



EXAMENSARBETE

Våren 2011

*Sektionen för Hälsa och Samhälle
Examensarbete i omvårdnad VE 8602*

Attityder till äldres ätande och näringstillstånd

**En enkätstudie bland kommunala
sjuksköterskor**

Författare

Malin Sundström

Linda Varland

Handledare

Jane Björkman

Carina Elgan

Examinator

Pernilla Ny

Attityder till äldres ätande och näringstillstånd

En enkätstudie bland kommunala sjuksköterskor

Författare: Malin Sundström och Linda Varland

Handledare: Jane Björkman och Carina Elgan

Empirisk studie

Datum 2011-05-24

Sammanfattning

Äldre personer riskerar i stor utsträckning att drabbas av undernäring och sjuksköterskor har en viktig uppgift i nutritionsarbetet kring dessa personer. Studiens syfte var att mäta attityder till äldres ätande och näringstillstånd. Det validerade instrumentet *Staff Attitudes to Nutritional Nursing Care Geriatric scale* (SANN-G-skalan) användes. I urvalet ingick sjuksköterskor på särskilt boende och korttidsboende i två kommuner. Två påståenden som handlade om kostpolicy och utbildning i nutrition lades till i enkäten, med möjlighet att lämna kommentar. Svarsfrekvensen var knappt 50 %. Resultatet visade att sjuksköterskorna totalt sett hade en positiv attityd. Det delområde som visade högst andel positiv attityd var *individualisering* som handlade om individanpassade måltider. En tredjedel av sjuksköterskorna ansåg att det sällan förekommer att äldre människor på kommunalt äldreboende är undernärda, trots att forskning visar motsatsen. För att få kunskap om hur de äldres näringstillstånd är i realiteten bör ansvariga inom respektive kommun undersöka hur många bedömningar som gjorts, vilken dokumentation som finns samt vidtagna åtgärder. Det kan vara en god grund för ett utvecklings- och förbättringsarbete där utbildning, reflektion kring arbetsätt och kommunikationsvägar bör ingå. Den positiva attityden och önskan om utbildning är gynnsam för utvecklings- och förbättringsarbete av nutrition och måltidssituation på särskilt boende och korttidsboende.

Nyckelord: Attityder, sjuksköterska, äldre, undernäring

Attitudes to elderly people's eating and nutritional status

A study based on a questionnaire among registered nurses in municipal care

Author: Malin Sundström and Linda Varland

Supervisor: Jane Björkman and Carina Elgan

Empirical study

Date 2011-05-24

Abstract

Elderly people run the risk of undernourishment to a great extent. Registered nurses have an important task in nutritional care. The aim of the study was to measure attitudes to elderly people's eating and nutritional status. The valid instrument, *Staff Attitudes to Nutritional Nursing Care Geriatric scale, (SANN-G-scale)* was used. Registered nurses working in nursing homes and short-term care in two communities were selected. Two statements were added to the questionnaire, focussing on nutrition policy and further education. The percentage of answers was almost 50 %. The result showed that registered nurses overall had a positive attitude. The area that showed the highest degree of positive attitude was *individualisation* about the meal situation. One third of the registered nurses considered that the elderly in municipal care were rarely undernourished, although research findings are showing the opposite. To reveal the elderly's actual nutritional status the number of assessments, the documentation and what measures have been taken must be investigated. The result could be a good foundation for development work and improvements. In this work further education, reflection about ways of working and ways of communicate should be included. The positive attitude and the registered nurses' wish for further education are favourable for improvement of nutritional care and meal situations in nursing homes and short-term care.

Keywords: Attitudes, registered nurse, elderly, undernourishment

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	5
SYFTE	7
Definitioner	7
METOD	8
Kontext	8
Design.....	8
Urval.....	9
Datainsamling.....	9
Genomförande.....	10
Analys.....	11
Etiska överväganden	11
Förförståelse	12
RESULTAT	13
Attityder till äldres ätande och näringstillstånd	13
Uppfattningar om kostpolicy och utbildningsinsatser	16
Påstående A.....	16
Påstående B.....	17
DISKUSSION	18
Metoddiskussion.....	19
Resultatdiskussion.....	22
Slutsats	27
REFERENSER	29

Bilaga 1 Informationsbrev

Bilaga 2 Brev till sjuksköterskorna med sammanfattning av resultatet

BAKGRUND

Forskning visar att äldre personer i stor utsträckning riskerar att drabbas av undernäring. Undernäring kan för de äldre leda till både ökad sjuklighet och dödlighet men också till höga kostnader för samhället i vården av dessa personer (Wikby, Ek & Christensson, 2006; Westergren, Lindholm, Axelsson & Ulander, 2008; Norman, Pichard, Lochs & Pirlich, 2008). Allt fler av de äldre med multisjuklighet vårdas i kommunal vård, antingen i ordinärt boende eller på särskilt boende. Enligt Socialstyrelsen (2000) är nutrition att jämföra med annan medicinsk behandling med samma krav på utredning, diagnos, behandlingsplanering samt uppföljning/dokumentation. Den kommunala sjuksköterskan har i sitt möte med den äldre möjlighet att identifiera personer med risk för undernäring och vidta åtgärder för detta.

Sjukdomar av olika slag är en riskfaktor för undernäring eftersom det ofta medför nedsatta funktioner och aptit (Akner, 2006). Samtidigt är det viktigt med fullgott nutritionsstatus vid sjukdom för att kroppen ska återhämta sig. Det är inte bara sjukdom som kan leda till undernäring. Även nedsatta funktioner vid matsituationen, dålig munhälsa och sociala faktorer är orsaker som kan bidra till detta (Sörbye et al., 2008). I flera studier framgår det att personer med risk för undernäring inte identifieras, utreds och behandlas i den utsträckning som skulle behövas. Några av anledningarna till detta är att många sjuksköterskor själva skattar sina kunskaper och utbildning inom nutrition som otillräcklig och att samarbetet mellan olika yrkeskategorier skulle kunna förbättras. Sjuksköterskor uppger också att det kan saknas tydliga riktlinjer för att upptäcka undernäring och för nutritionsbehandling på arbetsplatsen (Johansson et al., 2006; Johansson et al., 2009; Kondrup et al., 2002). Nutrition anses vara ett viktigt, men lågprioriterat område, och det egna intresset för nutrition kan spela roll för hur nutritionsfrågor hanteras (Johansson et al., 2006).

En grundläggande förutsättning för arbetet inom området mat och näring menar Axelsson (2003) är att ta ställning till om ätandet är att betrakta som ett allmänmänskligt fenomen eller ett fysiologiskt fenomen. Det senare placerar området inom den medicinska vetenskapen och då blir begreppet oftast nutrition. Betraktas ätandet som ett allmänmänskligt fenomen och som en del i det dagliga livet ingår det i ämnet omvårdnad (a.a.). Norberg et al. (1992) beskriver omvårdnad som ett sätt ”att hjälpa en person att planera och genomföra handlingar

som hör till det dagliga livet i syfte att förbättra hälsa/friskhet, förebygga ohälsa/sjukdom samt återställa och bevara hälsa/friskhet.” (s. 58). Genom att utgå från ätandet som ett allmänmänskligt fenomen och sedan inhämta kunskap från andra ämnesområden som den medicinska vetenskapen nutrition kan situationen anpassas till individen och åtgärder vidtas därefter.

I Socialstyrelsens (2005) kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor framgår att sjuksköterskor är autonoma i sin yrkesutövning. I ansvarsområdet ingår både det vetenskapliga kunskapsområdet och det patientnära arbetet samt att ta hänsyn till att patienten ska känna stöd och delaktighet i vård och behandling. Legitimerade sjuksköterskor har en ledande roll i sitt yrke och ska även söka ny kunskap och hålla sig uppdaterade inom forskningen (a.a.). Mat och näring är bara ett av flera områden som faller under sjuksköterskans profession. Ändå är det ofta vårdbiträden eller undersköterskor som främst har överblick över nutritionsomhändertagandet och som till största del utför uppgifterna i den patientnära måltidssituationen (Johansson et al., 2009).

Allt fler kommuner har i arbetet kring nutrition formulerat dokument i form av kostpolicies och de finns tillgängliga som stöd för sjuksköterskor och annan vårdpersonal att använda sig av (Socialstyrelsen, 2003). Här kan finnas beskrivet riktlinjer för förebyggande arbete, kosthantering och ansvarsfördelning på olika nivåer för att säkerställa nutritionsintaget för vårdtagare (a.a.). Enligt Westergren et al. (2009) kan även utvecklingsarbete i form av studiecirkel vara ett effektivt sätt att öka graden av noggrannhet i näringstillgången. Denna utbildningsform av personalen har visat sig öka tillgången av energiberikad kost till vårdtagare med risk för undernäring (a.a.). Östman och Bergh (2007) påvisar i regeringens uppdrag om kvalitetsutveckling att det trots allt fortfarande finns en otydlig ansvarsfördelning för olika nutritionsfrågor, samverkanssvårigheter mellan olika yrkeskategorier eller att brister kan uppstå till följd av att arbete utförs av personal med bristfällig kompetens. Både läkare, dietister, sjuksköterskor samt undersköterskor bör vara aktiva när det gäller nutrition då samverkan mellan olika yrkeskategorier kan skapa bättre förutsättningar för en god planering och vård för personer med undernäring (Johansson et al, 2009).

För att förändra och utveckla måste problemet vara känt. För att förändringen ska få effekt och bli bestående måste det finnas en vilja att förändra hos dem som berörs av processen (Parmander, 2005). Sjuksköterskan har en viktig uppgift i nutritionsarbetet kring den äldre och förutsättningarna i organisationen och den egna inställningen är av betydelse (Johansson et al, 2006). Social påverkan och gruppnormer är troliga huvudfaktorer som återspeglas i attityder till nutrition (Christensson, Unosson, Barach-Lindström & Ek, 2003). Enligt Ajzen och Fishbein (1975) kan en attityd sägas vara en värderad känsla eller inställning till något och det finns ett visst samband mellan attityd och beteende. Genom att undersöka attityder kan resultatet ge en bild av vilka handlingar som kommer att ske. Det kan i sin tur ligga till grund för ett vidare utvecklings- och förbättringsarbete inom nutrition.

SYFTE

Syftet var att undersöka attityder hos kommunala sjuksköterskor till äldres ätande och näringstillstånd samt att få kännedom om deras uppfattning om kostpolicy och utbildningsinsatser.

Definitioner

Undernäring är ett tillstånd då det råder obalans mellan energi- och näringsintag i förhållande till kroppens behov (Socialstyrelsen, 2000). Det negativa tillståndet kan orsaka förändringar i organfunktioner, biokemiska mekanismer, förlust av kroppscellmassa, fett och muskelmassa. Detta ökar risken för sjuklighet. Viktnedgång och orkeslöshet är vanliga symtom vid undernäring. Det finns dock ingen enhetlig definition i dagsläget av undernäring vilket försvårar diagnosen hos dessa personer. Undernäring är lättare att förebygga än att behandla (a.a.).

Enligt Swedish Society for Clinical Nutrition and Metabolism (SWESPEN) definieras ett lågt BMI som < 22 om personen är 70 år. Enbart ett lågt BMI utan viktförlust och ätsvårigheter behöver inte innebära risk för undernäring. En ofrivillig viktförlust hos en överviktig äldre person räknas däremot som risk för undernäring (a.a.). Ett BMI värde på 27 eller mer räknas som övervikt hos personer som är 70 år eller äldre (Westergren et al., 2008).

METOD

Kontext

De två kommuner i södra Sverige som ingick i studien var olika stora till invånarantal. I båda kommunerna fanns en kostpolicy innehållande olika bedömningsinstrument för nutritionsscreening samt en handlingsplan med övergripande rekommendationer att arbeta efter. Där framgick att vårdtagare på särskilda boenden skulle erbjudas nutritionsbedömning och en näringstillförsel anpassad efter sjukdomstillstånd och behov samt få det stöd runt ätandet som behövdes. Minimal Nutrition Assessment (MNA) för nutritionsscreening av eller risk för undernäring fanns som bedömningsmodul i den ena kommunens elektroniska journalsystem för hälso- och sjukvård och i båda kommunerna fanns Modifierad Nortonskala (riskbedömningsinstrument av trycksår med frågor om närings- och vätskeintag). Ansvarsfördelning mellan olika yrkesgrupper inom den kommunala organisationen fanns beskrivet. I båda kommunerna förekom kostombud som fungerade som kontaktlänk mellan boende, vårdpersonal och kök och som deltog i kostträffar av olika slag. Det fanns tillagningskök på några av boendena medan övriga boenden fick maten levererat till sig från olika tillagningskök. I den ena kommunen bedrevs ett av tillagningsköken på entreprenad och i den andra kommunen fanns ett produktionskök som till större del tillagade och levererade kall mat för senare uppvärmning.

Design

Arbetet genomfördes som en empirisk tvärsnittsstudie med kvantitativ ansats (Polit & Beck, 2004, Ejlertsson, 2003). Informationen i en kvantitativ studie är vanligen siffermässig, som ett resultat av en formaliserad mätning och som är analyserad med en statistisk procedur (Polit & Beck, 2008). En enkät med 18 påståenden från ett validerat instrument, *Staff Attitudes to Nutritional Nursing Care Geriatric scale* (SANN-G-skalan) användes. SANN-G-skalan handlar om äldre och deras ätande och viktiga fenomen kring detta. Genom att belysa dessa områden kan behov av utvecklings- och förbättringsarbete upptäckas. Ytterligare två påståenden lades till av författarna till denna studie i syfte att försöka fånga sjuksköterskornas uppfattning om aktuell kostpolicy och utbildningsinsatser. I enkäten fanns även möjlighet att lämna kommentarer i anslutning till de två tilläggs påståendena.

Urval

Deltagarna i studien var samtliga omvårdnadsansvariga sjuksköterskor på särskilda boenden (permanent kvarboende) inklusive korttidsboenden i två kommuner i södra Sverige. Två kommuner valdes för att få ett större antal respondenter, inte för att jämföra kommunerna sinsemellan. Exkluderade boende var gruppboende inom stöd- och serviceenheter (handikappenheter) samt särskilt boende som bedrevs på entreprenad. Totalt 63 enkäter skickades ut i de två kommunerna, av dessa besvarades 31 vilket ger ett externt bortfall på drygt 50 %. Det fanns inget internt bortfall i SANN-G-skalan. Det enda interna bortfallet i enkäten återfanns i påstående A vilket redovisas i resultatdelen.

Datainsamling

Datainsamlingen skedde genom enkäter via kommunernas e-postadresser. Dessa tillhandahölls från listor över kommunernas omvårdnadsansvariga sjuksköterskor. Enkäten var konstruerad med förutbestämda påståenden. Enligt Ejlertsson (2005) är det en fördel att kunna använda redan kvalitetstestade frågor när det gäller validitet och reliabilitet. I denna studie användes ett redan utvecklat och validerat instrument, SANN-G skalan. Instrumentet är utformat med påståenden som fångar vårdpersonalens attityder till äldres ätande och näringstillstånd (Christensson & Bachrach-Lindström, 2009). Instrumentet är anpassat till personal inom olika typer av äldrevård och består av 18 påståenden som handlar om viktiga fenomen med fokus på äldre och deras ätande. SANN-G-skalan uppnådde en hög intern reliabilitet med Chronbach's alpha på 0,83 (0,00-1,00). De fem delområdena som beskrivs nedan är resultatet av en faktoranalys som gjordes för att testa instrumentets validitet (a.a).

De arton påståendena i SANN-G skalan täcker fem delområden; *normer* (fråga 5, 10,11,13,14), *vanor* (fråga 1,3,4,9), *bedömning* (fråga 2,8,12,18), *åtgärd* (fråga 7,15,16) och *individualisering* (fråga 6,17). Samtliga påståenden är ställda med en negativ formulering och har fem svarsalternativ enligt Likert-typ i en ordinalskala. Svartsalternativet "håller helt och hållet med" ger en poäng, "håller delvis med" ger två, "osäker" ger tre, "tar delvis avstånd från" ger fyra och det sista svartsalternativet "tar helt avstånd från" ger fem poäng. De två högsta poängen, fyra och fem, representerar en positiv attityd och de två lägsta poängen, ett och två, representerar en negativ attityd. Maximal poäng är 90 och anger mest möjliga

positiva inställning. Brytpunkten för positiv attityd för alla fem delområden är 72 poäng och minimipoäng är 18 och anger mest möjliga negativa inställning.

Två påståenden lades till i slutet av enkäten av författarna till denna studie, kallade A och B för att skilja sig från originalskalan och handlar om kostpolicy och utbildningsinsatser. De utformades på samma sätt som övriga påståenden, men med möjlighet till öppet svarsalternativ till vardera påstående. I de öppna svarsalternativen fanns möjlighet för respondenten att med egna ord formulera sin uppfattning kring dessa områden som skulle kunna ligga till grund för förändring och utveckling inom området nutrition. Enligt Polit & Beck (2004) kan en kombination av både öppna och fastställda svarsalternativ i viss mån uppväga styrkor och svagheter som finns hos båda varianterna. Utöver dessa totalt 20 påståenden i enkäten ställdes en inledande fråga inspirerad av Christenssons enkät, om hur lång tid respondenten hade arbetat sedan senast avslutad grundutbildning, med följande svarsalternativ; *< 2 år, 2-<5 år, 5-<10 år, 10-<15 år och >15 år.*

Genomförande

De medicinskt ansvariga sjuksköterskorna (MAS) och cheferna inom vård- och omsorgsförvaltningarna i de aktuella kommunerna tillfrågades om studien och gav samtycke till att studien genomfördes. Innan datainsamlingen påbörjades genomfördes en mindre pilotstudie främst med anledning av de två tilläggs påståendena. Tio sjuksköterskor ombads läsa och kommentera enkätens utformning i sin helhet samt påståendena A och B. Ingen av dessa arbetade som omvårdnadsansvariga sjuksköterskor i de aktuella kommunerna. Det framgick att det upplevdes positivt att få möjlighet att kunna ge en egen personlig kommentar. Inte någon av dem kommenterade att tilläggs påståendena A och B var otydliga och föreslog inte heller någon ändring i formuleringen. Därefter startade datainsamlingen.

Via mail skickades skriftlig information till de aktuella sjuksköterskorna på särskilt boende och korttidsboende i respektive kommun med erbjudande om att delta i undersökningen (bilaga 1). I samma mail skickades enkäten som bifogad länk. Enkäten låg som en online-enkät via Google docs och när den besvarades elektroniskt var de utan personuppgifter och omöjliga att identifiera. Enkätsvaret var inte kopplat till person eller andra identitetsuppgifter när materialet registrerades i Google docs eller analyserades och redovisades. Två påminnelser skickades ut, vilket informerades om i det första brevet (Ejlertsson, 2005).

Eftersom svaren inte gick att identifiera fick samtliga deltagare dessa påminnelser. Datainsamlingen påbörjades i mitten av november, första påminnelsen sändes ut efter nio dagar, den andra påminnelsen efter ytterligare elva dagar.

Analys

Resultatet av enkätsvaren har i huvudsak analyserats deskriptivt. Under analysen har statistikprogrammet SPSS 17.0 och 18.0 använts (Wahlgren, 2008). Alla svaren förutom kommentarerna har förts in i SPSS av de båda författarna. Dessa siffror har sedan kontrollerats av båda, var och en för sig. Med hjälp av programmet har sedan statistik och figurer skapats. En korrelationsanalys av antal arbetade år efter avslutad grundutbildning gjordes gentemot de fem delområdena i SANN-G-skalan samt totalsumman. Ingen signifikans för någon samvariation fanns. Alla poäng, medianvärden och totalsummor har räknats samman av författarna var och en för sig. Delområdenas poängsummor sammanställdes, andelen positiva attityder procentberäknades och antalet respondenter som hamnade över brytpunkten för positiv attityd till respektive delområde togs fram. Dessa beräkningar redovisas i tabellform i resultatdelen. Författarna analyserade resultatet var för sig och diskuterade gemensamt efteråt vad resultatet kunde stå för. Frekvensen per påstående i absoluta tal redovisas i tabellform (tabell 2) när det gäller de 18 påståendena från SANN-G-skalan. Resultaten från A och B redovisas i text och kommentarerna redovisas i tabellform (tabell 3 och 4) tillsammans med respektive svarsalternativ.

Etiska överväganden

I undersökningen togs hänsyn till informationskravet genom att ändamålet med undersökningen beskrevs via informationsbrevet (Vetenskapsrådet, 2010-04-23). Samtidigt gavs upplysning om att det var frivilligt att delta i undersökningen. Kravet på samtycke uppnåddes genom att deltagarna aktivt skickade in sitt enkätsvar och på så sätt gav de sitt godkännande till att delta. Konfidentialitetskravet uppfylldes genom att de insända svaren inte är identifierbara. Utskrifterna av enkätsvaren förvarades inlåsta och oåtkomliga för andra än författarna och handledarna och kommer att förstöras efter examination. Nyttjandekravet tillgodoses genom att deltagarna får ta del av resultatet via mail enligt de sändlistor som användes vid utskicket av enkäten (bilaga 2). Resultatet av studien redovisas så att deltagarnas identitet, arbetsställe eller kommuntillhörighet inte röjs. Deltagarna ska känna sig trygga med att deras medverkan inte används emot dem när resultatet blir känt. Det är väsentligt även

långsiktigt för att uppnå och bibehålla en positiv inställning till forskning och utvecklingsarbete.

Förförståelse

Med erfarenhet som sjuksköterskor inom kommunal äldrevård och särskilt boende hade båda en förförståelse kring behovet av tydliga och kända rutiner vid nutritionsbehandling, men också om vilka begränsningar som fanns. Det kunde vara i form av praktiska förutsättningar, men också i arbetssätt i organisationen. Det fanns behov av ökad förståelse för vikten av en god nutritionsbehandling för den äldre samt kunskap om vilka åtgärder som behövde vidtas när undernäring eller risk för undernäring upptäcktes. Förförståelsen togs i beaktande och diskuterades återkommande under arbetets gång.

RESULTAT

Sammanställningen av enkätsvaren redovisas i deskriptiv statistik i form av siffror, tabeller, figurer och ord. Resultatet redovisas under rubrikerna, Attityder till äldres ätande och näringstillstånd och Uppfattningar om kostpolicy och utbildningsinsatser. SANN-G-skalans svar redovisas i tabellform dels som en sammanställning (tabell 1) och dels i sin helhet av respektive påstående (tabell 2). Respondenternas kommentarer från tilläggs påståendena A och B redovisas även de i sin helhet (tabell 3 och 4).

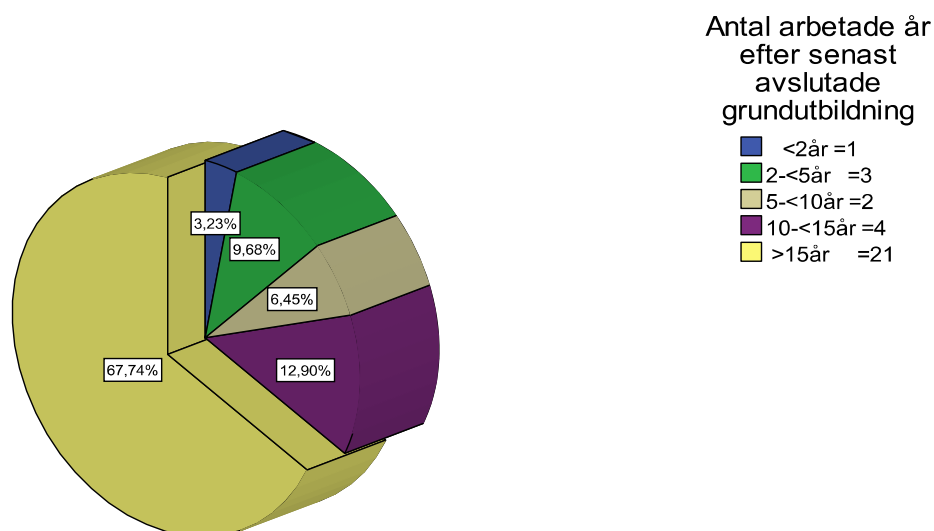
Attityder till äldres ätande och näringstillstånd

I resultatet från enkätundersökningen framkom en positiv attityd till äldres ätande och näringstillstånd (tabell 1). Även lägsta totalpoäng (73 p) befann sig inom variationsvidden för positiv attityd. Uppdelat i de olika delområdena *normer*, *vanor*, *bedömning*, *åtgärder* och *individualisering* förekom däremot att ett antal respondenter befann sig under gränsen för positiv attityd.

Tabell 1. Attityder till äldres ätande och näringstillstånd presenterade per delområde

Delområde	Medianvärde för sjuksköterskorna (n =31) och angivna (lägsta/högsta poäng)	Teoretiskt möjliga svars-poäng för positiv attityd (antal sjuksköterskor med positiv attityd)	Procentandel med positiv attityd områdesvis
Normer	23 (18-25)	20-25 (n=29)	93 %
Vanor	18 (12-20)	16-20 (n=26)	89 %
Bedömning	19 (15-20)	16-20 (n=28)	95 %
Åtgärder	14 (10-15)	12-15 (n=25)	88 %
Individualisering	10 (8-10)	8-10 (n=31)	98 %
TOTALPOÄNG	81 (73-90)	72-90 (n=31)	100 %

Figur 1. Antalet deltagande sjuksköterskor i undersökningen var 31 och majoriteten av dessa hade jobbat i mer än femton år efter senast avslutad grundutbildning.



Delområde *individualisering*, som handlar om att identifiera vad som är unikt för varje vårdtagare och vilka behov som finns hos var och en, var det delområde som fick högsta värdet i procent av andel positiv attityd (98 %). Detta delområde var också det enda där ingen respondent poängmässigt hamnade under variationsvidden för positiv attityd (tabell 1). Samtliga sjuksköterskor utom en tog helt eller delvis avstånd från att ”det är omöjligt att individanpassa måltider” eller att ”måltider inte behöver vara individanpassade” (tabell 2).

Nedan framställs samtliga svar från SANN-G skalan redovisat i olika svarsalternativ.

Tabell 2. Frekvens per påstående i SANN-G-skalan

Delområde	Påstående	Håller helt och hållet med	Håller delvis med	Osäker	Tar delvis avstånd från	Tar helt avstånd från
Normer	Matsalen ska i första hand vara så utformad att personalens arbete underlättas.	1	1	1	13	15
	Det bästa är när personalen lägger upp maten på faten utan att vårdtagaren hjälper till.				9	22
	Enbart vissa vårdtagare har nytta av att få sitt näringsstillstånd bedömt.			1	8	22
	Det är viktigt att maten fördelas på sådant sätt att samtliga vårdtagare får lika mycket mat.		3	1	3	24
	Näringsdryck är ett bra ersättningsmedel i stället för den vanliga maten.		3			11
Vanor	För en människa som är över 70 år gammal räcker det med ett lagat mål mat/dag.		2	2	11	16
	Äldre som vårdas på sjukhus alternativt äldreboende vill inte bli tillfrågade om tidigare kostvanor.		1	2	8	20
	Patienter/vårdtagare med sväljsvårigheter ska inte uppmanas att äta själva.	3	2	1	14	11
	Människor över 70 år behöver inte lika näringsrik mat som yngre.			1	4	26
Bedömning	Det är meningslöst att väga alla vårdtagare.		1		5	25
	Det räcker att göra viktkontroller på de vårdtagare där läkare ordinerat detta.				5	26
	Personal med lång erfarenhet vet alltid vad vårdtagaren behöver äta.		4		7	20
	Överviktiga vårdtagare ska alltid sättas på energisnål kost.			1	18	12
	Hos vårdtagare med ätsvårigheter är det inte lönt att träna den egna förmågan att äta själv.				5	26
Åtgärder	Det är mycket sällan att äldre vårdtagare som behandlas på kommunalt äldreboende är undernärda.		9	2	11	9
	Det behövs ingen särskild kunskap eller erfarenhet för att mata en vårdtagare.				7	24
	Det är omöjligt att individanpassa måltiderna.				8	23
	Måltiderna behöver inte vara individanpassade.			1	6	24

Delområde *vanor* speglar personalens föreställningar och fördomar, vad man tror sig veta och brukar göra (tabell 1). I påstående fyra tog majoriteten av sjuksköterskorna helt eller delvis avstånd från ”att vårdtagare med sväljsvårigheter inte ska uppmuntras att äta själva” (tabell 2). Fem sjuksköterskor hade inställningen att det var helt eller delvis rätt att vårdtagarna inte ska uppmuntras till detta och en sjuksköterska uppgav sig vara osäker. Det var detta påstående som främst bidrog till att totalpoängen för delområdet *vanor* blev det näst lägsta.

Delområde *åtgärder* som har att göra med olika nutritionsproblem och hur man agerar och åtgärdar detta, fick lägst andel poäng i positiv attityd hos sjuksköterskorna (tabell 1). I påstående 15 i detta delområde var det mer än en tredjedel av respondenterna som svarade osäker eller delvis höll med om att ”det är mycket sällan att äldre vårdtagare som behandlas på kommunalt äldreboende är undernärda” (tabell 2). Övriga sjuksköterskor tog helt eller delvis avstånd från detta.

Uppfattningar om kostpolicy och utbildningsinsatser

I enkäten lades två påståenden till, kallade A och B för att skilja från originalskalan SANN-G. Resultaten av dessa redovisas i text och kommentarerna redovisas i sin helhet i tabeller för respektive påstående (tabell 3 och 4). Sammanlagt fanns tolv kommentarer till respektive påstående. Nio stycken lämnade kommentarer på både A och B, medan övriga endast kommenterat det ena av dem.

Påstående A

I svaren från påstående A ”Det är inte praktiskt möjligt att följa kommunens kostpolicy på min arbetsplats” svarade 13 sjuksköterskor att de tog helt avstånd från detta. Tio tog delvis avstånd. En sjuksköterska höll helt och hållet med om att det inte var praktiskt möjligt att följa kostpolicyen, fyra andra höll delvis med om detta och två uppgav osäker. Här fanns ett internt bortfall med kommentar. Bland kommentarerna nämndes olika faktorer som påverkade nutritionsarbete i stort, bland annat samarbete med andra personalgrupper och att det var flera delar i matkedjan som sjuksköterskan inte kunde påverka. I en kommentar angavs tidsbrist och att arbete med nutrition var en resursfråga. Engagerad vårdpersonal och kostombud som följer upp nämndes också (tabell 3).

Tabell 3. Respondenternas kommentarer till påstående A, *Det är inte praktiskt möjligt att följa kommunens kostpolicy på min arbetsplats*

Svarsalternativ	Kommentarer
	Eftersom jag är vikarie numera hoppar jag den frågan.
1	Då samarbetet med köket är dåligt, mycket pga av olika chefer som arbetar olika, är det i många fall svårt att upprätthålla kommunens kostpolicy.
2	Tiden räcker enbart till för de med störst behov av planering och åtgärder gällande nutritionen, medan de övriga med relativt små behov (inte minst lika viktiga framför allt ur preventionssynpunkt) blir åsidosatta. En resursfråga för mig.
2	Vissa delar av ”matkedjan” kan vi inte påverka som t.ex. att maten tillagas inte på boendet utan fraktas med bil en längre sträcka. Transporteras i ett värmeskåp och hålls varm i kantiner, vilket leder till att ex. skivat kött torkar och blir svårt att tugga. Ser oaptitligt ut. För att stimulera aptiten är det viktigt att känna lukten av mat, att maten smakar bra och ser god ut, fint upplagt, att det finns rikligt med sås, lagom portioner osv. Det är viktigt att mater både ser god ut och smakar bra. Det behövs mycket sås så att de äldre kan tugga/svälja maten lättare.
3	Känner dåligt till den.
4	Att alltid väga alla vt varannan månad är ibland överdrivet då vi sätter in åtgärder så fort någon äter sämre, blir sämre och det är alltid viktigt personalen är uppmärksam. Allt löser inte för att man kontrollerar/väger ALLA på ett boende- man måste som personal lära sig se varje individ.
4	Ibland är det svårt att samarbeta med köket.
4	Det är så många olika faktorer som spelar in. Personalens kunnande/intresse kring mat, då de delvis lagar maten. Personalens egna kostvanor, kultur och ålder.
5	På vår arbetsplats är måltiderna individanpassade. Var och en väljer hur mycket de vill ha. Provat tidigare med karott metoden, men det blev för svårt att genomföra praktiskt. Näringsdrycker får VT utöver måltiderna. Vi tar alltid ankomst vikt på alla som kommer till oss, därefter bestäms hur ofta VT ska vägas.
5	Följer vikt var 3:e månad, kan få mellanmål via köket, men det är svårt att få kunden att vilja äta mellanmål.
5	Vi använder inte så mycket färdig näringsdryck. Vårdpersonalen gör själv protein-drycker efter recept vi har, så kallade särö-bomber.
5	Kostombud som är engagerade och duktiga här. Följer upp.

Respektive svarsalternativ finns till varje kommentar. 1 = håller helt och hållet med, 2 = håller delvis med, 3 = osäker, 4 = tar delvis avstånd från, 5 = tar helt avstånd från

Påstående B

I påstående B, ”Utbildningsinsatser för sjuksköterskor i kommunen skulle inte påverka kost och nutritionsarbetet för min del” angav tre sjuksköterskor att de delvis håller med och lika många uppgav sig osäkra. 18 sjuksköterskor svarade att de tog helt avstånd och resterande sju tog delvis avstånd från påståendet att utbildning inte skulle göra någon skillnad i kost- och nutritionsarbetet för deras del. Nedan presenteras de tolv kommentarerna i sin helhet med respektive svar. Endast de som angivit svarsalternativ 4 eller 5 har lämnat kommentarer. I flera kommentarer påtalades att utbildning inom kost och nutrition var viktigt och önskvärt. En sjuksköterska nämnde i anslutning till detta att det vore bra att ta del av varandras erfarenheter. I en kommentar beskrevs saknaden av dietist i kommunen med möjlighet att rådfråga i enskilda ärenden. I en annan kommentar menade respondenten att det var alldeles

för mycket upp till var och en av sjuksköterskor vad som prioriterades inom nutrition (tabell 4).

Tabell 4. Respondenternas kommentarer till påstående B, *Utbildningsinsatser till sjuksköterskor i kommunen skulle inte påverka kost och nutritionsarbetet för min del*

Svarsalternativ	Kommentarer
4	Det är alltid bra att bli mer uppdaterade på vad som händer inom nutrition, nya näringsdrycker osv.
4	Alltid bra med mera utbildning, nya saker kommer till. Så man kan bara bli bättre. Gärna mer utbildning för alla ssk, inte bara vissa som är kostansvariga.
5	Det är mycket viktigt att uppdatera och införskaffa sig kunskap vad gäller kost och nutrition. Det finns bra mätinstrument som hjälper till att mäta nutritionsstatus, tyvärr tror jag inte att alla SSK:OR är medvetna om och använder sig av dessa! Trots att det är våran skyldighet att uppdatera oss inom vetenskapen☺!
5	Klart att mera utbildning lönar sig.
5	Ny/nygammal kunskap är aldrig fel. Utbildning om mellanmål/näringsdryck.
5	Mer utbildning, tack.
5	Det är absolut för mycket upp till var och en (Ssk/DSK) vad som prioriteras, upprättas och genomförs gällande nutritionsfrågor!
5	Det hade varit bra med obligatoriska utbildningar, då mycket nytt händer på detta område. Bra också att kunna ta del av varandras erfarenheter.
5	Alla behöver lära sig om kost. Ju mer man desto bättre.
5	Bra med kostutbildade sjuksköterskor och vi saknar i kommunen en dietist vi kan rådfråga även lite enskilda ärenden - det blir för allmänt och då ringer vi inte fler gånger.
5	Hade uppskattat en sådan.
5	”Ökad kunskap är aldrig tung att bära.” På min arbetsplats tycker jag att vi allt som ofta har diskussioner kring vikt, matvanor, konsistens, vilja och ork hos den enskilde. För visst är det så att matens betydelse inte bara påverkar vikten utan livslusten!!

Respektive svarsalternativ finns till varje kommentar. 1 = håller helt och hållet med, 2 = håller delvis med, 3 = osäker, 4 = tar delvis avstånd från, 5 = tar helt avstånd från

DISKUSSION

I denna kvantitativa studie var syftet att hos kommunala sjuksköterskor undersöka attityder till äldres ätande och näringstillstånd genom en enkätundersökning. Studiens resultat visar att samtliga respondenter totalt sett hade en positiv attityd. Det indikerar att sjuksköterskorna som deltog tyckte att nutrition och ätande är ett viktigt område i omvårdnaden och inställning till ämnet ifråga kan ha betydelse för hur arbetet utförs. Utifrån Ajzen och Fishbeins teori (1975) om att det finns ett samband mellan attityd och handling, skulle resultatet möjligen kunna tala för att nutritionsarbetet i de båda kommunerna sker på ett tillfredsställande sätt. Dessa positiva attityder hos sjuksköterskorna anger dessutom goda förutsättningar att bygga vidare på vid framtida utvecklingsarbete.

Metoddiskussion

Valet av metod och urval påverkar resultatet och enligt Eliasson (1995) är det forskningsuppgiften eller problemställningen som avgör metodvalet i en undersökning. Fördelen med enkäter är att kostnaden vanligtvis är liten och kan göras på ett stort urval och inom ett stort geografiskt område (Ejlertsson, 2005). I denna studie handlade det om två kommuner i södra Sverige. Respondenten har vanligen också god tid på sig att besvara enkäten i lugn och ro. Nackdelen med enkätundersökningar kan vara att de oftast ger ett större eller mindre bortfall och att respondenterna inte har möjlighet att få förtydligande om frågorna/påståendena är svårförståeliga eller att de kan missuppfattas (Ejlertsson, 2005).

I undersökningen användes ett redan testat och validerat instrument som var speciellt anpassad för personal som arbetar inom äldreomsorg, och som står i relation till syftet med studien. Därmed kan validiteten skattas som hög. Detta kan inte gälla för de två tilläggsåståendena. Däremot fanns möjlighet för respondenterna att lägga till egna kommentarer och dessa redovisas i sin helhet för läsaren att själv bedöma. Hur urvalet görs i en undersökning är enligt Ejlertsson (2005) ytterligare en annan kvalitetsaspekt när det gäller validitet. I denna studie ingick samtliga omvårdnadsansvariga sjuksköterskor på särskilt boende och korttidsboende från två olika kommuner i urvalet, exkluderat de som bedrevs på entreprenad.

De två sista påståendena i enkäten som handlade om kostpolicy och utbildningsinsatser lades till i enkäten av författarna. När studien planerades var det en början av en läroprocess inom kvantitativ forskning och enkätstudier. Trots vetskap om att använda redan utvecklat instrument är att föredra så gjordes valet att lägga till ytterligare två påståenden. Det gjordes som angetts tidigare, i syfte att försöka fånga sjuksköterskornas uppfattning om det som efterfrågades. Ett annat skäl var att få lärdom om hur svaret utfaller beroende på formuleringen av påståendet. Viss kunskap måste tillskansas genom egen erfarenhet och misstag genom ”learning by doing”. De två påståendena formulerades på samma sätt som i SANN-G- skalan, alltså med negativ formulering. Anledningen till det menar Christensson och Bachrach-Lindström (2009) är att negativa formuleringar kan uppfattas mer distinkt än positiva formuleringar. Polit och Beck (2008) menar att det inte finns tillräcklig evidens för att påstå att det är olämpligt att blanda positiva och negativa påståenden.

Enkäten tillsammans med informationsbrevet distribuerades via e-mail till totalt 63 sjuksköterskor. Vid resultatsammanställningen hade 31 besvarats vilket betydde ett bortfall på 50 %. Första utskicket av enkäten gjordes i mitten av november och då inkom 17 svar. Två påminnelser skickades ut. Efter första påminnelsen i slutet av november inkom ytterligare elva svar, vid andra påminnelsen i början av december endast tre svar. Ejlertsson (2005) menar att två påminnelser är det mest optimala. I denna studie svarade majoriteten av respondenterna, 28 stycken, innan andra påminnelsen. En enkätundersökning bör inte ske kring jultid enligt Ejlertsson (2005), då många kan känna sig stressade inför kommande högtid och av detta skäl inte anse sig hinna besvara någon enkät. Eftersom de flesta svaren inkom innan december månad bör det rimligen inte vara den huvudsakliga anledningen till det stora bortfallet. Tidsplanen för studien kunde inte heller påverkas av författarna och undersökningen kunde inte starta tidigare under hösten då projektplanen först skulle bli godkänd på högskolan. En annan anledning till den låga svarsfrekvensen kan vara upplevd tidsbrist eller tillfälligt hög arbetsbelastning hos respondenterna som inte är relaterad till tiden på året.

Distribuering via kommunernas e-post gjordes för att förenkla förmedlingen av enkäterna. Eftersom svaren avidentifierades när de lades till Googles docs enkät on-line eliminerades risken att svaren kopplades ihop med den enskilde respondenten. Användandet av e-post som kommunikation både externt och inte minst internt får anses vara vedertaget. Det händer att enkätundersökningar sänds ut via e-post, men inte så ofta att det var ett huvudsakligt skäl till bortfallet. Möjligen skulle utskick per post ha genererat fler svar genom att en enkät i pappersformat blir mer tydlig och överskådlig. Enligt Polit och Beck (2008) är svarsfrekvensen via e-post ofta lägre än när enkäter skickas via post. Samtidigt hade en distribuering med postgång bidragit till en hantering av skriftliga medgivanden för både respondenten och författarna och koder för att bevara deras konfidentialitet.

Ett personligt överlämnande av enkäten av författarna till denna studie eller att genom att ha överlåtit till arbetsledningen att göra detta, skulle möjligen kunnat påverka svarsfrekvensen positivt. Samtidigt fanns en medvetenhet om att respondenterna då kunde uppfatta att de kände sig tvungna att medverka i undersökningen. Dessa alternativ valdes därför bort av forskningsetiska skäl (Polit & Beck, 2004). Ingen påverkan i någon riktning när det gällde att

delta i studien eller till attityder till det aktuella området har utövats på något sätt av författarna. Det hölls även medvetet en låg profil i diskussioner kring nutrition under den aktuella tiden för att inte påverka svaren. SANN-G skalan i enkäten var utvecklad för all vårdpersonal och inte speciellt för sjuksköterskor vilket kan ha haft betydelse. Om det förekommit att några respondenter eventuellt börjat besvara enkäten, men inte fullföljt den av någon anledning finns dock ingen information om.

Kanske hade påståendena om kostpolicy och utbildningsinsatser fått annat utfall om de ställts med positiv formulering då negation i påståendet och svaret kan leda till att respondenten blir missledd. Ett annat argument för att istället ha formulerat dem positivt kan vara att ha variation av formuleringar så att respondenten inte svarar slentrianmässigt. Polit och Beck (2008) menar att det finns forskning som föreslår att ett sätt att minska samtyckessvar är att placera det mest positiva svarsalternativet sist. Inga kritiska synpunkter framkom om påståendenas formulering under pilotstudien eller i de frivilliga kommentarerna i enkäten, vilket kan betraktas som en styrka. I de öppna svarsalternativen svarade tolv respondenter på respektive påstående med möjlighet att fritt uttrycka sina åsikter i ämnet. Dessa kommentarer gav uttryck för vad en del sjuksköterskor ansåg om kostpolicy och utbildningsinsatser vilket inte hade framkommit om enkäten helt strikt hållits till SANN-G-skalan. Om telefonintervju med samma enkät som underlag hade valts som metod hade möjligen en högre svarsfrekvens uppnåtts. Ett annat metodval såsom intervjuer skulle kunna ha varit ett alternativ då möjligheten till en utförligare och djupare förståelse hade kunnat uppnås. Samtidigt är det viktigt att inte störa verksamheten i onödan.

Det finns olika sätt att testa reliabilitet. Ett sätt är att göra ett test-retest genom att skicka ut enkäten ännu en gång till en del av respondenterna för att se om svaren blir de samma. Skiljer sig svaren åt för mycket blir det en låg reliabilitet och undersökningen tappar sitt värde. Detta har inte gjorts med tanke på att majoriteten av påståendena redan är validerade och för att respondenterna är anonyma. Ett test-retest går ut på att ett visst antal respondenter får svara på samma frågor en gång till för att sedan jämföra resultaten enligt en reliabilitetskoefficient (Polit & Beck, 2008). En annan aspekt av reliabiliteten är att metodbeskrivning och genomförande är utförligt beskrivet i denna studie. Forskarens tidigare erfarenheter och kunskaper inom forskningsområdet kan aldrig bortses ifrån och tenderar att styra tolkning av

materialet (Olsson & Sörensen, 2007). Författarna har hållit sig medvetna om den egna personliga erfarenheten, inte minst under resultattolkningen. Då deltagarna varit anonyma både till person och till kommuntillhörighet har detta inte påverkat tolkningen av resultatet. Under hela arbetets gång har diskussioner kring vår förståelse förts och tolkningarna jämförts med förförståelsen. Reliabiliteten vid hantering och i analys av insamlad data stärks av att de båda författarna var för sig beräknat data, identifierat resultat som utmärkt sig samt gemensamt diskuterat detta.

Det går i denna studie inte att generalisera resultatet eftersom bortfallet var så högt som drygt 50 %. Enkätundersökningen hade getts tillstånd av ledningen i de båda kommunerna, men i övrigt fanns inget uttalat stöd därför. Möjligen hade det gynnat svarsfrekvensen om enkäten till exempel varit en del i ett förbättrings- och utvecklingsarbete. Andra tänkbara skäl till det låga deltagandet kan ha varit att de sjuksköterskor som svarade var de som ansåg att nutrition var ett viktigt område eller som var mest intresserade av ämnet. Resultatet visar på mycket hög andel positiv attityd. Genom att inte delta i en undersökning skiljer sig just dessa personer redan utav detta skäl från de övriga som deltagit (Ejlertsson, 2005). De som svarade hade kanske även en mer positiv inställning till forskning och för sjuksköterskors vidareutbildning. Det kan hos dessa sjuksköterskor handla om en förståelse för vikten av att delta då ett högt deltagande i en studie är avgörande för resultatets generaliserbarhet. Ett betydande bortfall ger ett osäkert resultat. Eftersom resultatet visade en positiv attityd bland sjuksköterskorna till äldres ätande och näringstillstånd finns skäl att fundera över hur attityden ser ut hos dem som inte svarade på enkäten. Även om resultatet inte är generaliserbart så framkom att knappt hälften av det totala antalet sjuksköterskor från de båda kommunerna som erbjöds delta i studien är positivt inställda till äldres ätande och näringstillstånd, kanske ännu fler, och de frivilliga kommentarerna och synpunkterna som lämnats i enkäten bör ägnas eftertanke.

Resultatdiskussion

Resultatet visar att det var delområdet *individualisering* som fick högst andel positiva attityder och där ingick påståenden som handlade om måltidssituationen (tabell 1).

Sjuksköterskornas positiva attityder till nutrition och individualisering är viktiga då de kan påverka näringsintaget hos vårdtagare med olika nutritionsproblem. Det är flera faktorer som har betydelse för ätandet. Det kan handla om måltidsmiljö, personalens uppträdande och vad

de förmedlar. Vanor och sociala roller kring gemensamma måltider spelar en viktig roll vid ätsvårigheter (Sidenvall, Fjellström & Ek, 1994; Sidenvall, 2003). Inte minst har den äldres eget förhållande till mat och ätande betydelse eftersom ätandet kan betraktas som ett allmänmänskligt fenomen. Harnett (2010) beskrev hur en rutinkultur påverkade interaktionen mellan personal och de äldre på ett boende. Med rutinkultur menas en kultur där rutiner värderas högt och ger legitimitet åt att neka de äldre inflytande över sin vardag, till exempel vid måltidssituationen. Vidare menar Harnett att det inte nödvändigtvis är begränsade personalresurser som förklarar de äldres begränsade inflytande utan det är snarare rutinkulturens brist på flexibilitet (a.a.). Demenssjukdomar och stroke är annat som kan påverka ätandet och kan leda till oral apraxi (oförmåga att utföra uppgifter med munnen) eller agnosi (oförmåga att känna igen det som finns i munnen) och är inte alldeles lätt att upptäcka och tolka (Westergren, 2003). Ätsvårigheter av olika slag kan leda till att den äldre behöver assistans vid måltid eller kan behöva stöd i att träna sin egenförmåga vid ätandet. Sjuksköterskor med sitt omvårdnadsperspektiv skulle med fördel kunna ha en aktiv del i arbetslaget vid måltidssituationen. Vinsten kan bli ett nära samarbete med övrig personal och tillsammans skulle de metodiskt kunna identifiera och hjälpa vårdtagare med specifika behov.

I resultatet från delområde *åtgärder*, var det ett påstående som utmärkte sig. Det var mer än en tredjedel som inte tog avstånd från uppfattningen att ”*Det är mycket sällan att äldre vårdtagare som behandlas på kommunalt äldreboende är undernärda*” (tabell 2). Detta trots att forskning visar på motsatsen (Wikby et al., 2006; Westergren et al., 2008; Norman et al., 2008). Det kan tänkas att formuleringen ”Det är mycket sällan...” bidrog till att flera sjuksköterskor delvis höll med eller var osäkra. Det kan också handla om en definitionsfråga av undernäring. I en studie av Bauer, Isenring, Torma, Horsley och Martineau (2007) framkom data som visade att undernärda personer inte nödvändigtvis är väldigt smala och sköra. Om den föreställningen råder kan undernäring förbises om inte adekvat nutritionsbedömning görs (a.a.). Det är av stor vikt att förebygga undernäring hos äldre personer på särskilt boende som ofta är sköra på grund av sjuklighet. Vid viktnedgång förlorar den äldre i första hand muskelmassa, som vid senare viktuppgång sällan återfås. Undernäring är ett område som äldre vården måste ta på allvar. Det är ett område där både omvårdnads- och det sociala omsorgsperspektivet behöver samarbeta för att inte orsaka ett medicinskt problem.

Majoriteten av sjuksköterskorna ansåg att det var möjligt att arbeta efter kostpolicyn i kommunerna. I kommentarer i enkäten kring påståendet om kostpolicyn framgick att det förekom diskussioner kring vikt och matvanor och att det fanns bra mätinstrument. Det framkom också kritik till hur individer i den egna yrkesgruppen arbetade med nutritionsfrågor. En respondent uppgav sig ha dålig kännedom om kostpolicyn och en annan påpekade att inte alla inom yrkeskåren var medvetna om de olika mätinstrument som fanns att använda sig av (tabell 3 och 4). Om sjuksköterskor av olika anledningar har svårt att praktiskt följa kostpolicyn på arbetsplatsen kan det uppstå svårigheter att leva upp till nutritionsriktlinjerna. Upplever sjuksköterskor att det inte ges stöd eller möjligheter till att utföra nutritionsarbete så utförs kanske inte dessa uppgifter fullt ut. Enligt Socialstyrelsen (2000) är utgångspunkten för planering av omvårdnaden av vårdtagare med näringsproblem att först uppmärksamma och sedan göra en bedömning av problemet, anpassad till individens behov. I Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom (Socialstyrelsen, 2010a) understryks vikten av personcentrerad omvårdnad och varje persons unika behov poängteras. I dessa riktlinjer rangordnas rekommendationerna efter prioritet. Rekommendationen till hälso- och sjukvården och socialtjänsten att regelbundet bedöma näringstillstånd (vikt, BMI, viktförlust och vikthistoria) ges prioritet 1. Dessa riktlinjer grundar sig på evidensbaserade och utvärderade behandlingar (a.a.). För att ge ett värdefullt bedömningsunderlag i nutritionsarbetet behövs adekvata bedömningsinstrument som är förankrade på arbetsplatsen. Det kan tänkas att inte alla vårdtagare på särskilt boende vill bli nutritionsbedömda eller vägda, eller att det av andra skäl inte är möjligt. Precis som vid misstanke om demenssjukdom så bör intentionen vara att vårdtagarna ska erbjudas regelbunden viktkontroll och adekvata bedömningar. Det bör ske systematiskt och inte, som indikeras i studien, vara upp till varje sjuksköterska eller prioriteras bort på grund av tids- eller resursbrist. Kvaliteten och arbetet runt äldres ätande och näringstillstånd skulle i så fall kunna variera beroende på var man råkar bo. En verksamhet som tillåter att den här typen av arbetsuppgifter inte ges tillräckligt utrymme, följs upp och överläts åt sjuksköterskor och vårdpersonal att hantera efter personlig uppfattning och i mån av tid, arbetar inte systematiskt och evidensbaserat.

Sjuksköterskorna i studien ansåg att det var viktigt att väga alla vårdtagare (tabell 2).

Samtidigt kommenterades det att alltför frekvent vägning var överdriven och att personalen

istället behövde lära sig att se varje individ (tabell 3). Detta skulle kunna antyda att riktlinjer inom nutritionsarbetet inte alltid efterlevs även om sjuksköterskorna i studien hade attityden att viktregistrering var viktigt. I en skandinavisk studie bland läkare och sjuksköterskor framkom en skillnad mellan attityden till att det var viktigt med nutritionsbedömning och viktregistrering och vad som faktiskt bedömdes och dokumenterades (Mowe et al., 2006). Många gånger uppskattades vikten istället (a.a). Trots ambitionen att alltid försöka uppmärksamma alla vårdtagare så kan någon förbises om det inte finns ett strukturerat arbetssätt. Den kliniska blicken är viktig, men det kan vara riskabelt att ha en övertro till den när det gäller att uppskatta vikt och måltidsvanor hos personer som man ser varje dag. Ett annat exempel på bristande samstämmighet mellan svar och kommentarer var påståendet om näringsdryck. Majoriteten av sjuksköterskorna ansåg att näringsdryck inte var ett bra ersättningsmedel istället för den vanliga maten. I kommentarerna nämndes önskemål om information och utbildning om näringsdryck och att vårdtagarna fick näringsdryck utöver måltiderna (tabell 3 och 4). I Nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom ges åtgärden näringsdrycker för att öka personens näringsupptag endast prioritet 5, till skillnad mot energiberikning av mat och dryck, extra mellanmål och konsistensanpassning som ges prioritet 2 (Socialstyrelsen, 2010a). Författarna anser att vid utbildningsinsatser bör innehåll som bedömning kring måltidssituation och näringstillstånd ingå, samt rekommendationer om komplement till den vanliga maten, förutom näringsdrycker.

Merparten av sjuksköterskorna önskade utveckla sin kompetens inom kost- och nutrition. Denna önskan om mer kunskap kan visa på intresse och ansvarskänsla för att vilja hantera nutritionsfrågor på bästa sätt. Det påtalades även i kommentarer att utbildning och stöd i arbetet kring nutrition är ett önskemål och behov (tabell 4). Detta behov stöds av tidigare forskning, både äldre och nyare (Perry, 1997; Kondrup et al., 2002; Westergren et al., 2009) och tycks inte ha ändrats nämnvärt över tid. Enligt Josefssons (2006) avhandling om kommunala sjuksköterskor fanns önskemål om en mer strukturerad kompetensutveckling på arbetsplatsen. Detta önskemål var störst inom särskilt boende utan särskild inriktning mot demensvård. Det finansiella stödet från arbetsgivaren för kontinuerlig utbildning var knapphändigt (a.a.). Det räcker inte med enbart utbildning inom nutrition enligt Christensson et al. (2003). Flera andra faktorer än utbildning har sannolikt betydelse för att åstadkomma förbättringsarbete. Några tänkbara faktorer är den egna inställningen, samarbetet i arbetslaget

med viljan att sträva åt samma håll, men också stöd från ledningen som är beredda att avsätta resurser för kvalitetsarbete. En annan faktor är tillfällena för reflektion då ätande, eller snarare ovilja att äta, kan väcka etiska dilemman.

En önskan från en sjuksköterska i den här studien var att kunna ta del av varandras erfarenheter (tabell 4). Det skulle kunna vara ett bra sätt att stimulera och stötta varandra inom olika nutritionsfrågor. För sjuksköterskorna som grupp skulle handledning vara ett sätt att ytterligare utveckla omvårdnaden och professionen (Lynch, Hancox, Happell & Parker, 2008). Arbetet runt äldre och undernäring behöver medvetandegöras och lyftas. Antonovskys (1987) teori om känsla av sammanhang (KASAM) skulle kunna användas som stöd vid tankar om utvecklingsarbete. Teorin innefattar begrepp som begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet (a.a.). Meningsfullhet, kanske det viktigaste begreppet, är det som ger motivation och drivkraft. Det kan stå för att sjuksköterskor upplever det betydelsefullt och värt ett engagemang inom nutrition. Begriplighet kan vara kunskap och förståelse inom ämnet samt insikt om vikten av det förebyggande arbetet för att förhindra undernäring. Hanterbarhet kan vara att sjuksköterskorna ser sin del i arbetslaget och vet hur, vad och på vilket sätt de ska göra olika saker.

I studien framkom positiva attityder till äldres ätande och näringstillstånd. Det visar att det finns en bra grund till utvecklingsarbete. Resultatet antydde också att nutritionsriktlinjerna i kommunerna möjligen inte alltid efterlevs. Att nutritionsbedömningar inte alltid görs framgick i Socialstyrelsens årliga undersökning av kvaliteten på verksamheten inom äldreomsorgen. I Äldreguiden för år 2010 visade det sig att bedömning av undernäring för individuellt anpassade åtgärder gjorts till 70,3 % respektive 37,8 % i de kommuner som ingår i denna undersökning (Socialstyrelsen, 2010b). Om sjuksköterskor har svårigheter att leva upp till kostpolicyn i kommunen kan flera orsaker finnas, såsom bristande struktur i organisationen till exempel. För att komma vidare i nutritionsarbetet i kommunen kan inte enbart ansvar hävdas och fördelas mellan olika yrkeskategorier. Det bör vara ett uttalat mål i verksamheten att äldres ätande och näringstillstånd är ett viktigt område och att det ges förutsättningar att kunna efterleva kostpolicyn. Därefter kan genom gemensamma diskussioner och tydlig förankring på varje arbetsplats upprättas en struktur på nutritionsarbetet och hur det ska bedrivas, liksom hur samarbetet bör ske mellan alla berörda

parter runt vårdtagarna. Sjuksköterskan har en viktig roll i samarbetet med enhetschef och vårdpersonal för att identifiera varje persons unika behov kring ätande och näringstillstånd. Det är väsentligt att framhålla att det var knappt 50 % i urvalet av sjuksköterskor som deltog i denna studie och resultatet går därmed inte att generalisera. Samtidigt kan det låga deltagandet vara ett resultat i sig. Det finns anledning att fundera över de sjuksköterskor som valde att inte delta och deras inställning till äldres ätande och näringstillstånd.

Slutsats

De positiva attityderna som framkom i resultatet visar att sjuksköterskor som deltagit tycker att äldres ätande och näringstillstånd är ett viktigt område i omvårdnaden. Inställningen till ämnet ifråga kan ha betydelse för hur nutritionsarbetet utförs i praktiken och kommer de äldre tillgodo. Resultatet speglade också flera brister inom nutritionsarbetet vilket antyder att det finns risk att nutritionsriktlinjerna i kommunerna inte efterlevs.

Genom Senior Alert (<http://www.senioralert.se>), ett nationellt kvalitetsregister finns möjlighet att kartlägga riskområden som undernäring, trycksår och fallrisk. Det leder inte med säkerhet till att adekvata åtgärder vidtas, men kan vara en del i arbetet med äldres ätande och näringstillstånd. För att veta hur det ser ut i realiteten med nutritionsbedömningar och åtgärder för att förebygga eller behandla undernäring bör ansvariga i kommunerna granska hälso- och sjukvårdsdokumentationen. Med det som underlag och utifrån vad som kommer fram vid granskningen kan ett vidare utvecklingsarbete planeras. Sjuksköterskornas positiva attityd och önskan om utbildning bidrar till ett gynnsamt läge att genomföra ett utvecklings- och förbättringsarbete. Det bör ske på arbetsplatsen tillsammans med övriga yrkeskategorier som är involverade kring den äldres mat och måltidssituation. Förbättringsarbetets fokus bör handla om den äldre där omvårdnaden och den sociala omsorgen samarbetar och ger handlingsutrymme för den äldres individuella behov och önskemål.

Om det vid en översyn av bedömningar av näringstillstånd och dokumentation kring detta visar sig finnas behov av utveckling och förbättring så bör ett arbete kring detta påbörjas. Detta arbete skulle kunna ske i samarbete med en högskola och då kunna vara ett forskningsprojekt. Här skulle kommunen kunna få ta del av forskning, men också få

hjälp att driva ett projekt. Inte minst kan effekterna utvärderas och därmed leda till att andra kan ta del av vilka åtgärder som ger bäst effekt.

REFERENSER

Akner, G. (2006). *Bedömning och behandling av nutritions- och undernutritionstillstånd inom äldreården*. Mat för äldre inom vård och omsorg, nr 8. Socialstyrelsen. Hämtad 25 april, 2010, från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9653/2006-123-35_200612335.pdf.

Ajzen, I., Fishbein, M. (1975). *Belief, attitudes, intention and behaviour: An introduction to theory and research*. Hämtad 22 november, 2010, från <http://www.people.umass.edu/aizen/f&a1975.html>

Antonovsky, A. (1987). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.

Axelsson, K. (2003). Utbildning om ätande, bedömning av ätande och svårigheter att äta. I A.Westergren (Red.), *Svårigheter att äta* (s.163-167). Lund: Studentlitteratur.

Bauer, J.D., Isenring, E., Torma, J., Horsley, P. & Martineau, J. (2007). Nutritional status of patients who have fallen in an acute care setting. *Journal Human Nutrition Diet*, 20, 558-564.

Christensson, L., Unosson, M., Barach-Lindström, M. & Ek, A-C. (2003). Attitudes of nursing staff towards nutritional nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 17(3), 223-231.

Christensson, L. & Bachrach-Lindström, M. (2009). Adapting "the Staff Attitudes to Nutritional Nursing Care scale" to geriatric nursing care. *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 13(2), 102-107.

Ejlertsson, G. (2003). *Statistik för hälsovetenskaper*. Lund: Studentlitteratur.

Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken: En handbok i enkätmetodik*. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur.

Eliasson, R. (1995). *Forskningsetik och perspektivval*. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur.

Harnett, T. (2010). *The trivial matters. Everyday power in Swedish elder care*.

Doktorsavhandling, Jönköping, School of Health Sciences.

Johansson, U., Larsson, J., Rothenberg, E., Stene, C., Unosson, M. & Bosaeus, I. (2006).

Nutritionsbehandling inom slutenvården: Svenska sjukhus klarar inte Europarådets riktlinjer.

Läkartidningen, 103(21-22), 1718-1724. Hämtad 12 maj, 2011 från

http://www.lakartidningen.se/store/articlepdf/4/4144/LKT0621s1718_1724.pdf

Johansson, U., Bosaeus, I., Larsson, J., Rothenberg, E., Stene, C. & Unosson, M. (2009).

Nutritionsbehandling i äldre vården – Ett bortglömt perspektiv. *Läkartidningen*, 106(40),

2538-2542. Hämtad 12 maj, 2011 från

http://www.lakartidningen.se/store/articlepdf/1/12841/LKT0940s2538_2542.pdf

Josefsson, K. (2006). *Municipal elderly care: Implications of registered nurses' work situation, education, and competence*. Doktorsavhandling, Stockholm, Karolinska institutet.

Kondrup, J., Johansen, N., Plum, L.M., Bak, L., Höjlund Larsen, I., Martinsen, A.,

...Lauesen, N. (2002). Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. *Clinical Nursing*, 21(6), 461-468.

Lynch, L., Hancox, K., Happell, B. & Parker, J. (2008). *Clinical Supervision for Nurses*.

Oxford: Wiley-Blackwell.

Mowe, M., Bosaeus, I., Höjgaard Rasmussen, H., Kondrup, J., Unosson, M. & Irtun, Ö.

(2006). Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: A questionnaire based survey. *Clinical Nutrition*, 25(3), 524-532.

Norberg, A., Axelsson, K., Rahm Hallberg I-L., Lundman, B., Athlin, E., Ekman, S-

L.,...Kihlgren, M. (1992). *Omvårdnadens mosaik*. Uppsala: Almqvist & Wiksell Förlag AB.

Norman, K., Pichard, C., Lochs, H. & Pirlich, M. (2008). Prognostic impact of disease related malnutrition. *Clinical Nutrition*, 27(1), 5-15.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. 2 uppl. Stockholm: Liber AB.

Parmander, M. (2005). *Från idé till verklig förändring*. Lund: Studentlitteratur.

Perry, L. (1997). Fishing for understanding: Nurses knowledge and attitudes in relation to nutritional care. *International Journal of Nursing Studies*, 34(6), 395-404.

Polit, D. & Beck, C.T. (2004). *Essentials of nursing research: Methods, appraisal and utilization* (7 th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Polit, D. & Beck, C.T. (2008) *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (8 th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Sidenvall, B. (2003). Äldres måltidsvanor. I A. Westergren (Red.), *Svårigheter att äta* (s. 27-36). Lund: Studentlitteratur.

Sidenvall, B., Fjellström, C. & Ek, A-C. (1994) The meal situation in geriatric care – intentions and experiences. *Journal of Advanced Nursing* (20), 613-621.

Socialstyrelsen. (2000). *Näringsproblem i vård och omsorg: Prevention och behandling*.

SoS rapport 2000:11. Spånga: Socialstyrelsen. Hämtad 23 april, 2010 från

http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/11653/2000-3-11_0003012.pdf

Socialstyrelsen. (2003). *Kommunernas kost- och nutritionsarbete*. SoS statistikrapport.

Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 10 oktober, 2010, från

http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10724/2003-123-19_200312319.pdf

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 25 februari, 2011, från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Socialstyrelsen. (2010a). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2010b). *Äldreguiden*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <http://aldreguiden.socialstyrelsen.se/default.aspx>

Swedish Society for Clinical Nutrition and Metabolism (SWESPEN). *Nutritionsbehandling i sjukvård och omsorg*. Hämtad 12 maj, 2011, från <http://www.swespen.se/documents/Nutritionshandboken.pdf>

Sörbye, L W., Schroll, M., Finne-Soveri, H., Jonsson, P.V., Topinkova, E., Ljunggren, G. & Bernabei, R. (2008). Unintended weight loss in the elderly living at home: The aged in home care project (ADHOC). *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 12(1), 10-16.

Wahlgren, L. (2008). *SPSS steg för steg*. Lund: Studentlitteratur.

Westergren, A. (2003). Sjukdomars inverkan på ätandet. I A. Westergren (Red.), *Svårigheter att äta* (s. 67-74). Lund: Studentlitteratur.

Westergren, A., Lindholm, C., Axelsson, C. & Ulander, K. (2008). Prevalence of eating difficulties and malnutrition among persons within hospital care and special accommodations. *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 12(1), 39-43.

Westergren, A., Axelsson, C., Lilja-Andersson, P., Lindholm, C., Petersson, K. & Ulander, K. (2009). *Study circles improve the precision in nutritional care in special accommodations.*

Hämtad 29 maj, 2010, från

<http://www.foodandnutritionresearch.net/index.php/fnr/article/view/1950/2381> .

Vetenskapsrådet. *Forskningsetiska principer inom humanistisk- och samhällsvetenskaplig forskning.* Hämtad 15 maj , 2011, från <http://codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Wikby, K., Ek, A.C. & Christensson, L. (2006). Nutritional status in elderly people admitted to community residential homes: comparisons between two cohorts. *Journal of Nutrition, Health & Aging, 10*(3), 232-238.

Östman, K. & Bergh, A. (2007). *Regeringens uppdrag att ge nationellt stöd för kvalitetsutvecklingen i måltids- och näringsfrågor inom vård och omsorg om äldre.*

Hämtad 23 maj, 2010, från Socialstyrelsen Äldreenheten,

http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8982/2007-107-8_20071078.pdf



Till Dig som arbetar som sjuksköterska på särskilt boende och korttidsboende

Forskning visar att äldre personer i stor utsträckning riskerar att drabbas av undernäring. Den kommunala sjuksköterskan har i sitt möte med den äldre möjlighet att identifiera personer med risk för undernäring och vidta åtgärder för detta. Enligt Socialstyrelsen är nutrition att jämföra med annan medicinsk behandling med samma krav på utredning, diagnos, behandlingsplanering samt uppföljning/dokumentation. Vi är två sjuksköterskor som arbetar inom kommunal äldrevård samtidigt som vi studerar på högskolan i Kristianstad. Under hösten och våren 2010/11 ska vi skriva vår kandidatuppsats som handlar om sjuksköterskor inom kommunal äldrevård och deras syn på äldres ätande och näringstillstånd.

Därför skickar vi ut ett frågeformulär till Dig och Dina omvårdnadsansvariga kollegor på särskilt boende och korttidsboende i din kommun. Samtidigt görs ett motsvarande utskick i en annan kommun i Skåne. Utskicken till de båda kommunerna ingår i samma undersökning för att få ett större underlag.

Ditt deltagande är frivilligt. Dina svar kan vara till stor hjälp vid utformning av framtida åtgärder inom nutritionsarbetet i kommunen och för att resultaten ska bli rättvisande är det viktigt att så många som möjligt svarar på enkäten. Vi sätter stort värde på om vi kan få Ditt ifyllda formulär inom en vecka.

Dina svar kommer att behandlas konfidentiellt.

När Du skickar in ditt svar är det helt utan personuppgifter och inte möjligt att identifiera. Enkätsvaret är alltså inte kopplat till Dig som person när materialet registreras, analyseras och redovisas. Enkätsvaren kommer att förvaras inlåst och oåtkomligt för andra än nedanstående två personer samt vår handledare. När studien är färdig kommer alla frågeformulär att förstöras.

Två påminnelser kommer att skickas ut. Eftersom svaren inte går att identifiera kommer samtliga utvalda deltagare att få dessa påminnelser. De som redan svarat kan naturligtvis bortse från dessa.

Om det är något Du vill tala med oss om i samband med ifyllandet av formuläret eller om undersökningen är Du mycket välkommen att kontakta någon av oss nedan per telefon eller mail.

Vi hoppas att Du kan tänka Dig att hjälpa oss och genom Din medverkan kan Du bidra till en ökad förståelse om förutsättningarna för nutritionsarbetet kring de äldre i kommunal äldrevård. Vi kommer att kontakta Dig per mail någon gång våren/sommaren 2011 och delge ge Dig resultatet av undersökningen och vår tolkning av den.

Ett varmt tack på förhand för Din medverkan!

Klicka här för att komma till enkäten!

<https://spreadsheets.google.com/viewform?hl=en&formkey=dGtxaUdZak5nT2t0UGITUG81ZDIQN1E6MQ#gid=0>

Malin Sundström
Leg. Sjuksköterska
0707-43 77 75
malin.sundstrom0011@stud.hkr.se

Linda Varland
Leg. Sjuksköterska
0708-106600
linda.varland0002@stud.hkr.se

Jane Björkman, Universitetsadjunkt
Handledare
Högskolan i Kristianstad
044-20 40 26
jane.bjorkman@hkr.se



Till dig som arbetar som sjuksköterska på särskilt boende och korttidsboende

Forskning visar att äldre personer i stor utsträckning riskerar att drabbas av undernäring. Sannolikheten är stor att sjuksköterskor kommer att möta dessa personer i sitt yrke. Som studenter på högskolan i Kristianstad ville vi undersöka deras attityder till nutritionsarbete. Under november/december 2010 skickade vi en förfrågan till er, som omvårdnadsansvariga sjuksköterskor på särskilt boende och korttidsboende, om att delta. Två kommuner i södra Sverige ingick i studien. Syftet var att mäta attityder till äldres ätande och näringstillstånd med hjälp av mätinstrumentet *Staff Attitudes to Nutritional Nursing Care Geriatric scale* (SANN-G-skalan). I enkäten ingick 18 påståenden från SANN-G-skalan. Påståendena var uppdelade i fem delområden, *normer, vanor, bedömning, åtgärder* och *individualisering*. Dessutom lades två påståenden till, ett om kostpolicy och ett om utbildning. Till dessa två fanns möjlighet att lämna kommentarer. Cirka 50 % av sjuksköterskorna besvarade enkäten.

Resultatet visade att sjuksköterskorna totalt sett hade en positiv attityd till äldres ätande och näringstillstånd. Det delområde som visade högst andel positiv attityd var *individualisering* och handlade om individanpassade måltider. En tredjedel av sjuksköterskorna tog inte avstånd från påståendet ”*Det är mycket sällan att äldre vårdtagare som behandlas på kommunalt äldreboende är undernärda*”, trots att forskning visar motsatsen. Majoriteten ansåg att det var möjligt att arbeta efter kostpolicyn i kommunerna. I kommentarna fanns antydningar om att nutritionsarbetet enligt kostpolicyn inte efterlevs fullt ut. Det framkom svårigheter att åstadkomma ett bra nutritionsarbete, då det fanns bitar som sjuksköterskan hade svårt att själv påverka. Det kunde handla om brister i samarbetet med köken och att sjuksköterskor arbetade olika aktivt efter nutritionsriktlinjerna. Resultatet visade också på intresse att vilja utveckla förmågor och kunskaper inom ämnet

genom utbildningsinsatser. I undersökningen framkom att sjuksköterskorna som deltog ansåg att nutrition var ett viktigt område i omvårdnaden och denna inställning kan ha betydelse för hur arbetet utförs i praktiken.

För att få kunskap om hur de äldres näringstillstånd är i realiteten i bör ansvariga inom respektive kommun undersöka antalet bedömningar i förhållande till vårdtagare, dokumentationen kring nutrition och vilka åtgärder som är vidtagna. Förutom att det är en kvalitetssäkring kan det vara en god grund för ett utvecklings- och förbättringsarbete. Utbildning, reflektion kring arbetssätt och kommunikationsvägar är delar som bör ingå i arbetet. Övriga yrkeskategorier som är involverade kring den äldres ätande bör också delta. Studiens resultat visade på en positiv attityd som bör tas tillvara och ses som en tillgång i ett förbättringsarbete kring nutrition och måltidssituation på särskilt boende och korttidsboende. Genom att individanpassa måltider kan näringsintaget för vårdtagare med näringsproblem påverkas och förbättras. Dessutom skulle det ge möjlighet att samarbeta över gränserna mellan omvårdnaden och den sociala omsorgen för vårdtagarens bästa. Eftersom endast knappt 50 % besvarade enkäten är det rimligt att fundera över vad resterande delen av sjuksköterskorna anser om äldres ätande och näringstillstånd.

Examensarbetet i sin helhet bifogas som fil till detta mail och har ni frågor eller synpunkter får ni gärna kontakta oss. Till sist ett stort tack för att ni besvarade vår enkät!

Malin Sundström
Leg. Sjuksköterska
0707-43 77 75
malin.sundstrom0011@stud.hkr.se

Linda Varland
Leg. Sjuksköterska
0708-10 66 00
linda.varland0002@stud.hkr.se