



HÖGSKOLAN VÄST

Institutionen för omvårdnad hälsa och kultur

## **Undernäring hos äldre – ett gemensamt ansvar**

### **Sjuksköterskans erfarenheter av team-samverkan kring den äldre patientens nutritionsbehov inom äldreboende**

Författare: Merita Murtezi

Handledare: Ina Berndtsson

Examinator: Gullvi Flensner

Omvårdnad - Examensarbete, 15 hp

Magisternivå

HT 2011

Title: Malnutrition in the elderly-a common responsibility. Nurses' experiences of team collaboration in the older patient's nutritional needs in nursing homes

Author: Merita Murtezi

Department: Department of nursing, Health and Culture, University West

Course: Thesis in Specialist nursing program, orientation elderly care, 60 hp

Month/year: december/2011

Pages: 18

Keywords: dietetic role, elderly, malnutrition, multidisciplinary support and nursing home

## Abstract

**Purpose:** The purpose of this interview study was to describe the nurses' view of their experiences of interaction with other professionals to improve the elderly patient's nutritional status in municipal elderly care.

**Method:** The study is based on qualitative interviews with nine nurses and was analyzed according to a qualitative content analysis method.

**Results:** The main themes that emerged: *Communication among the involved, To feel secure in their role, Lack of structure.* The nurses worked closely with nursing staff and cooperated more with doctors about nutrition than with the physiotherapist and occupational therapist. The nurses felt they had the main responsibility for maintaining a good nutritional status of the elderly patient and described themselves as primarily responsible for nutrition while they lacked nutritional competence equal to the responsibilities they had during the whole nutrition process. The nurses had no community dietitian's skills and felt that the dietitian had a great responsibility and the most updated knowledge in diet and nutrition. The results showed a lack of routine, structure and clearly defined responsibilities of different professional groups.

**Conclusions:** A multidisciplinary approach is a successful method tackling malnutrition in older people. All the professionals at various levels have a common responsibility, and shall cooperate to provide the elderly patient a good nutritional care. Nurses have a key role but needs to develop collaboration with other professionals. Collaboration with dietitians should be increased. The dietitian's role and competence are important to achieve a good quality of nutrition and needed to complete the nurses' competence. To improve the elderly patient nutritional status we need to have a clear definition of the responsibilities for each professional group.

Titel: Undernäring hos äldre- ett gemensamt ansvar. Sjuksköterskans erfarenheter av team-samverkan kring den äldre patientens nutritionsbehov inom äldreboende

Författare: Merita Murtezi

Institution: Högskolan Väst, Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur

Arbetets art: Omvårdnad- Examensarbete, 15 hp

Program: Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot Vård av äldre, 60 hp

Månad/år: december/2011

Antal sidor: 18

Nyckelord: dietistens roll, multiprofessionellt stöd, undernäring, äldre och äldreboende

## Sammanfattning

**Syfte:** Studiens syfte var att belysa sjuksköterskans syn på och erfarenheter av samverkan med andra yrkeskategorier för att förbättra den äldre patientens näringsstatus inom den kommunala äldreomsorgen.

**Metod:** Studien bygger på kvalitativa intervjuer med nio sjuksköterskor och analyserades enligt en kvalitativ innehållsanalys metod.

**Resultat:** Huvudteman som framkom: *Kommunikation mellan de involverade, Att känna sig trygg i sin roll och Brist på struktur*. Sjuksköterskorna hade ett nära samarbete med vårdpersonal och i viss mån med läkarna om nutrition mindre samarbete med sjukgymnast och arbetsterapeut. Sjuksköterskorna kände att de hade huvudansvaret för att upprätthålla en god näringsstatus hos den äldre patienten och beskrev sig själva som huvudansvariga för näring, medan de saknade nutritions kompetens som motsvarade ansvaret under hela nutritionsprocessen. Sjuksköterskorna saknade kommun dietistens kompetens och kände att dietisten hade ett stort ansvar och den mest uppdaterade kunskapen inom kost och näring. Resultaten visade också brist på rutin, struktur och klart definierat ansvar för olika yrkesgrupper

**Konklusion:** Ett multiprofessionellt arbetssätt är en framgångsrik modell för att hantera undernäring hos äldre. Samtliga yrkeskategorier på olika nivåer har ett gemensamt ansvar och skall samarbeta för att ge den äldre patienten ett gott nutritionsomhändertagande. Sjuksköterskor har en central roll, men behöver utveckla samverkan med andra yrkesgrupper. Samarbetet med dietister bör ökas. Dietistens roll och kompetens är betydelsefull för att uppnå en god kvalitet på nutritionsområdet och behövs som komplement till sjuksköterskans kompetens. För att förbättra den äldre patienten närings status måste vi ha och tydligt definierat ansvar för respektive yrkesfunktion.

# INNEHÅLL

<b>Inledning</b> .....	<b>1</b>
<b>Bakgrund</b> .....	<b>1</b>
<i>Begreppet ålder</i> .....	1
<i>Energibehovet hos äldre</i> .....	1
<i>Undernäring och äldre</i> .....	1
<i>Förekomst av undernäring</i> .....	2
<i>Konsekvenser av undernäring</i> .....	2
<i>Nationella och internationella riktlinjer</i> .....	3
<i>Metod för diagnostik och utredning</i> .....	3
<i>Omvårdnad</i> .....	3
<i>Ansvarsfördelning och samverkan</i> .....	4
<b>Problemformulering</b> .....	<b>5</b>
<b>Syfte</b> .....	<b>5</b>
<b>Metod</b> .....	<b>5</b>
<b>Datainsamling och urval</b> .....	<b>5</b>
<i>Analysmetod</i> .....	6
<b>Etiska överväganden</b> .....	<b>7</b>
<b>Resultat</b> .....	<b>7</b>
<i>Kommunikation mellan de involverade</i> .....	8
Professioner som medverkar i nutritionsvårdsprocessen.....	8
Den äldre patientens/närståendes delaktighet .....	9
<i>Att känna sig trygg i sin roll</i> .....	9
Behovet av rätt kompetens.....	9
Ansvarsfördelning .....	10
Behovet av stöd .....	10
<i>Brist på struktur</i> .....	10
Nutritionsrutiner/riktlinjer .....	10
Ostrukturerade nutritionsmöten .....	10
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>11</b>
Metoddiskussion .....	11
Resultatdiskussion.....	12
<b>Konklusion</b> .....	<b>14</b>
<b>Implikation och förslag på vidare forskning</b> .....	<b>15</b>
<b>REFERENSER</b> .....	<b>16</b>
<b>Bilaga I-III</b>	

Tack

Jag vill tacka informanterna som ställt upp på intervjuerna. Jag vill även tacka min familj, som har visat förståelse och stöttat mig och gjort detta möjligt att genomföra.

Merita

## Inledning

För att äldre ska hålla sig friska är näring en förutsättning. Att äldre personer får ett adekvat näringsintag är därför en viktig del i omvårdnaden och i den medicinska behandlingen. En vanlig fördom inom geriatrisk omvårdnad är att gamla behöver mindre näring. Tvärtom är det så att ett adekvat näringsintag i allra högsta grad påverkar patientens förutsättningar till tillfriskande och aktiv rehabilitering (1). Mer än var fjärde person med kronisk sjukdom lider av undernäring, bland äldre kroniskt sjuka är närmre hälften undernärda. Socialstyrelsen yrkar på att dessa snabbare upptäcks och behandlas (2).

Diskussionen om undernäring och äldre har de senaste åren ökat rejält. Trots att vi idag har god kunskap om undernäring visar studier att antalet äldre som bedöms vara undernärda eller vara i riskzonen för undernäring är stort. Mat och näring till äldre kan inte ses enbart som en insats av socialtjänsten utan måste också vara en del av hälso- och sjukvårdens omhändertagande. Det är en utmaning för vård och omsorg att implementera goda rutiner för att tidigt identifiera och behandla sjukdomsrelaterad undernäring. Hur ska vi då lyckas i kampen mot undernäringen och vad krävs det för att få till stånd ett lyckat nutritionsarbete?

## Bakgrund

### Begreppet ålder

Åldrandet kan beskrivas ur flera aspekter. *Kronologisk ålder* anger hur många år individen levt sedan födelsen men säger inget om vederbörandes funktionsförmåga. *Social ålder* anger hur individen i olika åldrar fungerar inom de samhälleliga systemen. *Psykologisk ålder* beskriver hur väl en individ kan anpassa sig till föränderliga krav från omgivningen i jämförelse med andra individer. *Biologisk ålder* anger en individs fysiologiska funktionsförmåga och aktuella position i relation till individens möjliga livslängd (1). Kronologiskt talar vi om att personer som har passerat 65 år är äldre. Under 1900-talet ökade medellivslängden i västvärlden med cirka 30 år. Idag lever svenska män och kvinnor i genomsnitt 79 år respektive 83 år (2). Äldre utgör en allt större del av befolkningen, på grund av att medellivslängden ökar. Det är de äldsta, dvs. de över 85 år som ökar mest i antal (3).

### Energibehovet hos äldre

Med stigande ålder minskar energibehovet eftersom antalet celler i kroppens organ blir färre och den fysiska aktiviteten avtar. En viss viktning beror på åldrandet. Från cirka 70 års ålder minskar så väl män som kvinnor i kroppsvikt med 3-5 kg under en tioårs period eller knappt ett halvt kilo per år motsvarande 0,5-1% av kroppsvikten. Till stor del förklaras viktning av en successiv reduktion av skelettmuskulaturen. Ett användbar mått på nutritionstillståndet är bodymass index (BMI) (1). När vikten ofrivilligt sjunker är det ett varningstecken som bör utredas. En viktförlust på mer än 5 % under det senaste halvåret eller mer än 10 % på ett år, är en stor riskfaktor för undernäring hos äldre (3).

### Undernäring och äldre

Undernäring definieras som ett tillstånd av obalans mellan intag och omsättning av näringsämnen med ökad risk för sjuklighet. Den vanligaste formen av undernäring i svensk sjukvård är orsakad av en kombination av energi- och proteinbrist, protein- energi malnutrition (PEM) (5).

Kunskapen om undernäring, liksom hur vi kan behandla undernäringstillstånd, särskilt hos äldre och sjuka har ökat under de senaste decennierna. Trots det förekommer sjukdoms- och åldersrelaterad undernäring hos äldre på äldreboenden och inom geriatrisk vård, på sjukhus och även inom akutsjukvården (2).

Undernäring är ett flerdimensionellt problem hos äldre och omfattar fysiska och psykiska faktorer. Bidragande orsak kan vara ensamhet, beroende, olika slag av förluster, kronisk sjukdom t.ex. hjärt- eller njurinsufficiens som potentiellt påverkar livskvalitet, sjuklighet och dödlighet (6).

Många äldre lider av flera sjukdomar samtidigt som var för sig kan bidra till undernäring (6,7). Om det finns tecken till undernäring ska en utredning av patienten göras för att identifiera:

- Sjukdom såsom organsjukdom, cancer, depression, demens, diabetes, smärttillstånd.
- Påverkan på näringsintag, energiomsättning eller metabolism på grund av nyligen genomförd eller pågående behandling såsom kirurgi, strålbehandling eller kemoterapi.
- Medicinering som kan orsaka t ex illamående, muntorrhet eller förstoppning.
- Dålig mun- och tandstatus, tuggsvårigheter.
- Sväljningssvårigheter som kan förekomma vid stroke, Mb Parkinson, MS, ALS och andra neurologiska tillstånd och vid sjukdomar i matstrupen.
- Fysiska hinder för att äta, t ex halvsidig förlamning efter stroke.
- Kulturella, etniska och sociala faktorer (t ex sorg eller byte av boende) av betydelse för matintaget (8)

## Förekomst av undernäring

Såväl svenska som internationella studier visar att förekomst av undernäring är hög hos äldre inom särskilt boende. En svensk studie visade att en fjärdedel av totalt 872 deltagande personer i särskilt boende var undernärda, hälften bedömdes vara i risk för undernäring och resterande var välnärda (9). En annan studie som beskrivit näringstillståndet hos nyinflyttade äldre i särskilt boende, visade att 32 % av de nyinflyttade äldre bedömdes som undernärda (10). I en omfattande studie på flera äldreboenden kom det fram att 29 % var undernärda och 60 % av åldringarna var i riskzon för undernäring. Undernäringen var associerad med kvinnligt kön, längre vistelse på vårdhemmet, funktionshinder, demens, stroke, förstoppning och sväljsvårigheter (11).

## Konsekvenser av undernäring

Undernäringstillstånd hos äldre har allvarliga konsekvenser både för patientens sjukdoms förlopp och för samhällsekonomi. Undernäring påverkar kroppen och leder till förlust av muskelmassa, försämrat immunförsvar med infektioner, försämrad sårhäkning samt ökad sjuklighet och för tidig död. Även psykiska förändringar som ökad trötthet, inaktivitet och förvirringar är vanliga (2). Det finns starka samband mellan undernäring och funktionsnedsättning, ökad morbiditet och mortalitet vid både akut och kronisk sjukdom (2).

Data från Storbritannien indikerar att samhällskostnader för sjukdomsrelaterad undernäring motsvarar kostnaderna för övervikt och fetma. Svenska data saknas i stor utsträckning (2), men då andel äldre i befolkningen är högre, finns det goda skäl att anta att motsvarande kostnader är minst lika höga här som i Storbritannien (12).

Det har även visats att undernäring var relaterad till olika geriatriska syndrom såsom depression, demens och beroende. Även multisjuklighet hade ett samband med lågt näringsstatus (13).

Flera studier visar ett tydligt samband mellan undernäring och för tidig mortalitet (10,14,15, 16,17). Det förekom tydliga belägg för samband mellan dålig nutritionsstatus och fall med fraktur som följd (17). En annan studie bland äldre inom olika äldreboenden visade samband mellan undernäring och depressiva symptom, men förhållandet var komplext och det är oklart om depression var orsaken eller en följd av nedsatt nutritionsstatus (18). Undernäring är även en riskfaktor för utveckling av trycksår. En studie som genomfördes på 29 sjukhus och 29 vårdhem visade samband mellan undernäring och trycksår (19).

## **Nationella och internationella riktlinjer**

Undernäring är en viktig patientsäkerhetsfråga. Säker vård med god kvalitet måste baseras på bedömning av risk för undernäring, utredning av orsak till undernäringstillstånd samt adekvat näringsbehandling, inklusive uppföljning av insatta åtgärder. För omsorgstagaren/patienten är denna vård lika viktig som läkemedel, andningsunderstöd och andra terapeutiska insatser. Behandling av nutritionsrelaterade problem är en del av den medicinska behandlingen (2).

Socialstyrelsen har i uppdrag att utarbeta riktlinjer för vård och behandling av patienter med olika sjukdomstillstånd och svåra kroniska sjukdomar. Dessa riktlinjer ska ge nationellt stöd i sjukvårdshuvudmännens arbete med hälso- och sjukvårdsprogram och prioriteringar. Riktlinjerna utgör också underlag för socialstyrelsens tillsyn, som fokuserar på att vården bedrivs med säkra rutiner och med organisation, process och resultat i enighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Samtliga dessa riktlinjer omfattar också nutrition (4). Efter samråd med Livsmedelsverket har Socialstyrelsen tagit över ansvaret för rekommendationer om mat och näring inom vård och omsorg (2).

Undernäring är ett internationellt problem och har uppmärksammats allt mer på senare år, bland annat i resolutioner från Europarådet och EU- parlamentet(2). The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPN) och the European Nutrition for Health Alliance (ENHA) kommit till gemensam slutsats om att malnutrition är ett angeläget hälso- och sjukvårdsproblem i Europa (4). Europarådet har utsett en arbetsgrupp med ledande experter för att identifiera de viktigaste orsakerna till undernäring och sammanställt en handlingsplan med rekommendationer för att motverka undernäring på en nationell och internationell nivå (20).

## **Metod för diagnostik och utredning**

Bedömning, utredning, diagnostik och behandling av nutritionsrelaterade problem handläggs lämpligen på samma sätt som i övrig hälso- och sjukvård. Nutritionsvårdsprocessen inleds med en riskbedömning, även kallad screening. Riskbedömningen följs upp med en utredning av orsaker eller orsaken till ett eventuellt undernäringstillstånd. Utredningen leder fram till diagnos av nutritionsproblemet. Nutritionsdiagnosen blir ett komplement till patientens övriga medicinska diagnos eller diagnoser, och till patientens omvårdnadsdiagnoser. Den utgör också underlag för vilken nutritionsbehandling hälso- och sjukvården ordinerar. Nästa steg i processen är att planera nutritionsbehandling som sedan följs upp, utvärderas och kommuniceras med de berörda. Patientmedverkan är en förutsättning genom hela processen (2).

## **Omvårdnad**

Sjuksköterskan har omvårdnadsansvaret för patientens näring. Detta omvårdnadsansvar omfattar bl.a. att identifiera eventuella problem med mat och vätskeintag (4,5). Enligt socialstyrelsens kompetensbeskrivning ska sjuksköterskan ha förmåga att självständigt tillämpa omvårdnadsprocessen genom observation, bedömning omvårdnadsdiagnostik, omvårdnadsordination, planering, genomförande och utvärdering av patientens omvårdnad (21). Sjuksköterskan ansvarar för att dokumentera nutritionstillstånd, åtgärder och uppföljning i omvårdnadsjournalen (4). Tillsammans med övrig personal ansvarar sjuksköterskan också för att måltiden



serveras på ett trevligt och aptitligt sätt och att de patienter som behöver får hjälp med att äta (5). Vid undernäring och behov av nutritionsstöd ska omvårdnadsansvarig sjuksköterska kontakta dietisten (4).

Redan på 1800-talet skrev Florence Nightingale om vikten av en allsidig kost för en god hälsa. Hon betonar vikten av observation av de sjuka som den enda nyckeln till en god diet men även betydelsen av goda arbetsrutiner för att säkerställa en god omvårdnad med den enskilda patientens behov som utgångspunkt (22). Även Virginia Hendersen belyste vikten av en väl sammansatt kost (23). Att patienten får en adekvat närings- och vätsketillförsel är en av sjuksköterskans uppgifter. Hon identifierade 14 komponenter som hon menar ingår i allmän omvårdnad och att hjälpa patienten att äta och dricka är en av dessa. Sjuksköterskan ansvarar också för att bibehålla en hälsofrämjande och säker miljö. Sjuksköterskan har den yrkeskunskap och specifika kunskap som krävs för att kunna tolka och förstå patientens universella behov genom bland annat metodisk och omsorgsfull observation. Enligt Hendersen måste omvårdnaden utgå från kunskap som grundar sig på forskning, men även individens unika egenskaper (23)

### **Ansvarsfördelning och samverkan**

Patientens nutrition måste betraktas på samma sätt som annan medicinsk behandling och därmed underkastas samma krav på utredning, diagnos, behandlingsplanering och uppföljning samt dokumentation (5). Ansvarsfördelning om nutritionsomhändertagandet är till mycket ringa del definierad i socialstyrelsens författningssamling och befintlig lagstiftning (4) dock är Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården och föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:11) om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt Socialtjänstlagen (SOL) tillämpliga (9).

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763, 18 §) är kommunen skyldiga att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som bor i särskild boendeform (24) och bär ansvaret för vård och omsorg om äldre, vilket regleras i socialtjänstlagen (2001: 453) och hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (25). Verksamhetschefen är (SOSFS 2005: 12, 3 kap. 2§) ytterst ansvarig för verksamheten och ska inom ramen för vårdgivarens ledningssystem (system för att fastställa grundprinciper för ledning av verksamheten) uppnå dessa mål ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten (4,24). Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) är ansvarig för de medicinska rutinerna i kommunen. I samverkan med dietist bör detta ansvar också inkludera rutiner för nutritionsomhändertagandet (4,9). Sjuksköterskan ansvarar för att identifiera individer i risk att utveckla undernäring och har omvårdnadsansvaret för patientens näring (4,5,9). Omvårdnadspersonalen ansvarar för att följa boendes nutritionsplan när det gäller mat, dryck vägning och registrering samt medverka i utvärdering av ordinerad nutritionsbehandling (9,25). Patientansvarig läkare har det övergripande ansvaret, vilket omfattar medicinskt huvudansvar för utredning som leder till ordination av rätt behandling. Läkaren skall ta ställning till om en pågående viktnedgång orsakas av medicinska faktorer som behöver utredas eller kan motverkas genom specifik medicinsk behandling (4,5). Dietisten ansvarar tillsammans med sjuksköterska att rutiner utarbetas kring nutritionsomhändertagandet (4). Kostchefen ansvarar för att kosten motsvarar de nationella kvalitetskraven avseende näringsinnehåll samt för att boendeenheterna får den mat de beställt (5). Arbetsterapeuten är en viktig resurs i vården av patienter i behov av ät stödjande åtgärder (4). Logopeden är en viktig resurs i vården av patienter med svårigheter att svälja (4,5).

## Problemformulering

Nutritionstatusen har en betydande roll för patientens välbefinnande och kännedom om patientens nutritionstatus är en förutsättning för en god omvårdnad. Med en ökad ålder följer ofta funktionsnedsättningar och sjukdom, vilket medför större svårigheter att bibehålla en god nutritionstatus. Sjukdomsrelaterad undernäring är ett vanligt förekommande problem bland äldre och har allvarliga konsekvenser både för patientens sjukdomsförlopp och för samhällsekonomi. Undernäring kan förebyggas och undvikas om lämpliga åtgärder sätts in i tid. Trots tillgång till nationella riktlinjer och olika former av näringsbehandling, visar nationella och internationella studier att förekomst av undernäring är hög hos äldre inom särskild boende. Hur kan socialtjänst och hälso- och sjukvård utifrån sina olika synsätt och kompetenser samarbeta för att förebygga många problem kopplade till mat och näring hos äldre? Hur samverkan mellan olika yrkeskategorier i nutritionssammanhang fungerar är svårt att veta. Det är däremot väl beskrivet om nutrition och undernäring bland äldre. I denna studie fokuseras sjuksköterskans erfarenheter kring samverkan med andra yrkeskategorier inom nutritionsområdet.

## Syfte

Studiens syfte var att belysa sjuksköterskans syn på samverkan för att förbättra den äldre patientens näringsstatus inom den kommunala äldreomsorgen.

## Metod

Denna studie är en empirisk studie med en kvalitativ ansats.

Studien har genomförts som en intervjustudie med en beskrivande design som går ut på att granska och tolka individers egna åsikter, känslor och uppfattningar om ett specifikt ämne (26). Kvalitativ forskning utgår på ett eller annat sätt, medvetet eller omedvetet från en kunskapssyn där världen beskrivs så som den erfars av människor. Det innebär att möta personer som har erfarenhet av det som ska studeras i en dialog. Det ger intervjupersonen möjlighet att uttrycka, berätta och beskriva sina erfarenheter av den företeelse man vill undersöka (27).

## Datainsamling och urval

Kriteriet för deltagande i studien var att informanterna skulle vara verksamma inom särskilda boenden och ha minst två års yrkeserfarenhet oavsett ålder, kön och utbildningsnivå. Datainsamlingen skedde genom intervjuer med nio sjuksköterskor där författaren använde sig av semistrukturerade frågor med öppna svar (bilaga I). Data samlades in under juni-2011. Kontakt togs med tre verksamhetschefer för att få tillstånd att genomföra intervjuerna. Efter områdeschefernas godkännande av studien kontaktades berörda enhetschefer. Kontakten med områdescheferna och enhetscheferna skedde via telefon och mejl och informationsbrev om studien bifogades (bilaga II). Enhetscheferna i sin tur förmedlade kontakten med deltagarna som uppfyllde inklusionskriterierna för studien. En påminnelse skickades via mejl till några av områdeschefer samt enhetschefer som inte hörde av sig efter en vecka. Med hjälp av enhetscheferna tillfrågades nio informanter verksamma inom sex olika särskilda boenden i två kommuner, detta för att få en geografisk spridning. Samtliga informanter tackade ja. Urvalet utgjordes av nio sjuksköterskor, med olika bakgrund, kön och antal yrkesverksamma år. För att öka möjligheten till eftertanke hos informanterna skickades intervjufrågorna någon dag innan intervjun.

Författaren tog personlig kontakt med deltagarna för vidare information om studien och överenskommelse om tid och plats för intervjuerna. Information om studien (bilaga II) samt de lokala nutritionsriktlinjerna (bilaga III) skickades till informanterna via mail några dagar innan intervjun. Informanterna fick själva välja platsen för genomförandet av intervjuerna. Samtliga intervjuer genomfördes på informanternas arbetsplats och under arbetstid. Det skapades en atmosfär där informanterna kände sig trygga för att tala fritt om sina erfarenheter och känslor. Intervjuerna inleddes med en kort presentation av författaren, studiens syfte och hur intervjumaterialet skulle komma att användas. Efter att informanterna gett sitt skriftliga samtycke om deltagandet spelades samtliga intervjuerna in på diktafon. Informanterna fick möjlighet att ställa frågor om intervjun och studien och sedanöppet och fritt berätta om sina erfarenheter och upplevelser utifrån frågorna. För att leda informanterna tillbaka till inledningsfrågan tillkom följdfrågor. Intervjuerna tog mellan 30-45 minuter. Därefter transkriberades intervjuerna ordagrant till en text.

## Analysmetod

Som analysmetod användes Graneheim och Lundmans (28) innehållsanalys. Den kvalitativa innehållsanalysen grundar sig på att innehållet analyseras för att skapa förståelse för och kunskap om ett valt fenomen (29). Intervjuerna transkriberades ordagrant, sedan lästes texten flera gånger för att få en känsla för helheten. Meningsbärande enheter identifierades och kondenserades, detta innebär att texten förkortas och blir lätthanterlig, samtidigt som det centrala innehållet bevaras och inget väsentligt försvinner (30).

Den kondenserade texten abstraherades och kodades. Koden är en etikett på en meningsenhet som kortfattat beskriver dess innehåll (30). När koden skapades togs hänsyn till de meningsbärande enheternas kontext. De erhållna koderna grupperades och sammanfördes till kategorier och underkategorier. Författaren fick flera gånger läsa texten och gå tillbaka till originaltexten för att vara säker på att subkategorier och kategorier stämde överens med informanternas berättelser och studiens syfte. Fokus har legat på det manifesta innehållet i texterna, d.v.s. det synliga och uppenbara av vad texten handlar om (30). För att ge läsaren möjlighet att själv avgöra giltigheten har författaren använt citat i resultattexten. Exempel på en meningsbärande enhet, kondensering, kod, underkategori och kategori presenteras i tabell 1.

Tabell 1. Exempel på kodning ur analysen.

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
Vi hade någon som läste till dietist och fick en projektanställning och jag minns att vi på boenden och hemsjukvården kunde kontakta och rådfråga henne. Det kändes som en trygghet	Kontakta och rådfråga henne kändes som en trygghet	Kontakten med dietisten gav trygghet	Behovet av rätt kompetens	Att känna sig trygg i sin roll

## Etiska överväganden

Tillstånd för genomförande av intervjuerna erhöles hos områdescheferna vid de berörda kommunerna. Det etiska ställningstagandet baserades på vetenskapsrådets forskningsetiska principer vilket innebär att kravet på information, samtycke, konfidentialitet samt nyttjandekravet måste uppfyllas (31). Informanterna har innan intervjun fått muntligt och skriftligt information om studien och syftet med studien. De har även fått information om att det erhållna materialet skulle behandlas konfidentiellt och att deltagandet var frivilligt och att de närsomhelst kunde avbryta sitt deltagande utan någon anledning.

Studien har också blivit etiskt granskad vid institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur på Högskolan Väst.

## Resultat

Resultatet från analysen utgjordes av kategorierna: ”Kommunikation mellan involverade parter”, ”Att känna sig trygg i sin roll” och ”Brist på struktur”. Kategorier och subkategorier presenteras i tabell 2. Innehållet har exemplifierats med citat ur intervjuerna.

Tabell 2. Kategorier och subkategorier.

Subkategorier	Kategorier
<b>Professioner som medverkar i nutritionsvårdsprocessen</b>	
<b>Den äldre patientens/närståendes deltagande</b>	<b>Kommunikation mellan de involverade</b>
<b>Behovet av rätt kompetens</b>	
<b>Ansvarsfördelning</b>	
<b>Behovet av stöd</b>	<b>Att känna sig trygg i sin roll</b>
<b>Nutritionsrutiner/riktlinjer</b>	
<b>Ostrukturerade nutritionsmöten</b>	<b>Brist på struktur</b>

## Kommunikation mellan de involverade

### Professioner som medverkar i nutritionsvårdsprocessen

Av analysen framkom att samtliga sjuksköterskorna samverkade i första hand med omvårdnadspersonalen och var i stort sett nöjda med samarbetet. Omvårdnadspersonalen ansågs sig ha en allmän överblick och korrekt bild över patientens nutritionsstatus. Vid försämrad näringsstatus rapporterade omvårdnadspersonalen till sjuksköterskan. Riskbedömning och identifiering av risk patienter för att motverka undernäring gjordes gemensamt. Omvårdnadspersonalen medverkade även i utvärdering av ordinerad nutritionsbehandling.

*”Den första samverkan är ju med omvårdnadspersonalen på boendena, för det är de som ser om det är någonting som börja gå snett”*

Ur intervjuerna framkom att både vårdpersonalen och läkaren var involverade i nutritionsprocessen, först vårdpersonalen och i ett senare skede även läkaren. När det gäller samarbetet med sjukgymnaster och arbetsterapeuter hade sjuksköterskorna varierande erfarenheter och attityder. De flesta sjuksköterskorna uppgav att de inte hade något samarbete med sjukgymnasterna och arbetsterapeuterna när det gäller patientens nutrition och undernäring. De som använde sig av senior alert, som är ett kvalitetsregister för att förebygga undernäring, fall och trycksår, uppgav att de hade utvecklat ett bättre samarbete med sjukgymnasterna och arbetsterapeuterna. Några av sjuksköterskorna uppgav att det var patientens kontaktperson (omvårdnadspersonal) som vid behov tog kontakt med sjukgymnasten och arbetsterapeuten. Kontaktpersonen skickade en remiss/ärendeförfrågan om olika ät-hjälpmiddel samt andra åtgärder. De flesta av sjuksköterskorna ansåg att sjukgymnaster och arbetsterapeuter inte hade något med nutrition och näring att göra.

*”Det är inte så ofta som rehab är involverad i nutritionsproblematiken. Jag tar hjälp av arbetsterapeuten när t.ex. jag ser en dement person som behöver hjälpmiddel för att äta eller så låter jag faktiskt kontaktpersonen ta kontakt direkt. Kontaktpersoner kan själva lämna en ärendeförfrågan till sjukgymnasten och arbetsterapeuten när det gäller hjälpmiddel eller andra åtgärder”*

Ur analysen framkom att kontakten med tandläkare och tandhygienister var god. På ett äldreboende var tandläkaren placerad i huset och upplevdes därför som lättillgänglig. Sjuksköterskorna betonade vikten av en kontinuerlig kontakt med tandläkarna och tandhygienisterna och var medvetna om patientens mun och tandstatus betydelse för god näringsstatus.

*”När det gäller kontakten med tandläkare och tandhygienister så har vi ett avtal men en privat firma som faktiskt har hjälpt oss väldigt mycket med nutritionsproblem, de har hittat orsak till varför äldre inte äter och så har de åtgärdat den. Det kan vara protes som skaver, avsaknad av tänder och så vidare”*

För att kunna samverka mellan olika yrkeskategorier kring nutrition ansågs kommunikationen med varandra som mycket viktig. Några sjuksköterskor tog upp återkoppling, feedback som en del i kommunikationsprocessen mellan personer ur de olika yrkeskategorierna.

*”Kommunikationen i teamet är a och o. Det går inte att samarbeta utan att ha en ständig kommunikation med varandra”*

Ur analysen framkom att samverkan med läkaren i nutritionsprocessen berodde på kontinuiteten av läkare. Ibland kunde det ta lång tid innan läkaren blev involverad i nutritionsprocessen då det var vikarierande läkare och att man inte gärna diskuterade nutritionsproblem med läkare som inte var ordinarie.

*”Samverkan med läkare? Det beror ju på vad det för läkare. Ibland har vi olika läkare och det kan gå lång tid innan läkaren blir involverad”*

### **Den äldre patientens/närståendes delaktighet**

Anhöriga var också viktiga i nutritionsarbetet. Närstående upplevdes som en viktig resurs. En sjuksköterska uppgav att närstående sällan var involverade i nutritionsarbetet från början men att de förr eller senare blev involverade och ville veta varför deras anhöriga hade gått ner i vikt. En annan sjuksköterska uppgav att ibland var det anhöriga som initierade nutritionsomhändertagandet då när de såg att deras närstående var på väg mot undernäring. Sjuksköterskorna tyckte att en god och kontinuerlig kontakt med anhöriga var viktigt speciellt om undernäringen var sjukdomsrelaterad och om den äldre patienten befann sig i livets slutskede. Det ansågs vara viktigt att anhöriga var involverade under hela processen.

*”Anhöriga sitter med så mycket information så att man inte har en aning om. Hur såg patienten ut när han/hon var hemma för ett halvt år sedan? Vad tyckte han/hon om? Hur var det?”*

### **Att känna sig trygg i sin roll**

#### **Behovet av rätt kompetens**

Sjuksköterskorna ansåg att de inte hade den kunskapen som krävdes för att upprätthålla optimal nutritionsstatus hos de äldre patienterna som de hade omvårdnadsansvar för. Sjuksköterskorna upplevde det svårt att klara nutritionsarbetet utan dietist och saknade dietistens hjälp i nutritionsprocessen. Att det inte fanns en dietist tillgänglig inom kommunen upplevdes av de flesta sjuksköterskorna som frustrerande. En sjuksköterska uppgav att hon vid behov tog kontakt med en dietist inom primärvården.

*”Dietist har vi inte. Det tycker jag är bedrövt när man pratar om kvalitet, då är det helt plötsligt inte så noga och man löser det utan att ha riktig kompetens. Man trevar sig fram lite med doktors hjälp men doktorerna hjälper inte alltid. Dietisterna är utbildade för nutrition och det är deras specialitet. Så jag kan säga att jag har stöd av läkaren men saknar dietisten”*

Det uttrycktes önskemål om att en dietist skulle finnas ute på boendena. Sjuksköterskor tyckte att dietistens tillgänglighet i kommunen skulle underlätta samverkan mellan yrkeskategorier samtidigt som man skulle slippa det nuvarande remissförfarandet. Flera sjuksköterskor uppgav att de ofta skulle kontakta dietisten om det fanns en.

*”Jag vill börja med att säga att vi inte har någon dietist och det är det största problemet tycker jag när det gäller undernäring bland äldre. Vi skulle verkligen uppskatta all tips och råd ifrån dietisten speciellt när det gäller protein och kolhydrat sammanställning. Den kunskapen har jag inte”*

Även logopedens kompetens saknades av vissa sjuksköterskor som deltog i studien. Andra hade lätt att ta kontakt med en logoped då logopeden ingick i rehabiliterings team tillsammans med sjukgymnast och arbetsterapeut och att kontakten med dem kunde ske via remiss/ärendeförfrågan antingen från sjuksköterskan eller också från omvårdnadspersonalen. Det framkom också att sjuksköterskorna sällan hade tagit kontakt med logoped trots att behov fanns. De ansåg att utredning av sväljningssvårigheter bland de äldre patienter som de ansvarade för var ganska låg prioriterad.

*”Ibland känner man sig tveksam till varför patienter hostar i samband med maten, kan det bero på sväljningssvårigheter relaterad till åldersförändringar eller*

*att de själva inte vill äta. Då är det viktigt att man hittar orsaken t.ex. med hjälp av en logoped”*

### **Ansvarsfördelning**

Sjuksköterskorna ansåg sig ha det största ansvaret för att den äldre patienten skulle upprätthålla en god nutritionsstatus och beskrev att de var huvudansvariga för nutritionsfrågor. En sjuksköterska tyckte att ibland kollegorna tog över logopedens ansvar genom att göra en svalg-funktionsbedömning, en åtgärd som krävde specialistkompetens.

*”Jag har inte tänkt att Rehab kunde ha någon del i detta, det har jag faktiskt inte. Jag har inte sett att det är någon annans ansvar än mitt”*

En sjuksköterska uppgav att det var personalen i köket som beställde näringsdrycken trots att det var sjuksköterskan som bar ansvaret. Sjuksköterskan hade inte mandat att beställa om det inte var ordinerat.

*”Vi kan inte bestämma över vilken sort av näringsdryck, som skall sättas in trots att det är vi som bär ansvaret, vi får ta det som finns i köket. Jag saknar olika sjukdomsspecificerade näringsdrycker... men då får man ta upp med läkaren, det är så onödigt krångligt”*

### **Behovet av stöd**

Ur analysen framkom behovet av stöd från kollegor inom samma yrkesgrupp samt personer ur andra specialistkompetenser. En sjuksköterska uppgav att hon ofta diskuterade problemet med en kollega innan hon kontaktade läkaren. Råd och tips från dietisten kopplades med känslan av trygghet. Samtliga sjuksköterskor ansåg att dietistens specialistkompetens var nödvändig i nutritionsarbetet för att undvika eller förebygga och åtgärda undernäring.

*”Sjukhusdietisterna har fullt upp med sitt. De är väldigt snälla när man ringer till dem men dem har ju sitt. Det skulle varit väldigt, väldigt bra med en dietist i kommunen. Just det att komma i kontakt med specialister och få råd ...”*

## **Brist på struktur**

### **Nutritionsrutiner/riktlinjer**

Några sjuksköterskor kände till riktlinjerna för att identifiera och behandla undernäring och försökte arbeta enligt dem men att de saknade struktur och tyckte inte att riktlinjerna var anpassade till verksamheten. Andra uppgav att de inte kände till och aldrig sett de lokala riktlinjerna men ansåg att mycket av riktlinjerna användes i det dagliga arbetet.

*”Riktlinjer använder inte jag, jag tror att de är många som inte vet om riktlinjerna. Att de finns och var de finns”*

Av intervjuerna framkom att några sjuksköterskor använde sig av kost/nutritions handbok. De flesta tyckte inte att handboken kunde ersätta dietisten.

*”Vi har våra riktlinjer på nätet sedan har vi också kostpärmen, men den ersätter inte dietisten”*

### **Ostrukturerade nutritionsmöten**

Möten med omvårdnadspersonalen där sjuksköterskorna gick igenom patientens omvårdnadsstatus var regelbundna och kunde äga rum alltifrån en gång i veckan till en gång i månaden. Av materialet från intervjuerna framkom att man inte arrangerade specifika möten som hand-

lade om patienternas nutrition och undernäring, strukturen såg olika ut på olika särskilda boendena.

Några sjuksköterskor uppgav att på deras team – möten diskuterades patienternas omvårdnadsstatus och även nutrition ingick. Dessa sjuksköterskor arbetade med senior alert som är ett nationellt kvalitetsregister för vård och omsorg för att förebygga trycksår, fall och undernäring. Det förekom också att kostombuden på avdelningen kunde diskutera kost och nutrition med sjuksköterskan utan några speciella möten som handlade om nutrition.

*”Vi arrangerar inga extra möten om nutrition. Det är väldigt mycket vi tar upp på team – möten och nutrition ingår i det ”*

## DISKUSSION

### Metoddiskussion

För att studera näringsituationen hos äldre och ansvarsfrågan var tanken först att göra detta kvantitativt i form av enkätstudie men då inga lämpliga enkäter fanns om samarbete var den kvalitativa metoden bättre i förhållande till studiens syfte. Genom möjligheten att använda sig av öppna frågeställningar kan man bättre belysa människors samspel och upplevelser kring det specifika ämnet. Kvalitativa metoden går ut på att söka förståelse för det valda ämnet och kvalitativa intervjuer en bra metod för att få fram information (26). Genom att intervjua sjuksköterskor som arbetade på olika särskilda boenden med både kortare och längre yrkeserfarenhet och av olika kön stärks tillförlitligheten. Tillförlitligheten kan även styrkas av en noggrann redogörelse av analysarbetet.

Vid intervjuerna har författaren tänkt på att hålla sig neutral samt varit medveten om sin förförståelse i ämnesområdet. För att skapa en medvetenhet om min föreställning och/eller erfarenhet inom ämnet sedan tidigare skrevs förförståelsen på papper innan intervjuerna. Förförståelsen har även tagits i beräkning vid transkribering och analysförfarandet.

I kvalitativa forskningsstudier bör forskaren förvissa sig om att giltigheten är god. Det handlar om att verkligen undersöka det som ska undersökas (29). Studien bestod av intervjuer med nio personer, vilket inte ger generaliserbarhet, men ger en bild av problematiken kring det valda ämnet.

Valet stod mellan Krippendorfs (32) och Graneheim och Lundmans (28) metod för innehållsanalys men då Krippendorfs metod inte framstod som tydlig och ändamålsenlig för denna studie valdes den bort. Vid innehållsanalysen förekom vissa svårigheter med att bestämma kategoritillhörighet, vilket bekräftas av Lundman och Graneheim (30) som menar att upplevelser kan vara svåra att särskilja i olika kategorier. I resultatet redovisades inte ålder och kön för att enskilda personer skulle bli svårare att spåra. Författaren har även varit noggrann med andra data som kan identifiera deltagarna och potentiellt kännas igen av andra.

En styrka i studien är att det studerade området har belysts från olika erfarenheter då informanterna hade skiftande erfarenheter inom problemområdet. Informanterna varierade även i kön och ålder.

En faktor som kanske kan ha begränsat resultatet är att författaren varit ensam i skrivande, vilket möjligen påverkat analysen.



## Resultatdiskussion

Av resultatet framgår att sjuksköterskorna hade ett bra samarbete med sin omvårdnadspersonal vilka hade överblicken över den äldre patientens näringsstatus. Sjuksköterskorna beskrev att de fick hjälp av personalen i sin utredning och bedömning för att få en helhetsbild av den äldre patientens nutritionsproblem. Detta har också visats i tidigare studie där samarbetet mellan personal beskrivits som viktigt vid bedömningen av behov av nutritionsomvårdnad hos äldre patienter (33). Att sjuksköterskan inte hade full överblick över den äldre patientens nutritionsstatus har också visats i tidigare studier. Nutritionsomhändertagandet inom äldreomsorgen förskjuts i första hand mot undersköterskor, som har överblicken men inte ansvaret, i andra hand mot sjuksköterskor, som har ansvaret men inte överblicken (34).

Florence Nightingale betonade vikten av att sjuksköterskans observation av de sjuka som den enda nyckeln till en god diet (22). Men har dagens sjuksköterska överblicken över den äldre patientens näringsstatus när hon/han inte finns tillgänglig ute i verksamheten i samma utsträckning idag? Enligt Socialstyrelsen (2) kan ett bra samarbete mellan yrkesgrupper med olika kompetenser kopplade till mat och måltider förebygga många problem som annars kan uppstå. Om personal inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården samarbetar om mat och måltider för äldre, utifrån sina olika kompetenser, kan många problem kopplade till måltider förebyggas (2).

Sjuksköterskorna i föreliggande studie ansåg sig ha det största ansvaret för att den äldre patienten ska upprätthålla en god nutritionsstatus och beskrev att de hade huvudansvariga för nutritionsfrågor. Detta har även framkommit i en annan studie där sjuksköterskorna vid särskilda boenden tog på sig ett stort ansvar för att utreda och behandla undernäring och tyckte att de hade huvudansvar för nutritionsfrågor. Samtidigt framkom brister i såväl bedömning som behandling av undernäring (34).

I flera studier poängteras att sjuksköterskan har en viktig funktion för att identifiera riskfaktorer och också en ledande roll i vårdprocessen om nutrition (33,35,36,37,38). Detta stämmer väl med resultatet i denna studie där sjuksköterskorna ansåg sig ha en viktig funktion men även lyfte fram behovet av stöd och support som en förutsättning för att lyckasförbättra den äldre patienten näringsstatus.

Resultat i föreliggande studie visar också att sjuksköterskor tyckte att det var viktigt med teamarbete kring nutrition. De hade dock varierande attityder huruvida sjukgymnasterna och arbetsterapeuterna borde vara aktiva i nutritionsprocessen eller inte. Sjukgymnast och arbetsterapeut hade inte något nutritions-ansvar eller något att tillföra i nutritionsvårdsprocessen. Däremot hade dietisten ett stort ansvar och mycket att tillföra i nutritionsprocessen. Flera nationella och internationella studier visar vikten av ett teamarbete i nutritionsarbetet där personer ur olika professioner tillför olika delar i utredning för att få en helhetsbild av patientens nutritionsproblem (33,39,40). Det har även visats att teamets samarbete kan både vara utmanande och stödjande för att upprätthålla och utveckla omvårdnad relaterad till nutrition och bra kommunikation mellan medlemmarna i teamet är viktigt för patientsäkerheten (35). Enligt tidigare forskning bör utredning och behandling av sjukdomsrelaterad undernäring präglas av ett multidisciplinärt synsätt på samma sätt som vid utredning och behandling av sjukdom (34) och en framgångsrik nutritionsbehandling där olika yrkeskategorierna bidrar med sina respektive perspektiv och blir aktiva i nutritionsvårdsprocessen är viktigt för att utreda och behandla patienter med undernäring vid särskilda boenden (9,20,23,34,37,41).

Enligt socialstyrelsens rapport (5) har läkaren det medicinska huvudansvaret för utredning som leder till ordination av rätt behandling. Läkaren tar ställning till om avmagring eller pågående viktförlust orsakas av medicinska faktorer som behöver utredas eller kan motverkas genom specifik medicinsk behandling (5). Sjuksköterskor i denna studie hade en god kontakt med läkarna. Kontakt med läkaren initierades när den äldre patienten trots olika nutritionsåtgärder var på väg mot undernäring dock kunde läkarkontakten i vissa fall dröja för länge beroende på om det inte fanns en ordinarie läkare som kände patienten. Kontinuiteten av läkare inom kommunala äldreomsorgen påverkade alltså den medicinska utredningen hos de äldre patienter som lider av undernäring. Det har tidigare visats att läkare vid särskilda boenden inte har tid att sätta sig in patientens medicinska problem, vilket också visar att ansvaret för nutritionsfrågor i större utsträckning generellt vilar på sjuksköterskor (34).

Denna studie visar att den äldre patienten så långt som möjligt var delaktig i sin nutritionsvårdsprocess. Anhöriga sågs som en viktig resurs i nutritionsprocessen då de kunde bidra med mycket viktig information. Sjuksköterskor beskrev att i vissa fall var det anhöriga som initierade nutritionsbehandling när de såg att deras närstående hade gått ner i vikt. Sjuksköterskorna ansåg att det var viktigt med anhörigas delaktighet under hela nutritionsvårdsprocessen speciellt när den äldre patienten befann sig i ett palliativt skede i sin sjukdom.

Det framgick att sjuksköterskorna hade ett bra samarbete med tandläkarna och tandhygienisterna och att de var väl medvetna om mun- och tandstatus betydelse för ett gott näringsstatus hos den äldre patienten. Däremot ansåg sjuksköterskorna att de inte hade den kunskapen som krävdes för att upprätthålla optimal nutritionsstatus och upplevde det som svårt att klara nutritionsarbetet utan dietist. Detta bekräftas i studier som visade brister i både nutritionsutbildning och kunskap hos sjuksköterskor på olika äldreboenden (34,38,42). Men sjuksköterskorna i en av dessa studier kände engagemang inför nutritionsproblemet men samtidigt frustration över att deras kunskap inte stod i proportion till ansvaret (34). I denna studies resultat framgår tydligt behovet av en dietist inom den kommunala äldreomsorgen. Det har beskrivits tidigare att vid undernäring och behov av nutritionsstöd skall omvårdnadsansvarig sjuksköterska kontakta dietisten (7). Sjuksköterskorna ansåg att dietistens kompetens var nödvändig för att uppnå en god kvalitet på nutritionsområdet. Vissa sjuksköterskor kände frustration då dietisten inte fanns tillgänglig. Enligt de lokala riktlinjerna/rutiner inom kommunal hälso- och sjukvård är det sjuksköterskan som har omvårdnadsansvaret när det gäller den äldre patientens näring, vilket bland annat omfattar: att sjuksköterskan kontaktar dietist för ytterligare utredning, ordination och uppföljning, samverkar med arbetsterapeut, sjukgymnast och enhetschef samt planerar och ordinerar åtgärder medhjälp av dietist. I resultatet framgår att det inte fanns någon fungerande struktur och rutiner om hur kontakten med dietisten skulle ske. En granskningsrapport från socialstyrelsen poängterar behovet av olika typer av specialkompetens för att åstadkomma en god vård på näringsområdet och betonar en mer utbyggd samverkan med dietisten (7). Dietisten bör ha en mer central roll i nutritionsvårdsprocessen (20) och behövs som komplement till sjuksköterskans kompetens (10). Även dietisternas riksförbund (DRF) lyfter fram behovet av kommundietister inom äldreomsorgen. Om kommunen skall ta sitt ansvar för att ge den äldre patienten en god och säker vård inom nutrition krävs det nyckelpersoner med rätt kompetens, kommundietister. För att säkerställa kvalitet och säkerhet inom nutritionsområdet krävs en nutritionsansvarig dietist (NAD) (43). Enligt socialstyrelsens rapport (5) har läkare, sjuksköterska och dietist ett gemensamt ansvar för att bedöma patientens nutritionstillstånd och samverkan mellan dessa kompetenser är en förutsättning för en god kvalitet på näringsområdet (5,7).

Även behovet av logoped framkom i denna studies resultat. Sjuksköterskor kände sig osäkra i bedömning av vissa sväljningssvårigheter som kan leda till undernäring framförallt hos de äldre som tidigare drabbats av stroke. Vissa sjuksköterskor upplevde remissförfarandet till logoped som besvärligt och onödigt krångligt och valde att själva bedöma samt sätta in åtgärder t. ex konsistensanpassning av mat. Enligt de lokala riktlinjerna/rutinerna inom kommunal hälso- och sjukvård är det dock arbetsterapeuten som har ansvar att bedöma, planera och ordinaera åtgärder och strategier vid dessa besvär.

Vissa sjuksköterskor hade inte tillgång till riktlinjerna och hade aldrig tidigare sett dessa. Nutritionsarbetet är kanske inte tillräckligt prioriterat inom den kommunala äldreomsorgen. En litteratur studie (38) visade att sjuksköterskorna var medvetna om nutritionsproblemet men detta prioriterades lägre än andra arbetsuppgifter. Ytterligare andra studier visar vikten av tillgång till riktlinjer, kännedom om riktlinjer, kunskaper i nutrition (38,44) samt tydlig ansvarsfördelning för nutritionsarbetet, patientinflytande och samarbete mellan yrkesgrupper (44).

Resultat i föreliggande studie visar att det inte fanns ett tydligt definierat ansvar för respektive yrkesfunktion. Det förekom även brist på struktur samt rutiner kring nutrition vilket anses som ett hinder för ett gott samarbete mellan olika yrkesgrupper.

Enligt socialstyrelsen SOSFS 2005:12(3 kap. 2§) är det i ledningssystemets om säkerställandet att det finns rutiner som tillgodoser att personalen har den kompetens som krävs för att utföra arbetsuppgifterna. Det skall finnas rutiner som anger personalens ansvar och befogenheter, samt planer för personalens kompetensutveckling utifrån verksamhetens behov. Centralt från kommunledning måste finnas konkreta mål för nutritionsomhändertagandet, utifrån fastlagda rutiner och definierade ansvarsområden för personer i olika yrkesfunktioner. Läkare, dietister, sjuksköterskor och övrig personal bör samverka kring problemen utifrån respektive professionsansvar. Måltidsfrågor måste inkluderas i det systematiska kvalitetsarbetet och därmed också se till att behovet av att rätt kompetens utnyttjas (45).

## Konklusion

Resultatet i denna studie visade att sjuksköterskorna ansåg sig ha det största ansvaret för att upprätthålla en god nutritionsstatus hos den äldre patienten, dock saknade nutritionell kompetens motsvarande det ansvaret som de hade. De kände en viss frustration över att deras kompetens inte stod i proportion till ansvaret, speciellt då dietist och logoped inte fanns tillgänglig inom den kommunala äldreomsorgen.

Resultatet visade att sjuksköterskorna hade ett nära samarbete med omvårdnadspersonalen och samverkade i högre grad med läkare än med sjukgymnast och arbetsterapeut. God kontakt med läkare var viktig, men också att läkaren hade kännedom om personen med nutritionsproblem visade sig ha stor betydelse och gav bättre möjligheter att tidigt åtgärda patientens nutritionsproblem. Även samverkan med tandläkare/tandhygienister ansågs som viktig för att upprätthålla ett gott näringsstatus hos den äldre.

Den äldre patienten var så långt som möjligt delaktig i sin nutritionsvårdprocess och anhöriga sågs som en viktig resurs. Det framkom brister i struktur och rutiner för samverkan samt saknades en tydlig ansvarsfördelning inom nutritionsområdet. Resultatet visade att Senior Alert, ett nationellt kvalitetsregister för vård och omsorg med syfte att förebygga undernäring, trycksår och fall, hade stärkt samarbetet mellan olika yrkesgrupper.

## Implikation och förslag på vidare forskning

Samtliga yrkeskategorier på olika nivåer har ett gemensamt ansvar och skall arbeta för att gemensamt ge den äldre patienten ett gott nutritionsomhändertagande. Flera nationella och internationella studier samt i riktlinjer poängterar betydelsen av ett multiprofessionellt arbetssätt som en framgångsrik modell för att förebygga undernäring hos äldre. Ett tvärprofessionellt team där olika yrkeskategorier bidrar med sin specifika kompetens för att tillsammans sy ihop en individuell anpassad vård på bästa sätt.

Förutsättningar för att förbättra den äldre patienten näringsstatus och uppnå en god kvalitet på näringsområdet är:

- Tillgång och kännedom om riktlinjer, uppbyggnad av struktur, rutiner och tydligt definierat ansvar för respektive yrkesfunktion.
- Ett vårdpreventivt arbetssätt-genom samverkan.
- Dietist kopplat till kommunen. För att uppnå en god kvalitet på nutritionsområdet bör det finnas en kommundietist som har den kompetensen som krävs och för att säkerställa ett gott nutritionsomhändertagande.
- Tvärprofessionell nutritionsgrupp som träffas regelbundet. Gruppen kan exempelvis bestå av: undersköterska, sjuksköterska, enhetschef, läkare, dietist, arbetsterapeut.
- Utbildningsinsatser för att höja sjuksköterskans kompetens kring nutrition.

Författaren anser att fortsatt forskning kring nutrition ur ett multiprofessionellt perspektiv är nödvändigt för att förbättra den äldre patienten näringsstatus och uppnå en god kvalitet på näringsområdet. Resultatet av denna studie gör att frågeställningar lyfts som skulle vara intressant att utforska mer. Exempelvis kan en enkätstudie vara en lämplig metod. Det vore intressant att ta reda på hur de andra yrkeskategorierna ser på nutrition och undernäring utifrån sitt ansvar och sin yrkesroll.

## REFERENSER

1. Larsson M, Rundgren Å. Geriatrisk vård och specifik omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 1997.
2. Näring för god vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
3. Abrahamsson L, Andersson A, Becker W, Nilsson G. Näringslära för högskolan. Stockholm: Liber; 2006
4. Faxén- Irving G, Karlström B & Rothenberg E. Geriatrisk nutrition. Lund: Studentlitteratur; 2010.
5. Näringsproblem i vård och omsorg. SoS-rapport 2000:11. Socialstyrelsen: Spånga; 2000.
6. Bosaeus I, Balknäs Nilsson U, Ellegård L, Rothenberg E. Mat och näring för sjuka inom vård och omsorg. Uppsala: Statens livsmedelsverk; 2003.
7. Socialstyrelsen. Kost och näring på äldreboenden (Elektronisk) (augusti 2005) Tillgänglig: [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9923/2005-109-16\\_200510916.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9923/2005-109-16_200510916.pdf) 2011-04-10.
8. Swedish Society for Clinical Nutrition and Metabolism (SWESPEN). Nutritionsbehandling i sjukvård och omsorg (elektronisk) (2006) Tillgänglig: <http://www.swespen.se/documents/Nutritionshandboken.pdf>. 2011-10-22.
9. Saletti A. Nutritional status and mealtime experiences in elderly care recipients. Avhandling. Stockholm: Karolinska Institutet; 2007
10. Wikby K, Ek A-C, Christensson L. Nutritional status in elderly people admitted to community residential homes: comparisons between two cohorts. J Nutr Health Aging 2006; 10(3): 232-38.
11. Suominen M, Muurinen S, Routasalo P, Soini H, Suur- Uski I, Peiponen A, Finne-Soveri H & Pitkala KH. Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing homes in Helsinki. Eur J Clin Nutr 2005; 59 (4): 578-83.
12. Rothenberg E. Sjukdomsrelaterad undernäring – äldreomsorgens utmaning. Avhandling. Göteborg: Göteborgs Universitet; 2008.
13. Saka B, Kaya O, Ozturk B G, Erten N & Karan A M. Malnutrition in the elderly and its relationship with other geriatric syndromes. Clin Nutr 2010; 29:745-48.
14. Dey DK, Rothenberg E, Sundh V, Bosaeus I, Steen B. Body mass index, weight change and mortality in the elderly. A 15 y longitudinal population study of 70 y old. Eur J Clin Nutr. 2001 Jun; 55(6): 482-92.
15. Chan M, Lim YP, Enest A & Tan TL. Nutritional assessment an Asian nursing home and its association with mortality. J Nutr Health Aging. 2010; 4 (1): 23-28.
16. Corrada M.M., Kawas C. H., Mozaffar F & Paganini- Hill A. Association of Body Mass Index and weight change with all-Cause mortality in the elderly. Am J Epidemiol. 2006; 163(10): 938-949.
17. Miller D M, Thomas M. J, Cameron D I, Chen Sheng J, Sambrook N Ph., March M L, Cumming G R & Lord R S. BMI: a simple, rapid clinically meaningful index of undernutrition in the oldest old? British J Nutr 2009; 101:1300-05.
18. Smoliner Ch, Norman K, Wagner H- K, Wolfgang H & Pirlich M. Malnutrition and depression in the institutionalized elderly. British Journal of Nutr 2009; 102: 1663-67.
19. Shahin ESM, Mejers JMM, Schols JMG, Tannen A, Halfens RJG & Dassen. The relationship between malnutrition parameters and pressure ulcers in hospitals and nursing homes. Nutrition, 2010; 26(9): 886-69.
20. Arvanitakis M, Coppens P, Doughan L & Van Gossum A. Nutrition in care homes and home care: Recommendations – a summary based on the report approved by the Council of Europe. Clin Nutr 2008; 28:492-496

21. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Elektronisk) (2005) Tillgänglig:[http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf) 2011-02-20
22. Nightingale F. Notes of nursing. What it is and what it is not. (1889).
23. Henderson V. Basic Principles of Nursing Care. London: ICN; 1961
24. SOSFS 2005:12 (M). Socialstyrelsen föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. (Elektronisk) (2005).  
[www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-12](http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-12). 2011-06-01
25. SIK-rapport. Äldres behov i relation till mat, näring och måltidssituationer. (Elektronisk) (2007) Tillgänglig:  
[http://www.highqrte.eu/publications/SIK/Arsrapport\\_2007\\_eng.pdf](http://www.highqrte.eu/publications/SIK/Arsrapport_2007_eng.pdf). 2011-10-20.
26. Polit D. F & Beck C.H. Nursing Research: Principles and Methods.2008; 8: ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott.
27. Dahlberg K. Kvalitativa metoder för vårdvetare. Lund: Studentlitteratur: 1997
28. Graneheim U-H, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurses Education Today 2004; 24: 105-112.
29. Kvale S, Brinkmann S. Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur; 2009.
30. Granskär M, Höglund - Nielsen B. (Red.). Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur; 2008.
31. Vetenskapsrådet (elektronisk)(2002) Tillgänglig:[www.vr.se/download/18.../forskningsetiska\\_principer\\_tf\\_2002](http://www.vr.se/download/18.../forskningsetiska_principer_tf_2002). 2011-02-20.
32. Krippendorff K. Content analysis – an introduction to its methodology. (2nd edition) USA, California: Sage Publications Inc; 2004.
33. Söderhamn U, Söderhamn O. A successful way for performing nutritional nursing assessment in older patients. Journal of Clinical Nursing 2009; 18: 431-439.
34. Johansson MU, Bosaeus I, Larsson J, Rothenberg E, Stene C, Unosson M. Nutritional treatment in elderly care – a forgotten perspective. Läkartidningen. 2009; 40:2538-42.
35. Wentzel M. Nutritional nursing care- nurses' interactions with the patient, the team and the organization. Avhandling. Karlstad: Karlstads Universitet; 2008.
36. Ali PA. Managing under-nutrition in a nursing home setting. Nursing Older People. 2007; 19(3): 33-6.
37. Jefferies D, Johnson M & Ravens J. Nurturing and nourishing: the nurses' role in nutritional care. J Clin Nurs 2010; 28. 317-30.
38. Fletcher, A. & Carey, E. Knowledge, attitudes and practices in the provision of nutritional care. Br J Nurs. 2011 May 27-juni 9; 20(10): 615-6,616-20
39. Christensson L. Individanpassade måltider till undernärda vårdtagare. Avhandling. Institutet för Vård och Omsorgsvetenskap; 2004.
40. Mamhidir A-G. Meeting ethical and nutritional challenges in elder care. Avhandling. Stockholm: Stockholm: Karolinska Institutet; 2006
41. Gaskill D, Black L J, Isenring E A, Hassall S, Sanders F, Bauer J D. Malnutrition prevalence and nutrition issues in residential aged care facilities. Australasia J Ageing. 2008; 27:189-94.
42. Kim, H & Choue, R. Nurses' positive attitudes to nutritional management but limited knowledge of nutritional assessment in Korea. International Nursing Review 2009; 56:333-339.
43. Dietisternas riksförbund. Sjukdomsrelaterad undernäring i äldreomsorgen- har vi råd? (Elektronisk) [http://drf.nu/filer/En\\_vard\\_vard\\_samverkan-Stimulansmedel\\_nutrition-Undernaring.pdf](http://drf.nu/filer/En_vard_vard_samverkan-Stimulansmedel_nutrition-Undernaring.pdf). 2011-10-23.

44. Westergren, A. Vikten av mat vikten hälsan. Nordisk geriatrik 2009; 5: 32-39.
45. Sjukdomsrelaterad undernäring- mekanismer och behandling. Nordisk geriatrik 2008;

Bilaga I



**HÖGSKOLAN VÄST**  
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur

Trollhättan den 8 juni

## **2 Deltagande i intervjustudie, samverkan om äldre patienters nutritionsbehov**

I takt med sjukvårdens förmåga att behandla kroniska sjukdomar och förlänga liv ökar också problemen med undernäring. Detta är och kommer att bli en av sjukvårdens stora utmaningar i framtiden, att i tid diagnostisera och initiera rätt behandling.

För att uppmärksamma och tillgodose den äldre patientens nutritionsbehov behöver sjuksköterskan samverka med olika yrkeskategorier. Genom samverkan mellan olika yrkesgrupper kan vi tidigt identifiera flera riskfaktorer och minimera risken för undernäring.

Syftet med studien är att beskriva hur sjuksköterskan upplever samarbetet/samverkan mellan olika yrkeskategorier för att förhindra undernäring.

Jag är sjuksköterska som läser magisterutbildning i vård av äldre på Högskolan Väst i Trollhättan och planerar att skriva en D- uppsats om undernäring hos äldre på särskilda boenden.

De frågor som jag vill diskutera med dig är:

I vilken utsträckning samverkar du som sjuksköterska med andra yrkeskategorier för att identifiera, bedöma och åtgärda undernäring hos en äldre patient.

Beskriv hur de lokala riktlinjerna har används för att förebygga och för att identifiera undernäring.

Intervjun kommer att ske på din arbetsplats. Den beräknas pågå i ca 30-45 min och kommer att spelas in på band. Din medverkan i studien är frivillig och kan när som helst avbrytas utan att Du behöver ange orsak. All information kommer att behandlas konfidentiellt vilket innebär att alla enskilda svar kommer att avidentifieras i studien. Insamlat material kommer att analyseras och sammanställas i en rapport.

Vid frågor kontakta mig eller min handledare. Tack på förhand!

Med vänliga hälsningar

Författare:

Merita Murtezi

0736353450

merita970@hotmail.com

Handledare:

Docent

Ina Berndtsson 0708-86 55 52

[ina.berndtsson@hv.se](mailto:ina.berndtsson@hv.se)

---

Jag, \_\_\_\_\_ samtycker till att delta i studien.



---

Underskrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_



**HÖGSKOLAN VÄST**

Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur

Trollhättan den 10 maj 2011

## **Information om intervjustudie, samverkan om äldre patienters nutritionsbehov**

I takt med sjukvårdens förmåga att behandla kroniska sjukdomar och förlänga liv ökar också problemen med undernäring. Detta är och kommer att bli en av sjukvårdens stora utmaningar i framtiden, att i tid diagnostisera och initiera rätt behandling.

För att uppmärksamma och tillgodose den äldre patientens nutritionsbehov behöver sjuksköterskan samverka med olika yrkeskategorier. Genom samverkan mellan olika yrkesgrupper kan vi tidigt identifiera flera riskfaktorer och minimera risken för undernäring.

Jag är sjuksköterska som läser magisterutbildning i vård av äldre på Högskolan Väst i Trollhättan och planerar att skriva en D- uppsats om undernäring hos äldre på särskilda boenden.

Syftet med min studie är att beskriva hur sjuksköterskan upplever samarbetet/samverkan mellan olika yrkeskategorier för att förhindra undernäring.

För att få svar på mina frågor vill jag komma i kontakt och intervjua tre intresserade sjuksköterskor som har varit yrkesverksamma i minst två år. Deras medverkan i studien är frivillig och kan när som helst avbrytas utan att de behöver ange orsak. Intervjuerna beräknas pågå i ca 30-45 min och kommer att spelas in. All information kommer att behandlas konfidentiellt vilket innebär att alla enskilda svar kommer att avidentifieras i studien. Insamlat material kommer att analyseras och sammanställas i en rapport. Studien kommer att genomföras mellan vecka 22-23.

Tacksam om du kunde ge mig namn och telefonnummer till tre intresserade sjuksköterskor.

Vid frågor kontakta mig eller min handledare. Tack på förhand!

Med vänliga hälsningar

Författare:

Merita Murtezi

0736353450

merita970@hotmail.com

Handledare:

Docent

Ina Berndtsson

0708-86 55 52

[ina.berndtsson@hv.se](mailto:ina.berndtsson@hv.se)

XXXXXXXXXX

Riktlinjer för att identifiera och förebygga undernäring

Undernäring är ett tillstånd av obalans mellan intag och förbrukning av näringsämnen. En person anses vara i riskzonen för att utveckla undernäring om det föreligger någon av de tre riskfaktorerna; ofrivillig viktförlust, lågt BMI, svårigheter att äta normalt.

Syftet med identifiering av vilka personer som riskerar att utveckla undernäring eller som är undernärda är att fånga upp eventuella behandlingsbara tillstånd av undernäring i ett tidigt skede. I samband med inflyttning till särskilt boende/ inskrivning i hemsjukvård sker identifiering av personer med risk för undernäring genom att erbjuda en riskbedömning. Identifiering av risk för undernäring görs ibland av arbetsterapeut i samband med ADL-bedömning; matsituationer.

Identifiering och bedömning sker i två steg:

1. Screening med hjälp av vetenskapligt utprovat instrument, t.ex. MNA-SF, (kort version av MNA). Med hjälp av det resultatet bedömer sjuksköterskan om patienten är i riskzonen för undernäring.
2. Finns risk för undernäring görs en fördjupad utredning av sjuksköterska och vid behov dietist.

*Sjuksköterskan har omvårdnadsansvaret när det gäller patientens näring.*

Det omfattar:

- Vikten<sup>1</sup> skall följas genom att erbjuda vägning, var tredje månad eller vid behov oftare. Detta dokumenteras. Tackar personen nej skall detta också dokumenteras. Ofrivillig viktförlust är ett tecken på nutritionsproblem.
- Initiera kontakta dietist för ytterligare utredning, ordination och uppföljning.
- Samverka med arbetsterapeut, sjukgymnast och enhetschef.
- Planera och ordinera åtgärder ev. med hjälp av dietist.
- Kontakta läkare vid behov.
- Kontakt med tandhygienist för ytterligare/utförligare bedömning av munhälsan.
- Följa upp alla ordinationer.
- Informera/samråda omsorgspersonal.
- Informera/samråda med patient och närstående.
- Samordna med andra vårdgivare, sjukgymnast, arbetsterapeut och övrig omsorgspersonal.
- Ansvara för uppföljning och dokumentation.

*Arbetsterapeut har ansvaret för:*

- Bedöma, planera och ordinera åtgärder vid kognitiva svårigheter.
- Bedöma, planera och ordinera åtgärder och strategier vid dysfagi, sväljningsproblematik.
- Bedöma, planera och ordinera åtgärder och strategier vid sittproblematik och/eller muskelsvaghet i samverkan med sjukgymnast.
- Bedöma, träna och rekommendera ätverktyg och äthjälpmiddel

---

<sup>1</sup>Man skall väga sig under samma förutsättningar varje gång; tidpunkt på dagen, likartade kläder mm

- Samverka med sjuksköterska och sjukgymnast.
- Initiera remiss till logoped.
- Informera/samråda omsorgspersonal.
- Informera/samråda med patient och närstående.
- Ansvara för egen uppföljning och dokumentation.

*Sjukgymnast har ansvaret för:*

- Bedöma, planera och ordinera åtgärder vid sittproblematik och/eller muskelsvaghet i samverkan med arbetsterapeut.
- Bedöma, planera och ordinera åtgärder kring sambandet motion-nutrition.
- Samverka med sjuksköterska och arbetsterapeut.
- Informera/samråda omsorgspersonal
- Informera/samråda med patient och närstående
- Ansvara för egen uppföljning och dokumentation.



Högskolan Väst  
**Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur**

**461 86 Trollhättan**

Tel 0520-22 30 00 Fax 0520-22 30 99