

## **Nutritionstigen visar vägen**

### **Ökad motivation och bättre nutritionsvård vid Åbolands sjukhus inremedicinska avdelning**

Sanny Danielsson

Sonja Lumme

Jennifer Nurmi

Ronja Westerholm

Examensarbete för Hälsovårdare (YH)- och Socionom (YH)-examen

Utbildningsprogrammet för Vård och Det sociala området

Åbo 2016



## EXAMENSARBETE

Författare: Sanny Danielsson, Jennifer Nurmi, Ronja Westerholm och Sonja Lumme

Utbildningsprogram och ort: Utbildningsprogrammet för vård och

Utbildningsprogrammet för det sociala området, Åbo

Inriktning/alternativ/Fördjupning: Hälsovårdare och Samhällsinriktat

socialpedagogiskt arbete

Handledare: Minna Syrjäläinen-Lindberg och Gunilla Häggblom-Renvall

Titel: Nutritionsstigen visar vägen

---

Datum 4.5.2016 Sidantal 30

Bilagor 6

---

### Abstrakt

Detta examensarbete ingår i projektet We can – We care vid Yrkeshögskolan Novia, Åbo. Projektets syfte är att utveckla vårdarbetet vid Åbolands sjukhus inremedicinska avdelning samt vid Pargas hälsocentrals bäddavdelning. Detta examensarbets syfte är att motivera personalen på Åbolands sjukhus inremedicinska avdelning till att använda sig av den redan befintliga screeningverkyget Nutritional Risk Screening 2002, som kan påvisa risk för undernäring.

Undernäring är ett allmänt förekommande problem på sjukhusavdelningar, uppemot 20-60% av patienterna är undernärda. För att upptäcka undernäring eller risk för detta används nutritionsscreeningsverkyg. Detta arbete tar främst upp Nutritional Risk Screening 2002. Metoden allmän litteraturstudie har tillämpats och utgående från innehållsanalysens resultat har produkten, Nutritionsstigen, utvecklats. Produktens syfte är att synliggöra och påminna personalen om att ta nutritionen i beaktande. Produkten skall hjälpa personalen att med enkla medel utveckla nutritionsvärden samt skapa diskussion kring nutrition mellan patienter och personalen.

Forskning visar att undernäring hos patienter på sjukhus är allmänt förekommande och användning av olika screeningverkyg är en bra metod att upptäcka och kartlägga undernäring. Att ha klara riktlinjer för nutritionsvärden gynnar helhetsvården.

---

Språk: Svenska  
kompetensutveckling, NRS 2002

Nyckelord: Nutritionsvård, nutrition, motivation,

---

## **OPINNÄYTETYÖ**

Tekijät: Sanny Danielsson, Jennifer Nurmi, Ronja Westerholm ja Sonja Lumme

Koulutusohjelma ja paikkakunta: Utbildningsprogrammet för vård och

Utbildningsprogrammet för det sociala området, Turku

Suuntautumisvaihtoehto/Syventävät opinnot: Hälsovård ja Samhällsinriktat

socialpedagogiskt arbete

Ohjaajat: Minna Syrjäläinen-Lindberg ja Gunilla Häggblom-Renvall

Nimike: Ravitsemuspolku näyttää tietä

---

Päivämäärä 4.5.2016 Sivumäärä 30 Liitteet 6

---

### **Tiivistelmä**

Tämä opinnäytetyö kuuluu Yrkeshögskolan We can – We care-projektiin. Projektin tavoitteena on kehittää hoitotyötä Turunmaan Sairaalassa sisätautiosastolla sekä Paraisten terveyskeskuksen vuodeosastolla. Opinnäytetyön tavoitteena on motivoida Turunmaan sairaalan sisätautiosaston henkilökuntaa käyttämään jo olemassa olevaa menetelmää Nutritional Risk Screening 2002, joka voi osoittaa aliravitsemusta. Aliravitsemus on yleinen ongelma vuodeosastoilla; noin 20 – 60 % potilaista kärsii aliravitsemuksesta. Ravitsemusseulontaa käytetään aliravitsemuksen tai sen alttiuden tunnistamiseen. Tämä opinnäytetyö keskittyy pääasiassa Nutritional Risk Screening 2002-seulontaan.

Tämän työn tutkimusmenetelmäksi on valittu yleinen kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuudesta saatujen tietojen analysoinnin jälkeen on kehitetty tuote, Nutritionsstigen. Tuotteen tavoite on esitellä ja muistuttaa henkilökuntaa ottamaan ravitsemusta huomioon. Tuotteen avulla autetaan henkilökuntaa yksinkertaisin tavoin kehittämään ravitsemushoitoa sekä luomaan potilaan ja henkilökunnan välistä keskustelua.

Tutkimusten perusteella sairaalapotilaiden aliravitsemus on yleistä ja käyttämällä seulontoja voidaan havaita ja kartoittaa aliravitsemusta. Ravitsemusoidon selkeät toimintaohjeet edistävät kokonaishoitoa.

---

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Ravitsemushoito, ravitsemus, motivaatio, pätevyyskehitys, NRS 2002

---

## Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
1.1	Bakgrund .....	2
1.2	Den inremedicinska avdelningen vid Åbolands sjukhus .....	2
2	Våra kompetenskrav .....	3
2.1	Socionomernas yrkeskompetenser.....	3
2.2	Hälsovårdarnas yrkeskompetenser.....	4
2.3	Lärdomsprovskompetenser.....	5
3	Syfte och frågeställningar .....	5
4	Centrala begrepp .....	6
5	Nutritionsvård.....	7
5.1	Personalens roller gällande nutritionsvården .....	8
5.2	Självbestämmanderätt och individualitet.....	10
6	Kompetensutveckling och motivation hos personalen .....	11
6.1	Informellt lärande .....	11
6.2	Formellt lärande .....	12
6.3	Att upprätthålla personalens motivation.....	13
6.3.1	Maslows behovspyramid.....	13
6.3.2	Motiverande samtal.....	15
6.3.3	Coaching.....	16
7	Litteraturstudie.....	17
7.1	Datainsamling.....	18
7.2	Analys och resultat .....	18
8	Produktutveckling .....	22
8.1	Grafisk kommunikation .....	22
8.1.1	Bildens formgivning .....	23
8.1.2	Sändare, kanal och mottagare .....	24
9	Diskussion.....	24
9.1	Forskningsetik.....	26
9.2	Hållbar utveckling.....	27

Källförteckning .....	28
-----------------------	----

### **Bilageförteckning**

Bilaga 1	Arbetsfördelning
Bilaga 2	Produktöversikt
Bilaga 3	Sökhistorik
Bilaga 4	Artikelöversikt
Bilaga 5	NRS 2002
Bilaga 6	Vår produkt – Nutritonsstigen

### **Figurförteckning**

Figur 1	Maslows behovspyramid	s. 14
Figur 2	Artikelkategorisering	s. 19
Figur 3	Kommunikationsprocessen	s. 24

## 1 Inledning

Det här är ett av fyra arbeten inom projektet ”We can – we care”. Projektet är ett nytt projekt i samarbete med Åbolands sjukhus och Pargas hälsovårdscentrals bäddavdelning. Inom projektet görs fyra olika examensarbeten. Vårt arbete görs i samarbete med den inremedicinska avdelningen på Åbolands sjukhus. Utöver vårt arbete görs även ett annat i samarbete med Åbolands sjukhus inremedicinska avdelning, det arbetet fokuserar på att förebygga fallolyckor. De två resterande arbetena görs i samarbete med Pargas hälsovårdscentrals bäddavdelning, varav det ena arbetet fokuserar på att utveckla läkemedelsbehandlingen och det andra arbetet fokuserar på att förebygga fallolyckor. Meningen med projektet är att studerande skall utveckla olika evidensbaserade arbetsverktyg, modeller, processer eller annat material, detta tillsammans med beställarna. Detta projekt utgår från evidensbaserad vård. (Syrjäläinen-Lindberg, 2015).

Projektet ”We Can – We Care” kör i gång i år, 2016, och är planerat att fortsätta även nästa år, 2017. Som handledande lärare fungerar Minna Syrjäläinen-Lindberg och Gunilla Häggblom-Renvall. Projektet utgår ifrån bägge avdelningars behov. Inom projektet arbetar vi mångprofessionellt på olika sätt. Vår projektgrupp består av hälsovårdar-, sjukskötar- och socionomstuderanden och personer från arbetslivet med olika yrkesbakgrund.

Vi som skriver detta arbete är två socionomstuderande, Ronja Westerholm och Sonja Lumme, samt två hälsovårdarstuderande, Jennifer Nurmi och Sanny Danielsson. Tillsammans bildar vi en mångprofessionell grupp som i mångt och mycket tänker och arbetar lika men som ändå ofta närmar sig problem ur olika synvinklar och med olika utgångspunkter. Många av våra yrkeskompetenser påminner om varandra, samtidigt som det finns en hel del yrkesspecifika kompetensområden som den andra yrkesgruppen inte har kunnande inom.

Vi har valt att fokusera på undernäring eftersom det är ett väldigt ofta förekommande problem gällande patienters nutrition. Mycket av den litteratur vi har hittat och använder oss av fokuserar på vård av äldre (över 65 år), därför handlar också mycket av det vi skrivit om just vården av äldre. Samma riktlinjer går dock ofta att följa i vården av andra vuxna.

## 1.1 Bakgrund

I det västerländska samhället är undernäring ett allmänt förekommande fenomen på sjukhus trots den högklassiga sjukvården – omkring 20-60 % av patienterna är undernärda. Undernäring gör att tillfriskningsprocessen blir långsammare för patienten och därmed förlängs även sjukhusvistelsen och kostnaderna ökar. Kostnaderna för att vårda undernärda är dubbelt så höga som kostnaderna för att vårda överviktiga. Undernäring kan ofta leda till komplikationer och i värsta fall även död. (Orell-Kotikangas, Antikainen, Pihlajamäki 2014, s. 2231).

Nutritionen är en viktig del av helhetsvården, dess mål är att upprätthålla och förbättra patientens nutritionsstatus. Nutritionsvården påverkar positivt på patientens välmående, livskvalitet och tillfrisknande. Bedömning och uppföljning av patientens nutritionsstatus ligger som grund för nutritionsvårdens planering, utförande och utvärdering. (Sinisalo, 2015, s. 101).

Ett lämpligt och adekvat näringsintag är viktigt för patienten för både fysisk och psykisk hälsa och borde därför prioriteras av vårdpersonalen. Fysiska komplikationer på grund av undernäring är bland annat försvårad sårhäkning, försämring av immunförsvaret och läkemedelsmetabolism, sepsis, hypotermi och benskörhet. För en person som blir intagen på en avdelning är bekant mat viktigt i stressfulla situationer eftersom det ger en känsla av trygghet hos individen. (Jefferies, Johnson, Ravens, 2011, s. 317-330).

En balanserad och varierad diet är en förutsättning för att upprätthålla en god hälsa och med det menas att patienten borde få näringsämnen från varje grupp i kostpyramiden: frukt och grönsaker, spannmål, proteiner, mjölk- och mejeriprodukter och fetter. Detta är särskilt viktigt under sjukdom eller traumatisk skada eftersom det gynnar tillfrisknandet på olika sätt. Det viktiga är att ta itu med problem som hindrar patienten att få mat enligt rekommendation, det kan till exempel handla om bekväm sittställning som möjliggör att patienten klarar av att äta självständigt. (Bloomfield & Pegram, 2012, s. 52-56).

## 1.2 Den inremedicinska avdelningen vid Åbolands sjukhus

På den inremedicinska avdelningen vid Åbolands sjukhus har patienterna varierande inremedicinska sjukdomar. Vanliga besvär är lung- och hjärtsjukdomar, diabetes, gastroenterologiska sjukdomar eller endokrinologiska sjukdomar. Patienter på den inremedicinska avdelningen är oftast äldre, d.v.s. över 65 år. Även yngre patienter vårdas på

avdelningen. Vårdtiden är i medeltal fyra dagar, men det varierar mycket. (Personlig kommunikation med tf. avdelningsskötare Lehikoinen, 2016).

Den inremedicinska avdelningen på Åbolands sjukhus har allt som allt 15 sängplatser och sex patientrum. Patientrummen är olika stora, i alla rum har patienten egen toalett och egen tv till förfogande. På den inremedicinska avdelningen finns många återkommande patienter. (Personlig kommunikation med Lehikoinen, 2016).

På avdelningen arbetar både sjukskötare och närvårdare. Personalen består av 17 vårdare varav 15 är sjukskötare och två är närvårdare. I varje skift på avdelningen finns det två sjukskötare. På vardagsmorgnar arbetar det fyra vårdare på avdelningen, på kvällen tre vårdare och på natten två. (Personlig kommunikation med Lehikoinen, 2016).

Avdelningen har samarbete med Arkea som tillreder maten i samma byggnad. För hela vården är avdelningens patienter uppdelade i två grupper. Då ansvarar en sjukskötare om vården och arbetar tillsammans med en närvårdare eller sjukskötare. Vårdparet utvärderar vården i sin helhet varav nutrition är en del. (Personlig kommunikation med Lehikoinen, 2016).

## **2 Våra kompetenskrav**

Eftersom vi har olika yrkesexamen som mål är också våra yrkeskompetenser som skall uppnås i detta arbete olika. På grund av att våra kompetenser är väldigt många och stundom väldigt detaljerade, har vi valt ut några som vi fokuserar på och som vi upplever att syns mest i vårt arbete. De kompetenser som hör till kursen ”Lärdomsprov” är i sin tur samma för både hälsovårdarstuderande och socionomstuderande.

### **2.1 Socionomernas yrkeskompetenser**

En god socionom skall enligt kompetensbeskrivningen klara av att jobba med människor med olika form av problematik, så som t.ex. missbruk, fattigdom, handikapp, sjukdom, vårdnadstvister och kriminalitet. Vi skall klara av att jobba med dessa människor även när personkemin inte är den bästa, när åsikterna går isär, när klientens agerande kan kännas skrämmande och oacceptabelt, när våra synsätt är olika och när våra värderingar har helt olika utgångspunkt. Vi skall klara av att upptäcka dessa konflikter och trots dem fungera och bemöta rätt, detta är något som vi upplever att vi under våra studier, och främst under



praktikperioden, har lärt oss. På praktikfälten har vi utsatts för situationer som krävt just detta, och vi har lärt oss hur man tillämpar den teori som vi under föreläsningar och övningar har lärt oss. Denna kompetens är vi tvungna att tillämpa i detta arbete på så sätt att vi vet att den produkt som är vårt slutmål skall användas för att bemöta patienter av alla dess slag. Trots att det inte är vi som i praktiken kommer att använda produkten är det ändå på vårt ansvar att vi utvecklar en produkt som sporrar till ett professionellt bemötande av patienten. (AMK-verkosto, u.å.).

Den personal som vi samarbetar med på Åbolands sjukhus skall förstås också bemötas sakligt och professionellt, trots att vi även där kan komma i kontakt med människor som ser på saker på ett annat sätt än vi själva gör. Till och med inom vårt projekt och inom vår lilla grupp kan och kommer det antagligen hända, att vi tänker olika och värderar olika, men även det skall vår yrkeskompetens klara av. (AMK-verkosto, u.å.).

En av socionomernas yrkeskompetenser som vi i allra högsta grad är tvungna att tillämpa under utformandet av detta arbete är kompetensen som handlar om att känna till välfärdssystemet, lagstiftningen, servicesystemet samt det förebyggande arbetets utgångspunkt. Allt som vi skriver om i detta arbete bygger ju på att vi känner till dessa system och hur de ser ut i det praktiska, vardagliga arbetet på Åbolands sjukhus. (AMK-verkosto, u.å.).

## **2.2 Hälsovårdarnas yrkeskompetenser**

Utbildningen till hälsovårdare ger oss även kompetens att jobba som sjukskötare. Dessa kompetenser består av flera olika delområden; individcentrering, etik och professionalitet i vården, ledarskap och företagsamhet, klinisk vård, evidensbaserat arbete och beslutsfattande, handledning och lärande, främjande av hälsa och funktionsförmåga samt kompetens som gäller verksamhetsområden inom social- och hälsovården och kvalitet och säkerhet inom social- och hälsovård. Utöver sjukskötarkompetenserna får vi som hälsovårdare även kompetens inom hälsofrämjande- och folkhälsoarbete, samt samhällsrelaterat och mångkulturellt hälsovårdsarbete. I detta kapitel kommer det fram de kompetenser som är viktiga i relation till examensarbetet. (Sairaanhoitajakoulutuksen osaamisalueet, 2013).

Som sjukskötare jobbar man med många olika sorters människor, i olika åldrar och i olika livsskeden. Sjukskötaren skall arbeta patientcentrerat och vara medveten om patientens självbestämmanderätt och att patienten är expert på sitt eget liv och sin egen hälsa. Patienten

skall tas med i vårdarbetets planering, utförande och utvärdering och sjukskötaren skall se till att arbeta utifrån patientens resurser. Det är även viktigt att man i vårdarbetet tar i beaktande eventuella kulturella skillnader som kan vara avgörande för en god vård. (Sairaanhoitajakoulutuksen osaamisalueet, 2013).

Etiken är en väldigt central del i vårdarbetet. Sjukskötaren skall arbeta utgående från etiska principer samt utifrån de lagar som finns gällande vården. Arbetet skall ske utan att kränka någon av de mänskliga rättigheterna. (Sairaanhoitajakoulutuksen osaamisalueet, 2013).

Den kliniska vården är det största kompetensområdet inom sjukskötarens kunnande, det är också den del som mest tangerar vårt ämne. Sjukskötaren skall kunna tillämpa de finska näringsrekommendationerna när det gäller att förebygga folksjukdomar och vårdarbetet med dessa, samt integrera nutritionsvården- och handledningen i ett mångprofessionellt yrkesteam. (Sairaanhoitajakoulutuksen osaamisalueet, 2013).

### **2.3 Lärdomsprovskompetenser**

I och med att vår grupp består av två hälsovårdar- och två socionomstuderande uppnår vi målet att arbeta mångprofessionellt i forsknings- och utvecklingsverksamhet. I vårt examensarbete utgår vi från tidigare vårdvetenskapliga och socialt inriktade forskningar som vi grundar vårt arbete på. Vår slutprodukt är en affisch som personalen på Åbolands sjukhus inremedicinska avdelning skall kunna ta del av i sitt arbete. Vi utreder behovet och utifrån det utvecklar vi vår slutprodukt som skall tas i användning på avdelningen. Vi gör en litteraturstudie för att sedan göra upp vad som behövs för att utveckla arbetet kring nutrition. Vi kommer således uppnå kompetenserna kring resursförstärkande intervention och aktion, samt kompetenserna för forskning och utveckling och därtill kommer hälsovårdsstuderande att uppnå kompetensen vårdvetenskapligt förhållningssätt. (Yrkeshögskolan Novia, 2013).

## **3 Syfte och frågeställningar**

I projektets begynnelsefas träffade vi avdelningsskötaren för den inremedicinska avdelningen på Åbolands sjukhus och tillsammans med henne diskuterade vi projektbeställningen som berörde vårdarbetet kring både nutrition och vätskebalans. Vi kom tillsammans fram till att detta arbete kommer att fokusera på nutritionen. Vi kom också fram till att vår uppgift är att motivera personalen på avdelningen till att använda sig av den metod

som redan finns tillgänglig, alltså Nutritional Risk Screening 2002 (NRS 2002) som är ett screeningverktyg som används för att påvisa eventuell risk för undernäring.

Syftet med detta arbete är att motivera personalen på Åbolands sjukhus inremedicinska avdelning till att använda sig av det redan befintliga screeningverktyget. På Åbolands sjukhus används NRS 2002 för att följa upp näringsintaget hos patienterna. Därför är syftet även att med hjälp av tidigare forskning och litteratur skapa en produkt som synliggör och påminner personalen om näringens betydelse för patienten.

Våra frågeställningar är:

1. Vad upplevs problematiskt gällande patienters nutritionsvård?
2. Hur kan vi synliggöra och påminna om nutritionens betydelse för hälsan på ett sådant sätt att personalen vid Åbolands sjukhus inremedicinska avdelning motiveras till att effektivare arbeta kring nutritionsvården?

## 4 Centrala begrepp

Med nutritionsvård avses förebyggande av nutritionsstatusens försämring samt korrigerande vård av redan försämrat nutritionsstatus. (Saarino & Mäkitie, 2014, s. 2228).

Body Mass Index (BMI), det vill säga viktindex, är en bra utgångspunkt för att utvärdera och följa upp en vuxen persons nutritionsstatus. BMI räknas ut genom att ta vikten delat med längden i kvadrat, så som ekvationen nedan visar. För en person över 65 år rekommenderas ett BMI på 24-29 och för en person över 75 borde BMI vara 25-30. (Sinisalo, 2015, s. 97-101). BMI är en del av NRS 2002.

$$\text{BMI} = \frac{\text{vikt (kg)}}{\text{längd x längd (m)}}$$

Undernäring innebär ett tillstånd där energi- och/eller näringsintaget under en längre tid är mindre än behovet, tillståndet leder till stora förändringar i kroppens funktion (Skolin, 2014, s. 142). Ätandet styrs av olika faktorer som till exempel hunger, aptit och sinnesintryck (smak, lukt och syn). Viljan att äta styrs av ett samspel mellan fysiologiska, psykologiska, sociala och kulturella faktorer. De vanligaste orsakerna till undernäring är aptitlöshet, munhåleproblem, sväljningsproblem, motoriska problem och illamående. Aptitlöshet kan ha sin grund i flera orsaker som till exempel svampinfektioner i munnen eller tandproblem.

Dessa två går att förebygga genom att uppmuntra patienten till en god munhygien. Sjukdomstillstånd som demens, stroke och Parkinsons sjukdom kan försämra munnens rörelsefunktion och därmed leda till undernäring. Även vissa läkemedel försämrar aptiten och ger illamående för patienten. (Skolin, 2014, s. 21-26).

I vårt arbete nämns tre olika screeningverktyg, Nutritional Risk Screening 2002 (NRS 2002), Mini Nutritional Assessment (MNA) och Malnutrition Universal Screening Tool (MUST). Vi har valt att fokusera på NRS 2002 eftersom det screeningverktyget används på Åbolands sjukhus inremedicinska avdelning. NRS 2002 är det mest använda och mest tillförlitliga screeningverktyget som finns tillgängligt idag. Screeningverktyget ger ett poängtal för patientens näringsstatus. De delfaktorer man utgår ifrån är patientens BMI, viktninskning under de tre senaste månaderna, uppskattning av näringsintag under den senaste veckan samt sjukdomar. För varje delfaktor kan man få 0-3 poäng. Det högsta poängtal som patienten får antecknas (får patienten t.ex. poängen 1-1-3 är det trean som antecknas). I följande steg bedöms hur svårt sjuk patienten är, även för det här ges 0-3 poäng. Dessa två poängtal adderas ihop. Om patienten är över 70 år tillkommer automatiskt 1 poäng. Sammanlagt kan patienten få högst 7 poäng. Vid ett poängtal över 5 lider patienten av allvarlig risk för undernäring. Blanketten finns i bilaga 5. I en undersökning gjord på 233 äldre patienter intagna på avdelningar i både Danmark och Sverige kom man fram till att NRS 2002 var det screeningverktyg som personalen föredrog. (Holst, Yifter-Lindgren, Surowiak, Nielsen, Mowe, Carlsson, Jacobsen, Cederholm, Fenger-Groen & Rasmussen 2012, s. 955; Rasmussen, Holst & Kondrup, 2010, s. 212-214).

## 5 Nutritionsvård

ESPEN (The European Society of Clinical Nutrition and Metabolism) är ett samfund som jobbar med forskning inom nutrition. Samfundets syfte är att forska och utbilda inom nutrition samt att bidra till upplysningar inom ämnet. (ESPEN, 2015).

I ESPENs riktlinjer för näringscreening rekommenderas att dessa punkter tas i beaktande när en patient blir inskriven på sjukhus:

- Direkt vid inskrivning bör en enkel screening över patientens näringsstatus göras för att identifiera en möjlig näringsrisk
- För patienter som är i risk för undernäring måste en genomgående bedömning göras

- Det föregående steget leder till en individuell utvärdering av vad patienten behöver i sin kost och en plan för näringsterapi och vård
- Observation bör vara en del av vården
- Resultaten av screeningen ska vara väldokumenterade så att alla inom vårdpersonalen har tillgång till dessa. (Rasmussen, et al., 2010, s. 210-211).

Ofta minskar den äldres aptit, eftersom smak- och luktsinnet försämras och hungerkänslorna inte infinner sig lika lätt som förr. Även mediciner och det psykiska måendet kan minska aptiten. Själva matsituationen kan försvåras av att salivutsöndringen minskar eller förmågan att tugga blir sämre på grund av att patienten saknar tänder eller tandprotesen inte passar. Smärta i munnen kan också förekomma p.g.a. irriterade slemhinnor eller om tandprotesen skaver. Ämnesomsättningen försämras när man blir äldre, vilket gör att äldre personer ofta har problem som t.ex. förstoppning. (Sinisalo, 2015, s. 95-96).

Förutom att den äldres näringsintag minskar kan kosten även bli väldigt enformig. Ibland kan det vara att endast ett fåtal maträtter smakar. I och med att ens livskamrat dör, att man flyttar in på en anstalt eller en annan förändring i livssituationen sker kan leda till att ens kost blir ensidig. En äldre person som bor hemma orkar eller klarar nödvändigtvis inte längre av att laga mat. Också att handla maten kan vara svårt på grund av t.ex. dålig syn. Att beställa mat genom hemvården kan vara en bra lösning. (Sinisalo, 2015, s. 96-97).

Skakningar kan göra att maten hinner ramla av skeden eller gaffeln förrän den nått munnen. Långsamma rörelser kan leda till att man äter så långsamt att maten hinner kallna under matsituationen och kall mat inte smakar längre. (Sinisalo, 2015, s. 96-97).

Risk för undernäring är större ju äldre och i desto sämre skick den personen är. Därför är det viktigt att följa med den äldres vikt. Såväl i hemmet som på sjukhus eller anstalter gäller det att fästa uppmärksamhet vid förändringar i vikten, varför förändringen har uppstått samt att ta i beaktande eventuella svullnader. (Sinisalo, 2015, s. 96-97).

## **5.1 Personalens roller gällande nutritionsvården**

Alla i personalen har olika roller gällande patientens nutritionsvård. Genom att alla olika yrkesgrupper arbetar tillsammans och delar med sig av sina kunskaper, färdigheter och egenskaper från det egna yrkesområdet gör det att vårdarbetet blir patientcentrerat. (Johansson & Skärgren, 2001, s. 88-89).

I en studie gjord på kanadensiska sjukhus där 91 professionella deltog, främst dietister, kom man fram till en hel del faktorer som ansågs viktiga gällande nutritionsvård- och screening. Faktorer som ansågs viktiga var att screeningsverktygen skulle vara giltiga och accepterade, protokoll kring hur nutritionsvården skall skötas skall vara evidensbaserade och tillgången till mat av hög kvalitet betonades samt att de orala näringstilläggen skall vara lämpliga för varje enskild patient. Nutritionsvården samt de roller som hänför sig till att ansvara för matrelaterade uppgifter skall vara tydligt beskrivna och avgränsade. De i personalen som är ansvariga behöver utbildning och de behöver få öva sig för att kunna klara av sina nya roller samt behöver de tid för att utföra de uppgifter som hör till rollen. (Keller, Davidson, Allard, Laporte, Bernier, Jeejeebhoy, Duerksen & Gramlich, 2013, s. 198).

I dagens läge är läkarnas kunskap om nutrition väldigt varierande, men allt fler börjar förstå vilken central roll nutritionsvården har med tanke på tillfriskningsprocessen. Inom arbetsteamet har läkaren, med sitt kliniska kunnande, som uppgift att arbeta ur ett patientcentrerat synsätt gällande nutritionsvårdsprocessen samt att ge näringsrådgivning. Läkaren tar även i beaktande den hälsoekonomiska synvinkeln och skall utveckla nutritionsvården. (Saarino & Mäkitie, 2014, s. 2228).

Rollen som sjukskötare har under de senaste åren blivit mer komplex. Traditionella, men nödvändiga uppgifter, som till exempel att servera måltiderna har överförts till andra i personalen och det har lett till att sjukskötarens roll i patientens nutritionsvård har blivit odefinierad - flera sjukskötare tror till och med att det inte hör till deras ansvar mera. Faktum är att patientens nutrition ligger i samspel med läkare, sjukskötare och näringsterapeuter eller dietister. (Jefferies, et al., 2011, s. 317-330). En konkret uppdelning av uppgifterna i näringsprocessen har visat sig vara viktig för att utföra en god nutritionsvård i praktiken. (Holst, et al., 2010, s. 176-184).

Vårdaren har en central roll med tanke på att upprätthålla patientens nutritionsstatus. Vårdaren skall se till att patientens nutritionsstatus utvärderas på rätt sätt samt att patienten vid behov får en remiss till läkare, laboratorieprov eller näringsterapeut. (Sinisalo, 2015, s. 204).

Även om ansvaret ligger hos sjukskötare är ett mångprofessionellt arbete rekommenderat. Läkaren är den som diagnostiserar och bestämmer behandlingen för patienten medan sjukskötare är den som utför de åtgärder som läkaren ordinerar. Anstaltsbiträdet beställer varor till avdelningen och är även delaktig i matutdelningen, till exempel kan hon eller han hjälpa till att mata patienter som behöver hjälp. Oftast är det också anstaltsbiträdet som

plockar undan disk efter måltiderna. Det är viktigt att anstaltsbiträdet sedan informerar sjukskötaren hur patienten har ätit så att det blir dokumenterat. Näringsterapeuter och dietister ger näringsråd och är experter på vad måltiderna borde innehålla och specifikt vad den enskilda patienten behöver. Talterapeuter kan vara en del av nutritionsvården om patienten har svårigheter att svälja. Även farmaceuters expertis kan utnyttjas i patientens nutritionsvård när det gäller till exempel olika näringstillskott och alternativa näringsåtgärder som intravenös näring. Vårdbiträden kan hjälpa till vid matning och servering av måltider. Fysio- och ergoterapeuter spelar också en väsentlig roll i nutritionsvården - fysioterapeuten kan ge anvisningar hur patienten ska sitta för att upprätthålla förmågan att äta själv medan ergoterapeuten vet vilka bestick som kan hjälpa patienten. Ledarens, till exempel avdelningsskötarens, roll i nutritionsvården är att koordinera arbetet och bestämma en budget. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010).

## **5.2 Självbestämmanderätt och individualitet**

Teorin säger att självbestämmanderätt handlar om att människan betraktas som en unik och värdefull individ som skall respekteras. Individualitet handlar om att människan har rätt till valmöjligheter och frihet i livet. (Sarvimäki & Stenbock-Hult, 2008, s. 131-133). Patientens autonomi (självständighet) skall stödjas och patienten skall kunna ges valmöjligheter i frågor som berör patientens självbestämmanderätt. Patienten har rätt till självbestämmanderätt, autonomi och individualitet gällande värderingar och egen personlig livsstil. (Sarvimäki & Stenbock-Hult, 2008, s. 130).

I vårt examensarbete vill vi lyfta fram betydelsen och vikten av självbestämmanderätten för patienten på inremedicinska avdelningen vid Åbolands sjukhus. Vården och behandlingen skall vara ändamålsenlig och ges i samförstånd med patienten. Om patienten vägrar att äta, ska vårdare uppmuntra patienten att äta genom att berätta om de konsekvenser som tillkommer om patienten inte äter och om patienten inte får i sig tillräckligt med näring. Patienten bör vara medveten om att för lite näring påverkar patientens tillfriskande, patientens hälsa och det allmänna välmåendet. Vårdarens roll är att stöda, handleda och vägleda patienten på en nivå som är lämplig för patientens individuella behov. (Sarvimäki & Stenbock-Hult, 2008, s. 132-133).

Patienten skall bemötas och beaktas enligt personens minnen, erfarenheter, historia och de personliga upplevelserna i nuet. Patienten skall enligt sin individualitet kunna forma och

bestämma själv så långt det går över sådant som är viktigt i patientens liv. (Sarvimäki & Stenbock-Hult, 2008, s. 131).

## **6 Kompetensutveckling och motivation hos personalen**

Forskning visar att upp till 70 % av professionellas kunnande kommer från arbetslivet samt att vuxna i arbetslivet ständigt lär sig nya färdigheter, oberoende av hur länge de har jobbat på den aktuella arbetsplatsen. Majoriteten av unga arbetstagare (under 24 år) anser att det är väldigt viktigt att det på arbetsplatsen finns äldre arbetstagare med lång arbetserfarenhet, de unga förlitar sig ofta på de äldres kunnande. (Cunningham & Hillier, 2013, s. 37; Cronin, 2014, s. 333-334).

När man talar om lärande på arbetsplatsen brukar man ofta skilja på informellt och formellt lärande. Enligt Bjork, Toien och Sorensen (2013, s. 427) definierar Marsick och Watson informellt lärande som lärande som sker spontant, orutinerat och underförstått, denna form av lärande sker oftast utan att de inblandade är medvetna om det och lärandet baserar sig på erfarenheter. Formellt lärande i sin tur är lärande som sker planerat i för ämnet avsedda utrymmen och leder till erkända kvalifikationer. Största delen av den kunskap som finns att hämta på arbetsplatsen sker genom så kallat informellt lärande (Cunningham & Hillier, 2013, s. 37).

### **6.1 Informellt lärande**

Cunninghams och Hilliers forskning *Informal learning in the workplace: key activities and processes* har visat att praktikperioder som en del av studerandes studier inte är det effektivaste sättet att lära sig på arbetsplatsen – formell praktik motsvarar endast 20 % av det man lär sig, medan 50 % kommer från utmanande erfarenheter och 30 % kommer i förhållandet till kollegorna. (Cunningham & Hillier, 2013, s. 37).

39 % av deltagarna i Cunninghams och Hilliers forskning ansåg att största delen av deras kunskap kommer från förhållandet till kollegorna, 34 % av dessa ansåg att de förhållanden som bäst stödjer lärandet är så kallade ”peer relationships”, alltså att en kollega som inte är menad att agera mentor eller handledare helt enkelt genom sitt kritiska förhållningssätt och ifrågasättande delar med sig av sina åsikter och kunskaper. (Cunningham & Hillier, 2013, s. 42-43).



För att informellt lärande skall kunna ske krävs det att det finns fysiska utrymmen för det. Bjorks, Toiens och Sorensens forskning visar att de utrymmen på arbetsplatsen där mest informell inläring sker är personalrummet, mötesrummet och patientrummen. De situationer som ofta triggas till informellt lärande är rapport, arbetsfördelning, umgänge i kafferummet, samarbete kollegor emellan vid vård av patienter samt läkarronder. (Bjork, Toien & Sorensen, 2013, s. 432).

I Bjorks et al. forskning nämns flera gånger att sjukhuspersonal ofta upplever goda förhållanden olika befattningar emellan som väldigt viktigt och som en väldigt god arena för inläring. Pre-rounds anses väldigt viktiga eftersom man där lär sig väldigt mycket samt att alla i personalen får en chans att känna sig delaktiga. Dessa situationer kan dock ofta trigga dispyter, men även de ger ofta en chans till inläring. (Bjork, et al., 2013, s. 431).

Många som deltog i Bjorks, Toiens och Sorensens forskning ansåg att det är väldigt viktigt att det på arbetsplatsen finns en plats där personalen bara kan koppla av och umgås med kollegorna, dessa situationer leder ofta till inläring eftersom diskussionerna är väldigt öppna och triggas till nya diskussioner. I dylika utrymmen får ny personal möjlighet att vara i kontakt med mer erfaren personal – även denna forskning visar att denna form av relationer är väldigt viktiga för inläringen. (Bjork, et al., 2013, s. 430-431).

## **6.2 Formellt lärande**

Trots att forskning alltså visar att största delen av inläringen på arbetsplatsen sker i form av informellt lärande ansåg deltagarna i Cunninghams och Hilliels forskning inte att formellt lärande på arbetsplatsen är något som helt skall slopas. (Bjork, et al., 2013).

Många ansåg att den formella inläringen inte känns ändamålsenlig eftersom den upplevs påtvingad och inte grundar sig på ett ömsesidigt, förtroendeingivande förhållande kollegor emellan. För att den formella inläringen skall kännas nyttig önskade många att den skall handla om att motivera och uppmuntra personalen till att göra ett gott arbete, den måste dessutom hållas på en rätt så konkret nivå för att inte kännas för överväldigande. 20% av deltagarna i forskningen ansåg att parametrar samt procedurer som stödjer målinriktning och regelbunden dokumentering är det som mest motiverar till inläring. (Bjork, et al., 2013).

### **6.3 Att upprätthålla personalens motivation**

Arbetsdagarna för vårdare är fulla av ständig förändring och aktiviteter. Så gott som all vårdpersonal arbetar med människor som är i krävande och påfrestande livssituationer – dessa situationer ställer de professionella inför stora utmaningar av både professionell och personlig karaktär. (Gjems, 2008, s. 15). Tre faktorer som har visat sig leda till försämrad attityd gentemot det egna arbetet är brist på tid, brist på kunskap och brist på intresse för vårdarbetet (Breimaier, Halfens & Lohrmann, 2010, s. 1744-1745).

För att en organisation skall fungera krävs motiverad personal. Weiner och Franken förklarar begreppet motivation som ”...de faktorer hos en individ som väcker, kanaliserar och bevarar ett visst beteende gentemot ett givet mål.”. Det har debatterats huruvida motivation är något som utgår från den enskilda individen, från förhållanden inom organisationen eller förhållanden i samhället – den oftast förekommande teorin är ändå att motivation innebär en kombination av alla ovannämnda faktorer. (Hein, 2012, s. 12-13).

De flesta teoretiker som har vågat sig på att definiera begreppet motivation är överens om att det finns både inre- och yttre faktorer som påverkar människans motivation. De inre motivationsfaktorererna är ofta styrda av känslor och egen vilja medan yttre motivationsfaktorer kan handla om t.ex. belöning (instrumentell motivation) – majoriteten av forskarna är överens om att den inre motivationen är mer avgörande än den yttre. Motivation är ett väldigt komplext fenomen som påverkas av otaliga faktorer, finns i otaliga olika former och som ständigt förändras hos individen. (Hein, 2012, s. 21-36).

#### **6.3.1 Maslows behovspyramid**

Som redan nämndes finns det många faktorer som påverkar en individs motivation. Forskning visar ändå att en motiverad arbetstagare jobbar hårdare, producerar arbete av högre kvalitet, är mer sannolik att engagera sig i organisatoriska frågor och är mindre sannolik att lämna arbetet i sökandet av nya, mer intressanta arbetsplatser än en icke-motiverad arbetstagare. (Sadri & Bowen, 2011, s. 45).

En nyligen utförd studie visar att lönen påverkar endast 20 % av hur nöjd man är med sitt arbete, resten kommer från tillfredsställelsen av följande faktorer; fysiska förutsättningar, känslan av säkerhet, känslan av samhörighet, uppskattning och självförverkligande. Följande figur visualiserar Abraham Maslows teori om dessa faktors betydelse för motivationen. (Sadri et al., 2011, s. 45).



Figur 1. Maslows behovspyramid.

Enligt Maslow är alltså ovanstående faktorer de som behövs för att en människa skall känna sammanhang och känna sig motiverad för sin uppgift. För att uppnå nästa ”steg” i behovspyramiden måste föregående steg vara uppfyllt – dock kan och kommer de lägre stegen att fyllas på trots att en person redan nått toppen på pyramiden. Innebörden av de olika stegen förklaras på följande sätt:

1. *Fysiologiska behov* syftar på de mest grundläggande behov som människan har – behovet av vatten, mat, luft och tak över huvudet samt behovet av sömn och aktivitet. Indirekt handlar alltså detta steg i stor utsträckning om lön, eftersom det är lönen som möjliggör tillgång till mat, boende och dylikt. Detta steg innefattar ändå inte bara de behov som kan tillfredsställas med hjälp av lön, det innefattar också allt från ergonomiska skrivbordsstolar till tillgången till rent vatten i kafferummet. En förutsättning som kopplas till de fysiologiska behoven är också behovet av en balans jobb och fritid emellan - alla människor behöver, vissa mer och vissa mindre, tid som inte tillbringas i jobbet tecken. (Sadri et al., 2011, s. 45-46).

2. *Behovet av trygghet och säkerhet* är även de behov som anses rätt så grundläggande för att en människa skall klara av att utföra ett gott arbete. Dessa behov innefattar enligt Maslow både behovet av psykisk och fysisk säkerhet. Detta steg bygger på föregående steg på så sätt att lönen ofta används till att betala för ett hem, vilket ofta är en väldigt avgörande faktor för att människan skall uppleva trygghet. Något som är lika viktigt som behovet av ett säkert hem är behovet av en god hälsa – ohälsa skapar otrygghet och därför är det väldigt viktigt att företag och organisationer erbjuder arbetshälsovård för sina anställda för att hålla uppe motivationen hos personalen. (Sadri et al., 2011, s. 46-47).

3. Det tredje steget i Maslows behovspyramid är *behovet av kärlek och känslan av samhörighet*. De största källorna till kärlek och känsla av samhörighet på arbetsplatsen är kollegorna och ledningen, att jobba i par eller grupper har visat sig öka motivationen just på grund av detta. Genom att jobba i grupp kan man också uppnå så kallad ”synergy” vilket innebär att resultatet av grupparbetet är mer/bättre än summan av alla individers arbete. (Sadri et al., 2011, s. 47).

4. Alla människor har ett behov av *uppskattning och bekräftelse*. Detta innebär ändå inte bara behovet av att få höra att man presterar bra eller har en snygg tröja, detta innebär också behovet av att känna sig respekterad och igenkänd samt upplevelsen av att man har ett gott rykte. Känner man sig uppskattad och bekräftad på arbetsplatsen ökar motivationen för att utföra ett gott arbete, vilket i sin tur leder till att man blir uppskattad och bekräftad – detta behov, precis som alla de andra behoven, är alltså i väldigt hög grad självförverkligande. Faktum är att en av de vanligaste orsakerna till att personal säger upp sig från sitt arbete är brist på bekräftelse från ledningen. (Sadri et al., 2011, s. 47).

5. Det femte och sista behovet i Maslows behovspyramid är behovet av *möjlighet till självförverkligande*. Detta innebär att den anställda behöver få känna att hen har användning för sitt kunnande och sin kompetens. När alla de föregående stegen har uppnåtts är det som återstår alltså att individen i fråga får möjlighet att utveckla sig själv, utmana sig själv samt ibland också övervinna rädslor. När alla behoven en gång är uppnådda, kommer de att växa starkare vart efter dem matas och tillfredsställs. I det femte behovet ingår också behovet av att känna att man är en tillgång för organisationen, detta uppnås förstås dels genom bekräftelse från kollegor och ledning, men ledningen kan också visa uppskattning genom att t.ex. låta de anställda gå på fortbildningar och på så sätt visa att man satsar på sin personal. (Sadri et al., 2011, s. 47-48).

Detta är alltså de grundläggande förutsättningarna för att personal skall känna sig motiverad på arbetsplatsen.

### **6.3.2 Motiverande samtal**

En metod som kan användas för att motivera personalen är motiverande samtal. Motiverande samtal avses i teorin vara en empatisk, förändringsinriktad, patientcentrerad rådgivningsmetod som handlar om att vårdare ökar patientens motivation till ett förändrat beteende. Syftet med motiverande samtal är att locka fram patientens tankar och prat om förändring. Om personal ständigt vårdar och försöker samarbeta med omotiverade patienter,

sågs det inverka negativt på personalens motivation - om patienterna däremot är motiverade till ett förändrat beteende så ökar också personalens motivation. Genom att få patienterna motiverade ökas då automatiskt vårdarens engagemang i vårdarbetet, vilket bidrar till en bättre vård för patienterna. (Fossum, 2013, s. 223-234).

En grundläggande strävan hos människan är att försöka öka vårt eget välbefinnande och vår livskvalitet. I teorin sägs det att en beteendeförändring måste vara kopplad till en positiv känsla om att patienten skall vilja uppnå förändring. Patienten blir mer motiverad av att själv komma på lösningen till sitt ändrade beteende, än om någon annan skulle komma på lösningen. Forskning har visat att patienter som ger löften gällande sin beteendeförändring ofta också håller dem, detta kräver uppmuntran av vårdare som frågeställer patienten om hur han/hon kommer att gå tillväga för att uppnå ett förändrat beteende. (Fossum, 2013, s. 232-233).

### **6.3.3 Coaching**

I artikeln *Coaching to promote professional development in nursing practice* beskrivs coachning som en professionell strategi för att främja professionell utveckling inom vårddyrket. Syftet med coachning är att vägleda en annan person mot en givande framtid. Coachning används som en motiverande och lärande metod för vårdpersonal, vilket handlar om att skapa en framtid som av personalen upplevs som spännande, värdefull och personlig. (Narayanasamy & Penny, 2014, s. 568).

I vårt arbete vill vi öka motivationen gällande patienternas nutritionsvård på inre medicinska avdelningen på Åbolands sjukhus, detta genom att få personalen motiverad, intresserad och medveten om näringsvårdens betydelse i vårdarbetet.

Coachning används inom teambildning, anpassning till förändring, karriärplanering och yrkesutveckling. Coachning anses i forskningen som den bästa formen och sättet att lära sig på, och genom coaching har även inläring hos vårdpersonalen ökat med 88 % inom fler organisationer. Det är också ett kraftfullt verktyg som kan förbättra vårdpersonalens och andra människors möjlighet att bidra till vårdorganisationens framgång. Coachning möjliggör även den högsta form av inläring med potential till att öka produktivitet inom organisationer. Många organisationer använder coachning för att skapa förtroende och motivation, förändringar i beteende och kultur, samt ledarskap. (Narayanasamy & Penny, 2014, s. 569).

I artikeln nämns tre viktiga egenskaper som vårdarna bör ha för att öka motivationen inför den egna yrkesrollen. Dessa egenskaper är prestation, deltagande och glädje, författarna menar att dessa egenskaper är viktiga hos vårdarna för att öka vårdarnas motivation till det egna arbetet, vilket vi också i arbetet vill kunna ge vårdarna i deras arbete gällande nutritionens betydelse för patienterna. Med hjälp av vår produkt vill vi öka personalens medvetenhet och motivation om nutritionens betydelse för patienterna på inre medicinska avdelningen i Åbolands sjukhus. (Narayanasamy & Penny, 2014, s. 569).

Författarna säger att då vårdare utvecklas i arbetet, utför de arbetet bättre, vilket leder till ökad motivation och mer inspiration inför arbetet. Genom att ledningen stöder vårdpersonal att uppnå motivation genom utveckling och genom inläring, blir vårdarna också mer intresserade av arbetet, de tar mer ansvar och de blir mer bundna till arbetet. (Narayanasamy & Penny, 2014, s. 569).

I artikeln nämns att då vårdare har press att uppnå bästa resultat, glöms vårdarnas utveckling att lära sig nytt och att ta till sig ny kunskap. Vårdarna ges helt enkelt inte tillfällen att utvecklas eller överhuvudtaget möjligheter att förverkliga sig själva, vilket i sin tur leder till att vårdare känner sig som objekt och inte som något värdefullt. (Narayanasamy & Penny, 2014, s. 569).

I artikeln sägs även att det finns en önskan att lära sig, detta är dock inte möjligt ifall lärandet är blockerat p.g.a. tidigare misslyckanden. (Narayanasamy & Penny, 2014, s. 568-569).

Forskningen menar att genom coaching uppnås viktiga egenskaper både individuellt hos vårdare och inom hela organisationen. Genom coaching uppnås även bättre säkerhet för patienterna eftersom vårdkvalitén och vårdnivån ökar. (Narayanasamy & Penny, 2014, s. 570-573).

## **7 Litteraturstudie**

Som metod har vi valt en tillämpning av allmän litteraturstudie. Litteraturstudien är ett bra sätt att sammanfatta relevant kunskap som senare kan implementeras i praktiken. Som ordet i sig självt säger är en litteraturstudie en studie av litteratur. Orsaken till att man gör en litteraturstudie är för att få svar på en specifik fråga genom att sammanställa andras forskningsresultat. (Kristensson, 2014, s. 150).

Det finns två olika typer av litteraturstudier, den allmänna litteraturstudien och den systematiska litteraturstudien. Skillnaden mellan dessa två är att i den allmänna analyseras artiklarna utan en tydlig systematik medan man i den systematiska litteraturstudien går igenom så gott som alla primärkällor inom temat. (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012, s. 203).

## **7.1 Datainsamling**

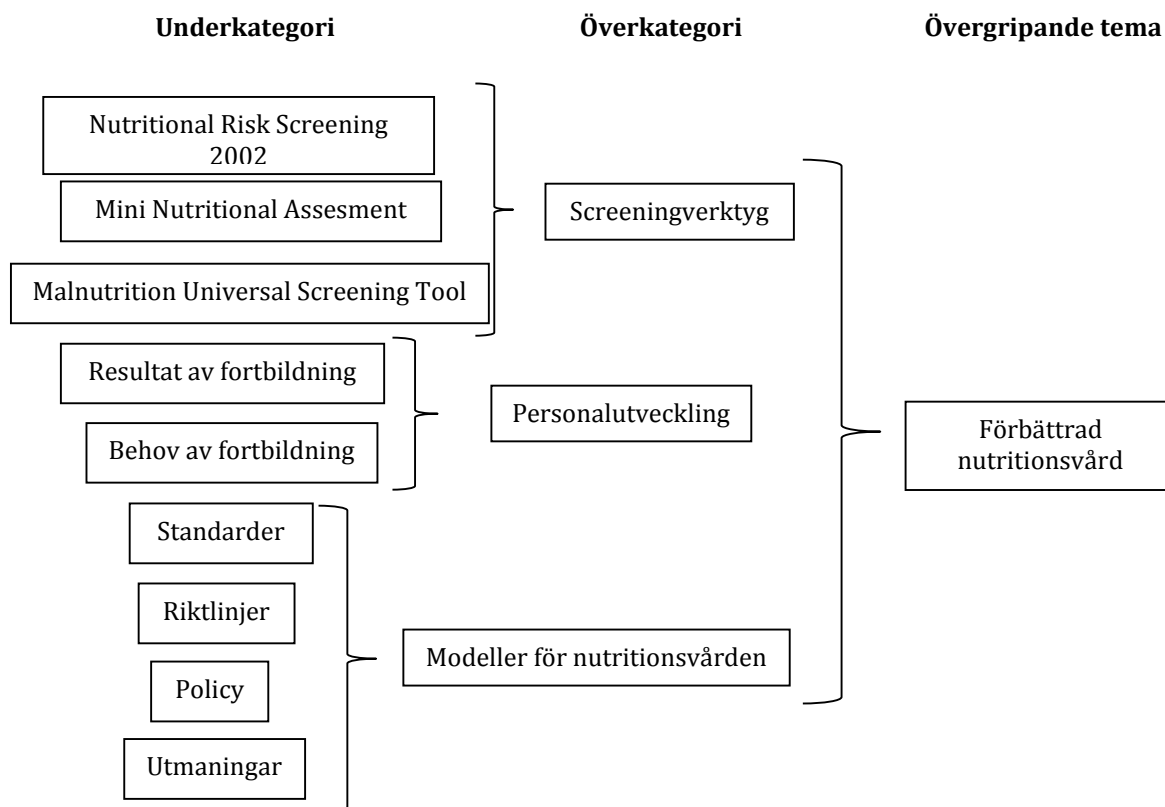
Data har samlats in i form av vetenskapliga artiklar, forskningar och böcker, samt genom diskussion med avdelningssköterskan vid Åbolands sjukhus inremedicinska avdelning. Vi har sökt artiklar i databaserna EBSCO Academic Search Elite, Emerald Insight, SweMed+, Joanna Briggs Institute EBP Database och Medic. Vi har valt dessa databaser för att de är bekanta för oss sedan tidigare och därför tänker vi att vi har störst möjlighet att hitta relevant data i just dessa databaser. Böcker har vi sökt i Yrkeshögskolan Novias bibliotek Tritonia.

Vi har valt att söka artiklar om våra två huvudteman både skilt och gemensamt, alltså har vi ibland sökt med sökord som tangerar båda teman och ibland med sökord som bara tangerar det ena temat. Detta för att få artiklar som ingående förklarar det ena temat men också artiklar som förklarar sambandet dessa två teman emellan. En översikt av vår sökhistorik hittas i bilaga 3.

## **7.2 Analys och resultat**

Målet med att göra en analys är att förenkla och sammanställa data man samlat in. I analysen ska huvuddragen och mönstren framkomma så att läsaren får en helhetsbild över fenomenet som studeras. (Fangen & Sellerberg, 2013, s. 83).

Vi har sammanställt våra vetenskapliga artiklar i en artikelöversikt (bilaga 4) för att sedan kunna kategorisera dem:



Figur 2. Artikelkategorisering.

Vi har kategoriserat våra artiklar för att hitta likheter och olikheter. Det övergripande temat för alla våra artiklar är att förbättra nutritionsvården. Vi kom fram till nio underkategorier och tre överkategorier.

Vi började med att dela in alla forskningarna i underkategorier. Detta gjorde vi genom att se på forskningarnas syfte och resultat och därefter se vilka som hade liknande resultat. Dessa bildade sedan våra underkategorier. Underkategorierna grupperades till större helheter, vilka blev våra överkategorier.

En av kategorierna är **screeningverktyg**. NRS 2002 är det verktyg som har högst sensibilitet i jämförelse med MNA och MUST (Holst, Yifter-Lindgren, Surowiak, Nielsen, Mowe, Carlsson, Jacobsen, Cederholm, Fenger-Groen, Rasmussen, 2012, s. 953-961) och därför föredras att användas på sjukhus. Även om det finns flera tillgängliga screeningverktyg så fungerar inte användningen av dessa optimalt på avdelningar oftast på grund av bristfällig dokumentation. Slutsatsen att dra av detta är att nutritionsscreeningen och dokumentationen av dessa behöver utvecklas. (Geurden, Wouters, Franck, Veyler, Ysebaert, 2014, s. 45-48; Vanderwee, Clays, Bocquaert, Verhaeghe, Lardennois, Gobert, Defloor, 2010, s. 736-745).



Överkategorierna **modeller för nutritionsvården** består av underkategorierna *standarder, riktlinjer, policyn och utmaningar*. Genom att utveckla dessa och ta sig an nya utmaningar kan man ta i bruk nya modeller för nutritionsvården. Vi hittade forskningar som hade som syfte att utforma modeller för nutritionsvården samt implementera riktlinjer för nutritionsarbetet. Jefferies, et al. (2011, s. 317-330) kom fram till åtta olika standarder som formade en modell för nutritionsvården. Dessa standarder definierar hur sjukskötaren kan stöda en god nutritionsvård för patienten:

1. Nutritionsscreening ska göras på alla patienter vid intagning till avdelning
2. Nutritionsvården ska ingå i alla patienters vårdplan
3. Sjukskötaren ska utvärdera patientes förmåga att äta inom 24 timmar efter intagning (eventuell förekomst av problem i svalg eller munhåla, motoriken, kognitivitet osv)
4. Sjukskötaren har ansvar att se till att fokus ligger på varje enskild patients måltid, det vill säga att sjukskötaren även kan delegera uppgifter vidare till andra inom personalen så som t.ex. närvårdaren, vårdbiträden, anstaltsbiträden
  - Se till att patienten har bra position att äta, har besökt toaletten, har rena händer, har rätt bestick och alla förpackningar öppnade innan de börjar äta
  - Se till att miljön är lugn
  - Besökarna borde begränsas till endast närmast anhöriga
5. Det ska finnas tillräckligt med personal som kan assistera vid måltiderna. Anhöriga får gärna hjälpa till att mata förutsatt att patientsäkerheten beaktas
6. Sjukskötaren ska uppmuntra och hjälpa patienten att upprätthålla en god munhygien
7. Det ska finnas en sjukskötare som ansvarar för nutritionsvården på varje avdelning
8. Tillsammans med annan vårdpersonal ska sjukskötaren känna igen och veta hur man går till väga med patienter som fastat en längre tid

Enligt Geurden, et al. (2012, s. 43-48) anger patienten sin vikt och längd olika beroende på till vilken profession. Därför bör sjukskötaren väga och mäta patienten vid intagning för att få korrekta uppgifter.

Sjukskötaren skall vara lättillgänglig för att svara på patienternas behov, i detta fall innebär det att finnas tillgänglig vid måltiderna och om patienterna behöver stöd. Genom att införa en policy som innebär att man fokuserar på själva matsituationen vid måltider, det vill säga att de vårdåtgärder som kan göras efter måltid får vänta. (Huxtable & Palmer, 2013, s. 904-910).

I en forskning med syfte att få vetskap om hospitaliserade patienters egna upplevelser av att vara undernärld kommer det fram att patienterna kan delas in i en aktiv och en passiv grupp enligt hur de själva är engagerade i vården. Till den aktiva gruppen hör patienter med magont, dåligt smaksinne, smärta eller någon form av medicinering. Till den passiva gruppen hör patienter som lider av trötthet, minnessvårigheter och/eller likgiltighet. Den passiva gruppen är svårare att motivera medan den aktiva gruppen kan handledas lättare till att delta i sin egen vård. (Holst, et al., 2010, s. 176-184).

Genom att ta sig an **utmaningar** utvecklas både personalens kunskande och vården. Återkommande problem är att arbetsfördelningen är oklar, svag kommunikation mellan de olika yrkesgrupperna, att sjukskötarna inte prioriterar att delta vid måltiderna samt otillräcklig kunskap vilket resulterar i att patientens näringsintag blir otillräckligt. Hälsoproblem som från patientens sida kan utveckla undernäring är bland annat aptitlöshet, akut sjukdom, illamående, smärta och problem att tugga och svälja. Därför är det även här viktigt med tydliga, individuella vårdplaner där även nutritionen poängteras.

För att utveckla arbetet på avdelningen behövs **personalutveckling** och det inkluderar även olika typer av fortbildning. Dock har man kommit fram till att korta fortbildningsprogram (3-4 dagar) inte har någon större positiv inverkan på den kliniska nutritionsvården (Bjerrum, et al., 2011, s. 81-89). I och med detta har vi valt att utveckla en konkret produkt som kommer finnas synlig på avdelningen hela tiden och inte ha ett enskilt handledningstillfälle. Däremot kan ett fortbildningsprogram som är uppdelat och sträcker sig över en längre tidsperiod gynna utvecklingen av arbetet på avdelningen (Pedersen, et al., 2011, s. 171-185). Projektet We Can – We Care påbörjades i år, 2016, och projektet fortsätter nästa år, 2017. Att projektet sträcker sig över två år kan även gynna utvecklingen av nutritionsvården på avdelningen. Enligt Breimaier, et al., 2010 anser sjukskötare att det behövs tillräckligt med fortbildning för att de ska kunna ge evidensbaserad vård. Ledningen har inom sjukvården en stor roll vad gäller att utveckla arbetet. Även om ansvaret att utveckla sin kunskap ligger på den enskilda sjukskötaren är det viktigt att också ledningen deltar i detta eftersom man i forskningar kan konstatera att det är svårt att ändra sin praxis inom vården utan ledningens stöd. För att utveckla personalens arbete behöver de regelbunden feedback på vad de har åstadkommit. (Farrer, Donaldson, Blackett, Lloyd, Forde, Melia, Lal, 2013, s. 184-191; Ullrich, McCutcheon, Parker, 2014, s. 1845-1855).

## 8 Produktutveckling

Vår produkt är en affisch som heter ”Nutritionsstigen” och som skall finnas tillgänglig och synlig i flera rum på avdelningen, t.ex. skötarnas kansli, personalens kafferum och i patientrummen. Nutritionsstigen är en vägledande affisch som visar vad som bör beaktas kring nutritionsvården på avdelningen. Syftet med affischen är att påminna personalen om nutritionens betydelse för patienten samt att motivera personalen att se till patienternas nutritionsvård. Vi vill också att affischen skall finnas tillgänglig i de rum där patienter rör sig, detta för att öka chanserna att diskussion om nutrition väcks mellan personal och patienter. Affischen skall vara lätt tillgänglig och lättläst, därför har vi gjort den så tydlig och klar som möjligt med korta meningar i punktform. Vi har läst teori om grafisk kommunikation för att få en uppfattning om vad man bör tänka på när man kommunicerar med hjälp av bilder. Produkten har vi ändå utvecklat enligt eget smak och tycke och enligt vad vi tror att kan fungera på avdelningen. I bilaga 2 finns mer att läsa om vad vi har tänkt på i utformningen av vår produkt och i bilaga 6 hittar ni Nutritionsstigen.

### 8.1 Grafisk kommunikation

Det finns otaliga sätt att kommunicera på, vissa sätt effektivare än andra – vilken metod som passar bäst beror på vad man vill uppnå genom sin kommunikation. Grafisk kommunikation är ett språk som används när ett budskap på ett effektivt sätt skall nå fram till en ofta ganska stor publik. Grafisk kommunikation innebär att man med bilder för fram ett budskap, ibland är det bara med hjälp av bilder medan det ibland handlar om bilder i kombination med text och figurer. Det finns många steg att beakta när man arbetar med grafisk kommunikation, för att den slutgiltiga produkten skall ha önskad effekt är det viktigt att man känner till vad som påverkar hur en bild uppfattas. (Koblanck, 2003, s. 126-130).

Förutsatt att man känner till teorin kring grafisk kommunikation kan det visuella språket vara precis lika kraftfullt som det talade ordet, om inte än kraftigare. En förutsättning för att den grafiska kommunikationen skall komma till sin rätta är att det finns ett budskap, budskapet i sin tur skall skickas från sändaren till mottagaren. Sändarens avsikt kan t.ex. vara att informera, att påverka eller att roa. Budskapet anpassas efter syftet. För att kommunikationen skall fungera förväntas det att budskapet når fram till mottagaren samt att denna i sin tur handlar därefter. (Bergström & Lundgren & Flessa, 2002, s. 9).

Om man vill tillverka en produkt som i högsta möjliga mån uppfyller sitt användningssyfte måste man börja med att göra en kartläggning gällande följande punkter:

1. **Vem** är mottagaren?
2. **Vad** är budskapet som skall nå mottagaren?
3. På vilket **sätt** (kanal) skall budskapet nå mottagaren?
4. **Var** kommer budskapet att nå mottagaren?
5. Hur mycket **pengar** kan sättas på produktionen?
6. Tidsplan – hur mycket **tid** får de olika momenten i producerandet ta?
7. Uppföljning och **utvärdering** av processen samt av produkten. (Koblanck, 2003, s. 130-134).

### 8.1.1 Bildens formgivning

Enligt Bergström et al. (2002, s. 9) består arbetet kring en bilds utformning av tre huvudområden; typografi, bildhantering och grafisk formgivning. Typografi handlar om bearbetning av texten, t.ex. funderar man i detta skede på vilken font man skall använda sig av. Bildhanteringen innebär att man väljer vilka bilder som skall finnas med och vilken funktion dessa bilder önskas ha. För att få en helhet av dessa två använder man sig av grafisk formgivning, denna metods uppgift är att göra budskapet tydligt och lockande.

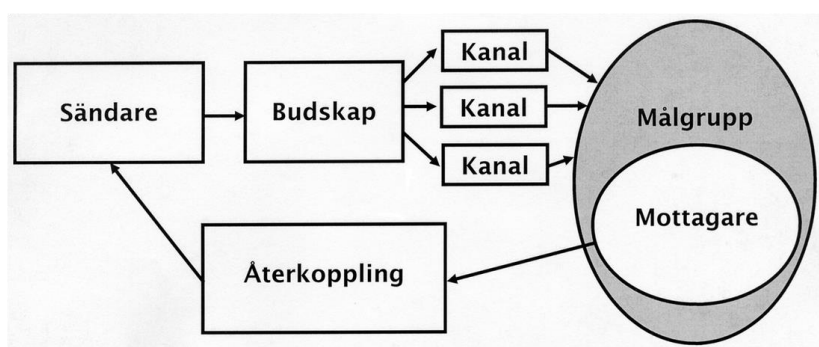
Som sagt finns det många faktorer som påverkar huruvida mottagaren av bilden reagerar som önskat eller inte, de huvudsakliga momenten i bildens formgivning som man som sändare bör tänka på är:

1. Färgläggning – olika färger har olika betydelse och uppfattas av hjärnan på olika sätt. Vissa färger väcker vissa känslor och tankar i människohjärnan. Samt måste sändaren också i detta skede tänka på var bilden skall finnas, beroende på omgivningens färger kan bildens färger uppfattas på olika sätt. Också kontrasters påverkan på bildperceptionen måste beaktas. (Koblanck, 2003, s. 106).
2. Struktur – vissa människor blir mer tilltalade av kaosartade bilder medan andra människor föredrar organiserade bilder, samt är olika ämnen förstas olika lätta att uppfatta i olika struktur. Beroende på vem sändaren vill nå samt ämnets art bör detta beaktas. (Koblanck, 2003, s. 127-129).
3. Slutet eller öppet berättande – vissa bilder uppmanar åskådaren att tänka utanför sina vanliga tankebanor och har även som avsikt att låta åskådarens tolkningar sväva fritt. Andra

bilder har för avsikt att förmedla ett budskap som skall tolkas och uppfattas på ett visst sätt. Med tanke på detta måste man vid bildhanteringen fundera på om bilden ger rum för tolkning eller inte. (Bergström et al., 2002, s. 31).

### 8.1.2 Sändare, kanal och mottagare

I vårt fall kommer kommunikationen att handla om så kallad envägskommunikation, det innebär att vi kommer att dela ut en informationsskrift, men vi kommer inte nödvändigtvis att få reda på om budskapet har nått fram, hur mottagarna har reagerat på produkten samt om produkten har lett till förändrade handlingsmönster. (Bergström et al., 2002, s. 22-23).



Figur 3. Kommunikationsprocessen.

I figuren ovan ses en relativt vanlig modell av en kommunikationsprocess. Sändaren, i detta fall vi, har för avsikt att förmedla sitt budskap till en eller flera mottagare. Kanal syftar på det medium som används för att nå mottagaren, i vårt fall är det informationsskriften som är vårt medium. Målgrupp och mottagare är i denna modell två olika grupper, detta på grund av att vårt mål är att nå all personal som på något sätt kommer i kontakt med nutritionen på avdelningen, men vi är medvetna om att vår affisch antagligen inte kommer nå fram till precis alla, därför är de egentliga mottagarna bara en del av målgruppen. Återkoppling syftar på den reaktion som budskapet väcker, alltså hur personalen på avdelningen reagerar på vår informationsskrift, som tidigare nämndes är det inte sagt att vi kommer att få ta del av den återkopplingen. (Bergström et al., 2002, s.24).

## 9 Diskussion

Vi har funderat mycket på arbetsfördelningen i vår grupp - samtidigt som det känns mest naturligt att de som studerar inom vårdbranschen skriver om vårdarbetet och att socionomstuderande skriver om det som berör deras kompetenser har vi ifrågasatt om det arbetssättet gynnar vårt lärande på bästa möjliga sätt. För att vi alla skall uppleva att vi har

kunnande inom den helhet som vårt arbete handlar om har de olika yrkesgrupperna sökt artiklar och annan litteratur inom sitt eget område. Sedan har litteraturen presenterats och diskuterats i hela gruppen och efter det har diskussionen funnits med som underlag när hälsovårdarna har skrivit om t.ex. NRS 2002 och socionomerna om motivation. På det sättet har vi alla alltid fått ta del av all litteratur som ligger som bakgrund för vårt arbete, samtidigt som vi har utnyttjat det kunnande som de olika yrkesgrupperna besitter. Vem som har skrivit vad i vårt arbete kan ni läsa i bilaga 1.

Vid första anblick kan hela projektet och även vår grupps arbete uppfattas som väldigt vårdinriktat, många har ifrågasatt socionomens roll i detta arbete. De två socionomstuderande som är med och skriver detta arbete har båda arbetserfarenhet av vårdarbete och är intresserade av hur människan fungerar, såväl psykiskt som fysiskt. Som redan nämntes handlar detta arbete om att motivera personal, vilket i allra högsta grad tangerar socionomernas kunnande. Tillsammans bildar alltså dessa två ämnen – nutritionsvård och motivation, en helhet som tilltalar våra socionomstuderande. De två hälsovårdarstuderandenas plats i vår grupp kan verka rätt självklar, hälsovårdarna skall ha kunnande om nutritionens betydelse för patienten, samt känna till olika metoder för att följa upp detta.

Vi upplever att vi har svarat på arbetets frågeställningar: 1. Vad upplevs problematiskt gällande patienters nutritionsvård och 2. Hur kan vi synliggöra och påminna om nutritionens betydelse för hälsan på ett sådant sätt att personalen vid Åbolands sjukhus inremedicinska avdelning motiveras till att effektivare arbeta kring nutritionsvården? I kapitel 5 samt kapitel 7.2 tar vi upp hur nutritionsvården ser ut idag samt problem och utmaningar gällande nutritionsvården från både patientens och personalens håll. I kapitel 6.3 redogör vi för de avgörande faktorerna för en stark motivation, i kapitel 8 förklarar vi teorin bakom utvecklandet av vår produkt.

Datainsamlingsmetoden som vi har använt oss av är som tidigare nämnt en tillämpning av allmän litteraturstudie. Vi valde att inte göra en systematisk litteraturstudie eftersom vi upplevde att vi på den tid som finns reserverad för skrivande av examensarbete inte skulle hinna gå igenom all litteratur som finns tillgänglig inom ämnet. Vi upplever ändå att vårt arbete är reliabelt eftersom vi har använt oss av olika sorters källor, till exempel vetenskapliga artiklar, böcker, forskningar samt andra publikationer. Litteraturen vi har använt oss av har publicerats på olika språk i olika länder och därför anser vi att den täcker ett ganska stort område. I arbetet har vi strävat till att inte använda oss av källor som är

publicerade före år 2011, ibland har ändå inte nyare litteratur funnits att tillgå - då har vi använt oss av äldre artiklar.

Vi hoppas och tror att vår produkt kommer att komma till användning. Eftersom produkten är gjord med syfte att vara lättillgänglig och lättförståelig tror vi att den kan passa in på många olika instanser där äldre med olika former av nutritionsproblematik vårdas. Tanken med produkten är att det är något som blicken fastnar på men som ändå inte kräver att man stannar upp och läser väldigt detaljerat och koncentrerat, detta tycker vi att vi har lyckats med med tanke på produktens utformning.

Tanken är att projektet We can – We care fortsätter nästa vår. I mån av möjlighet skall en fortsättning skrivas på detta arbete, men då med större fokus på patienten och mindre fokus på personalens roll. Vi hoppas att nästa års skribenter kan fortsätta där vår produkt slutar, alltså när patienten kommer hem efter en sjukhusvistelse.

Det vi främst upplever att vi har lärt oss under examensarbetsprocessen är vikten av att vara organiserad och att ha en tydlig struktur från början till slut. Till en början led vår arbetsprocess väldigt mycket av att vi inte hade kommit underfund med arbetets upplägg. Vi tror att vårt arbete kunde ha omfattat mer och varit av högre kvalité ifall vi från början hade kommit underfund med ovannämnda faktorer. Vi upplever att vi under utformandet av detta arbete har fått en djupare insikt i den andra yrkesgruppens kompetenser och kunnande – det faktum att vi är en mångprofessionell arbetsgrupp ser vi som en styrka i detta arbete.

Vi upplever att de avgränsningar vi gjorde i början av arbetsprocessen har varit lyckade. Beslutet att lämna bort delen om vätskebalans var bra eftersom tiden inte skulle ha räckt till att skriva om bägge delar. Trots att mycket av teorin i arbetet fokuserar på äldre patienter (över 65 år), tror vi att den går att tillämpa på andra vuxna. I och med att patienterna på avdelningen ofta är äldre kom denna avgränsning ganska naturligt, men den var ändå passande för vårt arbete och med tanke på den litteratur som fanns att tillgå.

## **9.1 Forskningsetik**

Forskningsetik innebär att den information som samlas in behandlas på ett respektfullt sätt och även att de personer som är involverade i forskningen behandlas med respekt (Kristensson, 2014, s. 49-51). Forskningsetiken grundar sig på att syftet med forskningen skall vara något som stöder individen samt samhällets utveckling. Forskningen skall inrikta sig på väsentliga frågor och vara till allmän nytta. (Patel & Davidson, 2011, s. 62). Syftet

med vårt arbete uppfyller dessa krav i allra högsta grad eftersom målet är att utveckla nutritionsvården och på så sätt öka välbefinnandet hos individen.

I vårt arbete har vi inte varit i kontakt med patienter av något slag, därför har vi inte heller behövt beakta den integritet och anonymitet som alla patienter har rätt till i dylika sammanhang. Den enda direkta människokontakten vi har haft för datainsamling är med avdelningsskötare Hanna Lehtikainen – hon har gett oss lov att använda den information hon har haft att erbjuda.

Till forskningsetiken hör också det som redan nämndes i föregående kapitel, tillförlitlighet. Vi har varit noggranna med att alla artiklar vi använt oss av har varit vetenskapliga och inte för gamla. Vi har försökt använda oss av så många olika källor som möjligt för att få ett tillförlitligt resultat.

## **9.2 Hållbar utveckling**

Hållbar utveckling kan ses från många olika aspekter, några av dessa är ekologisk hållbarhet, social hållbarhet och ekonomisk hållbarhet (Gulliksson & Holmgren, 2011, s. 13). Hållbar utveckling är ett begrepp som används för att peka ut en önskvärd samhällsutveckling. Social hållbarhet innebär att via människor (t.ex. institutioner och organisationer) upprätthålla en god livskvalitet för dagens och framtidens medmänniskor (Gulliksson & Holmgren, 2011, s. 64).

Hållbar utveckling strävar till att ge livskvalité för varje människa här och nu och i framtiden, samt främja välmående för alla människor i samhället och tillsammans göra samhället trivsamt. (Gulliksson & Holmgren, 2011, s. 15-16).

I vårt arbete har vi främst beaktat den sociala hållbarheten, alltså upprätthållandet av god hälsa och god livskvalité. I arbetet har vi uppmärksammat den sociala hållbarheten genom att synliggöra vikten av en god nutritionsvård och på så vis få vårdarna att utföra en bättre vård - vilket i sin tur gagnar den sociala hållbarheten.

Hållbar utveckling är en utveckling som tillgodoser dagens behov utan att äventyra kommande generationers möjligheter att tillgodose sina behov. Med hållbart menas det att visa omsorg utgående från dessa perspektiv. (Gulliksson & Holmgren, 2011, s. 13).



## Källförteckning

- AMK-verkosto, S., u.d. *Intranät Novia*. [Online]  
[http://web.novia.fi/sbok2013/files/kompetenser/3596\\_1.pdf](http://web.novia.fi/sbok2013/files/kompetenser/3596_1.pdf)  
 [Hämtat 05.04.2016].
- Bergström, B., Lundgren, P. & Flessa, G., 2002. *Grafisk kommunikation*. Malmö: Liber Ekonomi.
- Bjerrum, M., Tewes, M. & Pedersen, P., 2011. Nurses' self-reported knowledge about and attitude to nutrition - before and after a training programme. *Scandinavian Journal of Caring Science*, s. 81-89.
- Bjork, I. T., Toien, M. & Sorensen, A. L., 2013. Exploring informal learning among hospital nurses. *Journal of workplace learning*, s. 426-441.
- Bloomfield, J. D. & Pegram, A., 2012. Improving nutrition and hydration in hospital: the nurse's responsibility. *Learning zone - continuing professional development*, 20 04, 26(34), s. 52-56.
- Breimaier, H. E., Halfens, R. J. & Lohrmann, C., 2010. Nurses' wishes, knowledge, attitudes and perceived barriers on implementing research findings into practice among graduate nurses in Austria. *Journal of Clinical Nursing*, 20, s. 1744-1756.
- Cronin, C., 2014. Workplace learning - a healthcare perspective. *Education + Training*, 56(4), s. 329-342.
- Cunningham, J. & Hillier, E., 2013. Informal learning in the workplace: key activities and processes. *Education + training*, s. 37-52.
- Davidson, B. & Patel, R., 2011. *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.
- Day, H., 2014. Engaging staff to deliver compassionate care and reduce harm. *British Journal of Nursing*, 23(18), s. 974-980.
- ESPEN, 2015. *About us: Constitution*. [Online]  
<http://www.espen.org/espen/constitution>  
 [Hämtat 07.04.2016].
- Fangen, K. & Sellerberg, A.-M., 2013. *Många möjliga metoder*. 1 red. Lund: Studentlitteratur AB.
- Farrer, K. o.a., 2013. Nutritional screening of elderly patients: a health improvement approach to practice. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, (27), s. 184-191.
- Geurden, B. o.a., 2012. Self-reported body weight and height on admission to hospital: A reliable method in multi-professional evidence-based nutritional care?. *International Journal of Nursing Practice*, (18), s.509-517.
- Geurden, B. o.a., 2014. Does documentation in nursing records of nutritional screening on admission to hospital reflect the use of evidence-based practice guidelines for malnutrition?. *International Journal of Nursing Knowledge*, 25(1), s. 43-48.

- Gjems, L., 2008. *Handledning i professionsgrupper. Ett systemteoretiskt perspektiv på handledning*. Sweden: Studentlitteratur.
- Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B., 2012. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Gulliksson, H. & Holmgren, U., 2011. *Hållbar utveckling. Livskvalitet, beteende och teknik*. Lund: Studentlitteratur.
- Hein, H. H., 2012. *Motivation - Motivationsteorier & praktisk tillämpning*. Malmö: Liber AB.
- Holst, M., Rasmussen, H. H. & Laursen, B. S., 2010. Can the patient perspective contribute to quality of nutritional care?. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2011(25), s. 176-184.
- Holst, M. o.a., 2012. Nutritional screening and risk factors in elderly hospitalized patients: association to clinical outcome?. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2013(27), s. 953-961.
- Huxtable, S. & Palmer, M., 2013. The efficacy of protected mealtimes in reducing mealtime interruptions and improving mealtime assistance in adult inpatients in an Australian hospital. *European journal of Clinical Nutrition*, 67, s. 904-910.
- Jefferies, D., Johnson, M. & Ravens, J., 2011. Nurturing and nourishing: the nurses' role in nutritional care. *Journal of Clinical Nursing*, 20, s. 317-330.
- Johansson, R. & Skärgren, L., 2001. *Vårdpedagogik*. 1 red. Stockholm: Liber AB.
- Keller, H. H. o.a., 2013. Providing quality nutrition care in acute care hospitals: perspectives of nutrition care personnel. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 27, s. 192-202.
- Koblanck, H., 2003. *Typografi, bild och grafisk design*. Stockholm: Bonnier Utbildning.
- Kristensson, J., 2014. *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Narayanasamy, A. & Penny, V., 2014. Coaching to promote professional development in nursing practice. *British Journal of Nursing*, 23(11), s. 568-573.
- Olsson, H. & Sörensen, S., 2011. *Kvalitativa och kvantitativa perspektiv - forskningsprocessen*. Stockholm: Liber AB.
- Orell-Kotikangas, H., Antikainen, A. & Pihlajamäki, J., 2014. Sairaalapotilaan vajaanavitsemuksen havaitseminen ja hoito. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, s. 2231-2238.
- Patel, R. & Davidson, B., 2011. *Forskningsmetodikens grunder - Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Pedersen, P. U., Tewes, M. & Bjerrum, M., 2011. Implementing nutritional guidelines - the effect of systematic training for nurse nutrition practitioners. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2012(26), s. 178-185.

- Rasmussen, H. H., Holst, M. & Kondrup, J., 2010. Measuring nutritional risk in hospitals. *Clinical Epidemiology*, 2010(2), s. 209-216.
- Saarnio, J. & Mäkitie, A., 2014. Lääkäriin rooli ravitsemushoidossa. *Duodecim*, s. 2228-2229.
- Sadri, G. & Bowen, C., 2011. Meeting employee requirements. *Industrial engineer*, s. 44-48.
- Sairaanhoitajakoulutuksen osaamisalueet 2013 [Online]  
[https://moodle.novia.fi/pluginfile.php/138370/mod\\_resource/content/1/Sjuusk%C3%B6tarkompetenser%20.pdf](https://moodle.novia.fi/pluginfile.php/138370/mod_resource/content/1/Sjuusk%C3%B6tarkompetenser%20.pdf)  
[Hämtat 29.04.2016]
- Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B., 2008. *Omvårdnadens etik - Sjuusköterskan och det moraliska rummet*. Stockholm: Liber AB.
- Sinisalo, L., 2015. *Ravitsemus hoitotyössä*. 2 red. Keuruu: Edita.
- Skolin, I., 2014. *Näringslära för sjuusköterkor*. 2 red. Lund: Studentlitteratur AB.
- Syrjäläinen-Lindberg, M., 2015. *Yrkeshögskolan Novia, Intranät*. [Online]  
<https://intra.novia.fi/>  
[Hämtat 20.04.2016].
- Ullrich, S., McCutcheon, H. & Parker, B., 2014. Nursing practice in nutritional care: a comparison between a residential aged care setting and a hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 8(70), s. 1845-1855.
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2010. Ravitsemushoito - Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin.
- Vanderwee, K. o.a., 2010. Malnutrition and nutritional care practices in hospital wards for older people. *Journal of Advanced Nursing*, 4(67), s. 736-746.
- Yrkeshögskolan Novia, 2013. *Novias intranät*. [Online]  
<https://intra.novia.fi/studier/laroplaner/lp2013/?id=7596>  
[Hämtat 05.04.2016].

1	Inledning	<b>Sanny &amp; Sonja</b>
1.1	Bakgrund	<b>Jennifer</b>
1.2	Åbolands sjukhus inre medicinska avdelning	<b>Ronja</b>
2	Våra kompetenskrav	<b>Sonja</b>
2.1	Socionomernas yrkeskompetenser	<b>Sonja</b>
2.2	Hälsovårdarnas yrkeskompetenser	<b>Sanny</b>
2.3	Lärdomsprovskompetenser	<b>Sanny</b>
3	Syfte och frågeställningar	<b>Alla</b>
4	Centrala begrepp	<b>Jennifer</b>
5	Nutritionsvård	<b>Sanny</b>
5.1	Personalens roller gällande nutritionsvården	<b>Sanny &amp; Jennifer</b>
5.2	Självbestämmanderätt och individualitet	<b>Ronja</b>
6	Kompetensutveckling och motivation hos personalen	<b>Sonja</b>
6.1	Informellt lärande	<b>Sonja</b>
6.2	Formellt lärande	<b>Sonja</b>
6.3	Att upprätthålla personals motivation	<b>Ronja &amp; Sonja</b>
6.3.1	Maslows behovspyramid	<b>Sonja</b>
6.3.2	Motiverande samtal	<b>Ronja</b>
6.3.3	Coaching	<b>Ronja</b>
7	Litteraturstudie	<b>Jennifer</b>
7.1	Datainsamling	<b>Sonja</b>
7.2	Analys och resultat	<b>Jennifer &amp; Sanny</b>
8	Produktutveckling	<b>Alla</b>
8.1	Grafisk kommunikation	<b>Sonja</b>
8.1.1	Bildens formgivning	<b>Sonja</b>
8.1.2	Sändare, kanal och mottagare	<b>Sonja</b>
9	Diskussion	<b>Alla</b>
9.1	Forskningsetik	<b>Ronja &amp; Sonja</b>
9.2	Hållbar utveckling	<b>Ronja</b>

1, **Vem** är mottagaren?

Samtlig personal som jobbar med direkt patientarbete vid Åbolands sjukhus inre medicinska avdelning. Vi hoppas också att patienterna skall se vår produkt och att produkten på så sätt skall väcka diskussion personal och patienter emellan.

2, **Vad** är budskapet som skall nå mottagaren?

Hur man kan arbeta kring nutritionsvården för patienterna på inre medicinska avdelningen vid Åbolands sjukhus.

3, På vilket **sätt** (kanal) skall budskapet nå mottagaren?

En informationsskrift i form av affisch.

4, **Var** kommer budskapet att nå mottagaren?

I personalens kansli, personalens kafferum, korridorerna på avdelningen samt i patientrummen.

5, Hur mycket **pengar** kan sättas på produktionen?

Åbolands sjukhus trycker själva upp affischerna.

6, Tidsplan – hur mycket **tid** får de olika momenten i producerandet ta?

För hela examensarbetsprocessen har vi haft ungefär fyra månader. De två första månaderna har vi sökt bakgrundsinfo och sedan med ungefär två månader kvar till inlämning började vi designa produkten. De två sista veckorna innan inlämning reserverade vi till produktutveckling, detta för att vi ville ha så mycket ”kött på benen” som möjligt innan utformandet av produkten.

7, Uppföljning och **utvärdering** av processen samt av produkten.

Vår arbetsgrupp kommer inte att ha möjlighet till utvärdering och uppföljning av produkten, vi hoppas ändå att nästa års arbetsgrupp kommer att höra sig för om produkten har kommit till användning eller ej.

Databas	Avgränsningar	Sökord	Träffar/valda artiklar	Artikel
Joanna Briggs		nutrition, hospital, nursing, staff, importance	0 träffar/0 använda	
Joanna Briggs		nutrition, hospital, nursing	0 träffar/0 använda	
Joanna Briggs		Nutrition, hospital	1 träff/0 använda	
Joanna Briggs		Malnutrition, hospital	0 träffar/0 använda	
Ebsco	2011-2016 Peer-reviewed Full text	Malnutrition, hospitals	79 träffar/3 använda	<p>1. Does documentation in nursing records of nutrition of screening on admission to hospital reflect the use of evidence-based practice guidelines for malnutrition</p> <p>2. Measuring nutritional risk in hospitals</p> <p>3. The efficacy of protected mealtimes in reducing mealtime interruptions and improving mealtime assistance in adult inpatients in an Australian hospital</p>

Ebsco	2011-2016 Peer-reviewed Full text	Nutrition, fluid balance, hospital, adults, infections	119 träffar/0 använd	-
Ebsco	2011-2016 Peer-reviewed Full text	Nutrition, hospital, patients,	156 träffar/3 använda	1. Providing quality nutrition care in acute care hospitals: perspectives of nutrition care personnel  2. Nursing practice in nutritional care: a comparison between a residential aged care setting and a hospital setting  3. Nurses' self-reported knowledge about and attitude to nutrition – before and after a training programme
Ebsco	2011-2016 Peer-reviewed Full text	Hospital, patients, chronic disease	0 träffar/0 använda	-
Ebsco		Tutorial, hospital, adults	76 träffar/ 0 använd	
Ebsco		Hospital, nursing, nutrition, staff development	325 träffar/1 använd	Implementing nutritional guidelines – the effect of systematic training for nurse nutrition practitioners

Ebsco	Full text Peer-reviewed 2011-	Nursing AND nutrition AND documentation	19 träffar/1 använd	Improving nutrition and hydration in  hospital: the nurse's responsibility
Ebsco	Full text Peer-reviewed 2011-	Staff development AND nursing AND motivat*	7 träffar/0 använd	
Ebsco	Full text Peer-reviewed 2011-	Nursing AND motivat* AND document*	29 träffar/0 använd	
Ebsco	Full text Peer-reviewed 2011-	Nursing AND motivat* AND nutrition risk screening	0 träffar/0 använda	
Ebsco	Full text Peer-reviewed 2011-	Nursing AND motivat* AND nutrition	37 träffar/1 använd	Can the patient perspective contribute to quality of nutritional care?
Ebsco	Full text Peer-reviewed 2011-	Nursing AND motivat* AND nutrition assessment	0 träffar/0 använda	
Ebsco	Full text Peer-reviewed 2011-	Nursing AND motivat* AND nutritional screening	1 träffar/0 använda	
Ebsco	Full text Peer-reviewed 2011-	Nursing AND nutrition AND document*	60 resultat/1 använd	Nurturing and nourishing: the nurses' role in nutritional care
Ebsco	Full text Peer-reviewed 2011-	Motivation AND Nursing	308 resultat/0 använda	



Ebsco	Full text Peer-reviewed 2011-	Nursing AND motivat#	38 resultat/0 använda	
Ebsco	Full text Peer-reviewed 2011-	Nursing AND instrument#	821 träffar/0 använda	
Ebsco	Full text Peer-reviewed	Nutrition AND instrument#	50 träffar/0 använda	
Terveysportti		Ravitsemushoito	157 träffar/2 använda	1. Lääkäriin rooli ravitsemushoidossa  2. Sairaalanpotilaan vajaaravitsemuksen havaitseminen ja hoito
SveMed+	Peer-reviewed Läs online	Nutrition AND hospitalization	17 träffar/1 använd	Nutritional screening and risk factors in elderly hospitalized patients: association to clinical outcome?
SweMed+	Peer-reviewed Läs online	Nutrition AND hospital	3 träffar/0 använda	
SweMed+	Peer-reviewed Läs online	Nutrition AND screening	7 träffar/0 använda	
Swemed+	Peer-reviewed Läs online	Nutrition risk screening	8 träffar/0 använda	

Swemed+	Peer-reviewed Läs online	Malnutrition	218 träffar/0 använda	
Emerald Insight	Full text 2011	Nutrition, hospital, staff, development	487 träffar/0 använda	
Emerald	Only content I have access to, 2011 ->	Learning, hospital, nurse	1218 träffar/0 använd	
Emerald	Ony content I have access to, 2011 ->	Learning, workplace, processes	141 träffar/3 använd	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Exploring informal learning among hospital nurses</li> <li>2. Informal learning in the workplace: key activities and processes</li> <li>3. Workplace learning – a healthcare perspective</li> </ol>
Ebsco	Full text, peer reviewed, 2011-2016	Nursing staff AND motivation	24 träffar/1 använda	Coaching to promote professional development in nursing practice
Swemed+	Peer reviewed, läs online, 2011- 2016	Vårdpersonal AND motivation	19 träffar/0 använda	
Swemed+	Peer reviewed, läs online, 2011- 2016	Motivation AND hospital	9 träffar/0 använda	

Swemed+	Peer reviewed, läs online, 2011-2016, svenska	Staff development	13 träffar/0 använda	
Swemed+	Peer reviewed, läs online, 2011-2016, engelska	Staff development	38 träffar/0 använda	
Medic	Vain kokoteksti, 2011-	Motivaatio	42 träffar/0 använda	
Ebsco	Full text Peer-reviewed 2011-	Nutrition AND knowledge AND staff	49 träffar/1 använd	Everyone's problem but nobody's job: Staff perceptions and explanations for poor nutritional intake in older medical patients
Ebsco	Full text Peer-reviewed 2011-	Nutrition AND hospital AND motivat#	9 träffar/0 använda	
Ebsco	Full text Peer-reviewed 2011-	Nursing AND nutrition AND motivat#	5 träffar/0 använda	
Ebsco	Full text Peer-reviewed 2011-	Nursing AND motivat#	80 träffar/0 använda	
Ebsco	Full text Peer-reviewed 2011-	Nutrition AND knowledge	986 träffar	

Ebsco	Full text Peer-reviewed 2011-	Nutrition AND knowledge AND elderly	34 träffar/0 använda	
Ebsco	Full text Peer-reviewed 2011-	Nutrition AND problems AND hospital	328 träffar/3 använda	1. Malnutrition and nutritional care practices in hospital wards for older people.  2. Malnutrition in Austrian hospital patients. Prevalence, risk factors,  nursing interventions, and quality indicators: a descriptive multicentre  study  3. Nutrition and dietetics in aged care
Ebsco	Full text Peer-reviewed 2011-	Engaging AND Staff AND Care	13 träffar/ 1 använd	Engaging staff to deliver compassionate care and reduce harm
Ebsco	Full text Peer-reviewed 2011-	Nurses AND knowledge AND attitude AND hospital	16 träffar/ 1 använd	Nurses' wishes, knowledge, attitudes and perceived barriers on implementing research findings into practice among graduate nurses in Austria
Ebsco	Full text Peer-reviewed 2011-	Nutritional screening AND hospital AND elderly	10 träffar/1 använd	Nutritional of elderly patients: a health improvement

				approach to practice
Ebsco	Full text Peer-reviewed 2011-	Nutritional screening	84 träffar/1 använd	Nutritional screening of elderly patients: a health improvement approach to practice
Ebsco	Full text Peer-reviewed 2011-	Nutritional screening AND knowledge	8 träffar/0 använda	
Ebsco	Full text Peer-reviewed 2011-	NRS 2002 AND hospital	14 träffar/0 använda	

Artikel, författare, år och land	Syfte	Metod	Urval	Resultat
"Nutritional screening and risk factors in elderly hospitalized patients: association to clinical outcome?", Holst et al., 2012, Danmark och Sverige	Att testa hur mycket tre olika screeninginstrument stämmer sinsemellan på äldre hospitaliserade patienter	Patienter blev screenade med MUST, MNA och NRS 2002. Poängen i de olika screeningarna jämfördes sedan varandra emellan för att se hur mycket de överensstämde.	233 patienter över 65 år som minst hade varit intagna på sjukhus ett dygn (24h) blev screenade	NRS 2002 är det verktyg som visade sig ha högst sensibilitet
"The efficacy of protected mealtimes in reducing mealtime interruptions and improving mealtime assistance in adult inpatients in an Australian hospital", S. Huxtable & M. Palmer,	Att testa hur ett "protected mealtime programme" förbättrar nutritionsvården	Implementera ett "protected mealtime programme"	1882 stycken måltidsobservationer  varav 1632 observationer var kvalificerade och 1012 patienter var involverade.  799 observationer var innan protected mealtime programme var implementerat och 833	Programmet ökade sjukskötarens närvaro och tillgänglighet vid måltider men ökade även avbrott vid måltiderna

2013, Australien			observationer var efter	
"Nurturing and nourishing: the nurses' role in nutritional care", Jefferies et al., 2011, Australien	Att utveckla in policy som definierar hur sjukskötaren kan stöda patienternas nutrition	Policyn utvecklades med hjälp av en systematisk litteraturstudie	Systematik litteraturstudie gjord och 73, enligt skribenterna, relevanta artiklar	Åtta standarder utarbetades från resultaten av litteraturstudi en
"Can the patient perspective contribute to quality of nutritional care?", Holst et al., 2010, Danmark	Att få kunskap om hospitaliserade patienters egna upplevelser av att vara undernörd för att förstå innehörden det kan ha på nutritionsvårdens kvalitet	Kvalitativ intervju	12 patienter valdes ut med kvalitativ sampling. Kriterierna var att patienterna kunde tydligt berätta om sina upplevelser och hade mer än 5 poäng i NRS 2002	Det kunde konstateras att patienterna kunde delas in i en aktiv och passiv grupp. Smärta, aptitlöshet och bieffekter av läkemedel var några orsaker för att inte äta
"Nurses' self- reported knowledge about and attitude to nutrition – before and	Att undersöka om ett "training programme" kunde öka sjuksköternas ansvar angående nutritionsvården	1, Intervju (för att få in data om hur det kliniska vårdarbetet är i relation till nutrition),	16 sjuksköterskor	1, en kort utbildning har inte någon positiv utveckling på det kliniska vårdarbetet

<p>after a training program", 2011, Sverige och Danmark</p> <p>Bjerrum, M., Tewes, M. &amp; Pedersen, P.</p>		<p>2, deductive content analysis</p> <p>3, Training programme (3-4 dagar)</p>		
<p>"Implementing nutritional guidelines – the effect of systematic training for nurse nutrition practitioners", 2011, Danmark</p> <p>Pedersen, P. U., Tewes, M. &amp; Bjerrum</p>	<p>Hypotesen var att ett "training programme" kunde hjälpa personalen att indentifiera svårigheter med att äta samt att öka patienternas kunskap om passande matval</p>	<p>1, Training programme, viss personal har fått utbildning och sedan fått i uppgift att föra vidare infon till resten av personalen</p> <p>2, Guidelines är utvecklade på basis av ESPENS rekommendationer</p> <p>3, Enkät</p>	<p>169 patienter</p>	<p>1, Efter utvecklingen av "guidelines" diskuterade flera patienter sina svårigheter med att äta med personalen. De fick hjälp vid matsituationer, och fick den mat de hade önskat och kunde tugga den.</p>



<p>Does documentation in nursing records of nutrition of screening on admission to hospital reflect the use of evidence-based practice guidelines for malnutrition, 2013, Belgien</p> <p>Geurden, B., et al.</p>	<p>Att beskriva dokumentationen av nutritionsvården på avdelningar i Belgien</p>	<p>1, Retrospective analysis of 506 nursing records</p> <p>2, cross-sectional design</p>	<p>506 journaler</p>	<p>1, Dokumentation är bristfällig</p> <p>2, Antagligen screenas patienterna inte för undernäring på rätt sätt för</p>
<p>Providing quality nutrition care in acute care hospitals: perspectives of nutrition care personnel, 2013, Kanada</p> <p>Keller, H. H., et al.</p>	<p>Syftet med denna studie var att undersöka förutsättningarna och utmaningarna och speciellt aktiviteter, processer och resurser utgående nutritionsvårdspersonal</p>	<p>1, 8 sjukhus i Kanada deltog i Nutrition care studien. De fungerade som "focus group"</p> <p>2, de som deltog var främst dietister</p>	<p>91 personer</p>	<p>Man kom fram till följande punkter behöver utvecklas:</p> <p>1, Utveckla en nutritionskultur</p> <p>2, Använd effektiva verktyg</p> <p>3, Skapa effektiva system</p> <p>4, Reagera på vårdbehov</p> <p>5, Rätt person för rätt uppgift</p>

<p>"Everyone's problem nobody's job: Staff perceptions and explanations for poor nutritional intake in older medical patients", L.J. Ross et al., 2011, Australien</p>	<p>Att förbättra förståelsen för olika barriärer gällande äldre personers nutritionsvård på sjukhus</p>	<p>"in-depth focus group interviews", tre olika grupper:          grupp 1 – en dietist, en talterapeut, en arbetsterapeut, en farmaceut          grupp 2 – två dietister, en talterapeut, två arbetsterapeuter, två fysioterapeuter, två näringsassistenter, en sjukskötare          grupp 3 – åtta sjukskötare</p>	<p>22 personer från personalen på en akut medicinsk avdelning</p>	<p>En tematisk analys av intervjuerna resulterade i fem stora teman som representerar potentiella barriärer i nutritionsvården:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Otillräcklig kunskap om nutritionsvårdens processer</li> <li>2. Svag kommunikation mellan professioner</li> <li>3. Brist på arbetsfördelning och delat ansvar</li> <li>4. Deltagandet vid måltid inte en prioritet</li> <li>5. Känsla av maktlöshet</li> </ol>
<p>"Nutrition and dietetics in aged care", Leh-Chii Chwang, 2012, Taiwan</p>	<p>Att sammanställa utmaningarna, behoven och problemen inom nutritionsvården för att förbättra denna</p>	<p>"narrative review"</p>	<p>-</p>	<p>Utmaningarna är att identifiera och övervaka näringsbehoven och undernäring, förbättra matservicen på vårdinstitutionerna och påbörja innovationer inom näringsvården</p>

<p>“Malnutrition in Austrian hospital patients. Prevalence, risk factors, nursing interventions, and quality indicators a descriptive multicenter study”, Antje Tannen &amp; Christa Lohrmann, 2012, Österrike</p>	<p>Rapportera undernäringens prevalens samt prevalensen av hälsoproblem som kan påverka utvecklingen av undernäring</p>	<p>”cross-sectional multicentre study”, alla patienter blev bedömda/utvärderade av två inskolade sjukskötare. Data samlades in med hjälp av ett godkänt frågeformulär.</p>	<p>Alla österrikiska vårdinstitutioner med minst 50 sängplatser (231 stycken) blev inbjudna att delta. Totalt deltog 11 sjukhus i undersökningen .</p>	<p>Hälsoproblem som kan påverka utvecklingen av undernäring: aptitlöshet, akut sjukdom, illamående, minskat oralt intag för mer än en vecka, smärta, inget oralt intag för mer än tre dagar, problem att svälja, problem att tugga</p>
<p>“Malnutrition and nutritional care practices in hospital wards for older people”, 2010, Belgien Vanderwee ,K., et al.</p>	<p>Syftet med denna studie var att få insikt i praxis angående nutritionsvården på avdelningar för äldre personer i Belgien samt att undersöka sambandet mellan dessa praxis och förekomsten av undernäring.</p>	<p>Tvärsnittsstudie gjord på avdelningar för äldre personer</p>	<p>2094 patienter från 140 avdelningar</p>	<p>Förekomsten av personer som var undernärda på avdelningarna var 31,9%. Användningen av nutritionscreening instrument och värdering av dessa resultat var under optimala.</p>

<p>“Nursing practice in nutritional care: a comparison between a residential aged care setting and a hospital setting”, 2014, Australien</p> <p>Ullrich, S., McCutcheon, H. &amp; Parker, B.</p>	<p>Att undersöka likheter och skillnader i vårdarbetet angående nutritionen på ålderdomshem och sjukhus</p>	<p>Icke-deltagande observationer och ”action research group data”</p>	<p>I steg 1: 21 personer ur personalen på ett ålderdomshem med 24 vårdplatser.</p> <p>I steg 2: 24 sjuksköterskor på en avdelning med 28 vårdplatser</p>	<p>Man ansåg att sjukskötare behöver hjälp från ledningen för att ändra sin praxis i nutritionsvården</p>
--	---	---	--	---

NRS 2002 -menetelmä Liite 1  
 vajaaravitsemuksen riskin seulonnassa<sup>1</sup>

Päiväys

## POTILAAN PERUSTIEDOT

Potilaan nimi		Henkilötunnus	
Pituus (cm)	Nykypaino (kg)	Painoindeksi BMI (kg/m <sup>2</sup> )	Paino 3 kk sitten (kg)
	<input type="checkbox"/> punnitus <input type="checkbox"/> ilmoitus		

## 1 ARVIO RAVIT SEMU STILA STA

BMI	Laihtuminen edeltävän 3 kuukauden aikana	Ruuan määrä edeltävällä viikolla
<input type="checkbox"/> Yli 20,5 = 0 p.	<input type="checkbox"/> Ei ole laihtunut = 0 p.	<input type="checkbox"/> Syönyt normaalin määrän = 0 p.
<input type="checkbox"/> 18,5–20,5 = 2 p.	<input type="checkbox"/> 5–10 % = 1 p.	<input type="checkbox"/> Syönyt yli puolet = 1 p.
<input type="checkbox"/> Alle 18,5 = 3 p.	<input type="checkbox"/> 10–15 % (yli 5 % / 2 kk) = 2 p.	<input type="checkbox"/> Syönyt noin puolet tai alle = 2 p.
	<input type="checkbox"/> Yli 15 % (yli 5 % / 1 kk) = 3 p.	<input type="checkbox"/> Syönyt erittäin vähän = 3 p.
Merkitse tähän suurin pistemäärä kohdista BMI, laihtuminen ja ruuan määrä		

## 2 SAIRAUDEN VAIKEU SA STE RAVIT SEMU STILANTEEN KANNALTA

	0 pistettä	1 piste	2 pistettä	3 pistettä	Pisteet
Vaikeusaste	Normaali tilanne	Lievä <ul style="list-style-type: none"> <li>• heikentyneestä yleiskunnosta huolimatta jatkella oleva potilas</li> <li>• kroonisesti sairas potilas, joka on sairaalassa lääketieteellisen sairauden vuoksi</li> <li>• krooninen haava alle 25 cm<sup>2</sup></li> <li>• paikallinen sydäp</li> <li>• alkoholi- tai huumeongelma</li> </ul>	Kohtalainen <ul style="list-style-type: none"> <li>• vuodepotilas</li> <li>• liikkuva potilas, jolla esim. levinnyt sydäp, valkea suoliston tulehdussairaus, askettainen suuri vatsan alueen leikkaukset, askettainen aivohalvaus, valkea tulehdus, palovamma, palnehaava, laaja krooninen haava, lonkkamurtuma, monivamma, akuutti leukemia</li> </ul>	Vakava <ul style="list-style-type: none"> <li>• tehohoito</li> <li>• pään alueen vammat</li> <li>• kantasolusiiro</li> <li>• lalihuushäiriö</li> </ul>	<input type="text"/>

3 JOS IKÄ ON 70 VUOTTA TAI YLI LISÄÄ 1 PISTE

SEULONTAPISTEET YHTEEN SÄ (laske yhteen pisteet kohdista 1, 2 ja 3)	<input type="text"/>
---	----------------------

## SEULONNAN TULOS JA TOIMENPITEET ERI RISKILUOKISSA

<input type="checkbox"/> 0 pistettä: <b>Ei</b> vajaaravitsemuksen riskiä
• Kirjaa seulontatuloks.
• Tee uusi seulonta viikon välein tai sovitusti.
<input type="checkbox"/> 1–2 pistettä: <b>Vähäinen</b> vajaaravitsemuksen riski
• Kirjaa seulontatuloks.
• Motivoi potilasta hyvään ravitsemukseen.
• Tee uusi seulonta viikon välein tai sovitusti.
<input type="checkbox"/> 3–4 pistettä: <b>Kohtalainen</b> vajaaravitsemuksen riski
• Kirjaa seulontatuloks.
• Tee tarkempi ravitsemustilan arviointi ja ravitsemushoitosuunnitelma sekä tehosta ja seuraa ravitsemushoitoa moniammatillisesti (lääkäri, hoitaja, tarvittaessa ravitsemusterapeutti).
• Tee uusi seulonta viikon välein tai sovitusti.
<input type="checkbox"/> 5–7 pistettä: <b>Vakava</b> vajaaravitsemuksen riski
• Kirjaa seulontatuloks.
• Tee tarkempi ravitsemustilan arviointi ja ravitsemushoitosuunnitelma sekä tehosta ja seuraa ravitsemushoitoa moniammatillisesti (lääkäri, hoitaja, aina ravitsemusterapeutti).
• Tee uusi seulonta viikon välein tai sovitusti.

