



**HÖGSKOLAN
DALARNA**

Examensarbete

Kandidatexamen i omvårdnad
Sjuksköterskans roll i den pre- och postoperativa fasen hos äldre patienter, med fokus på nutritionen

En litteraturöversikt

Nurse influence on the pre- and postoperative phase in older patients with focus on nutrition

A Literature Review

Examensarbete nr:

Författare: Janina Andersson och Johanna Lindström

Handledare: Margareta Bergvin

Examinator: Birgitta Jönsson

Granskare: Bibbi Smide

Ämne/huvudområde: Omvårdnad

Poäng: 15 högskolepoäng

Betygsdatum: 2012-06-08

Högskolan Dalarna

791 88 Falun

Sweden

Tel 023-77 80 00

ABSTRACT

Syfte: Syftet med denna litteraturöversikt var att beskriva hur litteraturen skildrar sjuksköterskans roll i vården av den äldre patienten i den pre- och postoperativa fasen, med fokus på nutritionens betydelse för rehabiliteringen och risken för komplikationer. **Metod:** Studien genomfördes som en litteraturöversikt och artiklarna söktes via CINAHL och MEDLINE. Studiens resultat innehöll ett urval på 14 artiklar med kvantitativ ansats. **Resultat:** Undervisning och handledning med fokus på nutritionens betydelse för rehabiliteringen och risken för komplikationer var av vikt, även bedömningsinstrument underlättade sjuksköterskans nutritionsbedömning. I omvårdnaden var energi- och näringstillskott, individuellt anpassade vårdplaner och måltidssituationer viktiga komponenter. Förebyggande åtgärder inom både omvårdnad och medicin hade en korrelation mellan förbättrad nutrition, rehabilitering och minskade risken för komplikationer hos äldre patienter i den pre- och postoperativa vården. **Slutsats:** Personer över 65 år var en utsatt patientgrupp gällande undernäring och postoperativa komplikationer. Vården bör därför vara anpassad efter den enskilda äldre individens villkor och innehålla information till patienten för att möjliggöra dennes aktiva roll i den egna vården. I det preventiva arbetet behöver sjuksköterskan fortlöpande utbildning och handledning angående hur medicinska och fysiologiska faktorer tillsammans påverkar den äldre individen samt hur sjuksköterskan i ett tidigt skede kan påvisa undernäring hos äldre.

Nyckelord: Komplikationer, nutrition, omvårdnad, operation, äldre

Keywords: Complications, elderly, nutrition, nursing, surgery

Innehållsförteckning

INTRODUKTION	1
Åldrandet	1
Den äldre individen och nutritionen	2
Undernäring i samband med operation	2
Bedömningsinstrument för nutritionen.....	3
Sårläkningsprocessen	3
Omvårdnad och sjuksköterskans roll	4
Problemformulering.....	5
Syfte	5
Frågeställningar	5
Definition av begrepp	5
METOD.....	6
Design	6
Urval av litteratur.....	6
<i>Inklusionskriterier.....</i>	6
<i>Exklusionskriterier</i>	6
Kvalitetsvärdering.....	7
Analys	7
Tillvägagångssätt.....	7
Forskningsetiska aspekter	7
<i>Tabell 1. Sökstrategi.....</i>	8
RESULTAT	9
Nutritionstatusens påverkan på rehabiliteringen och risken för komplikationer.....	9
<i>Information till patienten.....</i>	9

<i>Omvårdnad över professionsgränser</i>	9
<u>Interventionsprogram i omvårdnaden</u>	10
<i>Bedömningsinstrument för nutritionen</i>	11
<i>Medicinska och fysiologiska faktorer</i>	11
<u>Nutritionstillskott och dess fysiologiska inverkan</u>	12
Hur sjuksköterskan kunde främja patientens hälsa och nutritionsstatus .	12
<i>Undervisning för sjuksköterskan förbättrar omvårdnaden</i>	12
<i>Individualisering av omvårdnaden</i>	13
<i>Specifika åtgärder och dess fysiologiska inverkan</i>	13
<i>Förebyggande medicinska åtgärder</i>	14
DISKUSSION	14
Sammanfattning av huvudresultat	14
Resultatdiskussion	15
Nutritionsstatusens påverkan på rehabiliteringen och risken för komplikationer	15
Hur sjuksköterskan kunde främja patientens hälsa och nutritionsstatus .	16
Metoddiskussion	17
Slutsats	18
Förslag till vidare forskning	19
REFERENSLISTA	20
<i>Bilagor</i>	25
<i>Bilaga 1. Artiklar som ligger till grund för resultatet.</i>	25
<i>Bilaga 2 Granskningsmall för kvantitativa studier</i>	28

INTRODUKTION

I samband med den pre-, per- och postoperativa vården är malnutrition ett problem som ofta ses tillsammans med hög ålder och kroniska sjukdomar. Detta leder till en försämrad livskvalité och lidande för patienten, om förebyggande behandling sätts in i tid skulle dödligheten och ohälsan inom den äldre befolkningen minska (Larsson & Rundgren, 2010).

Att åldras är en individuell och naturlig process som skiljer sig från person till person. Risken för sjukdom ökar med stigande ålder och det är vanligt att äldre personer har flera sjukdomsdiagnoser parallellt med varandra, vilket gör att äldre är en utsatt grupp inom den operativa verksamheten (Larsson & Rundgren, 2010). Anledningen till detta är att den äldre kroppen inte klarar av att anpassa sig till fysisk och psykisk stress som trauman och komplicerade operationer innebär (Hogstel & Taylor- Martof, 2001).

Åldrandet

Ett ökat antal äldre i befolkningen och framsteg inom den medicinska forskningen innebär bland annat att vi idag lever längre. Enligt siffror från Statistiska centralbyrån [SCB] (2010) är medellivslängden för kvinnor 83,2 år och motsvarande siffra för män 79,1 år. Problemet för det ökande antalet äldre är inte åldrandet i sig, utan de sjukdomar och funktionsnedsättningar som medföljer. Gränsen för åldrande och sjuklighet är svår att urskilja i och med att olika sjukdomsförlopp lätt misstolkas för ett naturligt åldrande. Sjukdomar med längre förlopp som exempelvis demens och vissa typer av cancer förväxlas därför lätt med den naturliga åldrandeprocessen (Larsson & Rundgren, 2010).

Åldrandet är en process som pågår både fysiskt, psykiskt, socialt och existentiellt. Redan i unga år påverkas det kommande åldrandet genom livsstilsvanor som till exempel; rökning, droger, alkohol, inaktivitet och stress (Larsson & Rundgren, 2010). I och med att vi blir äldre kommer vården att spela en allt större och betydande roll i våra liv. I studien av Wilkinson et al.(2010) var syftet att utforska vilka medicin- och omvårdnadsåtgärder som vidtagits hos äldre patienter som genomgått ett kirurgiskt ingrepp. Samt hur dessa åtgärder inverkat på om patienten avlidit inom en månad efter ingreppet eller inte. Det mest framträdande resultatet i studien var att vården bör vara individanpassad, samma behandling ska inte förväntas passa alla oavsett ålder och bakomliggande sjukdomar (Wilkinson et al., 2010). I Sverige utgör till

exempel personer över 65 år den grupp som behöver mest sjukvård och använder 52 % av alla vård dagar på sjukhus (Larsson & Rundgren, 2010).

Den äldre individen och nutritionen

En frisk äldre person har samma näringsbehov av vitaminer och mineraler som yngre individer, även om äldres energibehov är lägre. Det minskade energibehovet beror bland annat på att ämnesomsättningen är 10-20 % lägre vid 75 års ålder än vid 30 år. Ytterligare en orsak är att äldre i regel är mer stillasittande. Fysisk aktivitet ökar emellertid energibehovet oavsett ålder (Christenson & Sundling, 2000).

Äldre personer har problem med att uppfylla sitt näringsbehov på grund av ett minskat intag av mat och dryck. Orsaker till det minskade kostintaget varierar men beror ofta på tugg- och sväljsvårigheter, minskad aptit eller svårigheter att förbereda måltider. Personens ålder och bakomliggande sjukdomar påverkar även kroppens förmåga att tillgodogöra sig näringsämnen och leder därmed till undernäring (Bowling, 2004). I litteraturöversikten av Holman, Roberts och Nicol (2005) var syftet att ge vårdpersonal ny kunskap om nutrition och äldre. De poängterar bland annat att hos äldre individer var förvirring (delirium) och depression stora skäl till ett minskat kostintag.

Undernäring i samband med operation

Vissa sjukdomstillstånd och behandlingar är förknippade med ett ökat näringsbehov. Elakartade tumörer, operationer, feber, infektioner, brännskador och trauman är exempel på tillstånd som leder till ett ökat näringsbehov. Stora proteinförluster kan dubbla eller flerdubbla kroppens behov av energi och näring, som till exempel vid stora blödningar (Almås & Kondrup, 2002).

Enligt en litteraturöversikt av Ward (2003) var individer med cancer i mag-tarmkanalen en utsatt grupp gällande risk för undernäring och postoperativa komplikationer. Patienterna med den här typen av sjukdom är oftast äldre och har många gånger andra konkurrerande sjukdomar, vilket gör deras vistelse på sjukhus komplicerad (Larsson & Rundgren, 2010). Ytterligare en grupp som förknippades med undernäring och komplikationer i samband med kirurgi var personer som ådragit sig en höftfraktur. Även dessa individer var äldre och hade flertalet bakomliggande sjukdomar, som exempelvis benskörhet. Detta beskrev Watters och

Moran (2006) i sin artikel där de presenterade hur ett vårdprogram kunde implementeras för att vårdförloppet skulle vara till gagn för patienten.

Bedömningsinstrument för nutritionen

Globalt finns flertalet riskbedömningsinstrument för nutritionen. I Sverige är det SGA (Subjective Global Assessment) samt MNA (Mini Nutritional Assessment) som förekommer i olika varianter och är vedertagna inom hälso- och sjukvårdens nutritionsbedömningar (Socialstyrelsen, 2011). Hos äldre patienter används MNA med fördel då den i ett tidigt skede upptäcker risk för alternativt konstaterar undernäring, då även patientens kognitiva förmåga inkluderas i bedömningen (Kondrup, Allison, Eila, Vellas & Plauth, 2002). SGA inkluderar till viss del patientens subjektiva uppfattning angående sin nutrition och meningen är att patienten tillsammans med sjuksköterskan fyller i formuläret (Kondrup et al., 2002).

Gemensamt för dessa bedömningsinstrument är att sjuksköterskan noterar och poängsätter olika förekommande variabler hos patienten, exempelvis förändringar gällande kroppsvikt och nutrition. Poängen adderas till en totalpoäng som ger en uppfattning om patienten ligger i riskzon för undernäring. Varje bedömningsinstrument har olika gränser för när risk för undernäring förekommer (Almås & Kondrup, 2002).

Sårläkningsprocessen

Sårläkningsprocessen leder till ett ökat behov av näring och energi för patienten. Till stor del beror detta ökade energibehov på det höga antal celler som finns i och runt operationssåret vid läkningsprocessen. Dessa celler är mycket syrekrävande och det är därför av vikt att tillräckligt med hemoglobin finns i blodet för att dessa celler ska kunna förses med syre (Casey, 2011).

Katabola processer inkluderar nedbrytningen av komplexa molekyler till enklare, i detta förlopp produceras mer energi än vad som förbrukas. I anabola processer sker det motsatta, enkla molekyler sätts ihop till mer komplexa föreningar, detta är en energiförbrukande process (Almås & Kondrup, 2002).

Proteiner är viktiga komponenter i reparationen och skötseln av kroppens vävnader. Kolhydrater och fett är nödvändiga då dessa bidrar med energi till den ständiga

energiomsättningen som sker i kroppen. När intaget av kolhydrater och fett är mindre än behovet används istället proteiner som energikälla. För att proteiner ska kunna användas som uppbyggnadsmaterial måste först behovet av kolhydrater och fett vara tillgodosett. (Almås & Kondrup, 2002).

Omvårdnad och sjuksköterskans roll

Sjuksköterskans profession är mångsidig och kräver en ständig uppdatering inom den senaste omvårdnadsforskningen och vetenskapen. Sjuksköterskan måste även sammanföra nya rön med beprövad erfarenhet för att arbeta patientsäkert. Professionen innebär att förebygga ohälsa, men även att förhindra uppkomst av komplikationer till följd av sjukdom eller den vård och behandling som ges. Sjuksköterskan ska främja hälsa, säkerhet och trygghet för både patienter och anhöriga (Socialstyrelsen, 2005).

Professionen kan tolkas som två roller. En roll utifrån patienten och den vårdgivande skyldigheten sjuksköterskan innehar genom sin yrkesprofession, men även rollen där sjuksköterskan ska samverka och planera i ett arbetslag som sträcker sig över flera professioner. Fördelningen av tiden för omvårdnad är grundläggande för båda rollerna, men av olika skäl strävar de många gånger mot konkurrerande mål. Exempel på detta är när sjuksköterskans organisatoriska och administrativa roll ibland utgör ett hinder i utvecklingen av en god vårdrelation till patienten (Jones, 2010).

Enligt nuvarande svensk lagstiftning är hälso- och sjukvårdspersonal skyldig att ge en trygg och säker vård som är lättillgänglig. Vården ska bygga på respekt för individens självbestämmande och omfattas av ett synsätt som ser människan som en helhet (Hälso- och sjukvårdslagen [HSL], SFS 1982:763, 2a §). Enligt patientdatalagen och socialstyrelsens föreskrifter angående journalföring inom hälso- och sjukvården (SOSFS 2008: 14 kap. 3 § 3) är sjuksköterskan även skyldig att dokumentera på ett sådant sätt att patientjournalen ska kunna utgöra ett underlag för uppföljning av vårdens kvalitet och resultat. Allt detta är ett led av flera regelverk som tillsammans ska trygga patientens säkerhet genom vårdkedjan.

Virginia Henderson är en omvårdnadsteoretiker som år 1960 presenterade sin teori om sjuksköterskans omvårdnadsprincip. Henderson har ett holistiskt synsätt på människan, vilket innebär att hon ser kropp och själ som en odelbar enhet. Hennes teori innehåller konkreta förslag på vad sjuksköterskan bör göra för att hjälpa patienten tillfredsställa sina

grundläggande behov. Sammanlagt presenterar hon 14 grundläggande behov som alla behöver tillgodoses på ett adekvat sätt. Ett av de beskrivna behoven är att sjuksköterskan ska tillgodose patientens behov av mat och vätska (Jahren- Kristoffersen, 2006).

Problemformulering

Nuvarande forskning visar att undernäring hos äldre individer är ett utbrett problem och innebär att patienterna lättare drabbas av komplikationer i samband med operationer, oavsett tidigare sjukdomar (Casey, 2011; Dunn, 2004). Trots mycket forskning på ämnet kan det vara svårt för vårdpersonal att hitta en sammanställning av aktuell kunskap. Därför är det av vikt att i denna litteraturöversikt sammanställa och beskriva vad sjuksköterskan kan göra i den pre- och postoperativa vården för att främja en adekvat nutritionsstatus hos äldre individer och därigenom förbättra rehabiliteringen och minska risken för komplikationer.

Syfte

Syftet med denna litteraturöversikt var att beskriva hur litteraturen skildrar sjuksköterskans roll i vården av den äldre patienten i den pre- och postoperativa fasen, med fokus på nutritionens betydelse för rehabiliteringen och risken för komplikationer.

Frågeställningar

- Hur påverkar nutritionsstatusen hos äldre patienter rehabiliteringen och risken för komplikationer i den pre- och postoperativa fasen?
- Hur påverkar nutritionsstatusen hos äldre patienter risken för komplikationer i den pre- och postoperativa fasen?
- Hur kan sjuksköterskan främja den äldre patientens hälsa med fokus på nutritionen i den pre- och postoperativa fasen?

Definition av begrepp

I denna litteraturöversikt definieras *nutritionen* och *nutritionsstatus* som summan av de processer som engageras i och med födointag och dess upptag i kroppen, genom vilket en jämvikt mellan uppbyggnad, reparation och underhåll av kroppen uppnås (Christenson & Sundling, 2000). Med *pre-, per- och postoperativ fas* avses i denna litteraturöversikt tiden

före, under och efter en operation (Hambraeus, 2010). Med begreppet *äldre patienter* avses personer från 65 år.

METOD

Design

Studien har genomförts som en litteraturöversikt.

Urval av litteratur

Sökning av artiklar gjordes i databaserna CINAHL och MEDLINE. Sökorden som användes var: *Complications, elderly, fracture, hospital, malnutrition, MNA, nursing, nutrition, nutritional status, older, postoperative, preoperative care, rehabilitation, SGA, surgery, surgical* och *undernutrition*. Sökorden kombinerades på olika sätt och den booleska operatorm AND användes enligt rekommendation för artikelsökningar (Forsberg & Wengström, 2008). Den genomförda sökningen redovisas i tabell 1 och de 14 artiklar som ligger till grund för resultatet redovisas i bilaga 1. Även manuella sökningar gjordes, men resultatet av dessa användes inte.

Inklusionskriterier

Artiklarna som inkluderades var skrivna under 2000-talet. Studierna skulle efter kvalitetsgranskning med hjälp av Högskolan Dalarnas modifierade granskningsmall efter Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006) och Forsberg och Wengström (2008) (bilaga 2) ha uppnått minst 59 % av maxpoängen för att användas i resultatet. Ytterligare inklusionskriterier var artiklar skrivna på engelska, svenska, norska eller danska och som fanns kostnadsfritt tillgängligt i fulltext. Personerna i inkluderade artiklar skulle vara 65 år och äldre samt ha genomgått någon form av kirurgiskt ingrepp. Studierna skulle även vara av kvantitativ ansats.

Exklusionskriterier

Artiklarna som exkluderades var skrivna före år 2000, uppfyllde ej poängkraven vid kvalitetsbedömningen och var skrivna på andra språk än engelska, svenska, norska och danska. De exkluderade artiklarna var dessutom inte kostnadsfritt tillgängliga i fulltext.

Studier som uteslöts innefattade personer som var 64 år och yngre och som inte genomgått en operation. Även studier som inte var skrivna utifrån en kvalitativ ansats uteslöts.

Kvalitetsvärdering

Kvalitetsvärderingen av artiklarna utfördes med hjälp av granskningsmallen för kvalitetsbedömning av kvantitativa artiklar som är av Högskolan Dalarna en modifierad version från Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006) och Forsberg och Wengström (2008) (bilaga 2). I mallen ingick ja och nej frågor. Besvarades frågan med ja gav detta ett poäng, besvarades frågan med nej eller om frågan inte gick att svara på gavs det inga poäng. Maxpoäng var 29 och artiklarna skulle ha uppnått minst 59 % (medelnivå) av den maximala poängen för att inkluderas i resultatet.

Analys

Innehållet i artiklarna ställdes mot studiens syfte och frågeställningar. Frågeställningarna användes som huvudrubriker i resultatet. De relevanta artiklarnas innehåll sorterades in i fyra centrala teman som sammanställdes och redovisades i form av underrubriker i studiens resultat. Återkommande teman användes som utgångspunkt i resultatet; information, undervisning, omvårdnad, bedömningsinstrument, medicinska- och fysiologiska faktorer.

Tillvägagångssätt

I artikelsökningen letade båda uppsatsförfattarna efter relevanta artiklar var för sig. En primärgranskning av artikeln och dess innehåll gjordes individuellt för att bedöma om artiklarna uppfyllde inklusionskriterierna. De artiklar som ansågs ha betydelse för studien granskades och kvalitetsbedömdes gemensamt av uppsatsförfattarna. Inför resultatredovisningen lästes artiklarna individuellt. Frågeställningarna gjordes om till huvudrubriker och relevant innehåll i artiklarna kombinerades till centrala teman och användes som utgångspunkter i resultatet. Resultatdiskussionen sammanställdes gemensamt efter att uppsatsförfattarna individuellt gjort en kort sammanfattning av relevant innehåll från granskade artiklar. Övriga punkter under rubriken diskussion sammanställdes gemensamt.

Forskningsetiska aspekter

Artiklarna som granskades har fått forskningsetiskt godkännande. All information som användes från tidigare forskning återgavs sanningsenligt utan subjektiva värderingar från uppsatsförfattarna.

Tabell 1. Sökstrategi

Databas	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstract	Antal utvalda artiklar till resultatet, n=14
CINAHL	Nutrition AND Nursing AND Surgery AND Elderly	6800 1072 47 3	10 2	1 1
CINAHL	Nutrition AND Nursing AND Postoperative AND Older	6800 1072 30 1	1	0
CINAHL	Surgical AND Complications AND Nursing AND Older	10010 2355 389 15	3	1
CINAHL	MNA AND Older	217 10	2	1
CINAHL	SGA AND Older AND Hospital	60 3 1	1 1	1
CINAHL	Nutritional status AND Postoperative AND Older	1168 20 3	2	1
CINAHL	Elderly AND Patients AND Fracture AND Nutrition	7521 3229 169 4	2	1
CINAHL	Nutritional status AND Post- operative	1168 4	3	1
CINAHL	Postoperative care AND Nursing AND Elderly	2262 422 11	2	2
CINAHL	Postoperative care AND Nutrition AND Nursing	2262 51 10	1 3	2
CINAHL	Nutrition AND Nursing AND Elderly	6800 1641 107	1 3	1
CINAHL	Undernutrition AND Nursing	245 25	4	0
CINAHL	Nutrition AND Complications AND Rehabilitation	5215 504 13	3	1
MEDLINE	Nutrition AND Nursing AND Elderly AND Hospital AND Complications	11374 1125 87 29 5	1	0
MEDLINE	Malnutrition AND Nursing AND Older AND Hospital	1531 236 59 24	5	0

RESULTAT

De utvalda studierna (n= 14, bilaga 1) var genomförda i Australien, Danmark, Spanien, Storbritannien, Sverige, Turkiet, Tyskland och USA. Samtliga studier hade en kvantitativ ansats. Deltagare i studierna varierade i antal mellan 50- 4507. Information, undervisning, omvårdnad, bedömningsinstrument, medicinska- och fysiologiska faktorer var återkommande teman och har använts som utgångspunkt i resultatet.

Nutritionstatusens påverkan på rehabiliteringen och risken för komplikationer

Information till patienten

I studien av Pedersen (2005) var syftet att låta den äldre patienten vara aktivt involverad gällande sitt kostintag. Tidig information till patienten var en viktig komponent för förbättrad nutritionstatus. I interventionsgruppen fick deltagarna (N=242) som planerats för en operation en informationsbroschyr hemskickad månaden innan inskrivningsdatum, med förslag på lämplig kosthållning inför ingreppet. När personen skrevs in på sjukhuset genomfördes ett ingående samtal med en sjuksköterska angående nutritionens betydelse postoperativt, vilken typ av mat som föredrogs och eventuellt behov av hjälp vid måltider. De enskilda samtalen med sjuksköterskan beträffande nutrition fortsatte under vårdtiden, för att optimera patientens kostintag. Kost- och vätskeregistreringar utfördes dagligen. Resultatet visade att patienterna ökade sitt energi- och näringsintag. Även Overgaard et al. (2011) gjorde en studie där patienterna fick individuellt anpassad information och uppföljning angående lämpligt kostintag utifrån sjukdomstillstånd och personliga förutsättningar. Utöver ökat energi- och näringsintag iaktogs även förbättrad rehabilitering samt ökad fysisk förmåga hos patienterna.

Omvårdnad över professionsgränser

Garth, Newsome, Simmance och Crowe (2010) genomförde en studie med deltagare (N=95) som opererades på grund av kolorektal cancer eller sjukdomar i övre mag-tarmkanalen. De patienter som efter bedömning enligt SGA var undernärda fick träffa en dietist både pre- och postoperativt. Detta var betydelsefullt då de patienter som träffade dietisten hade ett större intag av protein (60 % av rekommenderat dagligt intag) och energi (58 % av rekommenderat dagligt intag), än de patienter som inte fick samma möjlighet.

I studier av Duncan, Beck, Hood och Johansen (2006) samt Overgaard et al. (2011) var syftet att hjälpa äldre individer som ådragit sig en höftfraktur att tillgodose sitt näringsbehov. I samband med detta anställdes nutritionsassistenter som samarbetade med personal och dietist på avdelningen. Patienterna fick hjälp av en nutritionsassistent med att välja mat och portionsstorlekar anpassade efter individuellt näringsbehov. De personer som fick hjälp hade en förbättrad nutritionsstatus, rehabilitering och fysisk förmåga genom ett ökat energiintag. Den postoperativa dödligheten under vårdtiden samt de följande fyra månaderna var signifikant lägre hos interventionsgruppen som fick hjälp av nutritionsassistenterna.

Interventionsprogram i omvårdnaden

I en studie av Olofsson, Stenvall, Lundström, Svensson och Gustafson (2006) infördes ett interventionsprogram på en ortopedisk avdelning i Sverige. Antalet deltagare i interventionsgruppen var 102 och i kontrollgruppen ingick 97 personer. I programmet ingick åtgärder som påverkade patientens postoperativa fas positivt. Patienterna gavs proteinberikade måltider under de första fem postoperativa dyggen och individuella vårdplaner för patienterna upprättades. Även utbildning för personalen angående rehabilitering och postoperativa komplikationer ingick. Gunnarsson, Lönn och Gunningberg (2009) införde ett snarlikt interventionsprogram med 50 personer i både kontroll och interventionsgruppen. I interventionsprogrammet ingick extra näringstillskott och tryckavlastande madrasser till riskpatienter. Genom dessa interventionsprogram ökade patienternas näringsintag, förekomsten av trycksår i interventionsgruppen halverades jämfört med kontrollgruppen, deliriumepisoder reducerades och sjukhusvistelsen förkortades. Gunnarsson et al. (2009) påvisade även att en tränad klinisk blick hos sjuksköterskan var av yttersta vikt, eftersom redan existerande trycksår vid inskrivning var en riskfaktor för att utveckla ytterligare trycksår under sjukhusvistelsen.

Kaçmaz och Kaşıkçı (2007) genomförde en studie med syftet att undersöka om planerade omvårdnadsåtgärder och kosttillskott av fibrer i maten hade effekt på patienternas avföringsvanor och därmed minska risken för postoperativa komplikationer. Individerna som deltog i studien fick ett dagligt tillskott av fibrer och sjuksköterskan såg till att de hade ett adekvat vätskeintag. Införda åtgärder innebar också att patienterna hade fasta toalettider och skulle dagligen delta i någon fysisk aktivitet. Patienterna som fick de planerade åtgärderna förbättrade sina avföringsvanor och minskade därigenom risken för obstipation.

Bedömningsinstrument för nutritionen

En studie av Olofsson et al. (2006) visade att större delen av de äldre personer som kom in till sjukhuset redan var eller riskerade att bli undernärda. Låga poäng enligt bedömningsinstrumentet MNA var associerade med postoperativa komplikationer som till exempel delirium och trycksår. Att bedömningsinstrumentet MNA används världen över blev tydligt i en studie av Kaiser et al., (2010) där data från 4507 personer inom fem kontinenter samlades in för att undersöka prevalensen av undernäring hos äldre individer inom fyra olika vård- och boendeformer. Merparten av de personer som låg i riskzonen för undernäring bodde på äldreboenden eller vårdades på sjukhus. Svår undernäring var vanligast hos äldre inom rehabilitering och procentuellt var förekomsten lägst hos hemmaboende individer.

Överrensstämelsen mellan SGA och albuminnivåer i blodet som bedömningsinstrument på undernäring utvärderades i en studie av Covinsky, Covinsky, Palmer och Sehgal (2002). De fann att patienter med normala albuminnivåer sannolikt också värderades som välnutrierade enligt SGA och det motsatta gällde patienter med låga albuminnivåer. Albuminnivåerna kan dock förändras av fler orsaker än enbart undernäring, bland annat inflammation, leversvikt, nefrotiskt syndrom samt läkemedelspåverkan.

Medicinska och fysiologiska faktorer

Garth et al. (2010) visade i sin studie att patienter som hade förlorat minst tre procent av sin normala kroppsvikt innan operationen hade betydligt längre vårdtider än de som inte gått ned något i vikt. De patienter som efter en vecka inte kunde få i sig minst 75 % av beräknat energi- och näringsintag löpte större risk att drabbas av minst en postoperativ komplikation. De komplikationer som sågs under studiens gång var sårrupturer, postoperativt ileus och infektioner.

I Björkelund, Hommel, Thorngren, Lundberg och Larsson (2011) studie framkom att medicinska och fysiologiska faktorer pre-, per- och postoperativt hade inverkan på mortaliteten upp till fyra månader efter operationen. En saturation på 90 % eller mindre efter operationen samt fasta som pågått längre än 12 timmar, var faktorer som ökade risken för postoperativ förvirring. När blodtransfusion gavs per- och postoperativt påvisades även en förlängning av vårdtiden till mer än tio dagar. Dessa faktorer samt ett postoperativt hemoglobinvärde mindre än 100 gram/ liter bidrog till en ökad risk för komplikationer och

postoperativ mortalitet. Vid ankomsten till sjukhuset var de äldre individerna ofta dehydrerade vilket gav ett falskt blodvärde som efter vätskedropp indikerade anemi. Det var därför viktigt att eventuell blodtransfusion gavs i tidig preoperativ fas.

Nutritionstillskott och dess fysiologiska inverkan

I studien av Espauella et al. (2000) studerades sambandet mellan nutrition och postoperativa komplikationer. I studien undersöktes om näringstillskott i form av näringsdryck hade effekt på funktionell återhämtning, postoperativ dödlighet och risken för att drabbas av komplikationer postoperativt. Interventionsgruppen fick näringstillskott och visade därefter färre komplikationer, 31 % jämfört med kontrollgruppen där 45 % drabbades av komplikationer under sjukhusvistelsen samt de följande sex månaderna.

Enligt Pedersen et al. (2008) kunde näringstillskott ges fram till två timmar innan operationen. Detta tillsammans med intag av proteindrinkar efter operationen reducerade risken för postoperativ katabolism vilket minskade antalet komplikationer, sänkte mortaliteten och förkortade vårdtiden.

Hur sjuksköterskan kunde främja patientens hälsa och nutritionsstatus

Undervisning för sjuksköterskan förbättrar omvårdnaden

Adams, Bowie, Simmance, Murray och Crowe (2008) visade i sin studie hur viktigt det var med undervisning till hälso- och sjukvårdspersonal angående hur undernäring upptäcks. I studien som involverade både sjuksköterskor och läkare visade resultatet att 75 % av dessa i första hand såg till BMI och biokemiska faktorer som albumin som indikationer på undernäring. Detta var missvisande då endast ett albuminvärde kunde ge en falsk uppfattning av undernäring hos akut sjuka patienter. Trots att sjukvårdspersonalen uppskattade sin egen förmåga att upptäcka undernäring som god, visade studien att många inte var medvetna om att riskfaktorer även kunde vara viktnedgång och aptitförlust. Det fanns brister inom sjuksköterskornas dokumentation av patienternas nutrition och endast ett begränsat antal journaler innehöll en tidigare dokumenterad vikt.

Individualisering av omvårdnaden

Äldre individer som fick möjligheten att vara aktivt involverade gällande sin nutrition och strävan efter att upprätthålla ett adekvat näringsintag under sjukhusvistelsen, ökade markant sitt intag av kalorier och proteiner. Detta påvisades i studier av Olofsson et al. (2006) och Pedersen (2005), då måltidssituationen anpassades efter individuella behov och önskemål. För att observera patientens näringsintag utfördes kost- och vätskeregistrering kontinuerligt. När en sjuksköterska misstänkte att en patient riskerade undernäring utreddes detta direkt för att ta reda på orsaken och behandla densamma. Detta gjordes i enskilda samtal mellan patienten och sjuksköterskan som ägde rum dagligen under vårdtiden. Resultatet i båda studierna visade att de patienter som fick möjligheten att vara aktiva gällande nutritionen ökade sitt energi- och näringsintag.

Ytterligare faktorer som minskade antalet postoperativa komplikationer, sänkte mortaliteten och förkortade vårdtiden var enligt Pedersen et al. (2008) en individualisering av rehabiliteringen. För att denna individualisering skulle vara möjlig fick patienterna tillgång till ett team bestående av sjuksköterska, läkare och sjukgymnast, som var väl insatta i den enskilda patientens behov, problem och resurser. Exempel på rehabilitering som genomfördes var mobilisering direkt efter operationen, om detta var möjligt, även ett specialiserat rehabiliteringsprogram infördes. Även Cronin et al. (2011) såg förbättringar på de postoperativa resultaten vid införandet av en individualiserad vårdplan, för äldre personer som genomgick en operation. Förutom tidig kontakt med sjukgymnast och dietist kopplades en läkarkonsult till de patienter som åt fler än fem läkemedel/dag.

Specifika åtgärder och dess fysiologiska inverkan

En studie av Gunnarsson et al. (2009) visade goda resultat när sjuksköterskorna gav patienterna nutritionstillskott i enlighet med näringsmässiga riktlinjer. En individuell plan för hur mycket näring och energi varje enskild individ var i behov av upprättades och vid de tillfällen patienterna inte uppnådde sitt dagliga behov kontaktades dietist. Studien visade att det var av yttersta vikt för både sjuksköterskor och läkare att överväga tillförsel av näringstillskott tidigt i den preoperativa fasen samt noggrant inspektera patientens hudkostym vid inskrivningen. Det var också betydelsefullt att i så stor utsträckning som möjligt förkorta väntetiden inför en operation genom att fortlöpande göra omprioriteringar i operationsschemat. Författarna såg att en lång väntetid var besvärlig för patienterna och ökade

risken för komplikationer (Gunnarsson et al., 2009). En längre väntetid gav indirekt en längre pågående fasta som ökade risken för komplikationer till följd av katabolism (Björkelund et al., 2011).

Förebyggande medicinska åtgärder

I en studie av Pedersen et al. (2008) togs EKG och urinodlingar redan vid inskrivningen på avdelningen för att tidigt upptäcka patologiska förändringar hos patienterna som kunde försvåra det postoperativa förloppet. Detta gjordes för att behandling skulle sättas in i tid. Undersökningarna var delar i ett omfattande vårdprogram. Genom de åtgärder som vidtogs i den preoperativa fasen, minskade risken för postoperativa infektioner som till exempel lunginflammation och urinvägsinfektion vilket minskade förekomsten av delirium. Även vårdtiden och mortaliteten reducerades.

Björkelund et al. (2011) genomförde en studie som fokuserade på äldre individer med höftfraktur. Endast var fjärde patient fick syrgas preoperativt, trots att det sedan tidigare var känt att traumatiserade äldre patienter löpte en högre risk för att utveckla syrebrist. Detta kunde förebyggas med hjälp av syrgasbehandling i tid. I samma studie sågs även att patienter som inte fick premedicinering i samband med operationen, löpte en högre risk för att utveckla postoperativ förvirring och uppvisade även en högre grad av mortalitet upp till fyra månader efter operationen. Anledningen till detta troddes vara att premedicineringen minskade psykisk stress hos patienterna, vilket minskade risken för akut förvirring i den postoperativa fasen.

DISKUSSION

Sammanfattning av huvudresultat

Syftet med denna litteraturöversikt var att beskriva hur litteraturen skildrar sjuksköterskans roll i vården av den äldre patienten i den pre- och postoperativa fasen, med fokus på nutritionens betydelse för rehabiliteringen och risken för komplikationer. Resultatet visade att information, undervisning, omvårdnad, bedömningsinstrument, medicinska- och fysiologiska faktorer var återkommande teman. Undervisning och handledning med fokus på nutritionens betydelse för rehabiliteringen och risken för komplikationer var av vikt för att sjuksköterskan skulle ha möjlighet att främja hälsa hos den äldre patienten (Adams et al., 2008). I ett flertal studier användes bedömningsinstrument som underlättade för sjuksköterskan i bedömningen

av den äldre individens nutritionsstatus (Covinsky et al., 2002; Kaiser et al., 2010). I omvårdnaden var energi- och näringstillskott, individuellt anpassade vårdplaner och måltidsituationer med praktisk hjälp viktiga komponenter för att hjälpa sjuksköterskan optimera omvårdnaden i samband med en operation (Duncan et al., 2006; Olofsson et al., 2006; Overgaard et al., 2011; Pedersen et al., 2008; Pedersen, 2005). Förebyggande åtgärder inom både omvårdnad och medicin hade ett samband med förbättrad nutrition, rehabilitering och minskade risken för komplikationer hos äldre patienter i den pre- och postoperativa vården (Björkelund et al., 2011; Garth et al., 2010; Gunnarsson et al., 2009; Pedersen et al., 2008).

Resultatdiskussion

Nutritionsstatusens påverkan på rehabiliteringen och risken för komplikationer

Överrensstämelsen mellan bedömningsinstrumentet SGA och albuminnivåer i blodet som ett sätt att identifiera undernäring hos patienter undersöktes av Covinsky et al. (2002). Även om överrensstämelsen mellan dessa två mätmetoder var hög fanns det avvikelser i resultatet. Detta menade Covinsky et al. (2002) berodde på att albuminnivåerna förändrades av fler orsaker än enbart undernäring, bland annat inflammation, leversvikt, nefrotiskt syndrom samt läkemedelspåverkan. Ett avseende som diskuterades i samma studie och som vi har samma uppfattning om, är att vid de tillfällen albuminnivåer i blodet ska tillämpas som ett bedömningsinstrument på undernäring, bör detta kompletteras med ytterligare en indikator som till exempel SGA eller MNA för att säkra resultatet.

Det behövs tydligare riktlinjer inom vården av äldre för att prioritera och bedöma undernäring. Då Kondrup et al. (2002) såg att MNA var speciellt utvecklat för att identifiera äldre personer som riskerade att bli eller redan var undernärda. Anledningen till att MNA många gånger lämpar sig bättre att använda till äldre patienter jämfört med SGA, anser författarna till denna litteraturöversikt bero på att MNA inkluderar fler prognostiska parametrar, som är relevanta vid bedömning av nutritionsstatusen hos äldre patienter. Även kontinuerlig uppmuntran, handledning och motivation till att använda bedömningsinstrument i sitt arbete kan hjälpa sjuksköterskan i sin yrkesuppgift.

Resultatet från studien som Kaiser et al. (2010) genomförde anser vi faller sig naturligt då personer som befinner sig på en avdelning för rehabilitering, med största sannolikhet varit

drabbade av sjukdom som påverkat förmågan att tillgodogöra sig mat och dryck under en tid. Detta påverkar nutritionsstatusen redan innan personerna anländer till den rehabiliterande avdelningen. I åtanke finns också den fysiska aktiviteten i form av sjukgymnastik som förekommer på en avdelning för rehabilitering. Sjuksköterskan bör även ha med sig att fysisk ansträngning ökar behovet av energi och näring, vilket Christenson och Sundling (2000) skriver om i sin bok *Näringslära*.

Personer med cancer i mag-tarmkanalen en grupp som var utsatt då det gällde risken att drabbas av undernäring postoperativt (Ward, 2003). Individerna inom denna patientgrupp är ofta äldre och har fler konkurrerande sjukdomar utöver cancersjukdomen (Larsson & Rundgren, 2010). I och med denna kunskap anser vi att det bör finnas mer resurser i form av dietister eller sjuksköterskor med utbildning inom nutrition för att stötta utsatta patientgrupper, även de individer som preoperativt anses vara välutnärade. Risken för att också dessa personer ska drabbas av undernäring är hög. En operation innebär en påfrestning både fysiskt och psykiskt och det går inte att förutspå hur en person kommer att må postoperativt. Individen kan till exempel få problem med illamående eller smärta som minskar viljan eller möjligheten att äta och dricka ordentligt. Äldre patienter som opereras löper flera risker för att drabbas av undernäring, på grund av åldern och sjukdomen men även ingreppet.

Hur sjuksköterskan kunde främja patientens hälsa och nutritionsstatus

I studien av Adams et al. (2008) var sjuksköterskornas dokumentation avseende vikt och nutritionsstatus hos patienterna bristfällig. Det uppsatsförfattarna vill belysa i och med detta är att även om vikten och nutritionen inte är ett problem vid första vårdtillfället kan detta snabbt förändras och bli aktuellt vid ett senare tillfälle. Då är det bra att ha en tidigare vikt som utgångspunkt om personen själv inte kan redogöra för en eventuell viktnedgång. Enligt patientdatalagen och socialstyrelsens föreskrifter angående journalföring inom hälso- och sjukvården (SOSFS 2008: 14 kap. 3 § 3) är bland annat sjuksköterskan skyldig att dokumentera på ett sådant sätt som gör att patientjournalen ska kunna utgöra ett underlag för uppföljning av vårdens kvalitet och resultat.

I och med att människan blir äldre kommer vården att spela en allt större och betydande roll i våra liv. Detta gör att vården bör vara individanpassad vilket innebär att samma behandling inte ska förväntas passa alla oavsett ålder och bakomliggande sjukdomar (Wilkinson et al.,

2010). Goda postoperativa resultat påvisades när en individanpassad vård infördes för äldre patienter, vilket innebar att miljön, kosten och vårdplanen anpassades efter den äldre patientens unika behov (Olofsson et al., 2006; Pedersen, 2005). Detta samstämde även med vad Virginia Henderson menade i sin omvårdnadsteori, där ett av de beskrivna behoven som sjuksköterskan bör tillgodose hos patienten är att tillföra mat och vätska utifrån personens individuella närings- och energibehov (Jahren- Kristoffersen, 2006). Statistik och forskning visar att äldre personer utgör en stor patientgrupp vars specifika behov kan tillfredställas på ett adekvat sätt med individanpassad vård. Som författare till den här litteraturöversikten anser vi därför att vården på sjukhusavdelningar, som tar emot många äldre patienter, behöver anpassas efter dessa personers behov. Detta kan vara allt från en individuellt anpassad nutritionsplan, för att optimera det postoperativa förloppet, till att avdelningens planlösning inte ska vara ett hinder för rehabilitering och gemenskap.

I en studie av Pedersen et al. (2008) togs EKG och urinodlingar redan vid inskrivningen på avdelningen för att upptäcka patologiska förändringar hos patienterna som kunde försvåra det postoperativa förloppet. Detta gjordes för att behandling skulle sättas in i tid. Åtgärderna som vidtogs i den preoperativa fasen minskade risken för postoperativa infektioner något som också minskade förekomsten av delirium. Författarna till denna litteraturöversikt är av åsikten att arbetet med att förebygga förekomsten av postoperativa infektioner ingår i sjuksköterskans arbete för en god och säker vård. Detta ansvar återfinns i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763, 2a §). En postoperativ infektion leder inte bara till längre vårdtid utan orsakar också ett lidande för patienten på ett fysiskt, psykiskt, socialt och existentiellt plan. Således kan stor nytta vinnas för patienterna med blygsamma insatser från sjuksköterskan.

Metoddiskussion

Valet av design var litteraturöversikt och innebär enligt Friberg (2006) att skapa en överblick av tidigare och aktuell forskning samt ge förslag på framtida empiriska studier. Då mycket av forskningen som gjorts på området inte når fram till de kliniskt verksamma sjuksköterskorna, ansågs en litteraturöversikt vara bäst lämpad för att ge en överblick av aktuell forskning. Artiklarna i denna studie söktes via CINAHL och MEDLINE. Dessa databaser rekommenderas för omvårdnadsstudier enligt Polit och Beck (2008). Vid sökningen i databaserna användes sökorden i fritext tillsammans med den booleska operatören AND. Några av de sökord som användes var: *complications*, *elderly*, *nursing*, *nutrition* och *surgery* då dessa enligt uppsatsförfattarna var centrala begrepp inom det valda området samt stämde

överrens med litteraturöversiktens syfte. De valda sökorden var relevanta då ett resultat som besvarade frågeställningarna kunde sammanställas. Även manuella sökningar gjordes, dessa artiklar användes dock inte i resultatet då innehållet inte besvarade frågeställningarna. En kvalitetsgranskning enligt Högskolan Dalarnas modifierade granskningsmall (bilaga 2) gjordes på samtliga artiklar som användes i resultatet för kvalitetssäkring av dessa. Frågor i kvalitetsgranskningen angående urval var svåra att besvara då många av artiklarna inte konkret belyste detta och därmed kan poängsättningen ha påverkats.

En artikelsökning bör begränsas till studier utförda inom en 10-15 års period (Polit & Beck, 2008), varför en begränsning sattes på att studierna skulle vara genomförda under 2000-talet. Tillgänglighet i fulltext valdes som begränsning för att underlätta sökningens repeterbarhet. Inklusionskriterier var studier genomförda med kvantitativ ansats då frågeställningarna ej ansågs kunna besvaras med kvalitativa studier. Utefter författarnas modersmål och språkkunskaper inkluderades artiklar som var skrivna på danska, engelska, norska eller svenska. För att repeterbarheten i sökningen skulle förenklas skulle artiklarna även finnas tillgängliga kostnadsfritt, vilket kan ha utelämnat relevanta artiklar och därmed påverkat resultatet. För att avgränsa litteraturöversiktens omfattning inkluderades studier som var inriktade på personer från 65 år och som genomgått en operation. Merparten av artiklarna som användes i resultatet hade genomförts i norra Europa, vilket uppsatsförfattarna ansåg vara positiv då det fanns mindre utrymme för kulturella skillnader.

Slutsats

Äldre personer är en utsatt patientgrupp gällande undernäring och postoperativa komplikationer. Vården ska därför vara anpassad efter den enskilda äldre individens behov och villkor. Den individanpassade vården bör innehålla information till patienten för att möjliggöra dennes aktiva roll i den egna vården. I det preventiva arbetet behöver sjuksköterskan fortlöpande utbildning och handledning angående hur medicinska och fysiologiska faktorer tillsammans påverkar den äldre individen samt hur sjuksköterskan i ett tidigt skede kan påvisa undernäring hos äldre med hjälp av ett bedömningsinstrument. Samtliga yrkesgrupper inom vården bör uppmuntras till ett samarbete över professionsgränserna, vilket skulle medföra att vården i det postoperativa förloppet hos äldre optimeras.

Förslag till vidare forskning

Ett stort antal studier har tidigare gjorts med fokus på nutritionen hos äldre patienter med höftfrakturer eller kolorektal cancer. Ett flertal av dessa införde interventionsprogram för att se om detta kunde optimera det postoperativa förloppet hos patienterna. Uppsatsförfattarna anser att det bör genomföras studier där varje interventionsåtgärd granskas separat. Detta för att få bättre uppfattning om vilken del i interventionsprogrammet som har störst inverkan på det postoperativa förloppet. Fler patientgrupper bör även inkluderas i kommande studier. Ytterligare förslag till vidare forskning är att närmare studera effekten av nutritionsassistenters åtgärder, stöd i sjukvården och huruvida de kan bidra till en optimering av det postoperativa förloppet hos äldre patienter.

REFERENSLISTA

Adams, N., Bowie, A., Simmance, N. & Murray, M. (2008). Recognition by medical and nursing professionals of malnutrition and risk of malnutrition in elderly hospitalized patients. *Nutrition & Dietetics*, 65, 144–150. doi:10.1111/j.1747-0080.2008.00226.x.

Almås, H. & Kondrup, J.(2002). *Omvårdnad vid nutritionsproblem*. I B. Almås (red.), *Klinisk omvårdnad del 1* (s.505- 529). Stockholm: Liber.

Björkelund, K., Hommel, A., Thorngren, K-G., Lundberg, D. & Larsson, S. (2011). The influence of perioperative care and treatment on the 4-month outcome in elderly patients with hip fracture. *Journal of the American Association of Nurse Anesthetists*, 79(1), 51-61. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

Bowling, T. (2004). *Nutritional Support for Adults and Children: A handbook for hospital practice*. Oxford: Radcliffe Publishing.

Casey, G. (2011). Wound healing: Repair at the expense of function. *Kai Tiaki Nursing New Zealand* 17(6), 22-27. Hämtad från databasen CINAHL With Full Text.

Christenson, I. & Sundling, I. (2000). *Näringslära*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.

Covinsky, K., Covinsky, M., Palmer, R. & Sehgal, A. (2002). Serum albumin concentration and clinical assessments of nutritional status in hospitalized older people: Different sides of different coins? *Journal of the American geriatrics society*, 50(4), 631-637. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

Cronin, J., Livhits, M., Mercado, C., Chen, F., Foster, N., Chandler, C., ... Chen, D. (2011). Quality improvement pilot program for vulnerable elderly surgical patients. *The American Surgeon*, 77, 1305-1308. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

Duncan, N., Beck, S., Hood, K. & Johansen, A. (2006). Using dietetic assistants to improve the outcome of hip fracture: A randomised controlled trial of nutritional support in an acute trauma ward. *Age and ageing*, 35, 148-153. doi:10.1093/ageing/afj011.

- Dunn, D. (2004). Preventing perioperative complications in an older adult. *Nursing 2004*, 34(11), 36-41. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.
- Espauella, J., Guyer, H., Diaz-Escriu, F., Mellado-Navas, J., Castells, M. & Pladevall, M. (2000). Nutritional supplementation of elderly hip fracture patients: A randomized, double blind, placebo- controlled trial. *Age and ageing*, 29, 425- 431. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur.
- Fresenius Kabi. (2006). *Bedömning av nutritionsstatus: Modifierat SGA*. Hämtad 19 mars 2012 från Fresenius Kabi, http://www.fresenius-kabi.no/Documents/Sweden/KN/sga_modifierad_maj06.pdf
- Friberg, F. (2006). *Att göra en litteraturoversikt*. I B. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.115- 124). Lund: Studentlitteratur.
- Garth, K., Newsome, C., Simmance, N. & Crowe, T. (2010). Nutritional status, nutrition practices and post-operative complications in patients with gastrointestinal cancer. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 23, 393–401. doi:10.1111/j.1365-277X.2010.01058.x.
- Gunnarsson, A-K., Lönn, K. & Gunningberg, L. (2009). Does nutritional intervention for patients with hip fractures reduce postoperative complications and improve rehabilitation? *Journal of Clinical Nursing*, 18(9), 1325-33. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02673.x.
- Hambraeus, A. (2010). *Operationsvård*. Hämtat 21 mars 2012 från Vårdhandboken, <http://www.varldhandboken.se/Texter/Operationsvard/Oversikt/>
- Hogstel, M. & Taylor- Martof, M. (2001). Perioperative care. I B. Hogstel (red.), *Gerontology: Nursing care of the older adult* (s. 288-289). New York: Delmar Cengage Learning

Holman, C., Roberts, S. & Nicol, M. (2005). Promoting adequate nutrition. *Nursing Older People*, 17(6), 31-32.

Jahren- Kristoffersen, N. (2006). *Teoretiska perspektiv på omvårdnad*. I B. Jahren- Kristoffersen, Nortvedt & Skaug (red.), *Grundläggande omvårdnad del 4* (s.13-101). Stockholm: Liber.

Jones, T. (2010) A holistic framework for nursing time: Implications for theory, practice, and research. *Nursing Forum*, 45(3), 185-196. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

Kaçmaz, Z. & Kaşıkçı, M. (2007). Effectiveness of bran supplement in older orthopaedic patients with constipation. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 928–936. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01766.x.

Kaiser, M., Bauer, J., Rämisch, C., Uter, W., Guigoz, Y., Cederholm, T., ... Sieber, C. (2010). Frequency of malnutrition in older adults: A multinational perspective using the mini nutritional assessment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(9), 1734-1738. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.03016.x.

Kondrup, J., Allison, S., Eila, M., Vellas, B. & Plauth, M. (2002). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clinical Nutrition*, 22(4), 415-421. doi: 10.1016/S0261-5614(03)00098-0.

Larsson, M. & Rundgren, Å. (2010). *Geriatriska sjukdomar* (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Nestlé nutrition institute. (2006). *Mini Nutritional Assessment: MNA*. Hämtad 1 mars 2012 från Nestlé nutrition institute, http://www.mna-elderly.com/forms/MNA_swedish.pdf

Olofsson, B., Stenvall, M., Lundström, M., Svensson, O. & Gustafson, Y. (2006). Malnutrition in hip fracture patients: An intervention study. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 2027–2038. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

Overgaard, D., Christiansen, A., Neymark, K., Sørensen, H., Ladelund, S. & Lind-Rasmusen, J. (2011). Hjælp til ernæring fremmer rehabilitering: Et follow-up-studie af patienter opereret for colorektal cancer. *Vård i Norden*, 31(1), 4-10. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

Pedersen, P. (2005). Nutritional care: The effectiveness of actively involving older patients. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 247-255. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

Pedersen, S., Borgbjerg, F., Schousboe, B., Pedersen, B., Jørgensen, H., Duus, B. & Lauritzen, J. (2008). A comprehensive hip fracture program reduces complication rates and mortality. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(10), 1831–1838. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.01945.x.

Polit, D. & Beck, C. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8. uppl.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 3 Mars, 2012, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/?bet=1982:763

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 19 mars 2012 från Socialstyrelsen, http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Socialstyrelsen. (2011). *Näring för god vård och omsorg: en vägledning för att förebygga och behandla undernäring*. Hämtad 1 mars 2012 från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-9-2>

SOSFS 2008:14. *Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården*. Hämtad 21 mars från Socialstyrelsen, http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2008-14/Documents/2008_14.pdf

Statistiska centralbyrån. (2010). *Sveriges befolkning 2010*. Hämtad 2 mars 2012 från Statistiska centralbyrån, http://www.scb.se/Pages/PressRelease____310406.aspx

Ward, N. (2003). Nutrition support to patients undergoing gastrointestinal surgery. *Nutrition Journal* 2(18), 1-5. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

Watters, C. & Moran, W. (2006). Hip fractures: A joint effort. *Orthopaedic Nursing*, 25(3), 157-165. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

Wilkinson, K., Martin, I., Gough, M., Stewart, J., Lucas, S., Freeth, H. & Bull, B. (2010). *An age old problem- A review of the care received by elderly patients undergoing surgery*. (the National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death, 2010). London: NCEPOD. Från http://www.ncepod.org.uk/2010report3/downloads/EESE_fullReport.pdf

Bilagor

Bilaga 1. Artiklar som ligger till grund för resultatet.

Författare Land År	Titel	Syfte	Design Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitetsgrad
Adams et al. Australien 2008	Recognition by medical and nursing professionals of malnutrition and risk of malnutrition in elderly hospitalised patients	Att undersöka förekomsten av undernäring hos äldre inneliggande patienter, och undersöka vårdpersonalens uppfattningar och medvetenhet om tecken på och risker för undernäring.	Kvantitativ studie. Patienter= 100 stycken, sjuksköterskor= 57 stycken.	N= 157	Resultaten visade att vårdpersonal har svårt att införa teoretisk kunskap i praktiken.	Medel 20/29
Björkelund et al. Sverige 2011	The Influence of Perioperative Care and Treatment on the 4-Month Outcome in Elderly Patients With Hip Fracture	Att identifiera perioperativa riskfaktorer som är förknippade med postoperativt utfall upp till 4 månader efter operationen hos äldre med höftfraktur.	Kvantitativ deskriptiv kohort studie.	N= 428	Det identifierades tre riskfaktorer som påverkar det postoperativa förloppet.	Medel 19/29
Covinsky et al. USA 2002	Serum Albumin Concentration and Clinical Assessments of Nutritional Status in Hospitalized Older People: Different Sides of Different Coins?	Att bedöma om graden av undernäring överrensstämmer mellan SGA-resultat och albuminkoncentration i blodet.	Kvantitativ tvärsnittsstudie.	N= 311	Bedömningsinstrumenten överrenstämde med varandra i de flesta fallen.	Medel 21/29
Cronin et al. USA 2011	Quality Improvement Pilot Program for Vulnerable Elderly Surgical Patients	Att genomföra en kvalitetsförbättring i enlighet med ett pilotprojekt som riktar in sig på äldres specifika behov.	Kvantitativ prospektiv studie. Preinterventionsgrupp= 43 personer, postinterventionsgrupp= 26 personer.	N= 69	Det preliminära resultatet av pilotprojektet tydde på att en individualisering av vård för äldre patienter kan förbättra det postoperativa resultatet.	Medel 17/29
Duncan et al. Storbritannien 2006	Using dietetic assistants to improve the outcome of hip fracture: a randomised controlled trial of nutritional support in an acute trauma ward	Att undersöka vad ökad uppmärksamhet på nutritionen från personalens sida har för effekt på det postoperativa resultatet hos äldre kvinnor med höftfraktur.	Kvantitativ prospektiv randomiserad kontrollerad studie. Interventionsgrupp= 145 personer, kontrollgrupp= 157 personer	N= 302	Dödligheten minskades både direkt efter operationen och 4 månader senare i interventionsgruppen.	Hög 25/29

Espauella et al. Spanien 2000	Nutritional supplementation of elderly hip fracture patients. A randomized, double blind, placebo- controlled trial.	Att undersöka om nutritionstillskott kunde hjälpa äldre patienter att återgå till tidigare funktionella status, minska komplikationer och dödlighet efter höftfraktur.	Kvantitativ randomiserad, dubbelblind, placebokontrollerad studie. Interventionsgrupp= 85 personer. Kontrollgrupp= 86 personer.	N= 171	Skillnaden som upptäcktes var att komplikationerna minskade hos interventionsgruppen.	Medel 18/29
Garth et al. Australien 2010	Nutritional status, nutrition practices and postoperative complications in patients with gastrointestinal cancer	Att fastslå om specifika perioperativa nutritionsåtgärder kan förbättra patientens postoperativa resultat.	Kvantitativ retrospektiv studie med ett bekvämlighetsurval.	N= 95	De preoperativa albuminvärderna och hur lång vårdtiden blev hade en negativ korrelation.	Medel 18/29
Gunnarsson et al. Sverige 2009	Does nutritional intervention for patients with hip fractures reduce postoperative complications and improve rehabilitation?	Att undersöka om det fanns någon skillnad mellan patienter som fick specifika nutritionsåtgärder pre- och postoperativt och de som inte fick detta.	Kvantitativ kvasiexperimentell. Interventionsgrupp= 50 personer, kontrollgrupp= 50 personer.	N= 100	De postoperativa resultaten var bättre för patienter i interventionsgruppen.	Medel 21/29
Kaçmaz, Z. & Kaşıkçı, M. Turkiet 2007	Effectiveness of bran supplement in older orthopaedic patients with constipation	Att utvärdera effektiviteten av planerade omvårdnadsåtgärder bland annat genom att inkludera fibertillskott som kan påverka defekationen efter en operation.	Kvantitativ kvasiexperimentell studie. Interventionsgrupp= 30 personer kontrollgrupp =30 personer.	N= 60	Patienterna som fick planerade åtgärder förbättrade sina avföringsvanor jämfört med kontrollgruppen.	Hög 23/29
Kaiser et al. Tyskland 2010	Frequency of Malnutrition in Older Adults: A Multinational Perspective Using the Mini Nutritional Assessment	Att ge samlad fakta på förekomsten av undernäring hos äldre inom olika vårdinstanser där en bedömning enligt MNA gjorts.	Kvantitativ retrospektiv studie.	N= 4507	Prevalensen av undernäring på olika vårdinstanser skiljde sig stort. MNA kunde vara ett bra sätt att upptäcka undernäring på.	Medel 19/29
Olofsson et al. Sverige 2006	Malnutrition in hip fracture patients: an intervention study	Att undersöka om näringsmässiga ingripanden hos äldre med en fraktur på lårbenshalsen hade effekt på postoperativa komplikationer och näringsstatusen under fyra månaders uppföljning.	Kvantitativ randomiserad kontrollstudie. Interventionsgrupp= 102 personer kontrollgrupp= 97 personer.	N= 199	De näringsmässiga ingripandena kan ha bidragit till kortare delirium efter operationen, färre trycksår och kortare sjukhusvistelse.	Hög 23/29
Overgaard et al. Danmark 2011	Hjælp til ernæring fremmer rehabilitering – et follow-up-studie af patienter opereret for colorektal cancer	Att undersöka hur patienternas upplevelser av information, stöd och engagemang kring nutrition under sjukhusvistelsen påverkade rehabiliteringen.	Kvantitativ uppföljningsstudie.	N= 276	Patienter som hade en kontaktperson i samband med sjukhusvistelsen uppnådde bättre resultat i den postoperativa fasen.	Medel 21/29
Pedersen, P. Danmark 2005	Nutritional care: the effectiveness of actively involving older patients	Att undersöka effekten av patientens aktiva roll tillsammans med sjuksköterskan gällande näringsintaget.	Kvantitativ kvasiexperimentell studie. Interventionsgrupp= 107 personer, kontrollgrupp= 135 personer	N= 242	Det dagliga intaget av både energi och protein ökade i interventionsgruppen.	Medel 22/29

Pedersen et al. Danmark 2008	A Comprehensive Hip Fracture Program Reduces Complication Rates and Mortality	Att utvärdera förekomsten av postoperativa komplikationer, vårdtid och ett års mortalitet före och efter införandet av ett omfattande multidisciplinärt behandlings- och vårdprogram för patienter med höftfraktur.	Fas ett: Kvantitativ retrospektiv journal genomgång. Fas två: Interventionsgrupp= 357 personer, kontrollgrupp= 178 personer	N= 535	Vårdprogrammet minskade graden av postoperativa komplikationer som inträffar på sjukhuset och dödligheten hos patienterna.	Hög 23/29
---	---	---	---	--------	--	--------------

Bilaga 2 Granskningsmall för kvantitativa studier

Mallen är en modifierad version av Willman, A., Stoltz B. & Bahtsevani, C. (2006) och Forsberg, C. & Wengström Y. (2008)

	Fråga	Ja	Nej
1.	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2.	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3.	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4.	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5.	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6.	Är frågeställningarna tydligt formulerade?		
7.	Är designen relevant utifrån syftet?		
8.	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
9.	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10.	Finns exklusionskriterier beskrivna?		
11.	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12.	Är urvalsmetoden beskriven?		
13.	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14.	Finns populationen beskriven?		
15.	Är populationen representativ för studiens syfte?		
16.	Anges bortfallets storlek?		
17.	Kan bortfallet accepteras?		
18.	Anges var studien genomfördes?		
19.	Anges när studien genomfördes?		
20.	Anges hur datainsamlingen genomfördes?		
21.	Anges vilka mätmetoder som användes?		
22.	Beskrivs studiens huvudresultat?		
23.	Presenteras hur data bearbetats statistiskt och analyserats?		
24.	Besvaras studiens frågeställningar?		
25.	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
26.	Diskuterar författarna studiens interna validitet??		
27.	Diskuterar författarna studiens externa validitet?		
28.	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter		
29.	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		

Maxpoäng: 29

Kvalitet: 0-16 poäng = låg 17-22 poäng= medel 23-29 poäng= hög