



PRO-CARE (Clinical Assessment Research & Education)
Rapport 31, (ISSN:1654-1421)

Forskning, Utbildning & Samverkan i Sjuksköterskeutbildningen (FUSS)

– studentmedverkan i forskning under verksamhetsförlagd
utbildning

Ellinor Edfors, adjunkt i omvårdnad
Gita Hedin, forskningsassistent
Albert Westergren, professor i omvårdnad



FÖRORD

Forskargruppen PRO-CARE (Clinical Assessment Research & Education), tidigare Klinisk Patientnära Forskning med studentmedverkan i fokus bedriver sedan år 2005 forskning med inriktning mot patientsäkerhet och har bas vid Högskolan Kristianstad, Sektionen för Hälsa och Samhälle.

Målsättningen med PRO-CARE är att verka för och underlätta arbetet med patientsäkerhet, och samtidigt bereda väg för en bättre vetenskaplig förståelse och vetenskaplig förankring i den verksamhetsförlagda utbildningen för sjuksköterskestudenter. Metodiken förenar högskolans tre primära uppgifter; forskning, utbildning och samverkan.

Under åren som gått har studenter medverkat i flera reella forskningsprojekt under den verksamhetsförlagda utbildningen, resultat har återförts till verksamheterna och vetenskapliga artiklar har producerats. Studierna har gått under benämningen ”**Punktprevalensstudier**”, förkortat **PPS**.

Denna rapport föranleddes av en ökad efterfrågan kring hur vi i sjuksköterskeprogrammet vid Högskolan Kristianstad, arbetar med studenternas medverkan i reella forskningsprojekt. Nämnas bör särskilt att man från Sahlgrenska akademien, Göteborgs Universitet, varit i kontakt med oss för att få del av arbetssättet. Där har man infört metodiken inom utbildningen kring palliativ vård och även erhållit ett stort anslag för implementering, genomförande och utvärdering. För att underlätta kommunikationen vid förfrågningar kommer denna rapport att vara till stor nytta.

Efter denna rapport lämnar vi benämningen ”PPS” till förmån för benämningen ”**Forskning, Utbildning och Samverkan i Sjuksköterskeutbildningen**”, förkortat **FUSS**. Eftersom metodiken även fått spridning till andra utbildningar för redan färdiga sjuksköterskor kan fortfarande förkortningen ”FUSS” användas men då betecknande ”Forskning, Utbildning och Samverkan för Sjuksköterskor”. I FUSS inbegrips såväl punktprevalensstudier som andra typer av studier, t.ex. instrumentutvärdering. Vidare lyfts betydelsen av studierna för såväl studenternas utbildning som för samverkan med det omgivande samhället.

Vi vill passa på att tacka studenter, adjunkter, lärare och de kliniska verksamheterna som genom sitt deltagande möjliggör dessa studier.

Kristianstad 2011-04-12

Ellinor Edfors, Gita Hedin & Albert Westergren

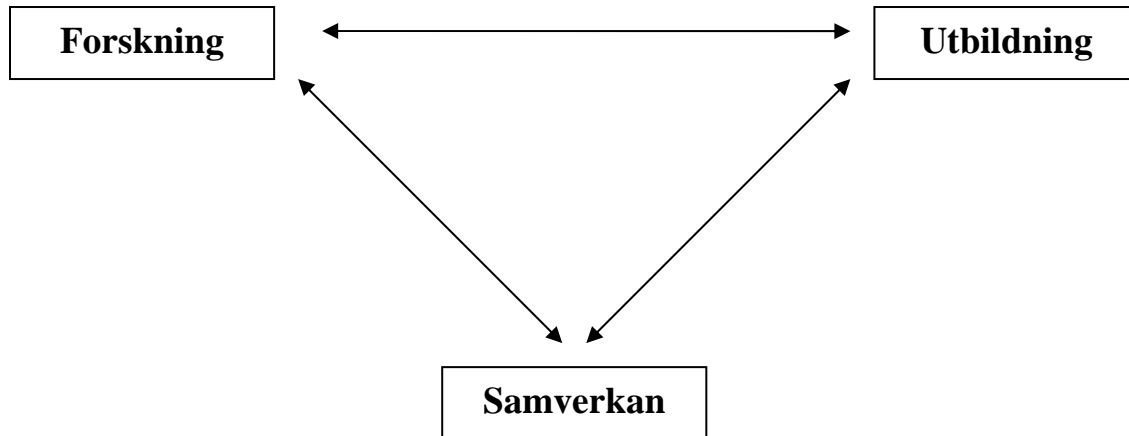
BAKGRUND

Forskargruppen Clinical Assessment Research and Education (PRO-CARE)

I Högskoleverkets (HSV) tidigare granskningar har högskolorna, bl.a. vårdhögskolorna, fått kritik för bristande högskolemässighet gällande otillfredsställande forskningsanknytning, låg grad av studentinflytande, låg vetenskaplig kompetens hos lärarna samt bristande kopplingar mellan teoretiska och verksamhetsförlagda delar (Högskoleverket, 2007a). Positivt vid Högskolan Kristianstad var ett ”osedvanligt gott samarbetsklimat i samverkan mellan de som är ansvariga för sjuksköterskeprogrammet och de som ansvarar för och arbetar med den verksamhetsförlagda utbildningen” (Högskoleverket, 2007a). Högskoleverkets granskning av sjuksköterskeutbildningen vid Kristianstad visade således tillfredsställande kvalitet på den verksamhetsförlagda utbildningen. Däremot behövde högskolemässigheten förbättras och den akademiska träningen tydliggöras. Det saknades ämnesföreläsare för de ämnen som ingick i utbildningen och det påtalades ett behov av att utveckla huvudämnet omvårdnad (Högskoleverket, 2007a). Vidare påpekades det ett behov av ökat samband mellan forskning och utbildning där pedagogisk forskning och dokumentation av utvecklingsarbeten inkluderas samt en gemensam vision för akademi och verksamhet (Forneng, 2007, Högskoleverket 2007b).

Utifrån Högskoleverkets granskningar inrättade Högskolan Kristianstad 2004 en professur i klinisk omvårdnad (Christina Lindholm) och en koordinatorstjänst (Lina Axelsson) i syfte att utveckla forskningsanknytningen. Till gruppen knöts också en klinisk lektor (Kerstin Ulander) och en docent från klinisk verksamhet (Albert Westergren). En forskargrupp ”Forskargruppen för Klinisk Patientnära forskning” (KLIPAT) bildades 2004 och arbetet påbörjades med att förbättra sjuksköterskeutbildningen inom främst de områden som Högskoleverket lyft i sin granskning. Inom forskargruppen bedrivs sedan starten forskning med huvudsakligt fokus mot patientsäkerhet och studenters upplevelser av att medverka i forskningsprojekt. I januari 2011 ändrade forskargruppen namn till PRO-CARE (Clinical Assessment Research and Education). Ämnesföreläsare för Omvårdnad och ledare för forskargruppen är idag Albert Westergren, professor och koordinator/forskningsassistent är Gita Hedin. Gruppen har många medlemmar, adjunkter (bl.a. första författaren till föreliggande rapport, Ellinor Edfors), doktorander, lektorer och från hösten 2011 ytterligare en professor.

Forskargruppens målsättning är att med klinisk patientnära forskning verka för och underlätta arbetet med patientsäkerhet i regionen, samt att bereda väg för en bättre vetenskaplig förståelse och vetenskaplig förankring i den verksamhetsförlagda utbildningen för sjuksköterskestudenterna. Målsättningen är att arbetssättet ska förena utbildning, forskning och samverkan (figur 1).



Figur 1. Målsättningen med klinisk patientnära forskning i sjuksköterskeutbildningen är att förena forskning, utbildning och samverkan.

Forskargruppen har i samarbete med kunskapsgruppen Omvårdnadsvetenskap i Verksamhetsförlagd Utbildning (OVVFU) sedan 2005 två gånger om året genomfört forskningsprojekt med studentmedverkan i anslutning till verksamhetsförlagd utbildning i form av punktprevalensstudier (PPS). Motsvarande PPS har även genomförts i samverkan, såväl nationellt, med Lunds och Malmös universitetssjukhus, Blekingesjukhusen (Westergren et al., 2009a) som internationellt med Island (Westergren et al., 2010a) och Saudiarabien (Westergren et al., 2010b). Efter denna rapport kommer begreppet PPS att ersättas med ”Forskning, Utbildning & Samverkan i Sjuksköterskeutbildningen (FUSS)”.

Kunskapsgruppen Omvårdnadsvetenskap i Verksamhetsförlagd Utbildning (OVVFU) Högskolan Kristianstad är indelad i två operativa enheter: Sektionen för Hälsa och Samhälle samt Sektionen för Lärarutbildning. Lärarna i varje sektion är organiserade i Kunskapsgrupper som utgör basen för genomförandet av Högskolans utbildning, forskning och samverkan med det omgivande samhället.

Kunskapsgruppen OVVFU som ingår i sektionen för Hälsa och Samhälle startades våren 2008. Enligt OVVFU kan omvårdnad förstås utifrån teori och är i sig en praktik. Den ”verksamhetsförlagda utbildningen” utgörs av mötet mellan forskning, utbildning och arbetsliv och kan förstås som forskningsanknuten och vetenskapliggjord praktik. Centrala begrepp för kunskapsgruppen är akademisering, vetenskaplig förståelse, studentmedverkan, förbättringskunskap och patientsäkerhet. Kunskapsgruppen ska stimulera till både vetenskaplig och pedagogisk kompetenshöjning hos medarbetarna. I samarbete med forskargruppen PRO-CARE bedrivs forskning utifrån; vårdtagarens säkerhet, studentens perspektiv, reella behov i verksamheter och akademisering av verksamhetsförlagd utbildning. De mer erfarna forskarna i PRO-CARE kan även stimulera till och utgöra stöd för medarbetare i kunskapsgruppen att bedriva utvecklingsarbeten och egen forskning.

Studentmedverkan i forskningsprojekt

I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2005) framkommer det att förutsättningen för att kunna ge en god omvårdnad är en värdegrund som präglas av helhetssyn och etiskt förhållningssätt samt en förmåga att kunna söka och använda evidensbaserad kunskap inom såväl teori som praktik. Kunskapsgruppen OVVFU:s arbete i sjuksköterskeutbildningen fokuseras mot att öka studenternas motivation och kunskap om vården samt att öka förståelsen och förmågan att använda vetenskapliga principer vid

datainsamling, databearbetning och presentation av forskningsresultat. En del i detta arbete har inneburit att studenterna i samband med den verksamhetsförlagda utbildningen i kurs 6 och kurs 16 deltagit i de forskningsprojekt som sedan 2005 genomförts två gånger årligen i samverkan med forskargruppen PRO-CARE. Forskningsprojekten har fokuserat på patientsäkerhet och kvalitetsarbete och syftet har varit att träna kritiskt tänkande och reflektion, att ge kännedom om strukturerade bedömningsinstrument och hur de kan användas för att identifiera risker i vården samt att ge en inblick i hur forskning kan bedrivas i praktiken.

I forskningsprojekten har PPS används som metod. Vid PPS mäts förekomsten av specifika fenomen/tillstånd t.ex., trycksår, fall och smärta vid en given tidpunkt eller tidsperiod (Polit & Beck, 2008). Under åren 2005 – 2008 genomfördes fullskaliga totalstudier vars resultat har presenterats i form av rapporter, konferensbidrag och vetenskapliga artiklar. Från hösten 2008 har även en form av ”mini-PPS” genomförts där målsättningen med studierna i högre grad fokuserats mot studentinläring än vetenskaplig publicering. Insamlat material från ”mini-PPS” har legat till grund för examensarbeten på såväl grundläggande och som avancerad nivå (bilaga 1 och tabell 1). Forskningsprojekt som genomfördes hösten 2010 ingick även som en del i utvecklingen av ett nytt instrument; Minimal Eating Observation and Nutrition Form (MEONF). MEONF är ett screeninginstrument avseende bedömning av risk för undernäring. MEONF har utvecklats utifrån instrumentet Minimal Eating Observation Form- Version II (MEOF – II) (Westergren et.al., 2009b) samt de riktlinjer som finns kring vad som bör ingå i bedömningen av ”risk för undernäring” (ofrivillig viktminskning, lågt BMI och förekomst av ätproblem) (SWESPEN, 2006). MEONF har beskrivits ha mycket god reliabilitet och validitet (Vallén, Hagell & Westergren, 2011). Mer information och instrumentet MEONF finns tillgängligt via www.hkr.se/meonf.

Tabell 1. Översikt över genomförda och planerade forskningsprojekt i form av punktprevalensstudier (PPS)

PPS nummer	Tidpunkt	Fokus
1	Februari 2005	Trycksår I (totalundersökning)
2	November 2005	Nutrition I (totalundersökning)
3	Mars 2006	Trycksår II (totalundersökning)
4	November 2006	Vårdhygien I (totalundersökning)
5	Maj 2007	Smärta vid bensår (totalundersökning)
6	Oktober 2007	Nutrition II (totalundersökning)
7	Mars 2008	Hygien II (totalundersökning)
	Ökat fokus på studentinläring genom t.ex. återrapportering och examensarbeten.	
8	Oktober 2008	Fallrisk (partiell undersökning)
9	April 2009	Smärta (partiell undersökning)
10	Oktober 2009	Nutrition III (totalundersökning i särskilt boende)
11	Mars 2010	Fallrisk II (totalundersökning där studenter fanns)
12	Oktober 2010	Instrumentutvärdering MEONF, pilotstudie
13	Mars 2011	Instrumentutvärdering MEONF – II

PPS genomförs ett specifikt datum och studenterna ansvarar, med stöd från handledare och adjunkter, för genomförandet av PPS inom den verksamhet de har sin placering.

I de fall det finns studenter från bägge kurserna inom samma verksamhet kan med fördel student i kurs 16 agera handledare/arbetsledare till student i kurs 6. Studentens uppdrag innebär förberedelse inför datainsamling, information till verksamhet och patienter, datainsamling i form av strukturerade bedömningsinstrument och viss databearbetning.

Studenten ska vidare analysera och reflektera kring resultatet samt återrapportera detta till aktuell verksamhet och föreslå åtgärder för kvalitetsförbättring. De totala resultaten sammanställs och återrapporteras till verksamheterna i sin helhet av forskargruppen och adjunkterna.

Forskargruppen förbereder PPS genom att ta fram följande underlag (för exempel se bilaga 2):

- Kortfattad projektplan
- Information till verksamheten
- Information till patienten (inklusive förfrågan om deltagande)
- Formulär för datainsamling
- Mall för återföring av resultat till verksamheten
- Studentutvärdering av medverkan i studien
- Försättsblad med information om student/verksamhet, antal bedömningar, antal tillfrågade om medverkan
- FAQ (Frequently Asked Questions)

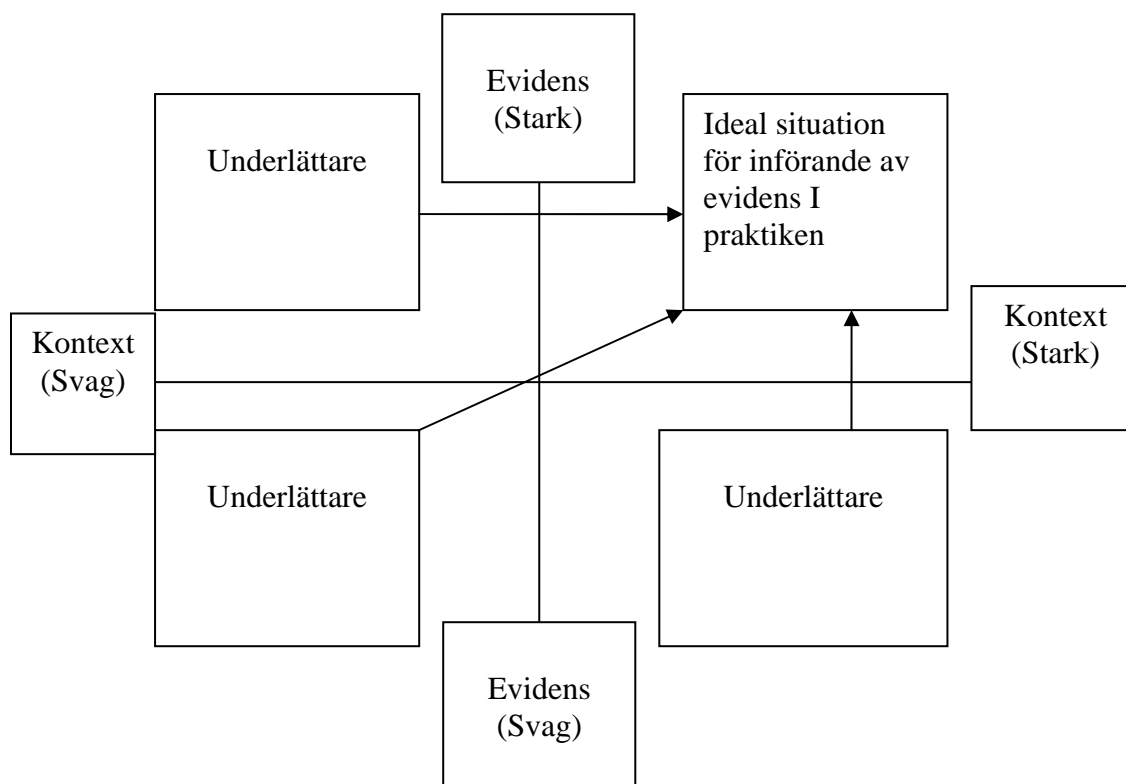
Materialet läggs ut i IT-plattformen så att det är tillgängligt för både studenter och lärare. Vidare hålls en muntlig information till studenterna i kurs 6 och en till studenterna i kurs 16. Powerpointpresentationen görs tillgänglig i IT-plattformen. Efter studenternas återföring av resultaten till verksamheten skickas underlaget till forskningsassistenten (GH) på högskolan för inmatning, bearbetning och analys.

Pedagogiska utgångspunkter

Pedagogiska utgångspunkter för studentmedverkan i forskningsprojekt tar ansats ur ett sociokulturellt perspektiv utifrån Vykotskijs teorier om lärande, där det sociala samspelet med andra studenter och mer erfarna kolleger kan framstå som faktorer för ett framgångsrikt lärande (Säljö, 2010). Det pedagogiska upplägget bygger på studentens egen vilja och förmåga att ta eget ansvar för sitt lärande samt att inta ett kritiskt och reflekterande förhållningssätt. Vidare eftersträvas samarbete och dialog, där olika erfarenheter, inställningar och ståndpunkter ställs mot varandra, för att stimulera utvecklingen av en lärgemenskap som möjliggör en optimal lärprocess.

Lärande från teori till praktik

”Interventioner” är handlingar som syftar till att åstadkomma förändringar. En ”lyckosam intervention” är resultatet av många samspelande faktorer. Enligt Kitson och kollegor är en Lyckosam Intervention (LI) en funktion (f) av de tre nyckelelementen: Evidens (E), Kontext (K) och Underlättare (U) (Kitson et al., 2008). Detta kan sammanfattas i formeln: $LI = f(E, K, U)$ (figur 2). Till evidens kan till exempel forskning, klinisk erfarenhet, vårdtagarens erfarenheter och data om vårdtagaren räknas. Kontexten innefattar bland annat sammanhanget, omgivningen, kultur och ledarskap. Till underlättare räknas till exempel syftet/målsättningen med eventuell förändring, stöd från ledningen, personalresurser, tid och ekonomi. Även en politiskt förankrad policy skulle kunna ses som underlättande – under förutsättning att den är meningsfull, rimlig och uppfyller ett lokalt behov (Westergren & Hedin, 2010a).



Figur 2. Inbördes förhållandet mellan tre viktiga nyckelelementen för en lyckosam intervention – Evidens (E), Kontext (K) och Underlättare/möjliggörare (U): $LI = f(E, K, U)$.

I två studier undersöktes hur studiecirkel och policydokument kunde användas för att skapa lärande och förbättra praktiken vad gäller nutritionshjälpen till äldre i särskilda boenden. I studierna byggdes interventionen upp utifrån Kitsons teori om lärande från teori till praktik (Westergren, et al., 2009c, Westergren & Hedin 2010b). Att medverka i genomförandet av PPS kan vara ett led i att öka kunskaperna om och förståelsen för hur man kan implementera evidens i praktiken genom att ges förutsättningar för användandet av evidensbaserade strukturerade bedömningsunderlag.

Känsla av sammanhang (KASAM)

Aaron Antonovsky är teoretikern bakom begreppet salutogenes som menar att när individen har KASAM uppstår hälsa. Människans KASAM påverkas av tre komponenter som Antonovsky & Elfstadius (2005) valt att kalla *begriplighet*, *hanterbarhet* och *meningsfullhet*. *Begriplighet* syftar till i vilken utsträckning människan upplever inre och yttre stimuli som förnuftsmässigt gripbara, sammanhängande och strukturerade, till skillnad från att uppleva oordning, kaos och slumpmässighet. En människa med hög begriplighet förväntar sig att de stimuli som kommer i framtiden är förutsägbara eller åtminstone går att förklara. *Hanterbarhet* syftar på den grad till vilken människan upplever att det står resurser till ens förfogande. Har människan en hög känsla av hanterbarhet kommer hon/han inte att känna sig som ett offer för omständigheterna eller tycka att livet behandlar en orättvist. Den tredje komponenten *meningsfullhet* syftar till vikten av att vara delaktig, att man själv är medverkande i de processer som skapar såväl ens öde som ens dagliga erfarenheter (Antonovsky & Elfstadius, 2005). Dessa tre komponenter som utgör begreppet KASAM kan

kopplas både till studenterna och patienterna/vårdtagarna som ingår i punktprevalensstudierna.

I anslutning till samtliga PPS har utvärderingar inhämtas från studenterna kring studiens upplägg samt hur deras medverkan påverkat vetenskaplig förståelse och intresse för kunskapen om det studerade ämnet. Utvärderingarna har visat att deltagande i reella forskningsprojekt har betydelse för sjuksköterskestudenternas vetenskapliga förståelse. I de studier som genomförts har huvuddelen av studenterna uppgett att de fått bättre vetenskaplig förståelse; t.ex. 2005 78 %, 2007 82 % och 2009 81 % (Westergren & Hedin, 2009). Liknande resultat presenteras också i en avhandling av Lilja Andersson (2007). Utifrån sjuksköterskestudenters berättelser kring vad som var av betydelse för inläringen under utbildningen lyfte flertal studenter fram vikten av att de deltagit i PPS. Studenterna uppgav att den patient- och verksamhetsnära praktiska forskningen som deltagandet i genomförandet av PPS innebar hade en väsentlig påverkan på deras förståelse för vetenskapligt arbete och forskning. Vidare tydliggjordes det för studenterna att kunskap om forskning och vetenskapligt tänkande utgjorde en viktig del i deras framtida roll som sjuksköterska (Lilja Andersson, 2007). Eftersom de studentutvärderingar som gjorts har haft en kvantitativ ansats i form av strukturerat frågeformulär saknas det djupare kunskaper kring sjuksköterskestudenternas egna upplevelser av att medverka i forskningsprojekt under verksamhetsförlagd utbildning.

Syfte

Syftet med studien var att belysa studenters upplevelser av att medverka i forskningsprojekt under verksamhetsförlagd utbildning.

METOD

Studien var av såväl kvantitativ design, i form av strukturerat frågeformulär (Polit & Beck, 2008) som kvalitativ, i form av semistrukturerade intervjuer (Kvale et al., 2009).

Urval

Urvalet till den kvantitativa delen av studien bestod av den skriftliga utvärdering, i form av ett strukturerat frågeformulär, som besvarats av studenter (kurs 6 och 16) som medverkade i PPS hösten 2010 (n= 82). Urvalet till den kvalitativa delen av studien bestod av fem studenter, i sjuksköterskeutbildningens sista termin (kurs 16), som i samband med den verksamhetsförlagda utbildningen deltagit i PPS hösten 2010. Tre av respondenterna var placerade på sjukhusavdelningar medan två var placerade i kommunal hemsjukvård. Respondenterna rekryterades genom klinisk adjunkt/lärare.

Genomförande

De respondenter som tackade ja till att delta i studien kontaktades, via telefon, av första författaren (EE). Vid detta samtal gavs ytterligare information om studien samt tid och plats för intervjun avtalades. Innan intervjuerna startades gavs klagörande information kring studien syfte, att deltagandet var frivilligt och att de när helst under studiens gång kunde avbryta sitt deltagande. Intervjuerna genomfördes av första författaren (EE). Inledningsvis ombads respondenten att berätta fritt kring sina upplevelser av att delta i PPS. Författaren eftersträvade att, under hela intervjun, genom fördjupande uppföljningsfrågor, fånga det som var viktigt för respondenten utifrån frågorna i det strukturerade frågeformulär, som ligger till grund för den kvantitativa utvärderingen av PPS. Intervjuerna varade mellan 40 – 50 minuter

och spelades in med digital utrustning. De delar i intervjuerna som svarade upp mot studiens syfte transkriberades ordagrant.

Analys

Insamlad data från de strukturerade frågeformulären analyserades deskriptivt av andra författaren (GH). Innehållsanalys användes som metod för analys av intervjuerna (Berg, 2009). Innehållsanalys kan användas utifrån två nivåer; manifest innehållsanalys som fokuserar på innehållet i texterna ur ett ytligt perspektiv utifrån det skrivna ordet och latent innehållsanalys som går på djupet av innehållet och tolkar den underliggande innebörden som förmedlas via texten (Graneheim & Lundman, 2004). I denna studie, som avsåg att ge en beskrivning av studenternas upplevelser av att delta i PPS, har analysen i huvudsak haft utgångspunkt i manifest innehållsanalys. I första steget genomlästes texterna s.k. naiv läsning. En sammanställning gjordes därefter över de intryck och reflektioner som framkom under den naiva läsningen, Syftet med den naiva läsningen var att få en känsla för helheten och uppfattning om det huvudsakliga innehållet i texterna. Steg två startade med en öppen kodning då enstaka ord eller uttryck dokumenterades i marginalen. Därefter identifierades meningsbärande enheter dvs. materialet delades in i enheter vars innehåll verkade handla om samma sak och var relaterade till syftet. I steg tre kondenserades de meningsbärande enheterna och ett antal kategorier växte fram. I fjärde steget lästes samtliga texter igenom igen för att säkerställa att kategorierna täckte innehållet i texterna och koderna. Analysen genomfördes i samtliga steg av författaren (EE) i dialog med tredje författaren (AW) och arbetet pendlade kontinuerligt mellan helhet och delar i det insamlade materialet.

Forskningsetiska överväganden

Någon etisk prövning är inte gjord eftersom det inte krävs för denna typ av studier enligt svensk lag (SFS 2003:460). Innan intervjuerna påbörjades informerades respondenterna muntligt och skriftligt om studiens syfte, att deltagandet var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande. Allt insamlat material och personliga uppgifter som avser respondenterna har förvarats inlåst och behandlats konfidentiellt genom kodnummer. I studien är resultatet presenterat så att koppling till enskild deltagare inte ska vara möjlig.

RESULTAT

Strukturerat frågeformulär

Majoriteten av studenterna ansåg att informationen innan studien och de skriftliga instruktionerna var tillräckliga. De flesta ansåg också att de fått en bättre vetenskaplig förståelse genom att ha medverkat till studien liksom att flertalet ansåg att deras kunskaper ökade om ätande och näring (tabell 2).

Intervjuer

Resultatet baserades på intervjuer med fem studenter, i sjuksköterskeutbildningens sista termin, som deltog i den PPS som genomfördes i oktober 2010. Samtliga studenter i kursen fick i samband med kursintroduktionen en 30 minuters information om PPS syfte och genomförandet av ansvarig professor (AW). Studiens respondenter beskrev att det vid denna första information uppstod tankar som *"Nej, inte en uppgift till!"*. Vidare förekom känslor av osäkerhet och funderingar kring att de kunskaper som PPS skulle ge kunde ha lärts in på ett enklare sätt.

Tabell 2. Studenternas (kurs 6 och kurs 16, 2010), utvärdering av sina kunskaper och vetenskaplig förståelse.

	Kurs 6, (n= 23), %	Kurs 16, (n= 59), %
Informationen före studien var utmärkt/tillräcklig	86	97
De skriftliga instruktionerna var tillräckliga	86	90
Jag har fått bättre vetenskaplig förståelse	74	62
Undersökningen ökade mitt intresse för ätande och näring	36	32
Mina kunskaper om ätande och näring ökade	64	44

När respondenterna hade satt sig in i uppgiften, efter, som de beskrev, en bra strukturerad muntlig och skriftlig information, väcktes en nyfikenhet och förväntningarna förändrades till att det skulle bli kul och intressant att få göra ytterligare ett vetenskapligt arbete utöver kandidatuppsatsen (C-uppsatsen). Det kändes även speciellt att vara kompetent nog till att få delta i reell forskning och utvecklingen av ett nytt instrument. Vidare upplevde respondenterna det som värdefullt att de självständigt fick ansvara för PPS genomförande, utan någon inblandning av handledare eller lärare. Positivt var också att de var helt frikopplade från det ordinarie arbetet hela den aktuella dagen så att full koncentration kunde läggas på uppgiften.

Analysen av intervjuerna resulterade i sex kategorier som beskriver respondenternas upplevelser av att delta i PPS; att vara arbetsledare/handledare, att informera och föra en dialog, att använda strukturerad riskbedömning, att möta personen bakom diagnosen, att identifiera behov av kunskaper och att arbeta utifrån ett vetenskapligt förhållningssätt.

Att vara arbetsledare/handledare

Två av respondenterna genomförde studien tillsammans med studenter i kurs 6, vilket innebar att de tillsammans planerade, genomförde, sammanställde och återförde resultatet till avdelningen. Att göra studien tillsammans med en kurs 6 student innebar också att det skapades en bra möjlighet till att träna på rollen som handledare och arbetsledare. Att vara flera studenter tillsammans ansågs även vara betydelsefullt för lärandet då det uppstod utrymme till att diskutera frågor och funderingar. Möjligheten att träna sin roll som handledare saknades av de respondenter som genomförde PPS ensam på sin avdelning. Några av de respondenterna tog hjälp av undersköterskorna på avdelningen till urvalet av lämpliga patienter. En av respondenterna som genomförde PPS på ett boende för personer med demenssjukdom utförde den tillsammans med aktuella patienters kontaktmän. Respondenten upplevde det som mycket positivt att i detta sammanhang kunna agera som handledare till undersköterskorna och få träning i rollen som arbetsledare.

”Jag fick träna på att arbetsleda och själv dra i alla trådar.”

”Det var kul att vara handledare. Kändes ansvarsfullt. De var villiga att lära sig och lyssnade på vad man hade att säga.”

”Det var kul att det var flera som gjorde det. Vi diskuterade mycket, hur vi tolkade och gjorde olika saker.”

”Jag fick inte träna så mycket på arbetsledarrollen men jag samarbetade ju med undersköterskorna. Lite tråkigt att kurs 6 studenten inte kom.”

Att informera och föra en dialog

Återföring av PPS resultat till aktuell verksamheten ingick som ett moment i genomförandet. Respondenterna ansvarade själva för återföringen och de valde att anpassa den till vad som var lämpligt för aktuell verksamhet t.ex. i samband med morgonmöte, rapport eller vid ett separat möte. Övervägande av respondenterna upplevde att personalen på avdelningen var positivt inställda till undersökningen och att de tog resultatet från den på allvar. Återföringen väckte ett intresse för nutritionsområdet och det uppstod i flera fall diskussioner i personalgrupperna kring de resultat som framkommit och de åtgärder som rekommenderades. En respondent upplevde att personalen, genom återföringen av PPS resultatet, kände sig positivt bekräftade i sitt pågående arbete men nutritionsfrågor. En annan respondent berättade att resultatet hade uppmärksammat sjuksköterskorna på vikten av bedömning av nutrition. På en hårt belastad kirurgavdelning valdes att göra en skriftlig sammanfattning av studien och lämna den i personalrummet, på expeditionen och till avdelningschef. I detta fall hade respondenten inte fått någon feedback från personalen.

”Personalen blev intresserad och det väckte diskussioner. En sjuksköterska reagerade; Oj! De är mer inriktade på Norton och fallrisk.”

”Vi la ut en sammanfattning på expeditionen och lämnade en till avdelningschefen men har inte fått några synpunkter. Jag frågade handledaren men hon hade inte sett något.”

Att använda strukturerad riskbedömning

Ett syfte med den aktuella PPS var att träna studenten i att använda bedömningsinstrument för att identifiera risker för undernäring samt att fundera kring lämpliga åtgärder för att förebygga eller behandla undernäring. Respondenterna hade olika erfarenheter av användning av strukturerad bedömning i klinisk verksamhet. Oftast handlade det om rutinmässiga bedömningar avseende framförallt fall, smärta och sår. Erfarenheten var att det ibland förekom en slentrianmässig användning av instrumenten, vilket riskerade att patienter som fick gränsvärden vid en bedömning inte blev uppföljda. Respondenterna resonerade kring betydelsen av att använda bedömningsinstrument för att identifiera risker. De såg strukturerad bedömning som ett komplement till samtal och att det var nödvändigt att ställa mer djuplodande frågor för att få en mer samlad bild av patientens situation. Genomgående i intervjuerna med respondenterna framkom deras ståndpunkt kring vikten av att i omvårdnaden alltid se till helheten dvs. att se hela personen och inte bara en diagnos eller ett symptom.

”Bra med strukturerad bedömning. Det ger mer än samtal.”

”Klinisk blick och helhet är viktigt.”

Ett annat syfte med studien var att testa användarvänligheten för instrumentet MEONF. Ett instrument som är avsett att bedöma risk för undernäring och ätproblem. Respondenterna

uppgav att det var bra att instrumentet fokuserade på nutrition, då detta var ett område som inte hade belysts närmre tidigare i utbildningen. De flesta hade inte heller i sin verksamhetsförlagda utbildning träffat på rutinmässig bedömning av nutrition. Instrumentet upplevdes vara ett bra instrument som var lätt att förstå och använda. Speciellt bra var att det även innehöll bedömning av "Kliniska tecken" samt att det fanns bifogat lämpliga åtgärder. Ett resultat av bedömningen med MEONF som väckte diskussion, bland både personal och studenter, var att trots högt BMI kunde patienten vara i riskzon för undernäring. Detta gav insikten att vid bedömningar inte bara se till en faktor t.ex. BMI- värde, utan att även andra faktorer kan öka risken för undernäring såsom svårigheter att äta.

"Att bara genom några frågor få fram så mycket."

Att möta personen bakom diagnosen

Samtliga respondenter lyfte i intervjuerna betydelsen av att i mötet med patienten vara uppmärksam på etiska faktorer, såsom frivillighet, samtycke och anonymitet, samt att det var viktigt att förvissa sig om att patienten verkligen hade förstått informationen, som gavs både muntligt och skriftligt. Respondenterna uttalade att den etik- och omvårdnadshandledning, som ingick i detta lärosätes sjuksköterskeutbildnings samtliga kurser, låg till grund för att de ständigt var medvetna om etiska aspekter i alla möten med patienter.

"Jag tänker mycket på det etiska. Vi har ju fått så mycket om etik på hela utbildningen. Det har varit hur bra som helst. Jag tänker automatiskt på det nu."

Patienterna beskrevs av respondenterna som mycket positiva till att delta i studien. De ville gärna hjälpa till och kände sig speciellt uppmärksammade och ansåg att det var ett trevligt avbrott i sjukhusvistelsen. Även om själva bedömningen enbart tog fem minuter att genomföra, erbjöd bedömningsituationen en möjlighet till djupare samtal. Ett samtal som respondenterna upplevde ledde till en ökad kunskap om och förståelse för patienten som en person.

"Patienten kände sig speciell och det hände något under dagen. Jätteglad, tack, tack vad roligt."

"Jag tog mig tid att prata med patienterna. Det blev om kroppen och livet och så där."

"Jag fick genom detta veta mycket mer om patienten. Genom att samtala och observera."

Respondenterna menade att patienternas delaktighet i bedömningen var en förutsättning för att få ett trovärdigt resultat. Tydlig information och att låta patienten ta del av innehållet i bedömningsinstrumentet ökade inte bara respondentens utan även patientens medvetenhet kring riskfaktorer och lämpliga åtgärder.

"Det var medvetandegörande både för mig och patienten."

"En patient med RA (anm. reumatoid artrit) blev medveten om, tack vare PPS, att hon satt på sängkanten och åt och att det påverkade vad hon fick i sig."

"Viktigt att ta med patienten i bedömning och diskussion. Det i sig minskar risken."

Att identifiera behov av kunskaper

I intervjuerna framkom det att respondenterna fått nya insikter i vikten av att, som sjuksköterska, ha kunskaper inom nutrition. Kunskapsluckor identifierades och en nyfikenhet väcktes att lära sig mer. En respondent beskrev hur hon i samband med PPS genomförande genast hade praktiserat de nya kunskaperna genom att hon blivit extra vaksam när en patient hostade (som tecken på sväljningssvårigheter), vilket hon inte skulle ha reagerat på tidigare. Kunskaperna ökade också kring betydelsen av bedömningsinstrument för att kunna identifiera olika risker i vården samt att strukturerad bedömning ingår som en naturlig del av sjuksköterskans arbetsuppgifter.

”Jag såg kunskapsluckor hos mig själv som jag nu fördjupat.”

”Jag lärde mig att vara kritisk och om risk för undernäring, mer än jag visste innan. Det är så fokuserat på sår och skador men man ser nu hur viktigt det är med nutrition.”

En respondent som även deltagit i PPS tidigare i utbildningen (kurs 6) beskrev att det som gav henne mest vid det första tillfället var att hon lärt sig att prata med patienterna men att hon för övrigt inte hade förstått vad bedömningsinstrumentet kunde ge.

”Nu i kurs 16 förstår jag bättre genom att jag har mer vetenskaplig kunskap.”

Samtliga respondenter beskrev att deltagandet i PPS hade ökat deras medvetenhet om vikten av att mäta risker i vården. De såg också det som en uppgift att i sin roll som färdig sjuksköterska vara den som initierar användning av riskbedömningar. Respondenterna menade, att med de kunskaper de fått kunde se PPS som en användbar metod för kvalitetsarbeten i deras framtida kliniska verksamhet.

”Jag har blivit mer medveten om det. När jag kommer på ett nytt ställe kan jag fråga efter instrument.”

”Bra att göra PPS i utbildningen. Jag kan använda det senare.”

Att arbeta utifrån ett vetenskapligt förhållningssätt

Samtliga respondenter upplevde att i och med att det genomförde kandidatuppsatsen fick förståelse för vetenskapens betydelse i deras framtida arbetsliv. Även om vetenskapligt tänkande och teorier hade varit en viktig del under hela utbildningen var det först i arbetet med kandidatuppsatsen som den vetenskapliga betydelsen i omvårdnaden och i deras framtida yrke blev tydligt för dem. Uppfattningen var att det i ett yrke som sjuksköterska krävdes kunskaper om forskning och vetenskap samt att det var ett personligt ansvar att kontinuerligt hålla sig uppdaterad kring nya rön. PPS uppfattades som ytterligare ett tillfälle att medverka i och få större kunskaper kring forskning samt betydelsen av ett vetenskapligt förhållningssätt. Utbildningen föll på plats och kunskaperna ökade kring hur vetenskapen kunde praktiseras i klinisk verksamhet. Respondenterna upplevde att deras medverkan i PPS varit ett betydelsefullt och lärorikt inslag i deras utbildning och att det givit dem värdefulla kunskaper i hur förbättrings – och kvalitetsarbete kan genomföras i klinisk verksamhet.

”Det är viktigt med förståelsen för forskningen. Viktigt med instrument. Vetenskapligheten är grunden. Det är sjuksköterskans uppgift att hålla sig uppdaterad.”

”I början av utbildningen var det jobbigt. Men de här två sista terminerna faller allt på plats och jag förstår nu varför det pratats så mycket om det under hela utbildningen.”

DISKUSSION

I denna studie visades att utbildning, samverkan och forskning uppnås genom att studenterna medverkar till genomförandet av reell forskning under sin VFU. Genom analysen framkom att studenterna fick träning i:

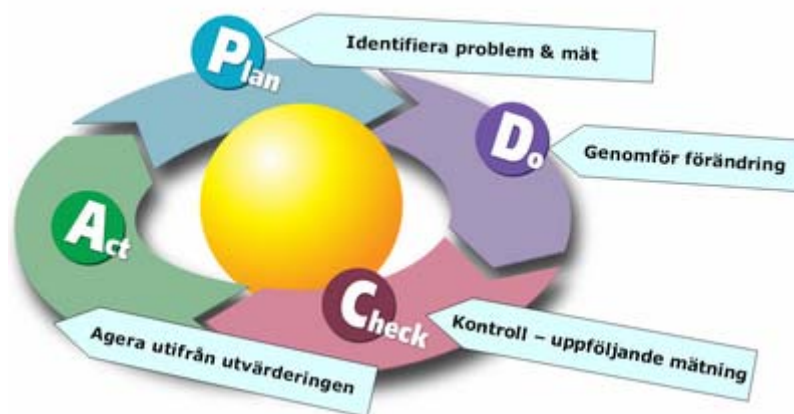
- att vara arbetsledare/handledare
- att informera och föra en dialog
- att använda strukturerad riskbedömning
- att möta personen bakom diagnosen
- att identifiera behov av kunskaper
- att arbeta utifrån ett vetenskapligt förhållningssätt

Samverkan uppnåddes genom att verksamheten fick information innan studien startade, personal deltog i vissa fall och att det sammanställda resultatet återfördes till verksamheten, vilket i flera fall ledde till utvecklande diskussioner i personalgruppen.

Att identifiera risker för vårdskador är en viktig arbetsuppgift inom sjuksköterskans ansvarsområde. I studiens resultat framkom det att respondenterna genom att delta i PPS fick ökade kunskaper kring tillförlitliga bedömningsinstrument och hur de kan användas för att identifiera risker i vården. I en rapport från Socialstyrelsen (2008) som beskriver vårdskador inom somatisk slutenvård framkommer det att det inträffar ca 105 000 vårdskador i Sverige/år vilket kan innebära 20-50% av budgeten på ett sjukhus med 600 platser. Vårdrelaterade skador är vanligast i åldersgruppen 65 år och äldre och skadorna medför i snitt 6 extra vårddygn samt orsakar bestående men eller funktionsnedsättningar (9 %) och dödsfall (3 %) (Socialstyrelsen, 2008). Förebyggande säkerhetsarbete i vården är framträdande i den nya patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659). Lagen innebär bl.a. att vårdgivaren har ett tydligt ansvar att systematiskt arbeta för patientsäkerhet och förebyggande av vårdrelaterade skador. Vidare har all hälso- och sjukvårdspersonal ett åliggande att medverka till att bevara en hög patientsäkerhet samt att rapportera risker för vårdskador och händelser som har medfört eller kunde medföra en vårdskada (SFS 2010:659). Medverkan i PPS i sjuksköterskeutbildningen ger träning och värdefulla kunskaper i hur patientsäkerhetsarbete kan bedrivas i klinisk verksamhet. Kunskaper som är en förutsättning för att sjuksköterskan ska kunna ge en god och säker vård som förebygger vårdrelaterade skador och därmed minimerar ekonomiska konsekvenser för samhället och lidandet för patienterna.

Studiens resultat visar att respondenterna kände sig styrkta i utvecklingen av sin roll som sjuksköterska genom att de självständigt fick ansvara för genomförandet av PPS, vara arbetsledare och kommunicera sina kunskaper till andra studenter och personal. Det var också en betydelsefull lärandesituation i sjuksköterskans ansvar för riskbedömningar och hur förbättringsarbete kan genomföras i klinisk verksamhet. Detta är i samklang med Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor där det står att sjuksköterskan ska ha förmåga till att leda och utveckla omvårdnadsarbetet, handleda och utbilda medarbetare samt medverka i kvalitets- och säkerhetsarbete och kontinuerligt förbättringsarbete (Socialstyrelsen, 2005). Ett sätt att arbeta med kvalitetsutveckling, där PPS kan användas

som metod, är en modell till förbättringsprocess som utvecklats av Deming, den s.k. Plan-Do-Check-Act-cykeln (PDSA-cykeln) vilket innebär; identifiering av ett problem som mäts (plan), förändring genomförs (do), uppföljande mätning – kontroll (study) samt handling utifrån utvärderingen (act). Förbättringsprocessen startar sedan om och fortgår kontinuerligt (Bergman & Klefsjö, 2010) (figur 3). Genom PPS-metodiken berör studenterna framförallt första delen i PDSA-cykeln men de ges också möjligheten att upptäcka den strukturerade bedömningens förträfflighet som grund för att fullfölja hela PDSA-cykeln. Studentmedverkan i forskningsprojekt skapar möjligheter för den blivande sjuksköterskan att träna sig i den kommande yrkesrollen. Det ger även kunskaper i hur olika metoder kan användas i det framtida arbetet med att förbättra och utveckla omvårdnaden.



Figur 3. Förbättringsprocessen: Plan-Do-Check-Act (PDCA) *alternativt* Plan-Do-Study-Act (PDSA) (Figur modifierad efter Bulsuk, 2009)

Studentmedverkan i PPS ger en ökad förståelse för betydelsen av ett vetenskapligt förhållningssätt och kunskaper i hur forskningsmetoder kan användas i klinisk verksamhet. Framträdande i resultatet var också att PPS väckte reflektioner kring etiska ställningstaganden i mötet med patienterna avseende bl.a. helhetssyn, autonomi och delaktighet. Betydande i den lagstiftning som styr hälso- och sjukvården är att hälso- och sjukvårdspersonal i sitt arbete ska utgå ifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Dessutom ska vården bygga på ett holistiskt synsätt med respekt för personens självbestämmande och integritet. Vården ska ges sakkunnigt och omsorgsfullt och så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten (SFS 1982:763). I en studie genomförd av Lilja och Edberg (2010) intervjuades sjuksköterskor ett år efter att de tagit sin sjuksköterskeexamen. Resultatet visade att studenterna upplevde den vetenskapliga skolning och träning de fått i sin utbildning som ovärderlig för att de i sin nuvarande yrkesroll skulle kunna söka, kritiskt värdera och diskutera nya vetenskapliga rön. Vidare var den vetenskapliga kunskapen en förutsättning för att de i sitt arbete kunde ifrågasätta ”sanningar” och medverka i utvecklings- och förbättringsarbeten (Lilja & Edberg, 2010). Att som student få medverka i forskningsprojekt under verksamhetsförlagd utbildning verkar vara ett betydelsefullt lärande inslag i sjuksköterskeutbildningen, som genererar i ökad förståelse för vikten av ett vetenskapligt förhållningssätt och etisk kompetens i den framtida yrkesrollen som sjuksköterska inom vård och omsorg.

Känsla av sammanhang (KASAM)

Genom medverkan och betydelsefullt lärande stärks studenternas ”känsla av sammanhang” (KASAM). Meningsfullhet kan kopplas såväl till vårdtagare som patienter. Om patienten/vårdtagaren känner/upplever att deras situation är begriplig medan de vårdas vid sjukhus/hemsjukvården har de förmodligen enklare att se ett sammanhang i vårdandet och inte känna sig utelämnade inför vad som ska hända. De känner trygghet genom att känna begriplighet. För studenterna ligger begripligheten, i detta sammanhang, i utförandet av studien. Känner studenterna begriplighet med att utgöra studierna blir förmodligen utförandet mer strukturerat och välgenomfört. Att känna sig som ett offer för omständigheterna kan vara lätt som vårdtagare, men känner man som vårdtagare en hög känsla av hanterbarhet så kan vårdtagaren reda sig. Genom att känna meningsfullhet och hanterbarhet känner studenterna och patienterna/vårdtagarna även delaktighet. Studenterna ser en mening i att utföra PPS och patienterna/vårdtagarna en mening i att delta i studien som ett led i patientsäkerheten samt att forskning, utbildning och samverkan knyts samman.

Samverkan, forskning, utveckling

Genom att implementera PPS-metodiken under sjuksköterskestudenternas VFU förenas högskolans tre primära uppgifter: Forskning, Utbildning och Samverkan. Metodiken har redan fått viss spridning i landet. Metodiken har utvecklats och kommer fortsättningsvis att utvecklas ytterligare. Initialt var fokus för studenterna att informera patienterna och genomföra datainsamling till att nu inbegripa att informera verksamheten och patienten, inhämta medgivande, att genomföra datainsamling, sammanställa data, reflektera över resultat och att återföra resultaten till verksamheten. Några examensarbeten har också skrivits med data från PPS som grund. Vidare har fokus för forskningen skiftat från att göra så kallade totalundersökningar till att nu senast genomföra utvärderingar av existerande instrument för att bedöma risk för undernäring. Här är det också fullt möjligt att tänka sig andra angreppssätt t.ex. användandet av kvalitativ metod. Det är också önskvärt att studenter i högre grad ska använda data från dessa studier i examensarbeten.

Begreppet ”punktprevalens” var adekvat vid införandet av denna metodik 2005 men har allteftersom upplevts vara felaktigt i takt med att fokus för studierna förändrats. Ibland har vi varit tvungna att genomföra begränsade undersökningar t.ex. p.g.a. att de administrativa resurserna inte räckt till för att hantera ett alltför omfattande datamaterial. Dessutom har fokus i den senaste studien varit på att utvärdera ett instrument. Vidare, ger PPS endast en begränsad bild över vad som verkligen görs, t.ex. framgår inte att det rör sig om utbildning och om samverkan. En viktig förändring som inträder efter denna rapport är att vi lämnar benämningen ”PPS” bakom oss, till förmån för benämningen ”**Forskning, Utbildning och Samverkan i Sjuksköterskeutbildningen**”, förkortat **FUSS**. Eftersom metodiken även fått spridning till andra utbildningar för redan färdiga sjuksköterskor kan fortfarande förkortningen ”FUSS” användas men då betecknande ”Forskning, Utbildning och Samverkan för Sjuksköterskor”. I FUSS inbegrips såväl punktprevalensstudier som andra typer av studier, t.ex. instrumentutvärdering. Vidare lyfts betydelsen av studierna för såväl studenternas utbildning som för samverkan med det omgivande samhället.

Referenser

- Antonovsky, A. & Elfstadius, M. (2005). *Hälsans mysterium*, Stockholm: Natur och kultur.
- Berg, B. L. (2009). *Qualitative research methods for the social sciences*, Boston: Allyn & Bacon.
- Bergman, B. & Klefsjö, B. (2010). *Quality from customer needs to customer satisfaction*. (3th ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Bulsuk, K.G. (2009). *Taking the first step with the PDCA cycle* (Elektronisk). Tillgänglig: <http://blog.bulsuk.com>. (2011-04-04).
- Forneng, S., & Amnéus, I. (2007). Högskoleverkets årsrapport. *Högskoleverkets rapportserie, 2007:33 R*. Stockholm: Högskoleverket.
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24, 105-12.
- Högskoleverket (2007a). *Utvärdering av grundutbildningar i medicin och vård vid svenska universitet och högskolor. D.1, Den nationella bilden: kvalitetsgranskning*. Stockholm: Högskoleverket.
- Högskoleverket (2007b). *Utvärdering av grundutbildningar i medicin och vård vid svenska universitet och högskolor. D.2, Utbildningsbeskrivningar och bedömningar: kvalitetsgranskning*. Stockholm: Högskoleverket.
- Kitson, A. L., Rycroft-Malone, J., Harvey, G., McCormack, B., Seers, K. & Titchen, A. (2008). Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARIHS framework: theoretical and practical challenges. *Implementation science*, 3 (1).
- Kvale, S., Brinkman, S. & Torhell, S.-E. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*, Lund: Studentlitteratur.
- Lilja Andersson, P. (2007). *Vägar genom sjuksköterskeutbildningen: studenternas berättelser*. Diss. Malmö Högskola.
- Lilja, P. & Edberg, A-K. (2010). The nursing programme in the rear-view mirror. Interviews with Swedish nurses one year after their graduation. *Nurse education today*, 30, s.747-751.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Tillgänglig: <http://www.sos.se>
- Socialstyrelsen (2008). *Vårdskador inom somatisk slutenvård*. Tillgänglig: <http://www.sos.se>

Svensk författningssamling (SFS). *SFS 1982:763. Hälso och Sjukvårdslagen*. (Elektronisk). (SFS 1982:763). Tillgänglig: <http://www.lagrummet.se>.

Svensk författningssamling (SFS). *SFS 2003:460 Lag om etikprövning av forskning som avser människor* (Elektronisk). (SFS 2003:460). Tillgänglig: <http://www.lagrummet.se>.

Svensk författningssamling (SFS). *SFS 2010:659 Patientsäkerhetslagen* (Elektronisk). (SFS 2010:659). Tillgänglig: <http://www.lagrummet.se>.

SWESPEN (Swedish Society for Clinical Nutrition and Metabolism), Dietisternas Riksförbund, Nutritionsnätet för sjuksköterskor, Svensk förening för Klinisk Nutrition. (2006). *Nutritionsbehandling i sjukvård och omsorg*.

Säljö, R. (2010). *Lärande i praktiken : ett sociokulturellt perspektiv*, Stockholm: Norstedt.

Vallen, C., Hagell, P. & Westergren, A. (2011) Validity and user-friendliness of the The Minimal Eating Observation Form – Version II (MEONF-II) for undernutrition risk screening. *Food & Nutrition Research*. 55(5801). doi: 10.3402/fnr.v55i0.5801.

Westergren, A., Wann-Hansson, C., Borgdal, E. B., Sjölander, J., Strömblad, R., Klevsgård, R., Axelsson, C., Lindholm, C. & Ulander, K. (2009a). Malnutrition prevalence and precision in nutritional care differed in relation to hospital volume--a cross-sectional survey. *Nutrition Journal*, 8 (20).

Westergren, A., Lindholm, C., Matsson, A. & Ulander, K. (2009b). Minimal Eating Observation Form: reliability and validity. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*(ISSN 1279-7707) (eissn 1760-4788).

Westergren A, Axelsson C, Lilja-Andersson P, Lindholm C, Petersson K & Ulander K. (2009c). Study circles improves the precision in nutritional care and body mass index in special accommodations. *Food & Nutrition Research*. Sep 23(53). doi: 10.3402/fnr.v53i0.1950.

Westergren, A. & Hedin, G. (2009). *Nutrition: förekomsten av ätsvårigheter och undernäring: en studie genomförd med hjälp av studenter på sjuksköterskeprogrammet åren 2005, 2007 och 2009*. Högskolan: Kristianstad.

Westergren, A., Torfadóttir, Ó., Ulander, K., Axelsson, C. & Lindholm C. (2010a) Malnutrition prevalence and the precision in nutritional care – an intervention study in one teaching hospital in Iceland. *Journal of Clinical Nursing*, 19,1830-1837.

Westergren, A., Khalaf, A., Berggren, V. & Bergstrom, S. (2010b). Prevalence of low and high Body Mass Index in a hospital in Saudi Arabia – comparisons with other countries and between men and women. *Clinical Nutrition Supplements*, 5 (2).

Westergren, A. & Hedin, G. (2010a). Hur kan nutritionsbehandlingen i vård och omsorg förbättras? Exempel på förändringsarbete i kommuner. *Nordisk Nutrition* 4, 24-27.

Westergren, A. & Hedin G. (2010b). Do study circles and a nutritional care policy improve nutritional care in a short- and long term perspective in special accommodations? *Food & Nutrition Research* Sep 24(54). doi: 10.3402/fnr.v54i0.5402.

Vetenskapliga Artiklar

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

Westergren, A., Lindholm, C., Mattsson, A. & Ulander K (2009). Minimal Eating Observation Form: Reliability and Validity. *The Journal of Nutrition Health and Aging* 13(1):6-12.

Westergren, A., Wann-Hansson, C., Bergh Borgdal, E., Sjolander, J., Stromblad, R., Klevsgard, R., Axelsson, C., Lindholm, C. & Ulander, K. (2009). Malnutrition prevalence and precision in nutritional care differed in relation to hospital volume – cross-sectional survey. *Nutrition Journal* 2009, 8:20 doi:10.1186/1475-2891-8-20.

Westergren, A., Axelsson, C., Lilja-Andersson, P., Lindholm, C., Petersson, K. & Ulander, K. (2009). Study circles improves the precision in nutritional care and body mass index in special accommodations. *Food & Nutrition Research*. Sep 23;53. doi: 10.3402/fnr.v53i0.1950.

Westergren, A., Torfadóttir, Ó., Ulander, K., Axelsson, C. & Lindholm, C. (2010). Malnutrition prevalence and the precision in nutritional care – an intervention study in one teaching hospital in Iceland. *Journal of Clinical Nursing*, 19:1830-1837.

Westergren, A. & Hedin, G. (2010). Do study circles and a nutritional care policy improve nutritional care in a short- and long term perspective in special accommodations? *Food & Nutrition Research* Sep 24;54. doi: 10.3402/fnr.v54i0.5402.

Vallen, C., Hagell, P. & Westergren, A. (2011). Validity and user-friendliness of the The Minimal Eating Observation Form – Version II (MEONF-II) for undernutrition risk screening. *Food & Nutrition Research*. 55:5801, doi: 10.3402/fnr.v55i0.5801.

Khalaf, A., Berggren, V., Al-Hazzaa, H., Bergström, S. & Westergren, A. (2011). Gender differences in malnutrition among inpatients in south western Saudi Arabia. A hospital based point prevalence study (submitted)

Konferenspresentationer

Lindholm, C., Ulander, K. & Westergren, A. (2006). Students learn about pressure ulcers, research methodology – and perform major quality audits – results from 4 hospitals and 4 communities. Innovation Education Implementation. *EWMA*. 18-20 May, Prag, Tjeckien.

Ulander, K., Westergren, A. & Lindholm, K. Putting knowledge into practice – Pressure ulcer studies bridge the gap. *European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) 9th open meeting*. Berlin 31 aug – 2 sep, (2006).

Westergren, A., Lindholm, C. & Ulander, K. (2006). Dimensions of eating difficulties among persons within special accommodations or hospital care. *ESPEN Istanbul* 19-22 Oct.

Westergren, A., Lindholm, C. & Ulander, K. (2006). Prevalence of dysphagia and its relation to risk for undernutrition among persons within special accommodations or hospital care. *28th ESPEN Congress Istanbul* 19-22 Oct.

Ulander, K., Westergren, A., Axelsson, L. & Lindholm, C. (2006). Building practice knowledge by assessing eating and malnutrition in a point prevalence study. *28th ESPEN Congress Istanbul* 19-22 Oct.

Westergren, A., Lindholm, C. & Ulander, K. (2007). Eating difficulties among elderly persons predict support and outcome. *29th ESPEN Congress Prag*, 8-11 sept. 2007.

Sjölander, J., Danielsson, M., Andersson, C., Nilsson, Å., Klevsgård, R., Ulander, K. & Westergren, A. (2007). Nutritionssituationen på ett universitetssjukhus – en ögonblicksbild. *Riksstämman* 28-30 November, Stockholm.

Westergren, A. (2008). Malnutrition and eating difficulties among elderly persons in care settings. *British Association Parenteral and Enteral Nutrition – National Nurses Nutrition Group. Annual Conference*. 23-24 June. London, UK (inviterad).

Westergren, A., Lindholm, C., Axelsson, C. & Ulander, K. (2008). ”Study circles improves nutritional care and body mass index. *Clinical nutrition supplements, Volume 3, Supplement 1, page 61. 30th ESPEN Congress Florence, Italy, 13-16 sept.*

Westergren, A., Petersson, K., Lindholm, C., Axelsson, C. & Ulander, K. (2008). Overweight and risk for undernutrition among persons within special accommodations and hospital care – Year 2005 and 2007. *Clinical nutrition supplements, Volume 3, Supplement 1, page 160-161. 30th ESPEN Congress Florence, Italy, 13-16 sept.*

Westergren, A. (2009). Eating difficulties after stroke. *Nordic Stroke*, 19-22 Augusti, Helsingfors, Finland (inviterad).

Westergren, A., Nilsson, M., Edfors, E., Lindskov, S. & Hagell, P (2010). Adaptation of ”Seniors in the community: Risk Evaluation for Eating and Nutrition, Version II (SCREEN II) for use in Sweden: Report on the translation process and field test. *Clinical Nutrition Supplements, 5 (2), page 9-10. 32:nd ESPEN Congress Nice, France, 5-8 sept.*

Westergren, A. & Vallen, C. (2010). Validity and reliability of Minimal Eating Observation and Nutrition Form (MEONF). *Clinical Nutrition Supplements*, 5(2), page 61. 32:*nd ESPEN Congress* Nice, France, 5-8 sept.

Westergren, A., Khalaf, A., Berggren, V. & Bergstrom, S. (2010). Prevalence of low and high Body Mass Index in a hospital in Saudi Arabia – comparisons with other countries and between men and women. *Clinical Nutrition Supplements*, 5 (2), page 76. 32:*nd ESPEN Congress* Nice, France, 5-8 sept.

Westergren, A. (2011). Study circles as a means of improving care in nursing homes. 33rd *ESPEN Congress*, Gothenburg, Sweden, 3-6 September 2011 (inviterad).

Rapportserie (ISSN: 1654-1421)

1. Lindholm, C., Westergren, A., Axelsson, C. & Ulander, K. (2007). Trycksår VT 2005 - "det har vi inga på vår avdelning", Klinisk Patientnära Forskning - 1654-1421:1.
2. Lindholm, C. & Olsson, B. (2007). Ringar på vattnet HT 2005 - Certifieringsutbildning, Klinisk Patientnära Forskning - 1654-1421:2.
3. Lindholm, C., Torfadottir, O., Axelsson, C. & Ulander, K. (2007). Pressure Ulcers 2005 - "We have none at our ward" - A prevalence study at the hospital in Fjordungssjúkrahúsíð, Iceland in cooperation with Kristianstad University, Klinisk Patientnära Forskning - 1654-1421:3.
4. Westergren, A., Lindholm, C., Axelsson, C. & Ulander, K. (2007). Både Undernäring och Övervikt inom Vård och Omsorg November 2005 - En punktprevalensstudie kring Ätande och Näring, Klinisk Patientnära Forskning - 1654-1421:4.
5. Lindholm, C., Axelsson, C. & Ulander, K. (2007). Verksamhetsberättelse 2005 - Verksamhetsförlagd utbildning i Sjuksköterskeprogrammet, Klinisk Patientnära Forskning - 1654-1421:5.
6. Lindholm, C., Westergren, A., Axelsson, C. & Ulander, K. (2007). Trycksår i Skåne – Rapport från punktprevalensstudien 2006 omfattande sex sjukhus och sex kommuner, Klinisk Patientnära Forskning - 1654-1421:6.
7. Ulander, K., Westergren, A., Torfadottir, O., Axelsson, C. & Lindholm, C. (2007). Point prevalence study of Eating and Nutrition March 2006, at Fjordungssjúkrahúsíð, Iceland in cooperation with Kristianstad University, Klinisk Patientnära Forskning - 1654-1421:7.
8. Johansson, B. & Ulander, K. (2007). Klinisk slutexamination i sjuksköterskeprogrammet 2006 - en rapport från Högskolan Kristianstad, Klinisk Patientnära Forskning - 1654-1421:8.
9. Ulander, K., Axelsson, C. & Lindholm, C. (2007). Verksamhetsberättelse 2006 - Verksamhetsförlagd utbildning i Sjuksköterskeprogrammet, Klinisk Patientnära Forskning - 1654-1421:9.
10. Ulander, K. (2007). Utvärdering - Projekt kliniska adjunkter vid Ängelholms sjukhus 2005-2006, Klinisk Patientnära Forskning - 1654-1421:10.
11. Lindholm, C., Torfadottir, O., Axelsson, C. & Ulander, K. (2007). Pressure Ulcers - Prevalence and prevention at Akureyri hospital 2005 and 2007, Klinisk Patientnära Forskning - 1654-1421:11.
12. Lindholm, C., Westergren, A., Holmström, B., Axelsson, C. & Ulander, K. (2007). Hygienrutiner, sårbehandling och sårmikrobiologi - Kartlägningsstudie omfattande fem sjukhus, nio vårdcentraler och äldreboenden i sex kommuner, Skåne november 2006, Klinisk Patientnära Forskning - 1654-1421:12.
13. Lindholm, C., Torfadóttir, O., Axelsson, C. & Ulander, K. (2007). Hygiene standards and wound microbiology at Fjordungssjúkrahúsíð, Iceland in cooperation with Kristianstad University, October 2006, Klinisk Patientnära Forskning - 1654-1421:13.
14. Westergren, A. & Petersson, K. (2007). Utvärdering av studiecirklar på temat "Ätande och Näring" - genomförda vår och höst 2006 samt vår 2007, Klinisk Patientnära Forskning - 1654-1421:14.
15. Westergren, A., Nilsson, M. & Hagell, P. (2007). Adaption of "Seniors in the community: Risk evaluation for eating and nutrition, Version II" (SCREEN II) for use in Sweden: Report on the translation process, Klinisk Patientnära Forskning - 1654-1421:15.

16. Westergren, A. & Petersson, K. (2007). Kunskaper och attityder hos personal som deltagit i studiecirkel kring Ätande och Näring, *Klinisk Patientnära Forskning* - 1654-1421:16.
17. Lindholm, C., Westergren, A., Axelsson, C. & Ulander, K. (2008). Verksamhetsberättelse 2007 – Forskargruppen för Klinisk Patientnära Forskning, *Klinisk Patientnära Forskning* - 1654-1421:17.
18. Lindholm, C., Axelsson, C., Westergren, A. & Ulander, K. (2008). Trycksår i Nordöstra Skåne. Blev det någon skillnad? Jämförelse mellan 2005 och 2006, *Klinisk Patientnära Forskning* - 1654-1421:18.
19. Ulander, K., Torfárdóttir, O., Axelsson, C., Westergren, A. & Lindholm, C. (2007). Eating and Nutrition Iceland. *Klinisk Patientnära Forskning* - 1654-1421:19.
20. Ulander, K. (2007). Hälsosammare matvanor och ökade matvanor hos äldre. *Klinisk Patientnära Forskning* - 1654-1421:20.
21. Westergren, A. & Pettersson, K. (2009). Från utspisning till restaurang. *Klinisk Patientnära Forskning* - 1654-1421:21.
22. Axelsson, C., Ulander, K. & Westergren, A. (2008). Fallriskbedömning med Downton Fallrisk Index. *Klinisk Patientnära Forskning* - 1654-1421:22.
23. Blom, L., Jönsson, A-L. & Westergren, A. (2008). Vårdprogram minskar postoperativt illamående. *Klinisk Patientnära Forskning* - 1654-1421:23.
24. Westergren, A., Hedin, G. & Axelsson, C. (2008). Långvarig och akut smärta. *Klinisk Patientnära Forskning* - 1654-1421:24.
25. Malmström, M., Ulander, K. & Westergren, A. (2010). Patient's experiences of postoperative information after oesophageal or gastric cancer - an interview study. *Klinisk Patientnära Forskning* - 1654-1421:25.
26. Westergren, A. & Hedin, G. (2009). Nutrition åren 2005, 2007 och 2009. *Klinisk Patientnära Forskning* - 1654-1421:26.
27. Edfors, E. & Westergren, A. (2010). "Om man ska ha mat, ska det vara god mat". *Klinisk Patientnära Forskning* - 1654-1421:27.
28. Westergren, A. & Hedin, G. (2009). Fallriskbedömning. *Klinisk Patientnära Forskning* - 1654-1421:28.
29. Westergren, A. & Hedin, G. (2010). Förebyggande och uppsökande verksamhet, Osby kommun, delrapport II. PRO-CARE - 1654-1421:29.
30. Westergren, A. & Hedin, G. (2010). Användarvänligheten av Minimal Eating Observation and Nutrition Form. PRO-CARE - 1654-1421:30.

Examensarbeten

Molin F, Sandberg A (2009) *Hinder för och vägar till smärtdokumentation. En empirisk studie av äldre i särskilt boende eller med hemsjukvård*. Examensarbete för kandidatexamen. Sjuksköterskeprogrammet. Högskolan Kristianstad.

Nilsson J, Johansson M (2010) *Smärta och dokumentation i sjukhusmiljö*. Examensarbete för kandidatexamen. Sjuksköterskeprogrammet. Högskolan Kristianstad.

Vallen C, Hagell P, Westergren A. (2011) Validity and user-friendliness of the The Minimal Eating Observation Form – Version II (MEONF-II) for undernutrition risk screening. *Food & Nutrition Research*. 55:5801, DOI: 10.3402/fnr.v55i0.5801. (ursprungligen examensarbete för magisterexamen).

”Punktprevalensstudien” – Onsdag 2 mars 2011

Bakgrund

Under drygt tio års tid har ett instrument utvecklats för att bedöma ätproblem (MEOF – II, Minimal Eating Observation Form – Version II, Westergren et al., 2009). Relativt nyligen (SWESPEN, 2006) kom riktlinjer för vad som bör ingå i bedömningen av ”risk för undernäring”, närmare bestämt: ofrivillig viktninskning, lågt BMI och förekomst av ätproblem. I riktlinjerna var det dock inte preciserat vad som skulle ingå i ”ätproblem”. Genom att kombinera riktlinjerna från SWESPEN med MEOF – II har ett instrument utvecklats kallat ”Minimal Eating Observation and Nutrition Form – Version I” (MEONF-I). Nyligen befanns instrumentet ha mycket god reliabilitet och validitet (Westergren & Vallén, 2010). Instrumentet har sedan vidare utvecklats till MEONF-II (Vallén, Hagell & Westergren, 2011).

Under höstterminen 2010 genomförde sjuksköterskestudenter vid Högskolan Kristianstad en undersökning, så kallad pilottest, av användarvänligheten för MEONF-II (Westergren & Hedin, 2011). Utifrån erfarenheterna från den undersökningen har nu en del förbättringar gjorts i informationsmaterialet och i undersökningsprotokollet. Vidare har tillägg gjorts avseende vilka insatser patienterna/vårdtagarna faktiskt får samt några frågor angående sömn. För att ytterligare testa och vidareutveckla instrumentet kommer en studie av instrumentets användarvänlighet att göras.

Syfte

Syftet är att träna sig i att med hjälp av ett bedömningsinstrument identifiera risker för undernäring hos patienter/vårdtagare och fundera över möjliga åtgärder för att förebygga eller behandla undernäring, och att reflektera över formulärets (MEONF-II) användarvänlighet.

Syftet är också att undersöka vilka nutritionsåtgärder som vidtagits för patienten/vårdtagaren och att delge aktuell personal sina resultat och reflektioner. Samband mellan nutrition, ADL-status och sömnproblem kommer att undersökas. Vidare är syftet att ge en inblick i hur forskning kan bedrivas i praktiken.

Metod

Varje student bedömer tre patienter på sjukhus, eller tre vårdtagare i ordinärt boende/hemsjukvård, alternativt två vårdtagare i ordinärt boende. Bedömningarna görs helst under en dag. I fall då både student från kurs 6 och 16 finns på samma enhet gör var och en 2-3 bedömningar. Studenten från kurs 16 har, om så är fallet, särskild uppgift att handleda studenten från kurs 6.

Urval: Patient/vårdtagare inkluderas efter det att informerat samtycke inhämtats. Som grund för urvalet ligger ADL-status (Aktiviteter i Dagligt Liv). Beroende definieras utifrån ett förenklat Katz ADL-status.

Sjukhus/Särskilt boende, tre patienter/vårdtagare:

En som är nästan helt beroende (dvs behöver hjälp med 5-6 ADL funktioner)

En som är delvis beroende (dvs behöver hjälp med 3-4 ADL funktioner)

En som är nästan helt/helt oberoende (dvs beroende i max 2 ADL-funktioner)

Ordinärt boende/hemsjukvård, två patienter/vårdtagare:

En som är delvis beroende (dvs behöver hjälp med 3-4 ADL funktioner)

En som är nästan helt oberoende (dvs beroende i max 2 ADL-funktioner)

Kvalificerad Vård i Hemmet: Gör ev. bedömningar vid något särskilt boende. Om det ej går att ordnas, gå igenom underlaget systematiskt. Skriv ner dina reflektioner och skicka in enligt instruktion nedan.

Instrument: Förutom frågor om ålder, kön, sjukdom och insatta nutritionsåtgärder ingår följande frågor/instrument:

- ADL-status enligt Katz (förenklat), studentens bedömning av patienten/vårdtagaren.
- Upplevd sjukdomssvårighet, upplevelse av sitt hälsotillstånd, trötthet och nedstämdhet (fråga patienten/vårdtagaren),
- Minimal Insomnia Symptom Scale (MISS)(Hellström, Hagell, Fagerström & Willman, 2010)(fråga patienten/vårdtagaren)
- Nutritionsåtgärder (från journalen)
- MEONF-II, studentens bedömning av patienten/vårdtagaren.
- Användarvänlighet, **studentens egen bedömning** av användarvänligheten för MEONF-II (observera att det är din bedömning av instrumentet, du ska inte fråga patienten/vårdtagaren om användarvänligheten).
- Studentutvärdering av sin medverkan i studien.

Egen reflektion: Studenten sammanfattar sitt generella intryck av att använda instrumentet (MEONF-II) samt lämnar ev. förslag till förändringar/förbättringar.

Återföring till avdelning/enhet: Studenten berättar efter slutförda bedömningar för sin handledare, avdelningschef eller motsvarande, alternativt (och helst) i samband med en avdelningskonferens om instrumentet MEONF-II och sina erfarenheter och reflektioner kring att använda det samt kopplingen till nutritionsåtgärder.

Slutförande: Samtliga underlag skickas till Gita Hedin (Gita Hedin, Sektionen för Hälsa & Samhälle, Högskolan Kristianstad, 291 88 Kristianstad, gita.hedin@hkr.se) enligt följande:

Ett för varje student:

- Försättsblad (med uppgift om student, kurs, VFU plats och egen reflektion)
- Studentutvärdering (av sin medverkan i studien)

Ett för varje patient/vårdtagare, sorterat per patient/boende:

- Förenklat ADL-status enligt Katz
- Bakgrundsdata, nutritionsåtgärder
- MEONF-II
- Fälttest av MEONF-II (användarvänlighet).

Etik

Ingen etisk prövning krävs för denna typ av studier enligt svensk lag (SFS 2003:460). Innan bedömningarna påbörjas informeras respondenterna muntligt och skriftligt om studiens syfte, att deltagandet är frivilligt och att de när som helst kan avbryta sitt deltagande. Vidare informeras de om att inga uppgifter om namn eller personnummer registreras.

Om någon patient/vårdtagare befinner sig i riskzonen för undernäring är det viktigt att du som student rapporterar detta vidare till ansvarig sjuksköterska samt dokumenterar detta.

Referenser

Hellström A, Hagell P, Fagerström C, Willman A (2010) Measurement properties of the Minimal Insomnia Symptom Scale (MISS) in an elderly population in Sweden. *BMC Geriatrics* 10:84.

SWESPEN (Swedish Society for Clinical Nutrition and Metabolism), Dietisternas Riksförbund, Nutritionsnätet för Sjuksköterskor och Svensk Förening för Klinisk Nutrition (2006). *Nutritionsbehandling i sjukvård och omsorg*. ISBN 91-631-6253-9 www.swespen.se

Vallén C, Hagell P, Westergren A. (2011) Validity and user-friendliness of the Minimal Eating Observation and Nutrition Form – Version II (MEONF – II) for undernutrition risk screening. *Food & Nutrition Research*. 55:5801, DOI: 10.3402/fnr.v55i0.5801.

Westergren A, Lindholm C, Mattsson A, Ulander K. (2009) Minimal Eating Observation Form: Reliability and Validity. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 13(1):6-12.

Westergren A, Vallén C. (2010) Validity and reliability of minimal eating observation and nutrition form (MEONF). *Clinical Nutrition*, 5, Supplement 2:61.

Westergren A, Hedin G (2011) *Användarvänlighet för Minimal Eating Observation and Nutrition Form (MEONF-II) - en pilotstudie genomförd med hjälp från studenter på sjuksköterskeprogrammet*. PRO-CARE Rapport # 30.

Information till patient/vårdtagare inför deltagande i en studie där ett formulär för bedömning av "Ätande och Näring" kommer att testas, Onsdagen den 2:e mars 2011

Onsdagen den 2:e mars genomför vi en undersökning som omfattar sjukhus, särskilda boenden och hemsjukvården i vissa delar av Skåne. Undersökningen görs i samverkan mellan Region Skåne, Kommunerna samt Högskolan Kristianstad.

Målsättningen är att undersöka hur väl ett formulär för att bedöma näringsproblem och svårigheter att äta fungerar. Vi vill på detta sätt skapa bättre förutsättningar för att undvika och åtgärda näringsproblem och svårigheter att äta i vård och omsorg.

Vi kommer att väga och mäta Dig och fråga Dig om eventuella svårigheter att äta, alternativt vara med Dig under en måltid. Några frågor berör även sömn och trötthet.

Bedömning och intervju tar cirka 15-20 minuter. Den genomförs av en sjuksköterskestudent. Om Du inte önskar delta har Du full rätt att tacka nej. Detta påverkar inte Din vård/Ditt omhändertagande. Du kan när som helst under pågående undersökning välja att avbryta deltagande.

Vi registrerar inga namn eller personnummer Detta gör att Du kommer att vara anonym i datasammanställningen och inga uppgifter kommer att kunna kopplas till Dig.

Ansvariga för projektet:

Albert Westergren (mobil 0705-329131)
Professor
Sektionen för Hälsa och Samhälle
Högskolan Kristianstad

Gita Hedin (telefon 044-208554)
Forskningskoordinator
Sektionen för Hälsa och Samhälle
Högskolan Kristianstad

Testning av formulär för bedömning av ”Ätande och Näring 2011”

Information till Handledare och Huvudhandledare/studentansvariga, Aktuella enhetschefer och Avdelningschefer/motsvarande, Kliniska lärare/adjunkter samt Studenter i kurs 6 och kurs 16 vårterminen 2011.

Studenterna i sin verksamhetsförlagda utbildning i kurs 16 och/eller tillsammans med studenterna i kurs 6 genomför bedömning av ät- och näringsproblem för ett urval av de vårdtagare som finns vid deras aktuella utbildningsplatser. *Bedömningarna görs onsdagen den 2:e mars, för två-tre patienter/vårdtagare som är inskrivna vid enheten alternativt som har insatser i hemmet från kommunen.* Bedömningarna kommer endast att ske vid arbetsplatser där det finns studenter från de aktuella kurserna.

Studenterna sammanställer resultaten och återrapporterar dem snarast (senast veckan efter bedömningarna) till aktuell personal, på det sätt som fungerar bäst på arbetsplatsen. Återrapporteringen kan ske till handledare, till enhetens chef eller på ett avdelningsmöte. Till sin hjälp har studenterna de bedömningar de gjort samt ett underlag med exempel på risker och förslag till åtgärder att reflektera över. Vid frågor kontaktas aktuell klinisk lärare eller någon av undertecknad.

Målet är att studenterna ska träna sig i att med hjälp av ett bedömningsinstrument identifiera risker för undernäring hos patienter/vårdtagare och fundera över möjliga åtgärder för att förebygga eller behandla undernäring, reflektera över formulärets användarvänlighet samt delge aktuell personal sina resultat och förslag.

Studenten uppmanas också att informera ansvarig sjuksköterska samt dokumentera utifall en vårdtagare befinner sig i riskzonen för undernäring. Den eller de i personalen som får ta del av studenternas resultat och förslag beslutar vad de vill göra med studenternas iakttagelser.

Studenterna lämnar bedömningarna (som oidentifieras), tillsammans med ifyllt försättsblad och utvärderingar till Gita Hedin, Forskningsassistent (Gita Hedin, Sektionen för Hälsa & Samhälle, Högskolan Kristianstad, 291 88 Kristianstad, gita.hedin@hkr.se).

Frågor om studien besvaras av undertecknade. Vi hoppas att ni ska se möjligheterna i studenternas arbete och tar tillvara deras bedömningar och förslag för era pågående förbättringsarbeten.

Vänliga hälsningar

Albert Westergren, Professor, 044-20 85 50, mobil 0705-32 91 31

Gita Hedin, Forskningsassistent, 044-20 85 54

FAQ (Frequently Asked Question): Medverkan i studier under VFU, Sjuksköterskeprogrammet, Högskolan Kristianstad

Nedan finns en del svar på vanligt förekommande frågor från studenter, handledare och adjunkter som relaterar till genomförandet av studier under VFU. Förutsättningarna varierar dock för varenda VFU-plats, så det går inte att säga att ni måste göra exakt på ett visst sätt.

Vilka ska vara med?

Svar: Tanken är att så många studenter som möjligt ska vara med om minst en undersökning relaterad till patientsäkerhet under sin VFU.

Studenterna ska väl gå efter sitt schema?

Svar: Enklast för studenterna är att de arbetar dagtid den aktuella dagen, dvs. byt till A-tur.

Har studenten ledigt den dagen kan de inte medverka i studien?

Svar: Se ovan dvs byt till en A-tur om det är möjligt och ta ledigt en annan dag. Det kan finnas studenter som pga tidigare hög frånvaro eller som är svagpresterande eller av något annat skäl absolut behöver använda tiden på annat sätt det aktuella datumet, men det kan den kliniska adjunkten avgöra tillsammans med aktuell handledare och student.

Ska studenten vara frikopplad från ordinarie arbete den dagen?

Svar: Det beror på hur många patienter varje student ska/kan bedöma och hur lång tid varje bedömning tar. Studenterna bör, under den aktuella dagen, genomföra bedömningarna, samt sammanställa resultaten. Vid tillfälle ska studenten också rapportera resultaten och sina reflektioner till handledare/avdelningschef/avdelningspersonal (hur det nu passar på respektive enhet).

Ska kurs 6 och 16 genomföra studien tillsammans eller var för sig? Det kan ju vara så att en kurs 16 studenten kommer en C-tur medan kurs 6 studenten har en A-tur, eller att kurs 16 studenten har en ledig dag.

Svar: Om det finns såväl kurs 16 som kurs 6 studenter på avdelningen är det bästa om kurs 16 studenterna kan ta ledningen för uppgiften och återrapporteringen och att kurs 6 studenterna får vara delaktiga (t.ex. i "par med en kurs 16-student") i bedömningarna och att de reflekterar och rapporterar tillsammans till enheten. Det innebär att det är bra om båda går en A-tur.

Om en person har demenssjukdom – hur gör jag då med informerat samtycke?

Svar:

- Med denna typ av studier befinner vi oss i en "gråzon" mellan forskning och utvecklingsprojekt.
- Om denna datainsamling hade utgjort ett kvalitetsutvecklingsprojekt enbart (dvs. ej forskning) då hade alla vårdtagare/patienter kunnat inkluderas utan att samtycke inhämtas. Med motiveringen att vi inte samlar in uppgifter som namn och personnummer skulle vi också kunna göra bedömningen utan att inhämta informerat samtycke.
- MEN, när ett projekt övergår till att vara forskning gäller forskningsetiska regler. Det innebär, att muntligt informerat samtycke ska inhämtas, såvida inte särskilda skäl föreligger. Detta samtycke ska i första hand inhämtas av patient/vårdtagare och om det ej går från anhöriga. En person med mild demens kan - om han/hon förstår - lämna medgivande/informerat samtycke till att delta i undersökningen. Om medgivande inte kan erhållas kan t.ex. ålder och kön ändå noteras för att möjliggöra bortfallsundersökning. Även orsaken till att personen ej kan medverka kan noteras, t.ex. "kan ej lämna samtycke p.g.a. demenssjukdom".

Min VFU placering är inom KVH/Palliativ vård, ska dessa patienter/vårdtagare ingå?

Svar: Här får överväganden göras mellan studenten och handledaren. Är området som studeras (t.ex. fallrisk, undernäring, trycksår) av vikt inom denna vården? Är det lämpligt att göra en sådan studie? Om studenten tillsammans med handledaren kommer fram till att det inte är lämpligt – överväg möjligheten att göra undersökningen på något närliggande särskilt boende. Ett annat alternativ kan vara att göra en undersökning av något annat, mer lämpligt område, t.ex. smärta – kontakta i så fall projektansvarig(a). Ett tredje alternativ är att gå igenom underlaget systematiskt, skriva ner sina reflektioner och skicka in enligt instruktionerna.

Vem informerar chefen?

Svar: Student liksom klinisk adjunkt har ansvar att även informera till avdelningschef eller motsvarande i god tid före studien. Det är bättre att informera en gång för mycket än en gång för lite. Se även nästa punkt.

Vem informerar handledaren?

Svar: Studenten informerar handledaren i god tid före studien genom att delge den skriftliga informationen vilken också med fördel kan visas för huvudhandledare och avdelningschef så att de vet vad du som student kommer att göra den aktuella dagen och så att ni tidigt även kan planera lämpligt tillfälle för återrapporteringen.

Undersökningen är upplagd med stor frihet - under ansvar. Dvs. undersökningen behöver vara meningsfull för såväl studenterna som för personalen, så alla får "tänka till" så att upplägget passar studenterna och enheterna. Fyll i utvärderingarna så kan vi förbättra upplägget till nästa gång.

Hur gör vi med kopieringen?

Svar: Kopiera dokumenten på VFU-platsen så att ni har ett exemplar av formulären till varje patient/vårdtagare, ett ex. av studentutvärderingen för varje student, samt ett gemensamt försättsblad för enheten/avdelningen (där ni är flera studenter). Argumentet för att kopieringen görs på VFU-platsen är att verksamheten får en kvalitetssäkring av sin verksamhet genom att bedömningar görs och resultat återförs.

Den personal som ni rapporterar era iakttagelser till får bestämma om enheten/avdelningen vill ta kopior på bedömningarna och rapportunderlaget. Originalen skickas/lämnas till Högskolan Kristianstad (Gita Hedin, Sektionen för Hälsa & Samhälle, Högskolan Kristianstad, 291 88 Kristianstad, gita.hedin@hkr.se).

Hoppas ni får en inblick i "praktiskt forskning" och att dagen blir lärorik!

*Med Vänliga Hälsningar
Albert Westergren & Gita Hedin*

FÖRSÄTTSLAD (ett per student)

Student: _____

Kurs: _____

Datum: _____

VFU-placering, markera med "x":

Sjukhus Särskilt boende Hemsjukvård

Om sjukhus - ange vilket sjukhus: _____

Om kommun - ange vilken kommun: _____

Annat: _____

Sammanfattande reflektion kring att använda MEONF-II (räcker att göra efter det att alla tre (i hemsjukvården två) bedömningarna är genomförda:

Om någon patient/vårdtagare hade måttlig/hög risk för undernäring – fick han/hon rätt behandling, t.ex. var E-kost och/eller näringsdryck ordinerat?

Om någon patient/vårdtagare hade måttlig/hög risk för undernäring – var detta uppmärksammat redan innan, var det dokumenterat?

Underlaget skickas till: Gita Hedin, Sektionen för Hälsa & Samhälle, Högskolan Kristianstad, 291 88 Kristianstad, gita.hedin@hkr.se.

STUDENTUTVÄRDERING (en per student)

1. Jag är sjuksköterskestudent i Kurs:

6 16

2. Min medverkan var i/på:

Sjukhus Kommunalt boende Annat

3. Hur var informationen före studien?

Utmärkt Tillräcklig Otillräcklig

4. Var de skriftliga instruktionerna tillräckliga?

Ja Nej

5. Hur fungerade samarbetet med vårdpersonalen under studien?

Utmärkt Bra Inte alls

6. Hur fungerade samarbetet med patienten/-erna under studien?

Utmärkt Bra Inte alls

7. Fick Du tillräckligt stöd av högskolans personal (kliniska adjunkter/lärare eller andra) för att kunna genomföra datainsamlingen?

Ja Delvis Nej Ingen uppfattning

8. Hur upplevde Du datainsamlingen ur ett vetenskapligt perspektiv?

Jag har fått bättre vetenskaplig förståelse
 Jag förstår inte sambandet mellan vetenskap och undersökningen
 Jag anser mig redan ha en fullgod vetenskaplig förståelse och ser inte att min medverkan har medfört någon ny kunskap/erfarenhet

9. Undersökningen ökade mitt intresse för näring och ätande?

Ja Nej Nej, mitt intresse är/var redan stort Ej intresserad

10. Mina kunskaper om näring och ätande ökade

Ja Nej

TACK FÖR DIN MEDVERKAN!

Bakgrundsdata (en per patient/vårdtagare)

1. Ålder (år): _____

2. Kön Man Kvinna

3. Förenklat ADL-status enligt Katz (ett per patient/vårdtagare)

Markera med kryss i kolumnerna till höger:

	Behöver hjälp helt/delvis. Beroende:	Behöver ingen hjälp. Oberoende:
BADNING (ta sig till tvättplats, tvätta hela kroppen, i dusch, eller med tvättlapp vid handfat)		
PÅ- OCH AVKLÄDNING (ta sig till låda eller skåp, ta fram kläder, ta av och på kläderna)		
TOALETTBESÖK (ta sig till toaletten, komma på och av toalettstolen, torka sig, tvätta sig, ordna kläderna)		
FÖRFLYTTNING (ta sig ur sängen till en stol eller mellan två stolar = överflyttning av kroppen)		
KONTINENS (fysiologisk tömning av blåsa och tarm: Inkontinens = ofrivillig urin- eller facesavgång. Hygien, toalettbesök och förstoppning räknas ej)		
FÖDOINTAG (få mat från tallrik eller dylikt in i munnen. Hygien och bordsskick bedöms ej)		
Summera antalet ADL-funktioner som personen är beroende i (behöver helt/delvis hjälp med)(Min = 0 kryss, Max = 6 kryss) SUMMA:		

- Nästan helt beroende – behöver hjälp med 5-6 ADL funktioner
 Delvis beroende – behöver hjälp med 3-4 ADL funktioner
 Nästan helt/helt oberoende – beroende i max 2 ADL-funktioner

4. Markera eventuellt/eventuella sjukdomstillstånd (se journal).

- Andningsorganens sjukdomar
 Cirkulationsorganens sjukdomar t.ex. hjärtinfarkt stroke
 Endokrin sjukdom t.ex. diabetes
 Hematologisk sjukdom
 Hudsjukdom
 Infektionssjukdom
 Mag-tarm-, lever-, bukspottkörtels- och/eller gallvägssjukdom
 Neurologisk sjukdom
 Njursjukdom
 Ortopedisk sjukdom inkl fraktur t.ex. höftfraktur
 Psykisk sjukdom t.ex. demens depression
 Reumatologisk sjukdom
 Trauma
 Sjukdomar i urin- och könsorgan
 Öron-näsa-halssjukdom
 Annan orsak: _____
 Vet ej

5. Hur upplever du svårighetsgraden av din sjukdom? (fråga patienten)

- Mild
 Måttlig
 Svår
 Ingen sjukdom

6. I jämförelse med andra i samma ålder, hur uppfattar du ditt hälsotillstånd? (fråga pat.)

- Inte så bra som andras
 Lika bra som andras
 Bättre än andras

7. Fråga patienten om sömnproblem (ringa in svaret).

Hur stora problem har du med att...	Inga	Små	Måttliga	Stora	Mycket stora
...somna på kvällen.....	0	1	2	3	4
...du vaknar på natten.....	0	1	2	3	4
...sömnen inte gör dig utvilad.....	0	1	2	3	4

8. Be patienten ta ställning till följande påståenden (ringa in svaret).

Idag/senaste dagarna	Inte alls	Ja, lite	Ja, ganska mycket	Ja, mycket
...blir jag mycket trött utan särskild orsak	0	1	2	3
...har jag känt mig nedstämd och/eller deprimerad	0	1	2	3

NUTRITIONSÅTGÄRDER

9. Har energibehovet beräknats? Ja Nej

10. Registreras matintaget? Ja Nej

11. Registreras vätskeintaget? Ja Nej

12. Typ av kost

SNR-kost (Kost för friska)

A-kost (Allmän kost för sjuka)

E-kost (Energi- och Proteinrik kost)

Önskekost

Annan specialkost, vilken *: _____

* Exempel på andra kosten: **Fettreducerad kost, Glutenfri kost; Laktosreducerad kost, Proteinreducerad kost.**

13. Typ av konsistens på maten (ett alternativ)

Hel kost ("normal") Gelékost

Hackad eller lättuggad Tjockflytande

Sufflé och timbal (slät konsistens) Tunnflytande

14. Typ av konsistens på drycken (ett alternativ)

Tunnflytande ("normal") Tjockflytande Gelé

15. Portionsstorlek

Stor (1 ½ portion, ca 600 Kcal) Mellan (1/1 portion, ca 420 Kcal) Liten (1/2 portion, ca 200 Kcal)

16. Assistans vid måltid? (ett alternativ)

Klarar självständigt Delvis hjälp, t.ex. bre smörgås/öppna förpackning Matas

17. Intas näringsdrycker eller berikningsprodukter? *

Ja Nej Ibland

* Inbegripet energiberikade mellanmål enligt särskild meny (som alternativ till näringsdryck)

18. Enteral/parenteral nutrition

Ja, total enteral nutrition (all näring via sond) Ja, enteral stödnutrition (viss näring via sond)

Ja, total parenteral nutrition (all näring via dropp) Ja, parenteral stödnutrition (inklusive glukos, viss näring via dropp)

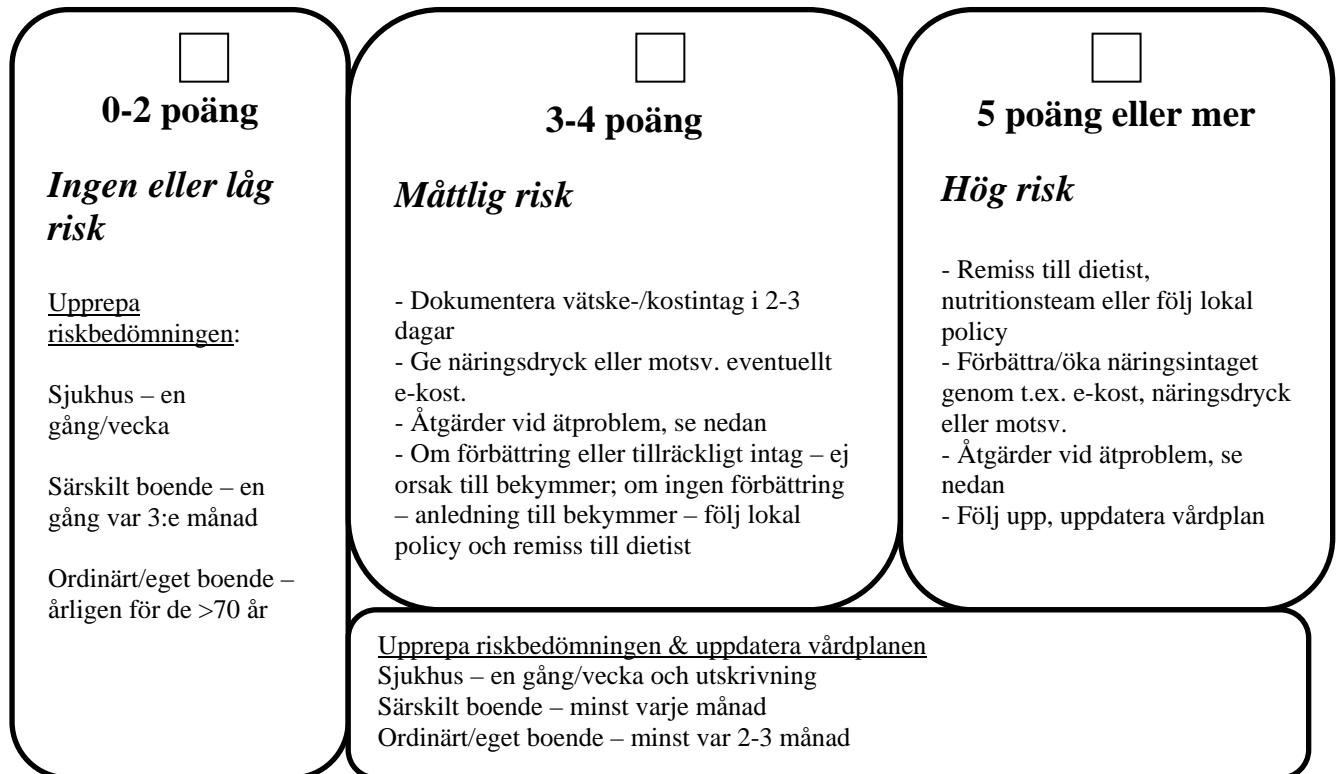
Nej (intar mat enbart via munnen) Pre- och/eller postoperativ stödnutrition (före och/eller efter operation)

19. Har kontakt tagits med dietist under den aktuella sjukhusvistelsen? Ja Nej Vet ej

MEONF-II (Minimal Eating Observation and Nutrition Form – Version II)

Ålder (år): _____ Kön <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Kvinna		Längd i meter: Vikt i kilo: BMI, vikt (kg)/längd i kvadrat (m ²):	
			POÄNG
1	Har ofrivillig viktförlust (oavsett tid & omfattning)	Ja, viktförlust = 2 Ingen viktförlust = 0 Vet ej – lämna tomt och fortsatt med nedanstående	
2a	BMI är mindre än 20 (69 år eller yngre)	Har lågt BMI <i>eller</i> liten / kort vadmokrets = 1 Annars = 0	
	BMI är mindre än 22 (70 år eller äldre)		
2b	Vadmokretsen är mindre än 31 centimeter		
Ätproblem (kryssa till vänster och ge poäng enligt instruktion till höger)			
3	Matintag <input type="checkbox"/> Svårt att upprätthålla bra sittställning vid måltid <input type="checkbox"/> Svårt att hantera maten på tallriken <input type="checkbox"/> Svårt att transportera maten till munnen	En/flera svårigheter = 1 Inga svårigheter = 0	
4	Sväljning/mun <input type="checkbox"/> Svårt att tugga <input type="checkbox"/> Svårt att hantera maten i munnen <input type="checkbox"/> Svårt att svälja	En/flera svårigheter = 1 Inga svårigheter = 0	
5	Energi/Aptit <input type="checkbox"/> Äter mindre än ¾ av serverad mat <input type="checkbox"/> Nedsatt ork att fullfölja en hel måltid <input type="checkbox"/> Nedsatt aptit	Ett/flera problem = 2 Inga problem = 0	
6	Kliniska tecken indikerar att risk för undernäring föreligger. Bedöm t.ex. kropps-konstitution, underhudsfett, muskelmassa, handgreppsstyrka, ödem (vätskeansamling i kroppen), blodprover (t.ex. S-Albumin).	Kliniska tecken indikerar risk = 1 Annars = 0	
Summera observationerna 1-6 (min = 0, max = 8)		SUMMA:	
RISK FÖR UNDERNÄRING <input type="checkbox"/> 0-2 poäng, ingen eller låg risk <input type="checkbox"/> 3-4 poäng, måttlig risk <input type="checkbox"/> 5 poäng eller mer, hög risk			
Gradering av högt BMI Övervikt: 25-29.9 (69 år eller yngre) 27-31.9 (70 år eller äldre) <input type="checkbox"/>		Fetma: 30-39.9 (69 år eller yngre) 32-41.9 (70 år eller äldre) <input type="checkbox"/>	Svår/sjuklig fetma: >40 (69 år eller yngre) >42 (70 år eller äldre) <input type="checkbox"/>

OBS! OM PATIENTEN/VÅRD TAGAREN HAR MÅTTLIG/HÖG RISK FÖR UNDERNÄRING – RAPPORTERA TILL ANSVARIG SJUKSKÖTERSKA, SAMT DOKUMENTERA!



Alla riskkategorier:

- Behandla underliggande tillstånd och ge hjälp och råd om födoval, ätande och att dricka när så behövs.
- Dokumentera riskkategori (Låg/Måttlig/Hög risk)
- Dokumentera kostbehov och följ lokala riktlinjer

Huvudmoment i ätprocessen Delmoment i ätprocessen	Specifika åtgärder – kopplade till huvudmoment i ätprocessen	Generella åtgärder kopplade till ätprocessen
Matintag , svårt att: upprätthålla bra sittställning vid måltid hantera maten på tallriken transportera maten till munnen	Anpassa bestick, glas, mugg. Konsultera sjukgymnast, arbetsterapeut.	Assistans / Matning. Träning. Artificiell nutrition. Anpassa måltidsmiljön. Reducera distraherande moment. Samtal och information.
Sväljning/mun , svårt att: öppna/stänga munnen, tugga hantera maten i munnen svälja	Konsistensanpassa. Specifika sväljningstekniker och huvudpositioneringar. Konsultera: person kunnig i dysfagi (vanligen logoped), dietist och tandhygienist/tandläkare.	
Energi/aptit Äter mindre än ¾ av serverad mat Nedsatt ork att fullfölja en hel måltid Äter sakta Nedsatt aptit	Kosttillägg / näringsdryck till mellanmål. Protein- och energität kost. Planera andra aktiviteter så att ork finns att äta. Konsultera dietist.	

Fetma:
- Dokumentera förekomst av övervikt/fetma. Kontrollera underliggande orsaker innan behandling sätts in.

Manual till MEONF-II

Bedömning av näringstillstånd: I första hand ska patienten/den boende vägas och mätas aktuell dag. Detta görs företrädesvis direkt på morgonen, innan frukost och patienten/den boende bör endast vara iklädd underkläder. I andra hand kan uppgift om längd och vikt hämtas från journalen eller genom att fråga personen. Vikten ska vara tagen inom den senaste månaden.

1. Ofrivillig vikt förlust (oavsett tid & omfattning). Fråga dels patienten och granska även dokumentationen avseende viktutvecklingen. Fråga om han/hon märkt att kläderna börjat sitta löst, om ringar eller klockan verkar sitta löst. Fråga också om han/hon avsiktligt försökt gå ner i vikt.

2a. BMI räknas ut utifrån formeln: vikt (kg)/längd i kvadrat (m²). Om inte längd och/eller vikt kan erhållas som grund för att beräkna BMI – mät istället vadomkrets (2b). BMI exempel på uträkning för en patient som är 1.87 meter lång och väger 90 kilo. Räkna ut 1.87 meter x 1.87 meter = 3.50. Räkna ut 90 kilo / 3.50 = 25.7.

2b. Vadomkrets mäts i centimeter. Mät vaden på det bredaste stället. Mät även över och under den bredaste punkten, för att säkerställa att den första mätningen gav det största måttet.

3-5. Ätproblem: Bedömning av ätproblem: Bedömningen görs i första hand genom att patienten/den boende observeras under en måltid. I andra hand kan den göras genom intervju av patient/boende. Om en person har hjälpmedel/hjälp för att kunna äta, anges det att personen har ett problem, t.ex. om personen har gelékost p.g.a. sväljningssvårigheter anges att det föreligger sväljningssvårigheter, även om dessa ej är påtagliga eftersom kosten har konsistensanpassats. Om patienten har sondmat/dropp pga. Obefintligt eller otillräckligt dryck-/matintag – ge 2 poäng i fråga "5. Energi/aptit".

3. Matintag

Att upprätthålla bra sittställning vid måltid	Sitter självständigt och kan röra sig fritt
Att hantera maten på tallriken	Använder båda händerna, endast enstaka spill, har ej pet-emot-kant eller speciella bestick, använder traditionella bestick dvs inte sked till kött och potatis, delar själv maten och brer smörgås, ställer ifrån sig glas/kopp själv
Att transportera maten till munnen	Samordnar armar/bål/huvud när maten förs till munnen, behöver inte haklapp, hittar munnen utan problem, endast enstaka spill, ingen anpassning av redskap t.ex. mugg, sugrör

4. Sväljning/mun

Att tugga	Både "upp och ner" och roterande/malande tugg rörelser. Matens konsistens är inte anpassad. Kan bita av maten, drar inte av den. Förlorar inte mat ur munnen under tuggning.
Att hantera maten i munnen	Maten förflyttas smidigt bakåt i munnen. Det finns ingen mat kvar i munnen efter måltiden. Det går att samtala mellan tuggorna.
Att svälja	Ingen hosta under måltid som uppfattas som felsväljning. Smidig sväljnings-rörelse när maten är färdigtuggad. Ingen paus eller extra koncentration innan sväljningen. Efter sväljningen är munnen i stort sätt tom.

5. Energi/aptit

Äter mindre än ¾ av serverad mat	Det förutsätts att portionen som serveras anpassats till personens behov (mängd och innehåll). Har ej sondmat/dropp till följd av otillräckligt matintag.
Nedsatt ork att fullfölja en hel måltid	Måltiden avbryts för att personen inte orkar fortsätta (ej p.g.a. mättnadskänsla).
Nedsatt aptit	Fråga i första hand personen själv; i andra hand, gör en egen skattning. Aptiten nu jämförs med hur hans/hennes aptit vanligen är.

6. Kliniska tecken. Indikerar att risk för undernäring föreligger. Bedöm t.ex. kroppsbyggnad, underhudsfett, muskelmassa, handgreppsstyrka, ödem (vätskeansamling i kroppen), blodprover (t.ex. S-Albumin)

Summera observation 1-6. OBSERVERA att ofrivillig viktnedgång ger 2 poäng liksom nedsatt energi/aptit. Detta eftersom det är känt att de är starkt förknippade med undernäring.

TOLKNING

0-2 Poäng = Ingen eller låg risk för undernäring

3-4 Poäng = Måttlig risk för undernäring

5 poäng eller mer = Hög risk för undernäring

När den initiala bedömningen är genomförd gå vidare med planering av åtgärder!

Fälttest av MEONF-II (ett per patient/vårdtagare)

OBSERVERA ATT DET ÄR DIN BEDÖMNING AV ANVÄNDARVÄNLIGHETEN, DU SKA SÅLEDES INTE FRÅGA PATIENTEN.

1. Hur lång tid tar det att besvara MEONF-II? minuter

2. Var instruktionen (manualen) till MEONF-II lätt att förstå?

Ja Nej; kommentar:

.....

3. Var frågorna i MEONF-II:

A. Lätta att förstå? Ja Nej; kommentar:

.....

B. Lätta att besvara? Ja Nej; kommentar:

.....

C. Relevanta? Ja Nej; kommentar:

.....

4. Var åtgärdsförslagen i MEONF-II:

A. Lätta att förstå? Ja Nej; kommentar:

.....

B. Relevanta? Ja Nej; kommentar:

.....

5. Förslag till ändring vid ev. oklarheter, språkliga problem, etc:

6. Andra kommentarer: