskor från tre sjukhus. Frågeformuläret utvecklades specifikt för denna studie.	Sjuksköterskor n=302 (bortfall ej redovisat)	Sjuksköterskor som genomförde näringsbedömning hade en statistiskt signifikant högre kunskaps poäng inom nutrition. Det var ingen signifikant skillnad i tjänstear i förhållandet till kunskapsnivå.	I P

Modifierad matris hämtad på Sophiahemmets Högskola enligt Willman, Stoltz & Bahtsevani (2011).

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie ®, Kvalitativ studie (K) I = Hög, II = Medel, III = Låg

Bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån SBU & SSF (1999) och Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006).

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 ® 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.
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).	Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvalsprocess; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.

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