NUTRITIONSBEDÖMNINGAR

-Sjuksköterskors uppfattningar av att utföra nutritionsbedömningar-

ANNIKA PEDERSEN

handledare: Lena Nordgren
examinator: Lena Wiklund Gustin
datum: 140210

akademin för hälsa, vård och välfärd
omvårdnad
avancerad nivå
15hp
utvecklingsarbete i omvårdnad
vaE 036
FÖRORD

I mitt arbete har jag träffat sjukköterskor som dagligen strävar efter att ge patienter så bra omvårdnad som bara går. De beskriver en vardag där de inte alltid hinner ta hand om patienten på det sätt de önskar. Tiden räcker inte till för att de ska känna att de gjort ett bra arbete. Bland dessa sjukköterskor finns det trots allt de som hittar nya vägar och möjligheter vilket gör att de hela tiden skapar förutsättningar för förbättringar i arbetsvårdagen. De har en beundransvärd förmåga att se positivt på sin omvärld, att vara engagerade och brinna för arbetet med patienten och framförallt har de modet att ta steget mot nya mål och genomföra förändringar som innebär att omvårdnaden hela tiden förbättras och kvalitetssäkras.

Jag vill gärna vara en av dessa sjukköterskor och genom att ta ett stort steg framåt och genomföra min magisterexamen kanske jag kan säga att jag kommit en bit på väg. Mitt examensarbete har gett mig möjligheten att få en ökad kunskap och förståelse för forskning och forskningens betydelse inom omvårdnad.

Jag skulle vilja tacka verksamhetschef Anders Grawé som både inspirerade mig och gav mig möjligheten att genomföra studien, min handledare, universitetslektor, Lena Nordgren som gett vägledning samt alla de sjukköterskor som tog sig tid och svarade på enkäten. Utan er alla hade det inte blivit någon uppsats.

Eskilstuna 2014-01-07

Annika Pedersen
SAMMANFATTNING


Uppsatset bygger på en enkätstudie där resultatet analyserats med kvalitativ innehållsanalys. Resultatet visar en kartläggning över vad som påverkar i vilken omfattning nutritionsbedömning utförs samtidigt som det beskriver sjukköterskornas individuella uppfattningar om att utföra nutritionsbedömningar.

Vissa brister finns i sjukköterskornas kunskaper om nutritionsarbete och det behövs bra inskolning, fortsatta utbildningsmöjligheter samt kontinuerlig reflektion kring kunskap, attityd och rutiner gällande nutritionsarbetet. Patienten behöver också bjudas in till delaktighet i sin nutritionsvård på ett mer aktivt sätt.

Nyckelord: Ansvar, delaktighet, nutrition, nutritionsprocess, samarbete
ABSTRACT

Daily nurses encounter patients at risk of becoming malnourished or who are already malnourished. The nurse's job is it to identify barriers to adequate nutrition, plan actions to be implemented and evaluated with the individual optimal health as the goal. Despite this, disease-related malnutrition is a major problem in the Swedish health care today. Only half of the patients who are hospitalized are assessed regarding nutrition.

The purpose of this study is to identify and describe nurses' perceptions of performing nutrition assessments. It is important to have knowledge about how nurses perceive how it is performing nutrition assessment in order to identify the causes that prevent the assessment from being completed. Previous research shows that organizational causes often precludes assessment, and that individual circumstances of each individual nurse affects if the assessment is carried out or not.

The essay is based on a survey in which the results show good agreement with previous research, while also describing nurses' individual views on performing nutrition assessments.

Some gaps in nurses' knowledge of nutrition activities and requires good acclimation, continuing education opportunities, and continuous reflection of knowledge, attitude and practices regarding nutrition work. Patients also need to be invited to participate in nutrition care in a more active way.

Keywords: Collaboration, nutrition, nutrition process, participation, responsibility
INNEHÅLL

1. INLEDNING ........................................................................................................... 1

2. BAKGRUND ........................................................................................................... 1

2.1 Orsaker till undernäring .............................................................................. 2

2.2 Bedömning av nutritionsstatus ..................................................................... 3

2.3 Sjuksköterskans ansvar .............................................................................. 4

2.3.1 Professionellt ansvar ............................................................................. 4

2.3.2 Etiskt ansvar .......................................................................................... 6

2.4 Vårdteoretiskt perspektiv .......................................................................... 7

2.5 Problemområde ............................................................................................ 8

3. SYFTE ................................................................................................................. 8

4. METOD ............................................................................................................... 8

4.1 Kvantitativ design ....................................................................................... 9

4.2 Kvalitativ design ......................................................................................... 9

4.3 Urval ............................................................................................................. 10

4.4 Datainsamling ............................................................................................. 10

4.4.1 Kvantitativ datainsamling .................................................................... 11

4.4.2 Kvalitativ datainsamling ..................................................................... 13

4.5 Analys .......................................................................................................... 13

4.5.1 Kvantitativ sammanställning ................................................................ 13

4.5.2 Kvalitativ analys .................................................................................. 13

4.6 Bortfall ......................................................................................................... 14

4.7 Forskningsetiskt ställningstagande ............................................................ 14

5. RESULTAT ......................................................................................................... 15

5.1 Kvantitativt resultat ................................................................................... 15

5.2 Kvalitativt resultat ....................................................................................... 19

5.2.1 Nutritionsbedömning är viktigt .............................................................. 19

5.2.2 Bedömningen inte fullständig om munstatus inte ingår ....................... 20
5.2.3 Patienten behöver vara delaktig ................................................................. 20
5.2.4 Samarbete med andra yrkeskategorier är viktigt ....................................... 21
5.2.5 Dokumentationen viktig vid bedömningen .............................................. 21
5.2.6 Det finns hinder som försvårar att bedömningen utförs ...................... 22

6. DISKUSSION .................................................................................................... 22

6.1 Resultatdiskussion ..................................................................................... 22
6.1.1 Uppfattningar i relation till vårdprocessens datansamling och analysfas 22
6.1.2 Uppfattningar i relation till vårdprocessens planeringsfas ................. 25
6.1.3 Ledningens betydelse .............................................................................. 26

6.2 Metoddiskussion ...................................................................................... 27
6.2.1 Kvalitativ metoddiskussion .................................................................. 27
6.2.2 Kvalitativ metoddiskussion .................................................................. 27

6.3 Etisk diskussion ......................................................................................... 28

7. KLINISKA IMPLIKATIONER ....................................................................... 29

8. SLUTSATSER ............................................................................................... 30

  8.1 Vidare forskning och utveckling .............................................................. 31

REFERENSLista ................................................................................................. 32

BILAGA

BILAGA A: MNA-SF
BILAGA B: TILLSTÅND ATT GENOMFÖRA STUDIEN
BILAGA C: INFORMATIONSBREV
BILAGA D: ALLMÄNT PÅMINNELSEBREV
BILAGA E: ENKÄT
1. INLEDNING

Intresset för nutritionssvaret har väckts utifrån egna erfarenheter och upplevelser i mitt yrke som sjukköterska. Att det förekommer undernäring i svensk sjukvård är känt och det finns stora möjligheter att göra för både patienter och sjukvårdspersonal om nutritionssvaret genomför mer systematiskt. Senior Alert erbjuder bra riskbedömningsformulär som säkerställer att patienten riskbedöms på ett systematiskt bra sätt. Sjukköterskan har ett validerat verktyg att använda vid riskbedömningen som säkerställer kvaliteten på bedömningen samtidigt som det är tidssparande. Införandet av det nationella kvalitetsregistret Senior Alert aktualiserade mina egna reflektioner kring vilka uppfattningar sjukköterskor har av att göra nutritionssvaret.


Många gånger är det undersköterskan som uppmärksammar att patienten inte åter eller dricker på ett tillfredsställande sätt, men då kan redan viktig tid ha gått försläppt. Vårddagen för patienten riskerar att bli längre eftersom det tar längre tid att hämta sig från sjukdom och risken för komplikationer ökar i takt med pågående näringsbrist.

Allt för ofta hör jag sjukköterskor ge uttryck för att de inte hinner göra olika arbetsmoment. Viljan att utföra dem finns för det mesta, men det försvagas av att arbetet på avdelningen är styrt av dagliga rutiner som är svåra att bryta eller ändra, att sjukköterskan hela tiden måste försöka prioritera vilken patient som är i mest behov av akut vård samtidigt som de ska utföra en mängd administrativa uppgifter som tar mycket tid.

Syftet är att beskriva sjukköterskornas uppfattningar av att utföra nutritionssvaret samt kartlägga vilka faktorer som påverkar att nutritionssvaret utförs.

2. BAKGRUND

Undernäring har uppmärksammats som ett stort hälsoproblem i Sverige och Socialstyrelsen bedömer att det är möjligt att spara upp till 1 miljard kronor med förbättrade mat-


2.1 Orsaker till underränning


Många människor låter bli att åta tillfredsställande på grund av att det är tråkigt att åta ensam, speciellt om det varit två personer i ett förhållande och ena plötsligt blivit ensamt kvar. Själva tillagningen av maten kan bli för arbetssam för den enskilde individen som då istället intar en mindre näringsrikligt kost som inte kräver någon ansträngande tillagning. Även ekonomiska hinder kan föreligga då många anser det vara dyrt att köpa tjänst från kommunen gällande matdistribution (Wissing & Unoss, 1999).

Sjukdomar, kroniska eller inte, kan påverka både ork, förmåga och energiförbrukning hos den enskilde individen så möjligheten till adekvat näringsintag omöjliggörs (Wissing & Unoss, 1999). Sjukdom och underränning är nära sammankopplade till varandra då sjukdom ofta orsakar underränning och vise versa (Lim Sin m.fl., 2012). Ungefar två tredjedelar av alla akut inlagda patienter på sjukhus åter inte mer än hälften av maten som erbjuds under vårdtiden (Bauer m.fl., 2011).

Minskad aptit av olika anledningar är den vanligaste orsaken till minskat näringsintag. Patienter som åter konsistanspassad mat som till exempel flytkost, mix-kost eller gelé-kost kan uppleva maten som obehaglig och att serveringen inte ser tilltalande ut. Patientens nutritionssstatus kan också påverkas av sjukhusvistelsen i sig eftersom patienten är sjuk och befinner sig i en främmande miljö, att de vanliga måltidssvanorna förändras, samt att det serveras mat som patienten inte alltid tycker om. Naturligtvis finns det också patienter som åter bättre under sjukhusvistelsen än hemma då de får sällskap av andra och slipper att själva laga men (Aydin & Karaöz, 2006).

I 5§ i kap.1 av Patientsäkerhetslagen (2010:659) kan läsas att patientsäkerhet betyder skydd mot vårdskada. Vårdskada innebär psykisk eller fysisk skada, lidande, sjukdom eller död som hade kunnat undvikas om rätt åtgärder satts in vid sjukvårdstillfället. Underränning kan i allra högsta grad utvecklas till en vårdskada om den inte uppmärksammas när patienten läggs in på sjukhus. En bra nutritionssstatus är avgörande för att förebygga att sjukdomar utvecklas, minska risken för komplikationer, för att kunna erhålla optimal effekt av läkemedelsbehandlingar och för att kunna tillfriskna snabbare och uppnå optimal hälsa för
den enskilde individen. Riskbedömningen gällande undernäring är särskilt viktig eftersom patienter sällan klarar över själva undernäringen som sådan utan uppger mer vaga, ospecifika symptomer som är resultatet av själva undernäringen (Bonnel, 2003).


2.2 Bedömning av nutritionsstatus

För att säkerställa att nutritionsbedömningar utförs på samma sätt oavsett vilken patient som bedöms finns nationella riktlinjer för hur detta ska göras på ett strukturerat sätt. Att riktlinjer och kvalitetsregister finns borde göra nutritionsproblem lättare att identifiera då färdiga bedömningsformulär finns att använda. Ett strukturerat sätt att utföra nutritionsbedömningen på är att använda sig av det nationella kvalitetsregistret Senior Alert som är en del av SKL:s satsning på "Bättre liv för sina äldre". Varje person som kommer i kontakt med vården som är 65 år eller äldre ska registreras med riskbedömning, åtgärder och resultatin området fall, trycksår, undernäring och munhälsa. Alla dessa områden är kopplade till varandra då en person med problem i munhålan riskerar att bli undernärd, löper större risk att falla och ådra sig frakturer som leder till orörlighet som ökar risk för trycksår och andra komplikationer.


Sjukskötterskor behöver stöd för att utveckla och använda sig av den nya kunskapen och det strukturerade arbetssättet en riktlinje medför i det dagliga arbetet och i de dagliga rutinerna. Det handlar om konkreter stöd i hur det praktiska arbetet kan förbättras och hur det sedan konkret går till. Många ganger implementeras riktlinjer alldeles för snabbt och det blir svårigheter med att verkligen nå ut till personalen. I genomförande processen behövs tid för att sjukskötterskorna ska förstå innebörd, sammanhang och nyttja för att de ska kunna förändra sin inställning till det nya. Sjukskötterskorna behöver jobba tillsammans med attityder, rutiner och kultur på avdelningarna samtidigt som de behöver jobba på det personliga planet med hänsyn för att förbättra sitt kliniska arbete. För fortsatt arbete i
enlighet med riktlinjen behöver sjuksköterskorna också motivation (Rosengren, Höglund & Hedberg, 2012).

Faktorer som antal anställda, rätt mix av kompetens bland personalen, stödjande kollegor, starkt ledarskap och stabil organisation är avgörande för motivationen och hur väl arbetet med en riktlinje faller ut på en enhet (Wallin m.fl., 2004). Organisatoriska förändringar som sammanslagningar av enheter, rekrytering av ny chef eller anställda påverkar genomförandeprocessen negativt och orsakar förseningar till följd av sänkt motivation. Information är ett sätt att förbättra klinisk praxis och resultat ska fortlöpande presenteras, gärna på anslagstavlor så det blir överskådligt och lätt att ta del av. Kontinuerlig feedback från chef beskrivs som en styrka och patientens respons är viktig för att motivera personalen till fortsatt arbete (Rosengren m.fl., 2012).

2.3 Sjuksköterskans ansvar


2.3.1 Professionellt ansvar

Professionellt ansvar innebär att arbeta hälsofrämjande utifrån ett patientperspektiv där sjuksköterskan tar ansvar för både sig och patienten utifrån ett humanistiskt helhetsperspektiv (Wiklund Gustin & Bergbom, 2012). Sjuksköterskans professionella identitet består bland annat av att måna om mänsklig vårdighet och lindra lidande där ärlighet, engagemang, intelligens och ansvar rankas högt (Rassin, 2008).

Sjuksköterskans ansvarskänsla behöver tränas upp både i yrkesprofessionen och i relationen till patienten och ansvaret hänger ihop med personlig mognad och utveckling. Först när sjuksköterskan går från novis till expert kan ansvar tas fullt ut och vägledning ske utan att sjuksköterskan leder efter egna svar eller lösningar på problemet, utan involverar patienten och på så sätt stöttar och hjälper den enskilda individ och att ta ansvar för sig själv (Benner, 1993).

Motsatsen till ansvar är ansvarslöshet vilket kan innebära att sjuksköterskan anser att vissa saker inte är hans/hennes uppgift trots tydligt yrkesansvar, att sjuksköterskan inte står tillsvars för sina handlingar eller urserktar sig vid känsla av hjälplöshet. Det är sällan en sjuksköterska är ansvarslös med avsikt men det händer att det uppstår situationer där ansvaret att hjälpa någon upplevs omöjligt. Det är då lätt att istället utgå från sin yrkesplikt och sjuksköterskans subjektiva bedömningar blir avgörande för vilka beslut som fattas om vad patienten behöver och vilka handlingar som sedan initieras. Att ge sig hän och vara närvarande utan att vara lösningsfokuserad och genom att välja förstå och se situationen utifrån patientens perspektiv är att värda med stort ansvar (Sjögren, 2012). Dessvärre finns det sjuksköterskor som anser att den ideala vården inte finns i professionen utan de väljer yrket för den akademiska möjligheten till karriär och för att det finns möjlighet att få arbeta
och då blir den sociala statusen som vårdare och engagemanget för patienten mindre viktigt (Rassin, 2008).


Sjukköterskor befinner sig i en idealisk position för att bedöma patienter och upptäcka förändringar i hälsotillståndet. De måste använda sina kunskaper om kost och införliva detta i sitt dagliga arbete (Hansson & Wenström, 2005). De allra flesta sjukköterskor tycker att det är viktigt bedöma nutritionsstatus och att övervaka patienterna när de åter för att hitta brister i kroppsfunktioner och i närmiljön, så som förmåga att själv föra maten till munnen, tugga och svälja, och att eventuella ljud eller ljus som påverkar intaget negativt behöver identifieras och åtgärdas (Wissing & Unosson, 1999).


Många gånger saknas förståelse för hur viktigt det är med nutritionsbedömning under sjukhustistelsen och det finns brister i kunskap gällande nutritionsstatus. Nutrition liknas med att bara äta och dricka och nutritionsstatus med hur man intar sin föda och vilka måltidsvanor man har. Inga andra reflektioner görs över vad nutrition och nutritionsstatus innebär. Att en patient åter fem gånger per dag innebär inte automatiskt att personen får i sig


2.3.2 Ethiskt ansvar


Utifrån det etiska ansvaret blir sjuksköterskan mer känslig för andras behov och anstränger sig för att möta dessa med expertis och reflektion (Zohren & Robabeg, 2009). Sjuksköterskan måste välja rätt vårdhandling utifrån de etiska krav vilka passar mot de förväntningar sjuksköterskan har på sig själv och på de förväntningar patienten har. Sjuksköterskan måste kunna stå tillsvarts för sina handlingar och följderna av de uttalade krav som ställs i mötet med patienter som riskerar att bli undernärda eller redan har en manifest undernäring (Wiklund Gustin & Bergbom, 2012).


2.4 Vårdeoretiskt perspektiv


Efter analysen prioriteras hindren och val av vårdaktiviteter görs utifrån vilka hinder som först ska elimineras. Vårdaktiviteterna syftar till att åstadkomma en förändring i hälsoprocessten där tvinniken ligger på tillfredsställande av organiska och emotionella behov (Eriksson, 2000). Nutritionsbedömningen ger sjuksköterskan en möjlighet att hitta vilka patienter som inte har ett tillfredsställande näringsintag och som är i behov av vårdinsatser för att patientens hälsoprocess ska bli så positiv som möjligt. Aktiviteterna består i olika typer av uppgifter eller funktioner som leder till att den erhållna vården ska gå framåt, eliminera hälsohindre och sträva mot den enskilde individens optima hälsa eller död (Eriksson, 2000). Detta kan till exempel vara att servera extra energikost, erbjuda näringdrycker, stödja vid måltidssituationer, göra läkemedelsomgångar, matning, sondmatning eller ge näringsdropp.

Det är nödvändigt för sjuksköterskan att kunna identifiera, analysera och beskriva patientens hälsohindr gällande nutritionen för att sedan genom planering av aktiviteter kunna stödja och våarda patienten utifrån den enskilde individens behov. Planeringen av vårdaktiviteterna innebär en rad olika beslutsprocesser där beslutet påverkar vårdarens handlingar (Eriksson, 2000).

Att vårdförsöket valts som teoretisk referensram beror på att den beskriver en process som sjuksköterskan kan använda för att identifiera och åtgärda hinder för hälsa hos varje enskild individ. Där fokus ligger på själva vårdrelationen mellan patienten och vårdaren med intentionen att patienten ska må så bra som möjligt här och nu.
2.5 Problemområde


3. SYFTE

Syftet är att kartlägga och beskriva sjuksköterskornas uppfattningar av att utföra nutritionsbedömningar.

4. METOD

Studien är en empirisk enkätstudie med både en kvantitativ och en kvalitativ del som utfördes på ett sjukhus i Mellansverige. Då studien är en del av ett pågående förbättringsarbete på Vårdplatsenheten önskades svar från många sjuksköterskor i enkätens kvantitativa del. För att också få svar på sjuksköterskornas uppfattningar av att utföra
nutritionsbedömningar lades en kvalitativ del till i enkäten. Sjukskötarskornas uppfattningar fångades upp i de svar som lämnades i de öppna frågorna. Svar som har fokus på deltagarnas uppfattningar och på ett eller annat sätt belyser det fenomen som är av intresse att studera (Dahlberg, 1997).

4.1 Kvantitativ design


Då det var känt på Vårdplatsenheten att nutritionsbedömning inte sker i den omfattning som är önskvärd var det av betydelse att kartlägga sjukskötarskornas uppfattning av att utföra nutritionsbedömningar på Vårdplatsenheten, utförandet av tidigare forskningsresultat i ämnet. Vad var egentligen den befintliga empirin? Att nutritionsbedömningarna inte utförs i den omfattning som var önskvärd var känt men vad berodde detta på. Nivån var deskriptiv då minimal tolkning av insamlad data gjordes i analysen utan data presenteras så som deltagarna svarat.

4.2 Kvalitativ design


Metoden i studien var en kvalitativ innehållsanalys med syfte att beskriva sjukköterskors uppfattningar av att utföra nutitionsbedömningar. Uppfattningarna sågs som erfarenheter, något som var upplevt och byggde på individens samlade kunskap i relation till sig själv och omvärlden. När sjukköterskan utför nutitionsbedömningar påverkar kunskap, förståelse och omvärld de erfarenheter sjukköterskan har av att utföra nutitionsbedömningar.

Analysen i den kvalitativa delen var en manifest innehållsanalys som innebar en analys av direkt synliga mönster och kategorier i texten (Forsberg & Wengström, 2013) vilket stärks av Graneheim och Lundman (2004) som menar att manifest innehållsanalys fokuserar på de synliga och uppenbara komponenterna i texten utifrån en viss grad av tolkning.


Innehållsanalysen fokuserade på själva innehållet i texten. Meningar eller stycken som relaterar till varandra genom innehåll och sammanhang sammanställdes i koder, subkategorier och kategorier (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

4.3 Urval

Urvalet gjordes bland vårdavdelningar på ett sjukhus i Mellansverige. Samtliga avdelningar tillhör Vårdplatsenheten på sjukhuset. Vårdplatsenheten kan liknas med en klinik som har ett antal vårdavdelningar med olika inriktningar knutna till sig. På dessa avdelningar finns endast omvårdnadspersonal, sjukköterskor och undersköterskor, anställda. Övriga kliniker som medicinklinik och ortopedklinik m.fl. köper sedan sängplatser och omvårdnadstjänster av Vårdplatsenheten. Urvalet av avdelningar där studien genomfördes har grundat sig på att de representerar vård inom olika specialiteter, som ortopedi, medicin, öron-näsa-hals, onkologi och hematologi. Samtliga avdelningar vårdar patienter som på grund av olika sjukdomstillstånd riskerar att bli undernära eller redan har en manifest undernärning. Samtliga avdelningar registrerar nutitionsbedömningar avseende patientens nutitionsstatus i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert och att nutitionsbedömningen utförs med hjälp av MNA-SF.

Urvalet av sjukköterskor byggde på att få ut så mycket individuell information som möjligt för att kunna förstå vilka uppfattningar som fanns avseende nutitionsbedömning. De allra flesta nutitionsbedömningar utförs under dagtid vilket gör att kriteriet för att delta i studien var att arbetstiden var förlagd till dagtid. Antalet sjukköterskor som fyllde detta kriterium och erbjöds att delta var 65. Sjukköterskor som endast hade nattjänstgöring, var tjänstlediga eller föräldraledighet tillfrågades inte.

4.4 Datainsamling

Datainsamlingen gjordes med hjälp av en enkät med både strukturerade och öppna frågor. Då denna undersökning är tänkt att användas som en del i ett förbättringsarbete på
Vårdplatsenheten finns frågor som både relaterar till sjuksköterskornas uppfattningar av att utföra nutritionsbedömningar och frågor som rör förbättringsarbetet på Vårdplatsenheten.

Tre sjuksköterskor på en avdelning som inte medverkade i studien ombads att svara på enkäten och lämna synpunkter på utformning, om det förelåg oklarheter gällande frågorna och om svarsalternativen upplevdes relevanta innan enkäten delades ut till de medverkande. Ingen av de tre sjuksköterskorna hade synpunkter på utformningen, och ingen ansåg att frågorna var oklara eller att svarsalternativen inte var relevanta.

Skriftligt tillstånd att få genomföra undersökningen på aktuella avdelningar inhämtades från Vårdplatsenhetens verksamhetschef (se bilaga B). Berörda vårdenhetschefer informerades muntligt om examensarbetet, dess syfte och om urvalsriterier på ett vårdenhetschefermöte med syfte att föra informationen vidare till de sjuksköterskor som erbjuds delta. Vårdenhetschefen på varje avdelning informerade i sin tur aktuella sjuksköterskor om studien, delade ut enkäterna samt ett informationsbrev (se bilaga C) under april månad 2013.

Deltagandet byggde på frivillighet och anonymitet. Återsänd enkät ansågs vara likvärdigt med frivilligt samtycke att delta. Sjuksköterskorna ombads skicka tillbaka enkäterna inom utsatt tid. Två veckor efter att enkäten skulle vara besvarad skickades en allmän påminnelse ut, via vårdenhetscheferna, till samtliga sjuksköterskor som erbjudits att delta i studien (se bilaga D). Insamlad data förvarades inläst hos författaren under undersökningens gång.

4.4.1 Kvantitativ datainsamling

<table>
<thead>
<tr>
<th>Strukturerade enkätfrågor</th>
<th>Tidningsartiklar</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1 Hur länge har du arbetat som sjuksköterska?</td>
<td>Aydin &amp; Karaköş, 2006</td>
</tr>
<tr>
<td>2 Vilken betydelse anser du att nutritionen har för patientens tillfrisknande?</td>
<td>Bäckavägen &amp; Wallin, 2010</td>
</tr>
<tr>
<td>3 Ingår nutritionsstatus i dina arbetsuppgifter?</td>
<td>Birkenberg &amp; Wallin, 2009</td>
</tr>
<tr>
<td>4 Känner du till de direktiv som finns på avdelningen gällande nutritionsarbetet?</td>
<td>Härson Werström, 2005</td>
</tr>
<tr>
<td>5 Har du tillräckliga kunskaper om riskbedömningssvetkyget MNA-SF för att kunna göra en bra riskbedömning?</td>
<td>Undorf-Larson m.fl., 2007</td>
</tr>
<tr>
<td>6 Har du tillräckliga kunskaper om vilka åtgärder som bör sättas in vid risk för undrernäring eller vid manifest undrernäring?</td>
<td>Rosegren m.fl., 2012</td>
</tr>
<tr>
<td>7 Har du tillräckliga kunskaper om uppföljning av åtgärder vid risk för undrernäring eller vid manifest undrernäring?</td>
<td>Wallin, m.fl., 2004</td>
</tr>
<tr>
<td>8 Hinner du genomföra riskbedömningar med MNA-SF på patienter över 65 år?</td>
<td>Wernetz Persenius m.fl., 2007</td>
</tr>
<tr>
<td>9 Vem ansvarar för att nutritionsbedömningen genomförs på avdelningen idag?</td>
<td>Wallin, m.fl., 2004</td>
</tr>
<tr>
<td>11 Får du feedback gällande nutritionsarbetet på avdelningen från din närmaste chef?</td>
<td>Wetterlund &amp; Unossen, 1999</td>
</tr>
<tr>
<td>12 Finns resultatet gällande nutritionsarbetet presenterat på anställstavlor eller liknande för personalen att ta del av?</td>
<td>Wetterlund &amp; Unossen, 1999</td>
</tr>
<tr>
<td>13 Har du gjort nutritionsutbildningen som finns i ELSA?</td>
<td>Wetterlund &amp; Unossen, 1999</td>
</tr>
<tr>
<td>14 Vilken attityd till nutritionsarbetet finns på avdelningen?</td>
<td>Wetterlund &amp; Unossen, 1999</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Frågorna besvarades utifrån givna svarsalternativ för varje fråga (se bilaga E). För att de strukturerade frågorna skulle vara utformade för att minimera risken för missförstånd eller att frågornas följd kunde påverka svarens granskades enkäten av en statistiker. Då de strukturerade frågorna planerades utifrån det planerade förbättringsarbetet granskade inte statistikern hur frågorna var formulerade utifrån studiens syfte.
4.4.2  Kvalitativ datainsamling


4.5  Analys

De kvantitativa och kvalitativa frågorna sammanställdes och analyserades var för sig.

4.5.1  Kvantitativ sammanställning

Samtliga återlämnade enkäter granskades och svaren på varje strukturerad fråga sammanställdes numeriskt i en Excelk och infogades i diagram som presenteras i diagrammen 1-14 (sid 16-18).

4.5.2  Kvalitativ analys


Meningsenheter för texten, som hörde samman genom innehåll och sammanhang, identifierades och blev grunden för analysen.

Tabell 2: Exempel på hur analysen gått till:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kategori</th>
<th>Nutritionsbedömning är viktig</th>
<th>Viktigt för vård av patienten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Subkategorier</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Koder</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Viktigt för patientens hälsa</td>
<td>Slå göras vid inskrivning</td>
<td>Ger bra underlag för vidare arbete</td>
</tr>
<tr>
<td>Positivt, bra för patienten</td>
<td>Bedömningen ska göras direkt</td>
<td>Viktigt, undernäring kan bero på många orsaker</td>
</tr>
<tr>
<td>Viktigt, för alla har rätt att må bra</td>
<td>Senior Alert ska göras</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>För att patienten ska må bra</td>
<td>Skal göras direkt</td>
<td>Fångar upp riskpatienter</td>
</tr>
<tr>
<td>Påverkar patienten positivt</td>
<td>Svårt att göra vid akut vid svält</td>
<td>Ger kontroll över nutritionen</td>
</tr>
<tr>
<td>Viktigt, hjälper pat att må håtta</td>
<td>Behöver bara göras en gång</td>
<td>Misskänser risk för undernäring</td>
</tr>
<tr>
<td>Behövs vid vitmedicin</td>
<td>Går alltid att göra en bedömning</td>
<td>Ger bra faktum</td>
</tr>
<tr>
<td>Behövs vid dålig split</td>
<td>Hålls behöver bed. Uppprepas</td>
<td>Undernäring måste åtgärdas</td>
</tr>
<tr>
<td>Lågt MNA behöver utvärderas</td>
<td>Viktigt att den utföras</td>
<td>Viktigt för att förbygga undernäring</td>
</tr>
</tbody>
</table>

4.6 Bortfall

Det fanns två sorters bortfall i enkätstudien. Det första var enkätbortfall vilket innebär att utskickad enkät inte återkom till författaren. Det andra var det interna bortfallet vilket innebär att en eller fler frågor inte besvarats (Ejvegård, 2009)

Enkäten skickades ut till 65 sjukköterskor och 39 av dessa återsändte enkäten, vilket ger en svarsfrekvens på 60 %. De strukturerade frågorna i enkäten hade besvarats av alla. Samtliga öppna frågor besvarades av totalt 24 sjukköterskor. Sammanlagt tio sjukköterskor har besvarat mellan en till fyra av de öppna frågorna och fem sjukköterskor har inte besvarat de öppna frågorna alls.

4.7 Forskningsetiskt ställningstagande


Sjukköterskornas deltagande var avgörande för studiens genomförande och det fanns flera etiska aspekter att ta hänsyn till. För att undvika att de individer som deltog i studien ska lida skada eller känna obehag över att uppgå sina personliga uppfattningar byggde deltagandet på frivillighet och anonymitet. Enkäterna besvarades utan att namn eller avdelning angavs och återsändes per post vilket garanterade anonymitet. Återsänd enkät tolkades som frivilligt samtycke att delta. Dessvärre kunde inte deltagaren avbryta sin medverkan efter att enkäten återsänds då den inte fick att identifiera bland andra återsända enkäter.

Deltagande i studien skulle kunna innebära nackdelar för sjukköterskorna i sin yrkesroll om enskilda uppfattningar vånds emot sjukköterskan som individ eller som grupp på en enskild avdelning. Då deltagarna arbetar på flera olika enheter kan resultatet inte härledas till en specifik avdelning eller en enskild individ utan gäller för Vårdsäteheten som helhet.

Författaren är känd på Vårdsäteheten och deltagandet kan grunda sig på kännedom om författarens roll som sjukköterska istället för rollen som en författare som utför en studie.
För att förhindra detta valde författaren att låta vårdenhetscheferna, på samtliga avdelningar, informera muntligt om studien för att så lite som möjligt påverka deltagarna. Övrig information till sjuksköterskorna var skriftlig varpå personlig kontakt eliminerades mellan författare och deltagare.


5. RESULTAT

Här presenteras resultatet utifrån både de strukturerade och öppna frågorna i enkäten.

5.1 Kvantitativt resultat

Utifrån svaren på de strukturerade frågorna ansåg majoriteten av deltagarna (85 %) att attityden gällande nutritionsarbetet på avdelningarna var positiv eller mycket positiv. I princip alla, (97 %) av deltagarna ansåg att bedömning av nutritionsstatus ingick i deras arbetsuppgifter. Men endast tre fjärdedelar (77 %) uppgav att de aldrig eller bara ibland fått feedback gällande nutritionsarbetet från sin närmsta chef. Två tredjedelar (62 %) ansåg sig ha tillräckliga kunskaper om vilka åtgärder som bör sättas in vid risk för undernäring eller vid manifest undernäring. Hälften (52 %) ansåg sig hänna utföra nutritionsbedömningar och bara drygt hälften (54 %) ansåg sig ha tillräckliga kunskaper om riskbedömningsverktyget MNA-SF för att kunna göra en bra riskbedömning. Mindre än hälften (41 %) ansåg sig ha tillräckliga kunskaper om uppföljning av åtgärder. Trots detta har endast lite fler än hälften (56 %) av deltagarna gjort den webbaserade ELLSA-utbildningen gällande nutritionsbedömning. ELLSA står för "Effektivt Lärande i Landstinget Sörmland" och är ett samlingsbegrepp för utbildning och kompetensförsörjning för personal. Hela resultatet utifrån de strukturerade frågorna presenteras i diagrammen 1-14 (s. 16-18).
Diagram 1-14: Presentation av svaren på de strukturerade frågorna i enkäten.

Diagram 1:
Hur länge har du arbetat som sjuksköterska?

☐ 0-1 år  ☑ 2-5 år  ☐ 6 år - längre

Diagram 2:
Vilken betydelse anser du att nutritionen har för patientens tillfrisknande?

☐ Mycket stor  ☐ Stor

Diagram 3:
Har du gjort nutritionsutbildningen i ELLSA?

☐ Ja  ☐ Nej  ☐ Inget svar

Diagram 4:
Får du feedback gällande nutritionsarbetet på avdelningen från din närmaste chef?

☐ Ofta/Alltid  ☐ Aldrig/Ibland

Diagram 5:
Finns resultat gällande nutritionsarbete presenterat på anslagstavlor eller liknande för personalen att ta del av?

☐ Ja  ☐ Ibland  ☐ Nej/Vet ej/Inget svar

Diagram 6:
Känner du till de direktiv som finns på avdelningen gällande nutritionsarbetet?

☐ Ja  ☐ Nej/till viss del
Diagram 7:
Vilken attityd till nutritionsarbetet finns på avdelningen?
- Mycket positiv/positiv: 2%
- Varken eller: 13%
- Negativ/Mycket negativ: 85%

Diagram 8:
Hinner du utföra riskbedömningar med MNA-SF på patienter över 65 år?
- Alltid/ofta: 3%
- Ibland/Aldrig: 45%
- Inget svar: 52%

Diagram 9:
Har du tillräckliga kunskaper om riskbedömningsverktyget MNA-SF för att kunna göra en bra riskbedömning?
- Ja: 46%
- Nej/till viss del: 54%

Diagram 10:
Har du tillräckliga kunskaper om vilka åtgärder som bör sättas in vid risk för undernäring eller vid manifest undernäring?
- Ja: 38%
- Nej/Till viss del: 62%

Diagram 11:
Har du tillräckliga kunskaper om uppföljning av åtgärder vid risk för undernäring eller vid manifest undernäring?
- Ja: 59%
- Nej/Till viss del: 41%

Diagram 12:
Ingår bedömning av nutritionsstatus i dina arbetsuppgifter?
- Ja: 97%
- Vet ej: 3%
Diagram 13:

Vem ansvarar för att nutritionsbedömningar genomförs på avdelningen idag?

- 2% Sjuksköterskor
- 3% Sjuksköterskor/Dietister
- 9% Undersköterskor/Sjuksköterskor
- 24% Dietister
- 10% Sjuksköterskor/Läkare/dietister
- 18% Undersköterskor
- 5% Undersköterskor/sjuksköterskor/Läkare/Dietister

Diagram 14:

Vem anser du borde ansvara för att nutritionsbedömningar genomförs på avdelningen?

- 20% Sjuksköterskor
- 13% Undersköterskor/Sjuksköterskor/Läkare/Dietister
- 26% Dietister
- 8% Sjuksköterskor/Dietister
- 10% Undersköterskor/Sjuksköterskor
- 3% Undersköterskor
- 3% Sjuksköterskor/Läkare/Dietister
- 3% Läkare
5.2 Kvalitativt resultat

Den kvalitativa innehållsanalysen identifierade sex kategorier och 17 subkategorier. De sex kategorierna som identifierades var Nutritionsbedömning är viktigt, Bedömning inte fullständig om munstatus inte ingår, Patienten behöver vara delaktig, Samarbete med andra yrkeskategorier är viktigt, Dokumentation viktig vid bedömning och Det finns hinder som försvårar att bedömningen utförs (se tabell 3).

Tabell 3: Beskrivning av identifierade subkategorier och kategorier.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kategori</th>
<th>Subkategori</th>
<th>Nutritionsbedömning är viktigt</th>
<th>Bedömning inte fullständig om munstatus inte ingår</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Väktig för hälsostillståndet</td>
<td>Kontroll av munstatus viktigt</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Den ska utföras snarast möjligt</td>
<td>Viktigt med kontroll av munstatus</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Viktigt för vården av patienten</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Patienten behöver vara delaktig</td>
<td></td>
<td>Samarbete med andra yrkeskategorier är viktigt</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Väktigt att pat får vara delaktig</td>
<td></td>
<td>Samarbete med läkarna uteblir ofta</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Svårt när pat inte kan svara</td>
<td></td>
<td>Samarbete med dietetisk behandling</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Gör så pat känner sig sedd</td>
<td></td>
<td>Bör ske i teamet</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Dokumentation viktig vid bedömning</td>
<td></td>
<td>Det finns hinder som försvårar att bedömningen utförs</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Dokumentationen har brister</td>
<td></td>
<td>Det finns kunskapsbrister</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Dokumentation måste göras</td>
<td></td>
<td>MNA är svårbedömt ibland</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Väktigt med dokumentation</td>
<td></td>
<td>Det är tidskrävande</td>
</tr>
</tbody>
</table>

5.2.1 Nutritionsbedömning är viktigt


"Att patientens nutritionsstatus är viktigt och kan vara avgörande för övriga hälsostillståndet"

"Vi börjar direkt med Senior Alert när någon kommer till avdelningen"

"Att förebygga undernäring hos patienten, särskild då hon var äldre"

Vid sjukdomstillstånd som kräver att patienten svälter initialt uppfattas nutritionsbedömningen som problematisk att göra då det många gånger är oklart hur länge det dröjer innan patienten kan börja äta igen. Annars anses att nutritionsbedömningen ger ett bra underlag för fortsatt vårdarbete. Den ger en kontroll över nutritionen som är baserad
på faktaunderlag, vilket är viktigt för att kunna arbeta förebyggande eller för att kunna hjälpa redan undernärda patienter som själva kan ha svårt att bryta tillståndet av undernäring på egen hand.

5.2.2 Bedömningen inte fullständig om munstatus inte ingår

Sjuksköterskornas uppfattning att "Bedömningen inte fullständig om munstatus inte ingår" i nutritionsbedömningen visar på att sjuksköterskorna arbetar utifrån att patienten ska må så bra som möjligt här och nu. Många av patienterna har tandproteser som inte sitter bra. Protesen skaver och kan ge upphov till blåsor eller så kan patienten inte tugga på ett tillfredsställande sätt om protesen glappar eller på andra sätt sitter fel. Besvär i munhåla och svalg orsakar ofta problem som är hindrande för uppnå bra nutritionsstatus,

"Att patienten inte blev undersökt oralt vid ankomst. Då hade patienten kanske inte tappat aptiten."

"Bör få hjälp med behandling för munnen."

"Pat som hade blåsor i munnen, smakförändringar åt det beska hållet."

Kontroll av munstatus uppfattas som viktigt då många patienter också har besvär från munnen på grund av blåsor eller svamp vilket gör att de inte kan äta eller dricka tillräckligt. Svamp i mun och svalg gör också att patienten ofta upplever förändringar i smak vilket gör att maten inte smakar bra och aptiten försämras.

5.2.3 Patienten behöver vara delaktig

Kategorin "Patienten behöver vara delaktig" beskriver sjuksköterskornas uppfattningar av att utföra nutritionsbedömningen i samråd med patienten då det är en viktig vårdhandling. I samband med bedömningen upptäcks kanske brister som ger en ökad risk för undernäring eller så se en redan manifest undernäring. Patienten kan då få information om detta och sjuksköttskan kan följa upp med ytterligare frågor till patienten som förtydligar orsaken till aktuell situation och fortsatt vård. För att patienten ska uppleva de aktiviteter som planeras som positiva är det bra om patienten får också medverka och påverka vilka aktiviteter och de sättas in för att få en varaktig förändring hos patienten.

"Patienten informerades även om sina risker så att man tillsammans lättare kan lösa de nutritionsproblem som finns."

"Bra att han själv kunde svara på flera av frågorna, så bedömmigen gjordes i samråd med patienten. Jag kunde berätta om åtgärder som jag ansåg relevanta och han kunde ge sin syn på saken."

"Vad som var bra i denna situation var att pat själv var positivt till att detta uppmärksammas."

De gånger patienten inte kunde medverka, inte kunde svara eller var så förvirrade att de svarade fel uppfattades bedömningen som svår. Det blev också svårare att motivera patienten
att delta i de aktiviteter som planerades då sjuksköterskan inte kunde få ett tillfredsställande utbyte av information med patienten.

5.2.4 Samarbete med andra yrkeskategorier är viktigt


"Viktigt att ha ett nära samarbete med dietist."

"Att läkarna inte är så insatta i nutritionsproblemen."

"Att vi hade kontroll över pats nutrition. Att alla i teamet är uppmärksamma på pats nutrition och har samma mål."

Sjuksköterskorna uppfattade att samarbetet med läkarna var svårt då läkarna många gånger inte upplevdes vara insatta eller intresserade av i nutritionsproblematiken för varje patient. Översyn av läkemedel görs inte alltid trots att sjuksköterskan påtalat att det föreligger en risk för undernäring. Uppfattningen hos sjuksköterkorna var att även läkarna behövs för att nutritionsbedömningen ska bli så bra som möjligt. Alla yrkeskategorier runt patienten behöver vara delaktiga för att bedömningen ska bli optimal och det är viktigt att alla arbetar mot ett gemensamt mål gällande nutritionsen.

5.2.5 Dokumentationen viktig vid bedömningen

I kategorin "Dokumentationen viktig vid bedömningen" var uppfattningarna framför allt att nutritionsbedömningen behöver dokumenteras i patientjournalen samt att mat- och vätskelistor fylls ordentligt. Sjuksköterskorna anser att om dokumentationen görs på ett korrekt sätt bidrar det till att alla yrkeskategorier runt patienten kan ta del av nutritionsbedömnings resultat samt vilka åtgärder som finns planerade och när utvärdering ska göras.

"Ett bra sätt är att skriva in detta på arbetslistan så det inte missas."

"Det brister ofta i dokumentationen av registrering av kcal+ml. Det är synd!"

"Viktigt att dokumentering görs så pat får i sig näring så såren läker fortare."

Det finns brister i dokumentationen, framförallt vad det gäller uppföljning av planerade aktiviteter samt brister i hur mat- och vätskeregistreringen fylls i. Ofta är listorna ofullständigt ifyllda vilket gör det omöjligt att se i vilken omfattning patienten får i sig mat och dryck och uppföljning av insatta aktiviteter görs sällan.
5.2.6 Det finns hinder som försvårar att bedömningen utförs

Kategorin "Det finns hinder som försvårar att bedömningen utförs" visar att sjuksköterskorna uppfattar att det finns hinder som är avgörande för om bedömningen utförs eller inte. Kunskapsbrist gör att det kan vara svårt att veta hur en bedömning ska vara och hur planeringen ska ske. Även kunskapsbrist och osäkerhet om själva bedömningsformuläret MNA-SF ska användas påverkar hur ofta bedömningen utförs.

"Svårt att veta vad man ska göra."

"Som sagt... små marginaler kan skapa en "riskpatient" av en frisk, välstående patient."

"Att tidsbrist leder till att nutritionsbedömningar prioriteras bort för andra mer akuta arbetsuppgifter."

Uppfattningarna är också att bedömningen är tidskrävande. Dels att utföra men också tidskrävande då den ofta leder till mycket jobb med planering, genomförande och utvärdering av insatta åtgärder. Många gånger prioriteras bedömningen bort för andra mer akuta insatser.

6. DISKUSSION

I sjuksköterskans profession ligger att värda både professionellt och etiskt. Till hjälp finns vårdprocessen om är en metod för vårdarbetet där målet är individuell, optimal hälsa. Fokus ligger på själva vårdrelationen mellan patienten och vårdaren och grundiden är att patienten ska må så bra som möjligt här och nu. Sjuksköterskornas uppfattningar om att utföra nutritionsbedömningen visar att bedömningen som viktig för patientens hälsotillstånd, att dokumentationen vid utförandet är viktig, att patienten behöver vara delaktig och att samarbetet mellan olika yrkeskategorier i vården är viktigt men också att det finns hinder som försvårar utförandet av bedömningen.

6.1 Resultatdiskussion

Resultatet diskuteras utifrån sjuksköterskornas uppfattningar av att utföra nutritionsbedömningen i relation till vårdprocessen.

6.1.1 Uppfattningar i relation till vårdprocessens datainsamling och analysfas


Här gäller det för ledningen att skapa utrymme för sjuksköterskan som möjliggör att nutritionsbedömningen kan prioriteras. Det ska vara legitimit och organisatoriskt möjligt för sjuksköterskan att ta sig tid för att sätta ner och samtala med patienten om nutritionsen.

Sjuksköterskan måste också ha rätt attityd i förhållande till nutritionsbedömningen för att den ska bli utförd. Lindorff-Larsen m.fl. (2007) menar att det finns stor skillnad mellan attityd och praktiskt utförande av nutritionsbedömningar inom vården. De flesta sjuksköterskor anser att patienten ska nutritionsbedömmas men får patienter blir bedömda. En stor del av sjuksköterskorna i undersökningen (85 %) angav att attityden till nutritionsarbete på avdelningen var positiv eller mycket positiv. I princip alla ansåg också att bedömningen av nutritionsstatuset ingår i sjuksköterskins arbetssuppgifter.


En annan vanlig attityd är att nutritionsen inte är viktig, vilket beror på okunskap (Lindorff-Larsen m.fl., 2007). När det saknas förståelse för vikten av bedömningen och kunskaper gällande nutritionsstatus blir fokus bara på hur patienten åter och vad som intas. Att patienten åter vid alla måltider innebär inte att det blir ett näringsmässigt bra resultat (Aydin & Karaöz, 2006). Alla deltagande sjuksköterskor i undersökningen ansåg att nutritionsen har stor eller mycket stor betydelse för patientens tillfrisknandet och uppfattningen var att bedömningen är viktig för patientens hälsotillstånd och för den fortsatta vården.
Uppfattningen var också att bedömningen bör utföras så snabbt som möjligt efter inskrivning. Däremot ansåg sjuksköterskorna att de hade brister i kunskap gällande MNA-SF som bedömningsverktyg. Denna kunskapsbrist kan leda till att utförandet av nutritionsbedömningen uteblir även fast det finns kunskaper om hur viktig nutritionen är för patientens hälsotillstånd och fortsatta vård.


Gällande vårdprocessens första del som är patientanalysen kan sjuksköterskans uppfattningar om att utföra nutritionsbedömningar sammanfattas med att sjuksköterskorna uppfattar utförandet som tidskrävande och att generell tidsbrist, orsakat av många andra viktiga arbetsmoment, ofta bidrar till att bedömningen inte görs. Även en viss kunskapsbrist gällande bedömningsverktyget MNA-SF finns som uppfattas vara av betydelse för utförandet. Ansvarsfördelningen över vem som egentligen är ansvarig för att bedömningen ska utföras är otydlig och behöver klargöras.
Det finns en positiv attityd och en förståelse bland sjuksköterskorna för nutritionsbedömningens betydelse för patientens hälsotillstånd som är viktig att ta till vara. Ledningen behöver arbeta med att skapa tidsutrymme för att ge sjuksköterskorna möjlighet att utföra bedömningarna i samråd med patienten. Med hjälp av reflektion och genomgång av hur arbetetiden fördelas kan sjuksköterskorna också ges möjlighet att eliminera tidstjuvar och skapa tid för nutritionsbedömningen. Ansvarsfördelningen behöver klargöras och utbildningsinsatser planeras på kontinuerlig basis då det ger en ökad och bibehållen kompetens i ämnet som är av största vikt.

6.1.2 Uppfattningar i relation till vårdprocessens planeringsfas


Sjuksköterskorna uppfattar att utförandet av nutritionsbedömningen försvagas de gånger patienten inte kan delta på grund av sitt sjukdomstillstånd. Även vid vårdtillfällen som innebär att patienten inte får äta, exempelvis inför operation eller andra undersökningar, blir bedömningen svår och risken för att den inte utförs är stor. Vid dessa tillfällen borde klara riktlinjer och rutiner finnas tillgängliga för sjuksköterskan att följa. Rutiner som säkstrar att patienten erhåller den energi som är nödvändig i förhållande till sjukdomstillstånd och att adékvata aktiviter påbörjas så snart patienten får börja ätaigen. Näringsintaget bör följas dagarna efter en operation för att se att patienten kommer igång och kan erhålla ett näringsmässigt bra intag av mat och dryck.

Utförandet av nutritionsbedömningarna behöver förankras i dokumentationen. Sjuksköterskorna uppfattar att dokumentationen är viktig vid utförandet av bedömningen. All personal som är involverad i patientens vård måste kunna ta del av bedömningsresultat och planerade aktiviteter. Det finns brister i dokumentationen framföralt gällande dokumentation av planerade aktiviteter och vid registrering av mat- och våtskellistor. Detta innebär att det blir ofta felaktiga aktiviteter som ska utföras och bristen i mat- och våtskeregisteringen omöjliga för sjuksköterskan att se hur stor näringsbristen egentligen är. Att korrigerar dessa brister kan för patienten innebära fler dagar på sjukhus innan utskrivning. Brister av denna typ i dokumentationen kan ha sin förklaring i den tidsbrist som sjuksköterskan uppfattar finnas. Det kan också bero på kunskapsbrister i själva dokumenteringen eller i hur journalsystemet är uppbyggt. Även här kan det alltså vara av värde att se över kunskapsnivåerna hos sjuksköterskorna både gällande själva dokumentationen och i hur journalen är uppbyggd. Det är inte otänkbart att det finns svårigheter i journalsystemet att dokumentera utifrån vårdprocessen.

Sjuksköterskorna uppfattar också att utförandet av nutritionsbedömningen bör göras i samråd med andra yrkeskategorier och att alla inblandade behöver arbeta mot samma mål för den enskilde patienten. Det handlar om att planera aktiviteter utifrån bedömningen där expertkompetens efterfrågas. Sjuksköterskorna uppfattar att de blir osäkra på vilka aktiviteter som är bäst lämpade vid individuell planering av vården. Samarbetet med dietisten uppfattas som viktigt och på de avdelningar som inte har tillgång till dietist

Läkarnas kunskaper om läkemedels påverkan på nutritionen är nödvändiga vid nutritionssproblem då ett försämrat näringsintag påverkar hur patienten reagerar på olika läkemedelsbehandlingar (Bonnel, 2003). Tyvärr uppfattade sjuksköterskorna att läkarna många gånger inte var insatta i, eller att de inte var så intresserade av patientens nutritionssproblem vilket resulterade i att en översyn av patientens ordinerade läkemedel inte alltid gjordes trots att sjuksköterskan påtalat att det förelåg en risk för undernäring.


6.1.3 Ledningsens betydelse


Endast en fjärde del av sjuksköterskorna i studien uppgav att de får feedback gällande nutritionssömnhetet från sin närmaste chef och mer än hälften uppgav att de inte finns resultat gällande nutritionssömnhetet presenterade på anslagstillvår eller liknande för personalen att ta del av.

Det finns en rad faktorer som är avgörande för hur väl arbetet utifrån ny kunskap faller ut. Rätt antal anställda, rätt kompetens hos personalen, stödande kollegor, starkt ledarskap och en stabil organisation är förutsättningar för att genomförandeprocessen för nya arbeten ska falla väl ut (Rosengren m.fl., 2012).


Tid, kunskap och rätt attityd hos sjuksköterskan är avgörande för att vårdprocessens datansamling och analys ska utföras för varje enskild patient. Delaktiga patienter, säker dokumentation och samarbete med andra yrkeskategori är nödvändigt för att planeringen av aktiviteter ska bli optimal. Ledningen har ett stort ansvar för att skapa tid, säkra kunskapsnivån hos sjuksköterskorna samt genom reflektion och diskussion skapa en önskvärd attityd gällande nutritionssömnningen. På avdelningarna behöver arbetet fokusera på att göra patienterna

26
delaktiga och att samarbetet mellan yrkeskategorierna fungerar på ett tillfredsställande sätt samtidigt som dokumentationen behöver lyftas för att bli tydligare och mer patientsäker. Sjuksköterskorna själva bör reflektera över hur de på bästa sätt ska förhålla sig till detta då det i deras professionella och etiska ansvar åtligger dem att sörja för att varje patient mår så bra som möjligt här och nu.

6.2 Metodiskussion


6.2.1 Kvalitativ metodiskussion

Kvantitativa data syftar till att beskriva mätningssresultat så objektivt som möjligt, vilket innebär att olika individers svar kan sammaställas, grupperas och jämföras (Olsson & Sörensen, 2011). Valet av metod utifrån den kvantitativa delen av studien gjordes för att kunna göra en kartläggning över vad det är som påverkar i vilken omfattning patienter nutritionsbedöms på Vårdsplatsenheten i förhållande till det som finns beskrivet i tidigare forskning. Strukturerade enkätfrågor användes för att deltagarna skulle svara på samma frågor, i samma ordning och utifrån samma förutsättningar (Polit & Beck, 2012).

För att öka studiens trovärdighet valdes ett större antal sjuksköterskor ut då det ökar möjligheten för att deltagarna i studien har olika individuella erfarenheter som är av betydelse. Det kan gälla till exempel yrkeserfarenheter som var man arbetar nu, vart man har arbetat, hur länge man arbetat som sjuksköterska och vilket kön man tillhör. Detta bidrar till en större variation av svar gällande de faktorer som studerats och att resultatet på ett mer trovärdigt sätt skulle kunna generaliseras för Vårdsplatsenheten utifrån de svar som samlades in.

Att samtliga sjuksköterskor som besvarat enkäten svarat på alla strukturerade frågor stärker studiens giltighet. Resultatet ger en god reliabilitet då det visar att faktorer som exempelvis tidsbrist, kunskapsbrist, ansvarel, reflektion och god ledning, vilket också anges som faktorer i tidigare forskningsresultat i ämnet, påverkar i vilken omfattning nutritionsbedömningar utförs även på Vårdsplatsenheten.

6.2.2 Kvalitativ metodiskussion

Kvalitativ metod handlar om att gestalta någonting, att karaktärisera genom att beskriva egenskaperna hos något på ett så bra sätt som möjligt. Forskaren försöker finna beskrivningar som beskriver fenomen eller sammanhang i omvärlden som sedan sammaställs i kategorier.

Det finns likheter i kvalitativ innehållsanalys och andra typer av textanalyser exempelvis fenomenografi och fenomenologi. Den fenomenologiska metoden innebär att tolka variationer, att beskriva skillnader i upplevelser av ett fenomen. Den fenomenografiska metoden syftar till att studera skillnader mellan vad något är och vad något uppfattas vara (Forsberg & Wengström, 2013) vilket inte var syftet i denna studie.

Att använda en kvalitativ innehållsanalys som metod för att analysera de öppna frågorna i enkäten var bra då det handlade om att beskriva vilka uppfattningar sjuksköterskorna hade gällande utförande av nutritionsbedömningar, där uppfattningarna likställdes med
erfarenheter. Utifrån den manifesta analysen kunde de uppenbara och synliga uppfattningarna kategoriseras utan att djupare tolkning var nödvändig för att hitta de underliggande meningar i texten.

Mångden text utifrån de öppna frågorna var tillräckligt fyllig för att meningsshenheterna inte skulle bli för smala eller bestå av enstaka ord vilket skulle ha försvårat abstraktionsprocessen då risken fanns att föröra textens innebörd. Då det i studien finns beskrivet (tabell 2) hur analysen gått till ökar också studiens trovärdighet. När forskaren läser texten och gör tolkningar finns alltid en risk för att tolkningen inte är rimlig utan istället representerar dennes egen privata uppfattning. För att motverka detta och stärka tillförlitligheten i resultatet har citat från texten presenterats för att beskriva uppfattningarna.

Fördelen med att använda en enkät med öppna frågor var att deltagarna förblev anonyma för forskaren vilket minskade risken för att bias skulle uppstå. Risken för att svaren på de öppna frågorna skulle förväxlas eller utelämnas minskades då deltagaren helt anonymt kunde svara på frågorna. Deltagarna behövde inte känna att de tvingades lämna svar på frågor, att deras svar var utlämnande eller att de i efterhand skulle känna att de i etablerad omrunda, vilket skulle kunna uppstå vid en intervju där forskaren är känd för deltagaren.

Det interna bortfallet på de öppna svarsfrågorna var större än för de strukturerade frågorna. Svaren som lämnades i studiens kvalitativa del som utformades utifrån Gibbs reflektionssykel lämnades vid fler tillfällen utan svar. Detta kan ha berott på att konstruktionen av frågorna kan ha varit felaktig och resulterade i att sjukvårdsskolor inte förstod frågan eller valde att inte besvara den (Ejvegård, 2009). Enda möjligheten att få en enkätfråga förtydligad var att kontakta författaren vilket kunde uppfattas som besvärligt och tidkrävande. Att frågorna inte besvarats av alla kan också bero på att endast de deltagare som är intresserade av nutritionsbedömningens betydelse för vården av patienten är de som svarat.

Studiens kvantitativa resultat är inte generaliserbart eller överförbart utanför de enheter som studiens omfattar då frågorna som ställdes i enkäten var ämnade att kartlägga faktorer som påverkar i vilken omfattning nutritionsbedömning utförs på Vårdsplatsenheten. Det kvalitativa resultatet beskriver sjukvårdsskolors uppfattningar av att utföra nutritionsbedömningar. Om studien görs om med andra sjukvårdsskor som svarar är det inte otänkt att likvärdiga resultatt framkommer.

Målet med det resultat studien lett fram till är framför allt att kunskapen ska användas i förbättringsarbete på enheterna som deltagit i studien, men även andra enheter som ännu inte börjat arbeta med nutritionsbedömningar kan också använda resultatet för vara mer förberedda vid införandet.

6.3 Etisk diskussion

Sjukvårdsskolornas främsta uppfattning gällande utförande av nutritionsbedömningar är att de är hälsosämmande för patienten men trots detta utförs inte bedömningen i den omfattning som är nödvändig vilket kan ifrågasättas etiskt.


Att arbeta hälsosämmande utfärn ett patientperspektiv innebär att ta ansvar för människan som en helhet och då är frågan om en sjukvårdsska ska avsäga sig ansvaret för att genomföra en nutritionsbedömning och helt orreflektater tycka att någon annan ska göra bedömningen eller anse att tidsbrist är skäl nog att låta bli.

7. KLINISKA IMPLIKATIONER

Resultatets betydelse spelar stor roll för hur nutritionsarbetet på Vårdsplatsenheten ska förbättras och drivas vidare. Genom tydligare dokumentation, samarbete mellan yrkeskategorier, utbildning, tydligare ansvarsfördelning, etiska diskussioner och starkt ledarskap kan antalet riskbedömningar öka och kvaliteten på bedömningarna kan förbättras.

Det finns redan en positiv attityd om nutritionsarbete och nutritionsbedömningens värde på avdelningarna och sjuksköterskornas främsta uppfattning är att nutritionsbedömningen främjar patientens hälsa. För att ta fasta på detta bör personalen tillsammans med chefen stanna upp och reflektera runt attityd, kultur och motivation för att medvetandegöra hur sjuksköterskorna ser på sitt arbete med nutritionsbedömningen för att behålla och förankra den positiva känslan och utveckla fortsatt arbete.

Sjuksköterskornas uppfattning av att utföra nutritionsbedömningar är att dokumentationen i patientjournalen är ytterst viktig. Arbete med hur dokumentationen utfors och vad som skrivs behöver ses över och förbättras. Identifiering av nutritionsprov, planering av aktiviteter och utvärdering och uppföljning måste anges i patientjournalen så alla yrkeskategorier kan ta del av hur vården planeras för den enskilde individen. Det är också viktigt att arbetet med registrering av mat- och våtskeintag optimeras så problem med ofullständiga registreringar arbetas bort. Här kan undersköterskan med fördel fungera som länk mellan patient och sjuksköterska eftersom de ofta serverar mat och dryck och stöttar de patienter som har behov av hjälp vid mat och dryck intag. Särpritygget att dokumentera i journalsystemet efter vårdprocessen finns och dokumentationen blir ett tidskrävande och kunskapskrävande moment som måste ses över och kvalitetssäkras.

De avdelningar som inte har tillgång till dietist i den omfattning som efterfrågas bör ha detta i åtanke vid samtal med moderalklinikerna.

Sjukskötersona upp fattade att nutritionsbedömningen var tidkrävande och att tidsbrist var en faktor till att bedömningen inte utförs. Organisatoriska hinder för sjukskötersona, som tidsbrist, arbetsledning och administrativa uppgifter påverkar ofta nutritionsarbetet negativt och det är mycket viktigt att chefen arbetar för att skapa ett öppet arbetsklimat där attityd, reflektion, feedback och rutiner gällande nutritionsarbetet får utrymme att diskuteras och implementeras. På detta sätt finns möjlighet att skapa utrymme för utbildning och kontinuerligt förbättring på avdelningarna.


Sjukskötersona uppger att nutritionsbedömning ingår i deras arbetsuppgifter men det är inte lika tydligt att det är sjuksköterson som faktiskt är ansvarig. En tydlig ansvarsfördelning behövs för att klargöra vem som ansvarar för vad i nutritionsarbetet. Det är ledningens ansvar att se till att det finns en tydlig ansvarsfördelning på avdelningarna, och att det inte råder någon tvist om vem som ska ansvara för att nutritionsbedömningen utförs, åtgärder planeras och uppföljning sker. Ledarskapet måste också vara starkt och jobba engagerat för att uppnå och befästa positiva resultat. Att presentera resultat, ge feedback, ge beröm och konstruktiv kritik kontinuerligt är nödvändigt för att motivation och attityd ska hållas på hög och positiv.

Etiska diskussioner runt ämnet nutrition bör också föras på avdelningarna där sjukskötersona diskuterar om det är etiskt rätt att inte genomföra en nutritionsbedömning på grund av organisatoriska faktorer som exempelvis tidsbrist. Det är också ett individuellt ansvar hos varje sjuksköterson att delta i de utbildningsinsatser som erbjuds samt att påtala att tillräcklig kunskap saknas och att utbildning för att kunna genomföra viktiga moment i nutritionsarbetet behövs.

8. SLUTSATSER

Resultatet visar att sjukskötersona upp fattar nutritionsbedömningen som främjande för patientens hälsa och det är en viktig utgångspunkt att ta fast på i fortsatt arbete. Reflektion gällande nutritionsnivån och nutritionsbedömningen behöver göras där detta synliggörs. Betydelsen av nutritionsbedömning behöver lyftas och aktualiseras då reflektionen skapar utrymme för sjukskötersona att lyfta och diskutera kultur, etik, attityd och ansvarsfrågor i ämnet.
Mer delaktiga patienter är nödvändigt för att resultatet av nutritionsbedömningarna ska bli det bästa och att patienten på egen hand kan fortsätta med en preventiv självvård även efter sjukhusvisistelsen.

Omvårdnadsdokumentationen behöver stärkas och förbättras utifrån vårdprocessen. Alla yrkeskategorier runt patienten måste kunna ta del av identifierade hälsohinder gällande nutritionen, planering och genomförande av aktuella aktiviteter som är av betydelse samt utvärdering och uppföljning för att bekräfta att aktiviteterna gett avsedd effekt eller avsluta de aktiviteter som inte gett effekt.

Det saknas kunskaper rörande nutritionsbedömningen hos ungefär hälften av deltagarna. ELLSA-utbildningen bör lyftas och göras obligatorisk. Introduktionen av ny personal måste säkerställas gällande nutritionsserbetet för att de nya sjuksköterskorna ska kunna sig säkra. Fortbildning ska genomföras kontinuerligt för att hålla motivationen uppe och för att nutritionsarbetset ska drivas framåt och förankras.

Tidsbrist på grund av för hög arbetsbelastning och att nutritionsbedömningen i sig anses tidskrävande gör det svårt att hitta tid för nutritionsarbete vilket en vanlig orsak till att nutritionsbedömningen inte utförs i den omfattning som är nödvändig. Medicindelning, ronder, provtagning, dokumentation och andra administrativa uppgifter prioriteras och nutritionsbedömningen blir inte utförd. Här spelar ledarskapet på avdelningarna en stor roll för att skapa tid för detta, lyfta kultur och attityder som leder till att öka antalet bedömningar.


Samarbete med teamet runt patienten fungerar inte optimalt. Kommunikationen mellan olika yrkeskategorier runt patienten behöver förbättras och ansvarsfordelningen tydliggöras. Alla som arbetar runt patienten måste sträva mot samma mål samtidigt som patienten behöver hjudas in att vara delaktig i sin egen nutritionsvård.

8.1 Vidare forskning och utveckling

Att fortsätta bedriva omvårdnadsforskning gällande nutritionsarbetet på svenska vårdavdelningar är av stort värde, både kostnadsmässigt för svensk sjukvård och för att minska enskilt lidande för patienten. Frekvensen av nutritionsbedömningarna behöver öka och förståelsen för arbetet med bedömning, åtgärder, utvärdering och dokumentationen behöver förbättras. Fortsatt forskning med större nationella kvantitativa studier och mindre kvalitativa intervjustudier kan ge ökad förståelse och kunskap för hur sjuksköterskor uppfattar eller upplever sitt arbete och samarbetar med andra yrkeskategorier runt nutritionsarbete. Även studier ur patientperspektiv kan ge en ökad förståelse och kunskap om hur patienterna upplever nutritionsbedömning, hur det är att riskera att bli undernärd eller att vara undernärd samt hur de upplever delaktighet och medbestämmande i vårdsituationen generellt eller utifrån specifika tillstånd eller diagnoser.
REFERENSLISTA


33


**BILAGA A : MNA-SF**

---

**Riskbedömning**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Datum</th>
<th>ID-bröck/Pers. nummer:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Vårdtagare erhåller information om registrering (inga är?)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**MNA-SF**

![Diagram](image)

**Riskbedömning (RAPIS)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Åldersgeklistrad</th>
<th>G år</th>
<th>Gussa egzami</th>
<th>Dödligt</th>
<th>Mycket dödligt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Fysiisk aktivitet</td>
<td>Går själv med eller utan hjälpmedel</td>
<td>Går med hjälp av personal</td>
<td>Ruffelbara (gula dagar)</td>
<td>Sänggående</td>
</tr>
<tr>
<td>Rörelseförmåga</td>
<td>Funget</td>
<td>Högt begärande</td>
<td>Mycket begärande</td>
<td>Övrig</td>
</tr>
<tr>
<td>I skivan grad huden tätställs för häl</td>
<td>Bland feg</td>
<td>Olyckligt</td>
<td>Ständig feg</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**FLÖDSTAG**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Normal pohon</th>
<th>&gt;1000 mldag</th>
<th>&lt;1000 mldag</th>
<th>&lt;600 mldag</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Känsla</td>
<td>Fritid &amp; skyltning</td>
<td>Integ. problem</td>
<td>Ett mkt problem</td>
</tr>
<tr>
<td>Hög pohon</td>
<td>10-15 g</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Med pohon</td>
<td>5-10 g</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Låg pohon</td>
<td>2-5 g</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Kreppst}=|temperatur| 55-65 g | 33-35 g | 26-31 g |
| Kg. | <25 g |

**Sammanräkningsbrot av**

| 10 pöng eller mindre + risk för trycksäll | 13 pöng eller mindre + risk för undersökning | 2 pöng eller mer + risk för fall |

**Bedömningsbrot av**

| Bedömningsbrot av | Bedömningsbrot av | Bedömningsbrot av |

---

**Ankomststatus**

- **Kryss i och ange status (grad) på trycksäl vid ankomst:**
  - Bäkare grad: [ ]
  - 3 Övrig/grad: [ ]
  - 4 Övrig/grad: [ ]
  - 5 Övrig/grad: [ ]
  - 6 Övrig/grad: [ ]
  - 7 Övrig/grad: [ ]
  - 8 Övrig/grad: [ ]
  - 9 Övrig/grad: [ ]
  - 10 Övrig/grad: [ ]

---

**Radera**

- **Radera**
  - 1. Kvarstående röd fläck som kan blinda
  - 2. Skador på överkroppen (starka)
  - 3. Skada genom huvud
  - 4. Skada på undersökning (muskel, vävnad och ber)

---

**Bakrevingade orsak till risk:** [ ]

---

**Bakrevingade orsak till risk:** [ ]

---

[Note: The image contains a Swedish form with tables and diagrams related to risk assessment. The tables include various health parameters and risk factors, and the diagrams illustrate different aspects of the assessment process.]
BILAGA B: Tillstånd att genomföra studien

Tillstånd att genomföra examensarbete på Vårdplatsenheten under våren 2013

Härmed beviljas Annika Pederson tillstånd att genomföra examensarbetet "Nutritionsbedömning eller inte? - Sjukköterskors uppfattningar av att utföra riskbedömningar avseende patienters nutritionsstatus -" på Vårdplatsenheten [redacting].


Verksamhetschef: [redacting]

Datum: [redacting]
BILAGA C: Informationsbrev

Informationsbrev för enkätundersökning gällande "Sjukköterskors uppfattningar om att utföra nutritionsbedömningar".


Den praktiska utseendös av examensarbete är att utläsa resultatet kommer någon vilka innehåll som eventuellt behövs för att stödja sjukköterskorna i arbete med att både förbättra och öka antalet nutritionsbedömningar för patienter inflygna på vårdplatsenhetens avdelningar.

Hyllad enkät återsänds i bifogat kuvert senast fredagen 3/5-2013

Vänligen
Annika Pedersen

Vid ytterligare upplysningar eller frågor kontakta:

[Underteckningar]

812 (1)
BILAGA D: Allmänt påminnelsebrev

Påminnelse

Gällande enkätundersökning "Sjuksköterskors uppfattningar om att utföra nutritionsbedömningar".

Under vecka 18 tillfrågades du om att delta i enkätundersökningen "Sjuksköterskors uppfattningar om att utföra nutritionsbedömningar".

Ditt deltagande i undersökningen är mycket viktigt då det är individuella uppfattningar som efterfrågas.

Detta är en allmän påminnelse om att fylla i och skicka in enkäten i bifogat kuvert. Har du redan fyllt enkäten och skickat in den kan du bortse från denna påminnelse.

Ifylld enkät återsänds i bifogat kuvert senast fredagen 24/5-2013!

Vänligen
Annika Pedersen
BILAGA E: Enkät

Examensarbete "Nutritionsbedömning eller ej? Sjuksköterskors uppfattningar om att utföra nutritionsbedömningar"

Enkät

1. Hur länge har du arbetat som sjuksköterska?
   0-1 år □  2-5 år □  6 år -- längre □

2. Vilken betydelse anser du att nutritionen har för patientens tillfrisknande?
   Ingen □  Liten □  Stor □  Mycket stor □

3. Ingår bedömning av nutritionsstatus i dina arbetsuppgifter?
   Nej □  Vet inte □  Ja □

4. Känner du till de direktiv som finns på avdelningen gällande nutritionsarbete?
   Nej □  Till viss del □  Ja □

5. Har du tillräckliga kunskaper om riskbedömningsverktyget MNA-SF för att kunna göra en bra riskbedömning?
   Nej □  Till viss del □  Ja □

6. Har du tillräckliga kunskaper om vilka åtgärder som bör sättas in vid risk för undernäring eller vid manifest undernäring?
   Nej □  Till viss del □  Ja □

7. Har du tillräckliga kunskaper om uppföljning av åtgärder vid risk för undernäring eller vid manifest undernäring?
   Nej □  Till viss del □  Ja □

8. Hinner du genomföra riskbedömningar med MNA-SF på patienter över 65 år?
   Aldrig □  Ibland □  Ofta □  Alltid □

9. Vem ansvarar för att nutritionsbedömningar genomförs på avdelningen idag?
   Undersköterskor □  Sjuksköterskor □  Läkare □  Dietister □
   Annan □  ......................(ange vem)

Sid 1(4)
10. Vem anser du borde vara ansvarig för att nutritionsbedömningar genomförs på avdelningen?

Undersköterskor □  Sjuksköterskor □  Läkare □  Dietister □  Annan □  ..................(ange vem)

11. Får du feedback gällande nutritionsarbetet på avdelningen från din närmaste chef?

Aldrig □  Ibländ □  Ofta □  Alltid □

12. Finns resultat gällande nutritionsarbetet presenterat på anslagstavlor eller liknande för personalen att ta del av?

Nej □  Ibländ □  Ja □

13. Har du gjort nutritionsutbildningen som finns i ELLSA?

Nej □  Ja □

14. Vilken attityd till nutritionsarbetet finns det på avdelningen?

Mycket negativ □  Negativ □  Positiv □  Mycket positiv □

15. Tänk tillbaka på senaste gången du gjorde en nutritionsbedömning (riskbedömning – planering av åtgärder – utvärdering) och:

Beskriv kort vad som hände:

_________________________________________________________________________

_________________________________________________________________________

_________________________________________________________________________

_________________________________________________________________________

_________________________________________________________________________

Hur tänkte du?

_________________________________________________________________________

_________________________________________________________________________

_________________________________________________________________________

_________________________________________________________________________
Vad var bra?


Vad var dåligt?


Hade du kunnat göra något mera?


Hur tror du att patienten uppfattade det hela?


Sid 3(4)
Ytterligare synpunkter du vill framföra:


Tack för att du tog dig tid och fyllde i enkäten!

Enkäten återsänds i bifogat kuvert senast fredagen 3/5-2018!