

**SAMBAND MELLAN NÄRINGSTILLSTÅND OCH UPPLEVD HÄLSA
HOS ÄLDRE PERSONER**

**RELATIONS BETWEEN NUTRITIONAL STATUS AND
PERCEIVED HEALTH IN ELDERLY PEOPLE**

Specialistprogrammet med inriktning vård av äldre, 60 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Avancerad nivå
Examinationsdatum: 150526
Kurs: HT13

Författare:
Åsa Berglind Garmenfjäll

Handledare:
Sigrid Odencrants
Anne-Marie Wallin

Examinator:
Maria Kumlin

SAMMANFATTNING

De äldre utgör en allt större andel av Sveriges befolkning och de flesta äldre lever ett friskt och aktivt liv. Med stigande ålder ökar dock risken för sjuklighet och funktionshinder och därmed i ökad omfattning behovet av hjälp och stöd inom en rad olika områden. I takt med ökad sjuklighet och eventuella tillstötande funktionshinder ökar också risken för att det påverkar direkt eller indirekt den äldres nutritionstillstånd och förmågan att äta. Upplevelsen av hälsa är individuell och påverkas av olika faktorer såsom ålder, kön, etnicitet, sjukdom, socialt umgänge och kultur. Studier visar att ett gott näringstillstånd upprätthåller den äldres hälsa, funktionsförmåga och livskvalitet samt återhämtning efter sjukdom. Syftet med föreliggande studie var att beskriva samband mellan näringstillstånd och hur äldre upplever sin hälsa. Studien är en kvantitativ tvärsnittsstudie med deskriptiv och korrelativ design där korrelation har beräknats med Spearmans rangkorrelationskoefficient.

Resultatet baseras på 64 äldre mellan 65-99 år som var inskrivna i kommunal äldreomsorg, i en mellansvensk kommun. De äldres nutritionstillstånd och hälsa bedömdes utifrån Mini Nutritional Assessment (MNA), Nutritional Form for the Elderly (NUFFE) och Hälsoindex (HI). Studien visade ett signifikant samband mellan näringstillstånd och upplevd hälsa oavsett mätinstrument för näringstillstånd. Sambandet var måttligt starkt men indikerade att de äldre som skattade sin hälsa lågt hade ökad risk för undernäring eller var undernärda. Slutsatsen är att om undernäring kan förebyggas kan äldre möjligen bo längre i sina hem och utföra sina dagliga aktiviteter, och förhoppningsvis, oberoende av andra människor.

Nyckelord: Hälsa, kommunal omsorg, näringstillstånd, äldre

ABSTRACT

The elderly constitute an increasing share of Sweden's population and most of the elderly live a healthy and active life. With increasing age increases the risk of morbidity and disability and therefore increasingly need help and support in a variety of areas. In line with increased morbidity and eventual intercurrent disability increases the risk of affecting directly or indirectly the elderly person's nutritional status and ability to eat. The perception of health is individual and influenced by various factors such as age, gender, ethnicity, disease, social interaction and culture. Studies show that a good nutritional state maintains the health of the elderly, functional capacity and quality of life and recovery from illness. The aim of the present study was to describe the association between nutritional status and the elderly perceive their health. The study is a quantitative cross-sectional study with descriptive and correlative design where the correlation was calculated with Spearman's rank correlation coefficient.

The result is based on 64 elderly between 65-99 years who were enrolled in municipal elderly care, in a medium Swedish municipality. Older people's nutritional status and health were assessed Mini Nutritional Assessment (MNA), Nutritional shape for the Elderly (NUFFE) and Health Index (HI). The study showed a significant correlation between nutritional status and perceived health regardless measuring instruments for nutritional status. The relationship was moderately strong but indicated that the older who rated their health low had increased risk of malnutrition or were malnourished. The conclusion is that malnutrition can be prevented, older possibly stay longer in their homes and perform their daily activities, and hopefully, regardless of other people.

Keywords: Health, community care, nutrition status, elderly

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Hälsa	1
Hälsotillstånd hos äldre	2
Näringstillstånd	3
Näringstillståndets betydelse för äldres hälsa	4
Faktorer som påverkar den äldres näringstillstånd	4
Bedömning av näringstillstånd	5
Virginia Hendersons omvårdnadsteori- en behovsteori	5
Sjuksköterskans ansvar för näringstillstånd vid omvårdnad av äldre	6
Problemformulering	6
SYFTE	7
METOD	7
Design	7
Urval	7
Deltagare	7
Bortfall	7
Datainsamling	8
Självskattning av hälsa	9
Dataanalys	9
Forskningsetiska överväganden	9
RESULTAT	10
Samband mellan näringstillstånd och upplevd hälsa	10
Näringstillstånd hos äldre	10
De äldres upplevelse av hälsa	12
DISKUSSION	14
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion	15
Slutsats	17
Relevans för klinisk praxis	17
Fortsatt forskning	18
REFERENSER	19

- Bilaga 1 Informationsbrev till deltagare**
- Bilaga 2 Mini Nutritional Assessment (MNA)**
- Bilaga 3 Nutritional form for the elderly (NUFFE)**
- Bilaga 4 Hälsoindex(HI)**

INLEDNING

Upplevelsen av hälsa är individuell och påverkas av olika faktorer såsom ålder, kön, etnicitet, sjukdom, socialt umgänge och kultur. Individen kan uppleva ha en god hälsa trots att individen kan vara kroppsligt sjuk (Medin & Alexandersson, 2000). Att mäta hälsa kan då inte bara beskrivas ur ett objektivet perspektiv utan måste också beskrivas subjektivt.

En stor andel av Sveriges befolkning utgörs av äldre personer och andelen beräknas öka de närmaste åren. De flesta äldre anser sig ha god hälsa men risken ökar att drabbas av sjukdom och/eller funktionshinder vid stigande ålder. Mat- och näringsproblem uppkommer ofta i samband med sjukdom och funktionshinder. Undernäring bedöms förekomma hos en till fem procent av äldre i ordinärt boende, 10-35 procent på särskilt boende och hos 20-40 procent hos äldre patienter som vårdas på sjukhus (Socialstyrelsen, 2011). Människor med behov av vård och omsorg är också de som har större risk eller riskerar att bli undernärda (Abrahams-son, Hörnell & Ekblad, 2013). Studier visar att ett gott näringstillstånd kan upprätthålla de äldres hälsa, funktionsförmåga och livskvalitet samt främjar återhämtning efter sjukdom (Gaskill et al., 2008; Murray, 2006; Norman, Pichard, Lochs & Pirlich, 2008).

Det kan därför vara av betydelse att beskriva samband mellan näringstillstånd och hur äldre upplever sin hälsa. Studien beskriver personer (65-99 år) med behov av stöd och inskrivna i kommunal äldreomsorg.

BAKGRUND

Hälsa

Det finns olika teorier om vad hälsa är och vad som ger hälsa. Medin och Alexandersson (2000) särskiljer synen på hälsa i två huvudinriktningar; den biomedicinska och den humanistiska. Inom den biomedicinska inriktningen ses hälsa som frånvaro av sjukdom. En människa med sjukdom uppnår inte hälsa. Människan ses som ett biologiskt system av fungerande organ, snarare än en individ. När dessa organ fungerar normalt är människan vid hälsa. Inom den humanistiska inriktningen beskrivs däremot hälsa som något mer än enbart frånvaro av sjukdom. Individens egen upplevelse av hälsa är utgångspunkten. Om individen är kroppsligt sjuk, kan individen ur ett humanistiskt synsätt uppleva hälsa. En betoning på helhetssyn kring människan råder då andra faktorer såsom sociala, ekonomiska och kulturella inkluderas. Människan uppfattas som aktiv och skapande och hälsa uppkommer i interaktion mellan individ och omgivning (Medin & Alexandersson, 2000).

Nordenfeldt, en av de svenska förespråkarna inom det holistiska synsättet på hälsa menar att en individ har hälsa om han/hon kan uppnå vitala, grundläggande mål och fungera i sin sociala omgivning. Individens handlingsförmåga avgör om och hur de vitala målen uppnås. Individens upplevelse av hälsa och handlingsförmåga har ett samband. Graden av upplevd hälsa bidrar till förmåga och förmåga bidrar till graden av upplevd hälsa (Nordenfeldt, 2010).

Antonovsky (1991) anser att hälsa uppkommer när individen har en känsla av sammanhang och mening- KASAM. KASAM bygger på individens kapacitet att se sin tillvaro som begriplig, hanterbar och meningsfull och de tre komponenterna påverkar varandra. Oavsett i vilken ålder och hur frisk eller sjuk personen är har personen någon form av hälsa i hela livet.

En av de mest kända och citerade definitionerna på hälsa är Världshälsoorganisationens [WHO] definition

”Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.” (WHO, 1948).

WHO:s syn på hälsa är inte bara frånvaro av sjukdom utan omfattar psykiska och sociala aspekter. På Ottawakonferensen 1986 framhöll WHO att hälsa var en resurs och en förutsättning för en människas liv (WHO, 1986).

Den subjektiva bilden av hälsa varierar. Medin och Alexandersson (2000) menar att den påverkas av olika faktorer; bland annat om en individ är sjuk eller frisk, ålder, kön och etnicitet. Willman (2009) menar också att den subjektiva upplevelsen av hälsa kan påverkas av olika faktorer såsom att ha tillfredsställda grundläggande behov (mat och vatten), ha god fysisk förmåga och ett tillfredsställande socialt nätverk. Faktorer som kan påverka individens upplevelse av ohälsa kan vara otrygghet, smärta, lidande, sjukdom, skada, trötthet, fattigdom och arbetslöshet.

Hälsotillstånd hos äldre

De äldres hälsa i Sverige har förbättrats under de senaste 20 åren och allt fler äldre beskrivs uppleva sitt hälsotillstånd som gott (Abrahamsson et al., 2013). Enligt Abrahamsson (2013) rapporterade Socialstyrelsen att 86 procent i ålder över 75 år anser sin hälsa som mycket bra eller ganska bra, för äldre över 85 år är andelen något lägre. Många äldre i Sverige beskriver en god hälsa och klarar sig självständigt i sin vardag men det finns en grupp äldre som har behov av vård och omsorg. Enligt Socialstyrelsen (2012) var 249 900 eller 14 procent i åldersgruppen 65 år och äldre beviljade hemtjänst i sitt ordinära boende eller var bosatta på särskilda boenden. Risken att drabbas av sjukdom och/eller funktionsnedsättning ökar med åldern. I och med att äldre lever längre idag kan det leda till att antalet sjukdomsår ökar och den äldre drabbas ofta av flera sjukdomar/funktionsnedsättningar (Abrahamsson et al., 2013). Kroniska sjukdomar och funktionsnedsättningar kan medföra konsekvenser för den äldre genom att det blir svårare att klara av akuta sjukdomar och kirurgi vilket kan ge ökad risk till för tidig död (Akner, 2006).

I en studie om 22 sköra äldres upplevelse av hälsa framkom att den egna hälsan stärktes när de hade en känsla av säkerhet och kontroll över vardagen. Däremot påverkades deras vardag av symtom från sjukdom och andra besvär vilket innebar en känsla av oro och osäkerhet, något som försvagade upplevelsen av hälsa. Besvärande symtom som påverkade vardagen var främst de som begränsade rörligheten vilket associerades med dålig balans, smärta, trötthet och brist på energi. Dock kunde den sköra äldre uppleva ett gott hälsotillstånd om de hade insikt och kontroll över sina sjukdomars symtom och besvär (Ebrahim, Wilhelmson, Eklund, Dea Moore & Jakobsson, 2013). Akner (2009) betonar att hälsa kan vara svårt att definiera för äldre människor. En äldre person kan ha olika symtom från sjukdomar, behov av hjälpmedel och insatser från hemtjänst och hemsjukvård för att klara av sitt vardagliga liv men ändå anse sig ha en god hälsa beroende på sin sociala situation, ekonomi och sina intressen.

Den äldres hälsa kan bedömas från två aspekter: dels hur en individ upplever sin hälsa som subjektiv bedömning, dels en objektiv bedömning då olika mätbara variabler bedöms, kroppsundersökning, kroppsammansättning, blod- och urinprov (Akner, 2009). McDowell (2006) menar att mätning av hälsa kan vara komplex på grund av att det råder oklarhet kring definitionen av hälsa: vad innehåller begreppet hälsa? Avser det livskvalitet eller välbefin-

nande? Vilka hälsoindikatorer ska spegla hälsobegreppet? Utifrån det så mäts och bedöms hälsa på olika sätt. Det kan vara ett prov som ska analyseras, en kroppslig funktion som observeras

eller individens subjektiva upplevelse av sitt hälsotillstånd. Det finns olika bedömningsinstrument som mäter hälsa. Vissa instrument är generella och mäter individers hälsa i allmänhet medan andra instrument är specifikt inriktade att kartlägga hur den subjektiva hälsan påverkas av en viss sjukdom eller behandling (McDowell, 2006).

Det finns olika teorier om framgångsrikt/gott åldrande men ingen konsensus om definition. Ur ett folkhälsoperspektiv definieras framgångsrikt åldrande som ett optimalt tillstånd av funktion och välbefinnande. Äldre personer beskriver det mer som en process av anpassning i en specifik omgivning, social upplevelse och att ha en subjektiv känsla av välbefinnande (Ebrahim et al., 2013). En litteraturstudie genomfördes av Depp och Jeste (2006) med syfte att beskriva om det fanns en entydig definition på framgångsrikt/gott åldrande samt vilka faktorer som påverkade ett gott åldrande. Resultatet visade att i 28 studier identifierades 29 olika definitioner, vilket bekräftade att det inte finns någon gemensam definition. Författarna redovisar att de mest signifikanta sambanden mellan framgångsrikt/gott åldrande och de påverkande faktorerna är ålder, att inte röka och frånvaro av funktionshinder men att det fanns ett måttligt samband med framgångsrikt åldrande och självskattad hälsa.

Näringstillstånd

En förutsättning för god hälsa beskrivs vara ett gott näringstillstånd, det vill säga att intag av näring och energi är i balans med kroppens behov. En försämring av näringstillstånd uppstår när det blir obalans mellan individens intag och förbrukning av näringsämnen och energi (Kondrup & Elia, 2011). Tillståndet näringstillstånd definieras, enligt Socialstyrelsen (2011), på två olika sätt: malnutrition och undernäring. Malnutrition yttrar sig som ett

”tillstånd där brist på eller obalans av energi, protein eller andra näringsämnen har orsakat mätbara och ogynnsamma förändringar i kroppens sammansättning, funktion eller av en persons sjukdomsförlopp.” (Socialstyrelsen, 2011 s11)

Malnutrition kan därmed innebära över- eller undernäring (Kondrup & Elia, 2011; Socialstyrelsen, 2011). Undernäring uppstår när det råder brist på energi, protein eller andra näringsämnen. Kroppens förråd av näringsämnen minskar och kroppens vävnader bryts ner. Symtom på undernäring är viktnedgång, förlust av muskelmassa, förlust av protein och nedsatt immunförsvar (Faxén Irving, Karlström & Rothenberg, 2010). Studier har visat att undernäring är förknippat med en ökad risk för komplikationer hos äldre. Undernäring leder bland annat till ökad risk för fall (Meijers et al., 2012; Neyens et al., 2013; Westergren, Hagell, Sjö Dahl Hammarlund, 2014), muskelsvaghet (Norman et al., 2008), ökad risk för utveckling av trycksår (Shahin et al., 2010) samt nedsatt funktionsförmåga (Ritchie, Locher, Roth, McVie, Sawyer & Allman, 2008).

Näringstillståndets betydelse för äldres hälsa

Bra matvanor beskrivs vara av betydelse för att bevara god hälsa och ett liv av oberoende så länge som möjligt (Abrahamsson et al., 2013; Socialstyrelsen, 2011). Ett minskat näringsintag ökar risken för undernäring vilket i sin tur påverkar den äldres hälsa, funktionsförmåga och livskvalitet (Gaskill et al., 2008). Murray (2006) menar att god nutrition är grundläggande för återhämtning efter sjukdom och för att få en förbättrad hälsa.

På grund av minskad fysisk aktivitet, mindre muskelmassa och minskad kroppscellsmassa har äldre ett lägre energibehov. Behovet av näringsämnen minskar däremot inte utan snarare ökar. I och med ökad ålder ökar risken att drabbas av sjukdom och/eller funktionsnedsättning vilket innebär att de äldre får ett ökat energi- och näringsbehov (Abrahamsson et al., 2013, Bernstein, 2010a). Att vara äldre och sjuk i kombination med brist på näringsämnen kan medföra svaghet och nedsatt funktionell status och den äldre kan därmed få ytterligare problem med att tillgodose sitt näringsbehov. Den äldre kan lätt hamna i en ond spiral som kan öka risken för ohälsa (Akner, 2006). Saletti (2007) konstaterade i sin studie bland äldre i olika boendeformer att de äldre som upplevde ohälsa och nedstämdhet bedömdes i högre utsträckning vara undernärda i förhållande till de som upplevde god hälsa. I en annan studie framkom att låg självupplevd hälsa, en eller flera depressionssymtom, försämrad kognitiv funktion och nedsatt greppstyrka i händerna bland äldre i en ålder mellan 75-80 år, var associerat med risk för undernäring (Johansson, 2009).

Faktorer som påverkar den äldres näringstillstånd

Undernäring hos äldre är oftast ett resultat av olika bakomliggande faktorer såsom fysiologiska, sociala, psykologiska och ekonomiska. Fysiologiska förändringar kan vara nedsatt salivproduktion, muntorrhet, tugg- och sväljsvårigheter, försämrad syn, smak och lukt påverkar aptiten och ätandet bland de äldre (Holst, Rasmussen & Laursen, 2012). Sjukdomar såsom cancer, reumatism, hjärt-kärlsjukdom, demens, depression, diabetes och Parkinsons sjukdom anses påverka de äldres intag av näring (Faxén Irving et al., 2010). Att bo ensam, minskad socialt nätverk och ekonomi, nybliven änka/änkling samt depression kan vara sociala och psykologiska faktorer som kan påverka aptiten och drivkraften till laga mat och därmed påverka den äldres näringstillstånd. Förmågan att sköta inköp och laga mat kan vara begränsad vilket kan bidra till minskat näringsintag (Dononi et al., 2013). Läkemedel kan på många sätt ha inverkan på aptiten t ex illamående, symtom i mag-tarmkanalen (Heuberger, 2012). Åldrandets normala degenerativa process är också en faktor som påverkar näringstillståndet hos den äldre. Åldersrelaterad viktnedgång efter 70 års ålder anses vara upp till ett halvt kilo per år (eller 0,5 % per år), personer med kronisk sjukdom förlorar ofta två till tre kilo per år. (Socialstyrelsen, 2011). Sarcopeni innebär att muskelmassa, styrka och muskelfunktion minskar, vilket är ett tillstånd som ingår i normalt åldrande. Muskulaturen utgör även en funktion som kroppens proteindepå vilken aktiveras när energibehovet ökar, något som behövs i samband med sjukdom och skada. Minskad muskelmassa ger därmed en reducerad reservkapacitet av protein. Den sjuka äldre som inte har ett optimalt näringsintag blir trött, får sämre funktionell förmåga vilket påverkar det dagliga livet och hälsan (Sharkey, 2010).

Bedömning av näringstillstånd

Bedömning av näringstillstånd kan utföras på många olika sätt. Syftet med bedömning av näringstillstånd är att tidigt kunna identifiera undernäring eller risk för undernäring. Genom att tidigt identifiera undernäring hos äldre kan individanpassade åtgärder runt kosten öka möjligheten att förbättra de äldres näringstillstånd (Bernstein, 2010b).

Antropometriska mått

Body Mass Index (BMI) utgör en indikator på nutritionsstatus och används kliniskt för att göra en värdering av grad beträffande under- eller övervikt. BMI mellan 23-29 kg/m² används som referensvärde hos äldre personer, ett BMI < 22 kg/m² indikerar undernäring. Den äldres längd och vikt förändras med åldrandet. Det kan vara svårt att beräkna BMI bland äldre, till exempel på grund av kyfos eller svårigheter att stå (Kondrup & Elia, 2011).

Bedömningsinstrument

Syftet med bedömningsinstrument av näringstillstånd är att identifiera individer med undernäring eller de individer som är i risk för utveckling av undernäring. Utifrån individens resultat kan lämplig nutritionsbehandling utföras för att stärka individens hälsa. Bedömningen skall kunna utföras snabbt och enkelt (Kondrup, Allison, Elia, Vellas, & Plauth, 2003).

The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism, ESPEN, rekommenderar Mini Nutritional Assessment (MNA) till äldre personer i hemmet, vårdboende eller på sjukhus. MNA är mer benägen att identifiera risk att utveckla undernäring och undernäring i ett tidigt skede, eftersom det omfattar även fysiska och psykiska aspekter som ofta påverkar nutritionsstillståndet hos äldre (Kondrup et al., 2003). En review av publicerade studier över hur ofta och var MNA har använts vid näringsscreening gjordes av Guigoz (2006). Sammanfattningsvis påträffades studier från olika länder som visade att över 35 000 äldre i olika miljöer har bedömts med MNA fram till våren 2006. En annan review beskriver MNA:s historik, dagens praxis och framtidsperspektiv (Bauer, Kaiser, Anthony, Guigoz & Sieber, 2008). Andra mätinstrument som används specifikt för bedömning av näringstillstånd hos äldre är bland annat Nutritional Form For the Elderly (NUFFE) (Söderhamn, 2006) samt Seniors in the Community Risk Evaluation for Eating and Nutrition (SCREEN) (Wham, Redwood & Kerse (2014). NUFFE utvecklades i Sverige och är tänkt att först och främst användas i Skandinavien för att resultatet inte ska påverkas av kulturella skillnader. NUFFE har vidareutvecklats för att kunna vara ett användbart bedömningsinstrument av nutritionstillstånd utan att behöva använda olika antropometiska mått (Söderhamn & Söderhamn, 2002).

Virginia Hendersons omvårdnadsteori- en behovsteori

Hendersons omvårdnadsteori är en behovsteori och har sin utgångspunkt i att alla individer har 14 grundläggande behov som anses vara av betydelse för normala mänskliga funktioner, hälsa och välbefinnande (Henderson, 1991). De första åtta behoven innefattar fysiologiska behov som andning, nutrition och elimination. Övriga behov är av mer psykosocial karaktär som kärlek, uppskattning, meningsfull sysselsättning. Behoven och tillfredsställelsen av dem tolkas och upplevs på olika sätt beroende på kulturell och social bakgrund samt individuella faktorer. Sjuksköterskans uppgift är att hjälpa patienten att uppnå sina grundläggande behov i de situationer där patienten själv saknar resurser i form av kunskap, kraft eller vilja. Målet för omvårdnaden är att främja hälsa och tillfrisknande och därmed återvinna oberoende eller hos patienter i terminalt skede uppnå en fridfull död (Henderson, 1991).

Henderson betonar vikten av att sjuksköterskor ska ha kunskap om kostens betydelse för patientens välbefinnande. Sjuksköterskan har en viktig uppgift att på olika sätt uppmuntra och stödja så att behovet av näring och vätska tillgodoses utifrån patientens matvanor, önskemål och behov. Stödande åtgärder kan vara från måltidsassistans, kostanpassning till att skapa en tillfredsställande måltidsmiljö. Sjuksköterskan ska också observera och dokumentera närings- och vätskeintag (Henderson, 1991).

Sjuksköterskans ansvar för näringstillstånd vid omvårdnad av äldre

Målet för svensk hälso- och sjukvård är god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen (Hälso- och sjukvårdslag, 1982:763, § 2). Enligt kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor (2005) åligger det på sjuksköterskans ansvar att tillgodose patientens basala och specifika omvårdnadsbehov, att identifiera och aktivt arbeta preventivt för att förebygga hälsorisker. Sjuksköterskan har dessutom en arbetsledande funktion vilket innebär att organisera, planera och samordna omvårdnadsarbetet till personal, samverka med andra professioner samt handleda och utbilda medarbetare (Socialstyrelsen, 2005). Väl fungerande kommunikation mellan olika professioner och teamwork om individens matsituation beskrivs ge en bättre nutritionsbehandling (Bachrach- Lindström, Jensen, Lundin & Christensson, 2007). Personalens kunskap, attityd och inställning till måltid påverkar den äldres måltidssituation då måltiden på särskilda boenden ofta sker utifrån personalens/verksamhetens bestämmelser med bordsplacering, tillgång till hjälpmedel, tid vid matbordet och hur matsalen är utformad och bordsplacering (Jordan, 2006). Christensson, Unosson, Bachrach- Lindström och Ek (2003) genomförde en utbildningsinsats inom nutrition på ett äldreboende. Innan utbildningen beskrevs negativa attityder bland personalen men efter utbildningen ändrades attityderna till att bli mer positiva.

Nutritionsbehandling beskrivs av Socialstyrelsen (2000) att vara både medicinsk behandling och omvårdnad. För bästa resultat av nutritionsbehandling bör en noggrann utredning samt vårdplan av individens svårigheter och möjligheter göras. Processen beskrivs som nutritionsvårdprocessen (ESPEN 2003, Socialstyrelsen 2011) och liknar omvårdnadsprocessen i sin struktur med datainsamling, diagnos, planering, åtgärder samt uppföljning och utvärdering (Odenrantz & Theander, 2012). Eftersom sjuksköterskan har ansvar för omvårdnadsprocessen kan nutritionsvårdprocessen vara ett stöd i den individuella vårdplaneringen. Att tillsammans med den äldre upprätta en vårdplan kan utgöra en vägledning i ett försök att förbättra nutritionen. Ett samtal med en sjuksköterska kring måltidssituation och symtom som påverkade aptit ökade motivationen till att följa vårdplanen (Holst, Rasmussen & Laursen, 2011).

Problemformulering

De äldre kommer i framtiden att utgöra en större del av Sveriges befolkning. Många äldre i Sverige har en god hälsa och klarar sig självständigt i sin vardag men det finns en grupp äldre, som har behov av vård och omsorg på grund av sjukdom och/eller funktionsnedsättning. Ett gott näringstillstånd upprätthåller de äldres hälsa, funktionsförmåga och livskvalitet samt främjar återhämtning efter sjukdom. Hälsa beskrivs inom omvårdnadsvetenskap som en process som varje individ skapar och upplever i sitt dagliga liv. Hälsa påverkas av olika faktorer och inverkar på varje individs upplevelse av hälsa och kan då inte bara ses ur ett objektiva perspektiv utan måste även beaktas subjektivt.

En bedömning av den äldres näringstillstånd och upplevelse av hälsa kan ge kunskap om ett eventuellt samband mellan dessa variabler. Resultatet av bedömningen kan generera relevanta och individuella omvårdnadsåtgärder med anledning av den äldres näringstillstånd med syfte att öka den äldres upplevelse av hälsa. Ökad upplevelse av hälsa kan medföra möjligheten för den äldre att bo kvar i eget boende med bevarad självständighet och integritet.

SYFTE

Studiens syfte var att beskriva samband mellan näringstillstånd och den äldres upplevda hälsa.

METOD

Design

Studien är en kvantitativ tvärsnittsstudie med deskriptiv och korrelativ design. Kvantitativ metod användes för analys av numerisk data med statistiska metoder.

Studien är en del av ett större forskningsprojekt, Priomat, med syfte att genom ökad kunskap hos personal förbättra omvårdnad med fokus på äldres näringstillstånd.

Urval

Urval av deltagare genomfördes via bekvämlighetsurval vilket innebär att tillgängliga individer tillfrågades om deltagande (Polit & Beck, 2012). Urvalet baseras på äldre personer över 65 år som var inskrivna i kommunal äldreomsorg, i en mellansvensk kommun. I kommunen kontaktades verksamhetschefer för två områden med hemtjänst/omsorg i ordinärt boende, ett särskilt boende för multisjuka och ”sköra” äldre och ett mer ”traditionellt” äldreboende. Efter ett muntligt tillstånd från verksamhetscheferna, distribuerades 210 informationsbrev samt samtyckesformulär om studien (*Bilaga 1*), Priomat, till berörd hemtjänstpersonal som i sin tur vidarebefordrade brevet till de äldre. De som tackat ja om förfrågan om deltagande i studien kontaktades efter tre veckor då mer information om studien lämnades samt tid för intervju bestämdes.

Deltagare

Det slutliga antalet deltagare var 64 äldre personer, 39 kvinnor (61 %) och 25 män (39 %) med en ålder mellan 65-99 år. Mer än hälften av deltagarna bodde i ordinärt boende och resterande i särskilt boende (34 %). I ordinärt boende var 24 kvinnor och 18 män, i särskilt boende var fördelningen 15 kvinnor och sju män. Av de äldre som bodde i ordinärt boende var nio sammanboende med make/maka, en med syskon, övriga bodde ensamma.

Bortfall

Utifrån de 210 informationsbrev som distribuerades blev urvalet 64 deltagare vilket motsvarar en svarsfrekvens på 30 procent. Det stora bortfallet kan till viss del förklaras av den mänsk-

liga faktorn då flertalet brev kom bort då personalen i ett hemtjänstområde bytte personalrum. Det framkom också att personalen själv avgjorde vilka av de äldre som kunde delta i studien eller inte och därmed fick inte samtliga äldre ett informationsbrev.

Datainsamling

Insamlingen av data utfördes av forskarna i Priomat under våren 2012. Datainsamlingen baserades på längd och vikt samt bedömning av näringstillstånd och upplevd hälsa utifrån olika bedömningsinstrument.

Antropometri

Data för kroppsstorlek var längd och vikt för beräkning av BMI. Deltagarna vägdes ståendes med en transportabel våg eller en sittvåg som fanns på de särskilda boendena. Vikt mättes i kg med en decimal. Deltagarna vägdes med lätta kläder och utan skor. Längd togs i ståendes ställning till närmaste centimeter. Midjemått togs på de deltagare som kunde stå (54 st). I de fall då deltagarna var rullstolsburna, sängliggandes eller av praktiska skäl inte gick att väga inhämtades data om vikt, längd och BMI från deras journal.

Bedömning av näringstillstånd

Den äldres näringstillstånd bedömdes med två olika bedömningsinstrument specifikt utvecklade för bedömning av äldres näringstillstånd, Mini Nutritional Assessment (MNA), Nutritional form for the elderly (NUFFE). Eftersom det inte finns en ”golden standard” av bedömningsinstrument för näringstillstånd så användes NUFFE som ett komplement.

MNA, (*Bilaga 2*), består av 18 frågor som totalt kan ge 30 poäng. Poäng från 24 indikerar att personen är välnärd, vid 17-23 poäng finns risk för undernäring och mindre än 17 poäng indikerar undernäring. Frågorna innefattar längd, vikt, viktminskning, läkemedel, livsstil, rörlighetsförmåga, mat- och vätskeintag samt om individen är i behov av måltidsassistans. Individen skattar även sitt näringstillstånd och sin upplevelse av hälsa (Guigoz, Vellas & Garry, 1996). MNA har utvecklats till att användas för screening, SF- short form där bedömningsinstrumentet innefattar ett färre antal frågor men kan ge en initial identifiering av undernäring eller risk för undernäring. Identifieras en risk med SF-short form rekommenderas totala MNA för vidare utredning (Rubenstein, Harker, Salva, Guigoz & Vellas, 2001).

NUFFE, (*Bilaga 3*), är ett bedömningsinstrument som innefattar femton frågor och berör funktionella, sociala, nutritionella och hälsorelaterade aspekter på näringsintag. Frågorna har förutbestämda svarsalternativ som poängsätts från 0-2, där höga poäng (13 poäng eller mer) indikerar hög risk för undernäring. Låg poäng (0-5 poäng) anses låg risk för undernäring. Validitet innebär att de frågor och observationer som utförs i studien/undersökningen mäter det som faktiskt avses att undersöka. Reliabilitet är att undersökningen utförs på ett tillförlitligt sätt. Ytterligare undersökningar ska kunna utföras av annan person med samma material och få samma resultat (Polit & Beck, 2012). Internationellt har bland annat studier av Kaiser et al. (2009) samt Guigoz, (2006) studerat validiteten av MNA som påvisar att bedömningsinstrumentet har hög validitet. NUFFE anses vara ett giltigt instrument för att identifiera undernäring och de som har risk för undernäring bland äldre enligt studier av Söderhamn (2006) och Söderhamn och Söderhamn (2002). Hög reliabilitet för MNA har konstaterats av Bååth, Hall-Nord, Idvall, Wiberg-Hedman och Larsson (2006). NUFFE bedöms vara reliabelt enligt två studier av Söderhamn (2006,) och Söderhamn & Söderhamn (2002).

Självskattning av hälsa

För att bedöma den subjektiva hälsan hos deltagarna användes hälsomåttet Hälsoindex (HI). (Bilaga 4). HI ger en subjektiv bild av hur personer upplever nio olika områden; ork, humör, trötthet, ensamhet/isolering, sömn, yrsel, tarmfunktion, smärta och rörlighet. Bedömningen kan kompletteras med en frågeställning om hur den upplevda hälsan varit under den senaste veckan. Svartalternativen rangordnas från mycket dålig hälsa (1 p) till mycket bra hälsa (4 p). Beroende på hur många frågor som hälsoindexet innefattar kan högsta poäng vara 36 alternativt 40 poäng, vilket innebär mycket bra hälsa. Lägst poäng är nio vilket indikerar mycket dålig hälsa (Hansagi & Rosenquist, 1982). Hälsoindex har använts på olika grupper av patienter med avseende att jämföra den upplevda hälsan mot t ex symtom och patienters copingförmåga (Forsberg, Björvell & Cedermark, 1996; Nordström, Nyman & Theorell, 1992; Rohani, Khanjari, Oskouie & Langius-Eklöf, 2010).

Dataanalys

Deskriptiv statistik användes för insamlad patientdata för att beskriva urvalet och identifiera skillnader mellan kvinnor och män. Datan bearbetades i statistikprogrammet IBM SPSS Statistics, version 20.0. Korrelation har beräknats med Spearmans rangkorrelationskoefficient, (ρ) vilket anger graden av samband mellan variabler som mäts på ordinalskala. Ordinalskala innebär att kategorierna har en rangordning. Värdena för denna statistik varierar från -1,00 till + 1,00 där korrelationen är starkare då värdet är längre från 0, oavsett positiv eller negativ riktning (Polit & Beck, 2012). Resultaten presenteras som frekvens, procent, median samt spridningsmått (kvartiler). Median används vid snedfördelning av data, medelvärde används vid normal fördelning. (Polit & Beck 2012).

Forskningsetiska överväganden

Studien följde de direktiv som hänvisas i Helsingforsdeklarationen (2013). Muntlig och skriftlig information lämnades till deltagare om studiens syfte, frivilligt deltagande och möjlighet till att när som helst avbryta deltagandet i studien utan att behöva ange orsak. Skriftligt samtycke från deltagare inhämtades. Om de äldre själv inte kunde skriva under samtycke undertecknades det av anhöriga eller kontakt- person. Insamlad data har behandlats konfidentiellt och förvarats så att endast forskarna haft tillgång till materialet. Aidentifiering gjordes via nummer och koder. All redovisning har skett på gruppnivå för att ingen enskild person eller verksamhet ska kunna identifieras. Nyttjandekravet uppfylls genom att uppgifterna inte kommer att användas i andra syften eller lämnas ut för kommersiellt bruk. Studien ingår i ett större forskningsprojekt, Priomat, och etikansökan 2011/311 är beviljad av Etikprövningsnämnden [EPN] i Uppsala.

Försämrat näringstillstånd kan vara vanligt bland äldre personer. Undervikt och viktnedgång indikerar att näringstillståndet behöver bedömas. Att identifiera och bedöma näringstillstånd hos individer med undernäring eller risk för undernäring kan vara av betydelse för att individen ska uppleva god hälsa. Samtidigt måste respekt för individens integritet och självbestämmande beaktas då en bedömning av individens hälsa och levnadsvanor utförs. Frågor om hälsa och måltid kan väcka känslor, minnen och förluster och upplevas integritetskränkande. Forskarna i Priomat informerade deltagarna om att frågor om hälsa och levnadsvanor skulle ställas samt att vikt och längd skulle registreras. Därefter fick deltagarna själva ta ställning till deltagande i studien. Tidpunkt och plats för bedömning och antropometriska mätningar bestämdes av deltagarna. Deltagarna erbjöds även uppföljande kontakt om behov fanns.

RESULTAT

I studien deltog 64 äldre, 39 kvinnor och 25 män i åldrarna 65-99 år (m 83 år). Av männen (n = 25) bodde 18 i ordinärt boende, sju på särskilt boende, av kvinnorna (n= 39) bodde 24 i ordinärt boende och 15 på särskilt boende. Utav de 42 som bodde i ordinär bostad var 34 ensamboende, resterande åtta delade bostad med maka/make eller syskon.

Hemtjänstinsatserna till de äldre i ordinärt boende varierade i antal hemtjänststimmar samt hjälpinsatsens art. Bland deltagarna i ordinärt boende hade fem mattjänst i form av kylda måltider som levererades, fem äldre hade hjälp med matlagning i hemmet och åtta hade inköp av mat som beviljad hemtjänstinsats.

Samband mellan näringstillstånd och upplevd hälsa

Tabell 1 visar korrelationen mellan MNA, NUFFE och HI. Spearmans korrelationsanalys visade ett signifikant samband mellan näringstillstånd och upplevd hälsa oavsett mätinstrument för näringstillstånd. Sambandet var måttligt starkt men indikerade att äldre som skattade sin hälsa lågt hade ökad risk för undernäring eller var undernärda.

Tabell 1. Korrelation mellan två bedömningsinstrument för näringstillstånd samt hälsoindex bland äldre (65-99 år) i en mellanstor kommun i Sverige

	Hälsoindex
MNA	rho 0,443, p < 0.001
NUFFE	rho - 0,413, p 0.001

Näringstillstånd hos äldre

Kroppsvikten bland de äldre varierade från 39 kg till 127 kg och BMI från 14 till 45 kg/m². Ett BMI under 22 som indikerade undernäring hade 13 äldre, (k: 9; m: 4), 31 äldre hade ett BMI inom normalvikt (k: 19; m: 12) och resterande 20 hade ett BMI över 30 kg/m² (k: 11; m: 9), se tabell 2.

Tabell 2. Antropometri för samtliga äldre (n = 64) samt fördelning utifrån kön. Resultat anges i Median (Md) och kvartiler (q).

	Samtliga deltagare (n=64) Md (q1; q3)	Kvinnor (n=39) Md (q1; q3)	Män (n=25) Md (q1; q3)
Längd (cm)	163,5 (158; 171)	160 (150; 164)	173 (157; 178)
Vikt (kg)	73.5 (59; 87,5)	67.0 (58; 77)	83.6 (71; 92)
BMI (kg/m ²)	27 (23.0; 31.0)	25.9 (22.8; 30)	28.2 (23.5; 32,0)

Resultatet visade att det var fler ensamboende äldre som var underviktiga respektive överviktiga utifrån BMI. Underviktiga kvinnor och överviktiga män var överrepresenterade på särskilda boenden (Tabell 3).

Tabell 3. Fördelning av BMI i förhållande till de äldres boendeform och kön.

	Särskilt boende kvinnor n=15	Ordinärt boende kvinnor e / s n=24	Särskilt boen- demän n=7	Ordinärt boende män e / s n=18
Undervikt	5	4 4/0	0	4 3/1
Normalvikt	9	10 7/3	2	10 9/1
Övervikt	1	10 8/2	5	4 3/1

e= ensamboende s=sammanboende maka/make/syskon

Med bedömningsinstrumentet Mini Nutritional Assessment (MNA) identifierades 14 äldre som undernärda, 34 äldre befann sig i riskzonen för undernäring och övriga 16 hade ett normalt näringstillstånd (Tabell 4).

Tabell 4. Bedömning av näringstillstånd enligt MNA hos samtliga deltagare (n=64) samt fördelning mellan kön.

	Normalt näringstill- stånd 24-30p	Risk för undernäring 17-23,5	Undernärld <17p
Samtliga deltagare	16	34	14
Kvinnor	11	18	10
Män	5	16	4

De flesta äldre (80%) besvarade med stöd av MNA att de intog ett huvudmål om dagen, 60 % intog minst två frukter eller två måltider med grönsaker. På grund av nedsatt aptit, matsmältningssproblem eller tugg- och sväljningssvårigheter upplevde 14 procent att intaget av mat hade minskat under de senaste tre månaderna vilket också bekräftades genom att de hade en viktförlust över tre kg under samma period. Nästan 90 % åt själv utan problem, fem åt själv men med svårigheter och tre äldre behöver mycket hjälp med måltiden. Tre fjärdedelar av de

äldre bedömde sitt näringstillstånd att de inte har några näringsproblem, resterande bedömde sitt näringstillstånd som svårt undernärld eller felaktig närd. Deltagarna bedömde sitt hälsotillstånd jämfört med andra äldre i samma ålder som lika bra som andras/bättre än andras hos 34 äldre, 15 äldre visste inte sin uppfattning och lika många uppfattade sitt hälsotillstånd inte lika bra som andras.

Utifrån bedömningsinstrumentet NUFFE låg en hög risk för undernäring hos tio äldre och 38 äldre hade en medelhög risk för undernäring (Tabell 5).

Tabell 5. Bedömning av näringstillstånd enligt NUFFE hos samtliga deltagare (n=64) samt fördelning mellan kön.

	Låg risk för undernäring 0-5 p	Medelhög risk för undernäring 6-12 p	Hög risk för undernäring 13- 30 p
Samtliga deltagare	16	38	10
Kvinnor	13	18	7
Män	3	20	3

Resultat utifrån NUFFE visade att cirka en femtedel av de äldre ansåg att de oftast har tillgång till de matvaror som de bedömde behövdes i sitt hem, men även att nästan lika många ansåg att de sällan har dessa matvaror. Att äta med sällskap gjorde något fler än hälften, resterande gjorde det mycket sällan. Aktivitet skedde främst inomhus hos hälften av de äldre, en tredjedel gick dock promenader utomhus. Övriga kunde inte mobilisera/förflytta sig av olika anledningar. Ett intag av fler än tre läkemedel per dag intogs av över 80 procent bland de äldre, 13 procent intog 1-2 st läkemedel och fyra procent intog inte några läkemedel alls. De flesta äldre upplevde att de inte hade svårt att äta på grund av nedsatt hälsa men drygt tio äldre upplevde dock att hälsan ibland påverkade intaget av mat.

De äldres upplevelse av hälsa

De äldre i studien uppskattade sin hälsa i instrumentet/enkäten Hälsaindex med 9 frågor (Tabell 6). Resultatet visade ett medianvärde på 24,67 HI-poäng (k: 22; m: 28). Ork, trötthet, värk och svårighet att röra sig beskrevs som att påverka hälsan mest. En skillnad mellan kvinnor och män under dessa variabler var att männen var cirka tio procent överrepresenterade förutom vid värk då kvinnor oftare upplevde ständig/oftra värk (k: 54 %; m: 24 %). En tredjedel av de äldre upplevde ensamhet, cirka en femtedel hade besvär med sömn, yrsel och mage.

Tabell 6. De äldres självskattade hälsa (65-99 år). Resultatet är grupperat där 1-2 beskriver skattningar såsom mycket dåligt/besvär eller ganska dåligt/besvärligt och 3-4 beskriver bra/lite besvär eller mycket bra/inget besvär.

Självskattad hälsa och välbefinnande	n=64	n=64	n=64	n=64	k=39	k=39	m=25	m=25
	<i>1-2</i>	<i>%</i>	<i>3-4</i>	<i>%</i>	<i>1-2</i>	<i>3-4</i>	<i>1-2</i>	<i>3-4</i>
1. Hur är det med din ork?	37	58	27	42	21	18	16	9
2. Hur är det med ditt humör?	10	16	54	84	5	34	5	20
3. Hur trött känner du dig?	38	59	26	41	22	17	16	9
4. Känner du dig ensam och isolerad?	21	33	43	67	12	27	9	16
5. Hur är din sömn?	14	22	50	78	7	32	7	18
6. Har du yrsel?	14	22	50	78	12	27	2	23
7. Hur tycker du att din mage fungerar?	13	20	51	80	8	31	5	20
8. Besväras du av värk eller smärta?	27	42	37	58	21	18	6	19
9. Har du svårt att röra dig?	36	56	28	44	21	18	15	10

k: kvinnor, m: män

Om den äldre svarat mycket dåligt/besvär eller ganska dåligt/besvärligt (1-2) blir poängen mellan 9 och 18, om den äldre svarat bra/lite besvär eller mycket bra/inget besvär (3-4) blir poängen mellan 18 och 36. Utifrån poängen uppskattade sju äldre upp till 18 poäng (k: 5; m: 2), 57 äldre hade en uppskattad hälsa över 18 poäng (k: 34; m: 23). Av de äldre som skattade sin hälsa som låg bodde sex äldre i ordinärt boende (k: 5; m: 1) och en man i särskilt boende. I ordinärt boende uppskattade 36 äldre sin hälsa högt, 21 i särskilt boende.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med studien var att beskriva om det fanns ett samband mellan den äldres näringstillstånd och självupplevd hälsa. En tvärsnittsstudie ger en bild av en population vid en viss tidpunkt eller under ett kort tidsintervall. Spearmans rangkorrelationskoefficient används främst, då minst en av variablerna mäts enbart från ordinalskala, om materialet har sneda fördelningar eller har enstaka extremvärden (Polit & Beck 2012).

Validitet och reliabilitet i studien är relativt hög eftersom valet av bedömningsinstrument, framför allt MNA, är väl använd både nationellt och internationellt för bedömning av äldres näringstillstånd (Bååth, Hall-Nord, Idvall, Wiberg-Hedman och Larsson, 2006; Kaiser et al., 2009; Odenrants, 2012). I många svenska studier har MNA använts för att utvärdera näringstillstånd hos äldre i olika kommunala boenden (Odenrants & Theander, 2012; Persenius, Glawing, Hermansson & Karlsson, 2014; Saletti, Lindgren, Johansson, Cederholm (2000); Ödlund Olin, Koochek, Ljungqvist & Cederholm, 2005). Det tyder på att bedömningsinstrumenten är lätta att använda och fungerar i klinisk praxis.

Bias kan uppstå på grund av att de äldre kan ha tolkat frågorna och svarsalternativen olika i bedömningsinstrumenten. Hälsobegreppet är också en individuell subjektiv bedömning, vilket kan ge olika tolkningar av vad hälsa är. Eftersom hälsa och nutritionsstatus är nära kopplat med livsstil kan det vara ett känsloladdat område och den äldre kan ge ett mindre sanningsenligt svar på frågorna för att svara som de tror att forskarna vill.

Studien baseras på 64 äldre i åldern mellan 65-99 år med varierande insatser från kommunal omsorg. Könsfördelningen var sned eftersom något mer än 60 procent utgjordes av kvinnor, knappt 40 procent var män. Boendesituationen bland de äldre var att två tredjedelar bodde i ordinärt boende, resterande på särskilt boende. Männerna är något överrepresenterade i det ordinära boendet (72 %) i jämförelse med kvinnorna (62 %), på särskilt boende är kvinnorna fler än männen. Dessa förhållanden speglar den bild som samhället ser ut idag. Medellivslängden bland kvinnor är högre (84,1 år), än män (80,4 år) (Statistiska centralbyrån, 2014) samt att 2/3 av de äldre över 65 år bor i ordinärt boende och 1/3 på särskilda boenden. Andelen äldre över 65 år som bor i särskilt boende minskar och att det är fler äldre som får insatser från hemtjänst och hemsjukvård (Socialstyrelsen, 2013).

Externa bortfall beskrivs som deltagare som skulle ingå i studien men av olika anledningar inte deltog (Polit & Beck, 2012). Bortfallet i studien var stort, 70 procent, där den största orsaken var personalens hantering av informationsbrev, av omstrukturering i lokaler då breven kom bort men även att personalen själva tog beslut om vilka av de äldre som kunde delta i studien. Personal och anhöriga ansåg att demens var ett hinder att delta i studien, trots att frågorna i flera av bedömningsinstrumenten var utformade så att anhöriga/kontaktperson kunde besvara för den äldre. Ett boende ansåg att det redan hade gjorts en bedömning av näringstillstånd (Senior Alert) och utifrån det bedömde anhöriga/kontaktpersoner att den äldre inte skulle delta i studien. Andra skäl var bristande intresse, tidsbrist eller att den äldre och/eller anhörig inte ansåg detta som ett problem.

Att personligen dela ut eller skicka informationskuverten direkt till den äldre kan möjligtvis ha lett till ett ökat deltagande, men verksamhetscheferna valde att förfrågan till deltagande skulle göras via personal. Internt bortfall är när personer inte besvarar vissa frågor, eller moment i studien (Polit & Beck, 2012). I denna studie besvarade de äldre samtliga frågor vilket

medförde att det inte blev något internt bortfall. Kön fördelade statistik över bortfallet saknas.

Frågesamtalen skedde i den äldres hemmiljö vilket Polit och Beck (2012) rekommenderar för att det kan ge en ökad trygghet för deltagaren samt att det ger intervjuaren möjlighet att observera deltagaren objektivt. Att ha frågesamtalen i hemmet innebär att det kräver mer tid men forskarna ansåg inte det som något större problem eftersom det geografiska området inte var så stort.

Att ha ett samtal kring sin nutrition och hälsa samt att bli vägd kan väcka olika känslor. Det kan ses positivt då det kan bli ett möte där äldre får delge sin historia, det kan skapa en medvetenhet om nutrition och hälsa samt väcka tankar kring kostens betydelse hälsan. Men det kan också ses negativt, att det blir ett intrång i den äldres situation, en bekräftelse på ensamhet, sjukdomar mm.

Resultatdiskussion

Det finns ett måttligt starkt samband mellan den äldres nutritionstillstånd och självupplevd hälsa. Korrelationen mellan MNA och HI är positiv men mellan NUFFE och HI är negativ vilket har sin förklaring i att bedömningen i de olika instrumenten skiljer sig åt. I MNA betyder låga poäng undernäring medan i NUFFE betyder höga poäng undernäring. Sambandet mellan nutritionstillstånd och hälsa är signifikant men frågan är om sämre upplevd hälsa gör att den äldre inte upprätthåller sin nutritionstatus eller om det är den äldres nutritionstatus som påverkar den självupplevda hälsan. Den statistiska analysen som använts påvisar grad av samband mellan variabler men anger inte vilken riktning sambandet har.

De äldre i studien har en varierade kroppsvikt från 39 till 127 kg. BMI har en variation mellan 14 till 45 kg/m². Efter referensvärdet där undernäring indikeras vid BMI <22 kg/m², visar resultatet att 13 äldre personer (20 %) har undervikt och lider då av undernäring. Flertalet studier, både nationellt och internationellt, har genomförts om de äldres nutritionstatus inom ordinärt och särskilt boende. Olika resultat har framkommit men det råder en gemensam slutsats att undernäring är vanligt förekommande bland äldre (Kaiser et al., 2010; Persenius et al., 2014). Tidigare forskning påvisar att undernäring har en negativ påverkan på den totala livssituationen genom minskad funktionell status och psyko-socialt välbefinnande (Gaskill et al., 2008; Ritchie et al., 2008). Nedsatt näringstillstånd hos äldre människor kan således ses som en markör för eventuellt nedsatt upplevelse av god hälsa.

Bland de äldre som bor i ordinärt boende är det fler ensamboende personer som är underviktiga respektive överviktiga. Kan det vara ett tecken på att antingen tar den äldre inte sig för att äta i sin ensamhet eller så tar den äldre mat som ”tröst”, ett sätt att ersätta ensamheten? Studier visar att ensamhet har påverkan på motivationen att iordningsställa mat, ordna en stimulerande måltidsmiljö samt intag av mat (Johansson 2009; Maynard et al., 2006).

Åldersrelaterade förändringar ger nedsatta regleringsmekanismer och organkapacitet vilket påverkar läkemedlets verkan och effekt hos den äldre. Biverkningar beror ofta på att läkemedlet har en större effekt än den önskade. Vanliga biverkningar som kan påverka den äldres nutritionstillstånd är bland annat illamående, kräkning, muntorrhet, förstoppning/diarré och trötthet (Heuberger, 2012; Withkamp, 2009). Antalet läkemedel som de äldre intog stämmer väl överens med Socialstyrelsens sammanställning (2014) där en äldre mellan 70 och 75 år

intar i genomsnitt fyra olika läkemedel om dagen. Utifrån de äldres hälsoindex var trötthet en uttalad variabel, vilket kan vara orsakad av läkemedel.

I denna studie hade de äldre ett hälsoindex på 24,67. I en tidigare svensk studie bland äldre i åldern 75 år, som dock inte var inskrivna i kommunal omsorg, hade ett hälsoindex på 27,9 (Sherman et al., 2007). Här ses ett något högre index vilket kan styrka vad oberoende i sin vardag kan ha för betydelse för äldre. Intressant var att männen upplevde en bättre hälsa och att de som upplevde en sämre hälsa var nästan alla ensamboende kvinnor i ordinärt boende. Det stämmer överens med tidigare forskning om att kvinnor har en högre risk för undernäring (Söderhamn, Christensson, Idvall, Johansson & Bachrach-Lindström, 2012) och att äldre kvinnor lever oftare ensamma (Borowiak & Kostka, 2013). Den äldre som uppskattade sin hälsa högt hade även en låg risk för undernäring. Ödlund Olin et al (2005) undersökte nutritionsstatus och dess relation till bland annat välbefinnande, mätt utifrån hälsoindex hos 80 äldre personer med regelbunden hemvård. Resultatet visade att HI var betydligt lägre hos de äldre som bedömdes som undernärda samt att de med sämre näringstillstånd hade mer omfattande vårdbehov. Fler studier påvisar samma resultat (Rasheed & Woods, 2013; Söderhamn, Bachrach-Lindström & Ek, 2006). Detta styrker att det finns ett samband mellan låg självskattad hälsa och försämrad näringsstatus hos den äldre.

Många äldre har en god hälsa långt upp i åldrarna vilket innebär att de kan bo länge i sitt ordinära boende utan hjälpinsatser. Andra drabbas av sjukdom och funktionshinder kan medföra att det finns behov av insatser såsom matdistribution, inhandling av matvaror, iordningsställande av måltid eller kanske även hjälp med intag. Kommunerna bär ansvaret för vård och omsorg om äldre, vilket regleras i socialtjänstlagen (SFS 2001:453), hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) samt Socialstyrelsens föreskrift om "Förebyggande av och behandling vid undernäring" (SOSFS 2014:10). Äldreomsorgen ska erbjuda insatser för att underlätta för den äldre att så långt som möjligt kunna bo kvar i det ordinära boendet. När dessa insatser blir otillräckliga för att den äldre ska klara av sin vardag ska den äldre erbjudas ett boende som kan tillgodose behovet av mer omfattande vård och omsorg. Av de äldre i denna studie som bor i ordinärt boende (n= 42) hade 18 äldre någon form av insats, antingen med matjänst, inhandling eller stöd vid tillagning. Ingen äldre i det ordinära boendet rapporterade om hjälp med intag av mat. Äldre i särskilt boende får sina måltider serverade vid specifika klockslag och hjälpinsatserna kan då bland annat vara att komma till bords samt stötning/hjälp med intag (Socialstyrelsen, 2014).

För att ge rätt nutritionsbehandling är det av vikt att finna orsaken till att den äldre är undernärmd eller har risk för undernäring. Det är sjuksköterskans ansvar att göra en analys av *hela* hälsotillståndet hos den äldre (Gouigoz, 2002). Att enbart mäta BMI är inte tillräckligt för en individ kan ha ett högt BMI och ändå vara undernärmd (Söderhamn & Söderhamn, 2002). När orsak är identifierad ska specifika omvårdnadsåtgärder ordinerars av sjuksköterska. I åtgärder ska tydligt framgå av vem, när och hur ofta åtgärder ska utföras samt hur uppföljning och utvärdering skall göras (Socialstyrelsen, 2011). Sjuksköterskan har en betydande roll i omvårdnaden av den äldre och behöver enkla och tillförlitliga bedömningsinstrument samt tid för att kunna göra en tidig identifiering av äldre med risk för undernäring och de äldre som redan är undernärda (Kaiser, 2010). I en studie av Söderhamn, Flyteland, Jessen & Söderhamn (2010) konstaterades att vid bedömning med MNA, NUFFE och MNA-Short form identifierades nästan lika många antal undernärda äldre eller äldre med risk för undernäring, oavsett bedömningsinstrument.

Behandling av den äldres nutrition involverar många professioner. En av sjuksköterskans arbetsuppgift är att utbilda och vägleda omvårdnadspersonal. Studier har visat att personal med kunskap inom nutritionens betydelse påverkade positivt den äldres matintag på olika sätt (Christensson, 2003). Hur personalen dukar, serverar maten, hur lång tid den äldre har på sig för att äta och hur de äldre kan påverka mattiderna har inverkan på den äldres matlust (Jordan, 2006). Sjuksköterskan ska dessutom samverka i team med andra professioner såsom läkare, dietister, arbetsterapeuter och sjukgymnaster för att den äldre ska få en optimal nutritionsbehandling (Bachrach- Lindström, Jensen, Lundin & Christensson, 2007. Socialstyrelsen, 2011).

Med stöd av Hendersons omvårdnadsteori ska sjuksköterskan ge stöd på olika sätt då individen inte kan tillgodose sina grundläggande behov. Omvårdnadsåtgärder med anledning av nutrition kan ses ur olika perspektiv; kost, miljö, assistans, och i vilken omfattning som att informera, stödja eller total hjälpinsats. Henderson betonar att kropp och själ är beroende av varandra vilket innebär att bedömning måste ske båda objektivt och subjektivt. Dessutom beskriver Henderson att alla har de grundläggande behoven men att behoven påverkas av sociala, kulturella och individuella faktorer. Det leder till att varje individ ska få en individuell vårdplan som ska skapas tillsammans med patienten, vilket också bekräftas med Hendersons teori om betydelsen av att delaktighet bidrar till en bättre omvårdnad (Henderson, 1991).

Slutsats

Studien visar att det finns ett signifikant samband mellan näringstillstånd och upplevd hälsa hos äldre. För att kunna förebygga undernäring och ge den äldre en möjlighet att uppleva bättre hälsa måste den äldre och personer i deras omgivning, till exempel vårdpersonal och närstående vara medvetna och ha kunskap om nutritionens betydelse för äldre. Vid varje möte med äldre, antingen via kommunal hälso- och sjukvård eller inom sjukhusvården, ska därför frågan om näringstillstånd finnas som rutin. Om undernäring kan förebyggas kan äldre möjligen bo längre i sina hem och utföra sina dagliga aktiviteter med ökat oberoende och bevarad integritet. Något som i sin tur kan medföra att den äldre får en chans till bättre upplevd hälsa.

Relevans för klinisk praxis

En regelbunden bedömning av näringstillstånd och självupplevd hälsa hos äldre kan vara en grund för att identifiera riskpatienter och på så sätt förhindra en utveckling av ett försämrat näringstillstånd och försämrad upplevd hälsa. Hälsa är en subjektiv upplevelse som ständigt påverkas av olika livssituationer och faktorer vilket medför att en regelbunden bedömning är viktigt då det inte är statiskt utan är ett dynamiskt tillstånd. Inom kommunal hälso- och sjukvård, både i den äldres ordinära boende och på kommunala boenden, är sjuksköterskan ansvarig för att ge säker och god omvårdnad av god kvalitet. Det innebär ett ansvar för de äldres nutrition och särskilt för de äldre som har svårigheter att tillgodose sitt eget näringsbehov. För de äldre som identifieras att ha en risk att eller redan är undernärda ska en individuell vårdplan göras, som i största möjliga mån baseras på individens önsknings, behov och resurser. Det kräver att sjuksköterskor inhämtar information om varje enskild individ när det gäller de äldres psykiska, sociala och fysiska behov och förutsättningar och hur de påverkar varandra. Planering och genomförande av kostbehandling och ätstödande åtgärder bör struktureras som lagarbete och involvera den äldre, anhöriga, närstående och andra yrkesprofessioner. Då kan goda förutsättningar och möjligheter ökas för att stödja och hjälpa äldre som är undernärda eller löper risk för undernäring. Att som äldre ha en god självupplevd hälsa kan leda till att den äldre klarar sin vardag i sitt ordinära boende under en längre tid.

Fortsatt forskning

Studien har fokuserat på äldre inskrivna i kommunal hemvård. Det vore intressant att undersöka äldres näringstillstånd och självuppskattad hälsa för de som *inte* har insatser från den kommunala hemvården. Om möjligt kan tidigare i vårdkedjan göras en insats inom nutrition så att dessa äldre kan klara sin vardag i det egna hemmet under en längre tid innan kommunala hjälpinsatser efterfrågas. Det skulle också vara av intresse att göra en kvalitativ studie om äldres upplevelse av matens betydelse och självuppskattad hälsa för att fördjupa och komplettera kvantitativa studiens resultat.

REFERENSER

- Abrahamsson, L., Hörnell, A., & Ekblad, J. (2013). Nutrition under livscykeln. I L. Abrahamsson, A. Andersson, & G. Nilsson (Red.), *Näringslära för högskola- från grundläggande till avancerad nutrition* (6 uppl. ss 379-409). Stockholm: Liber.
- Akner, G. (2006). *Bedömning och behandling av nutritions- och undernutritionstillstånd inom äldreården*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9653/2006-123-35_200612335.pdf hämtad 20140519
- Akner, G. (2009). *Nutrition och fysisk funktion/fysisk aktivitet hos äldre personer. En sammanställning av kunskapsläget och aktuella kunskapsbehov*. Örebro, Geriatriska kliniken.
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Bachrach-Lindström, M., Jensen, S., Lundin, R., & Christensson, L. (2007). Attitudes of nursing staff working with older people towards nutritional nursing care. *Journal of Clinical Nursing* 16, 2007-2016.
- Bauer, J., Kaiser, M., Anthony, P., Guigoz, Y., & Sieber, C. (2008). The Mini Nutritional Assessment®- Its history, today's practice, and future perspectives. *Nutrition in Clinical Practice*, 23 (4). 388-396.
- Bernstein, M. (2010a). Macronutrient Requirements for Older Adults. In M. Bernstein & A.S. Luggen (Eds.), *Nutrition for the older adult*. (pp. 43-55). Sudbury, Mass: Jones and Bartlett Publishers.
- Bernstein, M. (2010b). Nutritional Assessment for the older adult. In M. Bernstein & A.S. Luggen (Eds.), *Nutrition for the older adult*. (pp. 279-305). Sudbury, Mass: Jones and Bartlett Publishers.
- Borowiak, E., & Kostka, T. (2013). Comparative characteristics of the home care nursing services used by community-dwelling older people from urban and rural environments. *Journal of Advanced Nursing*, 69 (6), 1259-68.
- Bååth, C., Hall-Lord, M-L., Idvall, E., Wiberg-Hedman, & Larsson, B. (2008). Interrater reliability using Modified Norton Scale, Pressure Ulcer Card, Short Form-Mini Nutritional Assessment by registered and enrolled nurses in clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 618-626.
- Christensson, L., Unosson, M., Bachrach-Lindström, M., & Ek, A-C. (2003). Attitudes of nursing staff towards nutritional nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 17, 223-231.
- Depp, C., & Jeste, D. (2006). Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 6-20.

- Donini, L.M., Scardella, P., Piombo, L., Neri, B., Asprino, R., Proietti, A.R., Morrone, A. (2013). Malnutrition in elderly: social and economic determinants. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 17 (1), 9-15.
- Ebrahim, Z., Wilhelmson, K., Eklund, K., Dea Moore, C., & Jakobsson, A. (2013). Health despite frailty: Exploring influences on frail older adults' experiences of health. *Geriatric Nursing*, 34, 289-294.
- Faxén Irving, G., Karlström, B., & Rothenberg, E. (2010). *Geriatrisk nutrition*. Lund: Studentlitteratur.
- Forsberg, C., Björvell, H., & Cedermark, B. (1996). Well-being and Its Relation to Coping Ability in Patients with Colo-rectal and Gastric Cancer Before and After Surgery. *Scandinavian Journal Caring Science*, 10, 35-44.
- Gaskill, D., Black, L., Isenring, E., Hassal, S., Sansers, F., & Bauer, J. (2008). Research. Malnutrition prevalence and nutrition issues in residential aged care facilities. *Australian Journal on Ageing*, 4, 189-194.
- Guigoz, Y. (2006). The Mini Nutritional Assessment (MNA) Review of the literature- what does it tell us? *The Journal of Nutrition, Health & Ageing*, 10 (6), 466-485.
- Guigoz, Y., Vellas, B., & Garry PJ. (1996). Assessing the nutritional status of the elderly: The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutrition reviews*, 54 (Suppl 1), 59-65.
- Hansagi, H., & Rosenquist, U. (1982). *Health Index*. Department of social Medicine. Huddinge sjukhus. Opublicerad data.
- Helsingforsdeklarationen. (2013). *WMN Declaration of Helsinki- Ethical principles for medical research involving human subjects*. Från [http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=\[page\]/\[toPage\]](http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=[page]/[toPage]).
- Henderson, V. (1991). *Grundprinciper för patientvårdande verksamhet*. (3. uppl.) Solna: Almqvist & Wiksell.
- Heuberger, R. (2012). Polypharmacy and food-drug interactions among older persons: A review. *Journal of Nutrition in Gerontology and Geriatrics*, 31, 325-403.
- Holst, M., Rasmussen, H.H., & Laursen, B.S. (2011). Can the patient perspective contribute to quality of nutritional care? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 176-174.
- Holst, M., Yifter-Lindgren, E., Surowaik, M., Nielsen, K., Mowe, M., Carlsson, M. Rasmussen, H. (2012). Nutritional screening and risk factors in elderly hospitalized patients: association to clinical outcome?. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27, 953-961. doi: 10.1111/scs.12010
- Johansson, Y. (2009). *Self-perceived health and nutritional status among home-living older people- A prospective study*. Akademisk avhandling, Linköpings universitet, Institutionen för medicin och hälsa.

- Jordan, M. (2006). Improving nutritional care in older people. *Nursing & Residential Care*, 8 (12), 552-554.
- Kaiser, M., Bauer, J., Rämisch, C., Uther, W., Guigoz, Y., Cederholm, T... Sieber, C. (2010). Frequency of malnutrition in older adults: A multinational perspective using the mini nutritional assessment. *The American Geriatrics Society*, 58, 1734-1748.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03016.x>
- Kaiser, M., Bauer, J., Rämisch, C., Uther, W., Guigoz, Y., Cederholm, T... Sieber, C. (2009). Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status. *The Journal of Nutrition, Health & Ageing*, 13 (9), 782-788.
- Kondrup, J., Allison, S.p., Elia, M., Vellas, B., & Plauth, M. (2003). ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. *Clinical Nutrition*, 22 (4), 415-421.
- Kondrup, J., & Elia, M. (2011). Basic Concepts in nutrition. In L. Sobotka (Ed.), *Basics in clinical nutrition* (pp.1-76). Semily: Galen.
- Maynard, M., Gunnell, D., Ness, AR., Abraham, L., Bates, CJ., & Blane, D. (2006). What influences diet in early old age? Prospective and cross-sectional analyses of the Boyd Orr Cohort. *European Journal Public Health*, 16 (3), 316-324.
- McDowell, I. (2006). *Measuring Health: A guide to rating scales and questionnaires*. (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- Medin, J., & Alexandersson, K. (2000). *Begreppen hälsa och hälsofrämjande- en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur.
- Meijers, J., Halfens, R., Neyens, J., Luiking, Y., Verlaan, G., & Schols, J. Predicting falls in elderly receiving home care: the role of malnutrition and impaired mobility. *The Journal of nutrition, Health & Ageing*, 16 (7), 654-658.
- Murray, C. (2006). Improving Nutrition for Older People. *Nursing Older People*, 18, 18-22.
- Neyens, J., Halfens, R., Spreeuwenberg, M., Meijers, J., Luiking, Y., Verlaan, G., & Schols, J. Malnutrition is associated with an increased risk of falls and impaired activity in elderly patients in Deutch residential long-term care (LTC): A cross-sectional study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 56, 265-269.
- Nordenfelt, L. (2010). Hälsa, autonomi och livskvalitet: några grundläggande begrepp. I L. Nordenfelt (Red.), *Värdighet- i vården av äldre personer*. (ss. 29-59). Lund: Studentlitteratur.
- Nordström, G., Nyman, C., & Theorell, T. (1992). Psychosocial adjustment and general state of health in patients with ileal conduit, urinary diversion. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 26, 139-147.
- Norman, K., Pichard, C., Lochs, H., & Pirlich, M. (2008). Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clinical Nutrition*, 27 (1), 5-15.

Odenrants, S., & Theander, K. (2012). Assessment of nutritional status and meal-related situations among patients with chronic obstructive pulmonary disease in Primary health care-obese patients; a challenge for the future. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 977-985.

Persenius, M., Glawing, G., Hermansson, H-B., & Karlsson, I. (2014). Elderly Persons Aged 80 Years and Older and Their Nutritional Status. *Open Journal of Nursing*, 4, 356-365.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Rasheed, S., & Woods, R. (2013). Malnutrition and quality of life in older people: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 12, 561-566.

Rohani, C., Khanjari, S., Abedi, H-A., Oskouie, F., & Langius-Eklöf, A. (2010). Health index, sense of coherence scale, brief religious coping scale and spiritual perspective scale: psychometric properties. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (12), 2796-2806. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05409.x

Ritchie, C. Locher, J., Roth, D., McVie, T., Sawyer, P., & Allman, R. (2008). Unintentional weight loss predicts decline in activities of daily living function and life-space mobility over 4 years among community-dwelling older adults. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 63A (1), 67-75.

Rubenstein, LZ., Harker, JO., Salva, A., Guigoz, Y., & Vellas, B. (2001). Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the short form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *Journal of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 56 A, s 366-372.

Saletti, A., Lindgren, EY., Johansson, L., & Cederholm, T. (2000). Nutritional status according to Mini Nutritional Assessment in an institutionalized elderly population in Sweden. *Gerontology*, 46, 139-145.

Saletti, A. (2007). *Nutritionstatus och måltidsupplevelse hos äldre med vård och omsorg*. Stockholm; Karolinska Institutet. ISBN 978-91-7357-121-0

Shahin, E., Meijers, J., Schols, J., Tannen, A., Halfens, R., & Dassen, T. (2010). The relationship between malnutrition parameters and pressure ulcers in hospitals and nursing homes. *Nutrition*, 26 (9), 886-889. doi:10.1016/j.nut.2010.01.016

Sharkey, J., & Kamp, B. (2010). Nutrition services for older americans. I M. Bernstein & A.S. Luggen (Eds.), *Nutrition for the older adult*. (pp.369-381). Sudbury, Mass: Jones and Bartlett Publishers.

Sherman, H., Söderhielm Blid, S., Törnkvist, L., Karp, A., & Wånell, S-E. (2007). *Förebyggande hembesök till äldre. En modell för det hälsofrämjande arbetet*. (No. 2007:20). Stockholm: Center for Family and Community Medicine.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Socialstyrelsen. (2011). *Näring för god vård och omsorg- en vägledning för att förebygga och behandla undernäring*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-9-2>

Socialstyrelsen. (2012). *Äldre- Vård och omsorg den 1 april 2012- Kommunala insatser enligt Socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18862/2012-10-19.pdf>

Socialstyrelsen. (2013). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från

http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-2-2/Documents/2013-2-2_Vardochoomsorgomaldre.pdf

Socialstyrelsen. (2014). *Läkemedelsbehandlingar- Jämförelser mellan landsting*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19546/2014-11-1.pdf>

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 23 februari, 2015. Från

http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

SFS 2001:453. *Socialtjänstlagen*. Hämtad 23 februari, 2015. Från

http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453/

SOSFS 2014:10. *Förebyggande av och behandling vid undernäring*. Stockholm:

Socialstyrelsen. Från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-10-12>

Statistiska centralbyrån. (2014). *Återstående medellivslängd i år*. Från

<http://www.scb.se/sv/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningens-sammansattning/Befolkningsstatistik/25788/25795/Helarsstatistik---Riket/25830/>

Söderhamn, O., & Söderhamn, U. (2002). Reliability and validity of the nutritional form for the elderly (NUFFE). *Journal of Advanced Nursing*, 37 (1), 28-34.

Söderhamn, U. (2006). *Nutritional screening of older patients*. (Medicinska rapporter, nr 957). Linköping: Linköping Universitet, Institutionen för hälsovetenskap.

Söderhamn, U., Bachrach-Lindström, M., & Ek, A-C. (2006). Nutritional screening and perceived health in a group of geriatric rehabilitation patients. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1997-2006.

Söderhamn, U., Flateland, S., Jessen, L., & Söderhamn, O. (2010). Perceived health and risk of undernutrition: a comparison of different nutritional screening results in older patients. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 2162-2171.

Söderhamn, U, Christensson, L., Idvall, E., Johansson, A-K., & Bachrach-Lindström, M. (2012). Factors associated with nutritional risk in 75-year-old community living people. *International Journal of Older People Nursing*, 7 (1), 3-10.

Wham, C.A., Redwood, K.M., & Kerse, N. (2014). Validation of the nutrition screening tool "Seniors in the Community: Risk Evaluation for Eating and Nutrition, version II" among octogenarians. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 18 (1), 39-43.

Westergren, A., Hagell, P., & Sjö Dahl Hammarlund, C. (2014). Malnutrition and risk of falling among elderly without home-help service- a cross sectional study. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 18 (10), 905-911.

Willman, A. (2009). Hälsa och välbefinnande. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder- hälsa och ohälsa* (ss. 27-43). Lund: Studentlitteratur.

Withkamp, R. (2009). Food-drug interactions in older people. In M. Raats, L. de Groot., & W. van Staveren (Eds.), *Food for the ageing population* (pp. 458-475). Boca Raton: CRC Press.

World Health Organization. (1948). *WHO definition of Health*. Från <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

World Health Organization. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Från <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

Ödlund Olin, A., Koochek, A., Ljungqvist, O., & Cederholm, T. (2005). Nutritional status, well-being and functional ability in frail elderly service flat residents. *European Journal of Clinical Nutrition*, 59, 263-270.



Till Dig som har hemtjänst eller bor på ett boende för äldre inom kommunal omsorg

Information om forskningsprojektet "Nutritionprocessen och vårdinformatik som verktyg för att förebygga ett försämrat näringstillstånd hos äldre – en interventionsstudie"

Vill du delta i ett forskningsprojekt om att förebygga ett försämrat näringstillstånd för äldre?

Det övergripande syftet med projektet är att undersöka om samordnade och likartade rutiner kan vara en förutsättning för att förbättra eller bevara näringstillståndet hos äldre. Att basera åtgärder utifrån de äldres behov och önskemål kan vara en möjlighet för att förhindra utvecklingen av ett försämrat näringstillstånd. En viktig del är också att uppmärksamma vårdpersonal på kostens betydelse för äldre, om prioritering av kosten och hur information med anledning av vårdtagares kost och näringstillstånd överförs av personal. Projektet kommer att bedrivas tillsammans med äldre, anhöriga, vårdpersonal och arbetsledare. Projektets mål är att tillsammans utveckla ett gemensamt och likartat arbetssätt, baserat på individens behov som kan ligga till grund för åtgärder med anledning av de äldres näringstillstånd.

Vi frågar Dig härmed om Du vill delta i denna forskningsstudie?

Studien genomförs av en projektgrupp vid Institutionen för hälsovetenskap och medicin, Örebro universitet. Ditt namn och uppgifter om Dig har vi fått från ansvarig enhetschef.

Hur går studien till?

Som grund för studien ligger en utbildningsinsats för all personal inom vård och omsorg om "Nutritionprocessen" d v s olika aspekter med anledning av de äldres måltidssituation och näringstillstånd. Ett team bestående av sjuksköterska, arbetsterapeut och vid behov sjukgymnast kommer att regelbundet besöka Dig för bedömning av näringstillstånd, ge individuellt anpassade råd och som konsultation för vårdpersonal. Studien, med syfte att utvärdera ovanstående insatser, löper under en längre tidsperiod och därför sker datainsamling vid flera tillfällen.

Olika metoder kommer att användas för datainsamlingen.

- Ditt näringsstillstånd kommer att bedömas med tre olika bedömningsformulär. Bedömningen består av enkla frågor om aptit, matvanor och kostintag, ev viktnedgång, aktuella sjukdomar och läkemedel. Bedömningarna tar ca 30 minuter att genomföra. Eventuella ätsvårigheter och Din munstatus kommer också att observeras och bedömas.
- Din kroppslängd och vikt kommer att mätas, omkretsen av Din överarm och Ditt midje- och höftmått kommer att mätas med ett måttband.
- Med ett enkelt skattningsformulär kommer Du att få skatta hur Du upplever Din hälsa inom olika områden.
- Du kommer att tillfrågas om att delta i en till två intervjuer. Intervjuerna förs som ett samtal. Frågor kommer att ställas om hur din vardag ser ut med fokus på måltid. Exempelvis: *Vad betyder måltiden för Dig? Hur har du det när Du handlar mat? Hur har du det när Du lagar mat? Hur har Du det när Du äter?* Intervjuerna, samtalen, kommer att vara ungefär 45 minuter – 1 timme. Intervjuerna spelas in på band om Du samtycker till detta, de kan också antecknas. Tid och plats bestäms i samråd med Dig.
- Din journal kommer att granskas med anledning av tidigare och under studietiden dokumenterad bedömning, åtgärder, resultat och informationsöverföring i samband med kostintag/näringsstillstånd.
- Måltidssituationen kommer att observeras vid upprepade tillfällen under ett halvår. En person från forskargruppen kommer att vara närvarande före, under och efter måltid i ditt boende.

Hantering av data och sekretess

Dina svar kommer att förvaras och behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem, i enlighet med Personuppgiftslagen (1998:204). Personuppgiftsansvarig är Örebro universitet. Med personuppgifter avses de uppgifter som samlats in om Dig via bedömningar och intervju/samtal. Dessa identifieras endast med ett kodnummer/löpnummer – ej med namn.

Redovisningen av resultaten kommer att ske så att ingen individ kommer att kunna identifieras. Data förvaras på ett säkert sätt så inte obehöriga har tillgång

Enligt personuppgiftslagen (PUL) har du rätt att gratis en gång per år få ta del av samtliga uppgifter om dig som hanteras och vid eventuella fel rättade. Kontaktpersoner är Sigröd Odencrants och Karin Blomberg, Institutionen för hälsovetenskap och medicin, Örebro universitet.

Frivillighet

Ditt beslut om att delta eller att inte delta i studien påverkar inte den vård och omsorg Du eller Din närstående har eller kan komma att behöva. Att delta är helt frivilligt och Du kan när som helst avbryta utan att ange någon orsak. Muntligt samtycke kommer att inhämtas.

Hur får jag information om studiens resultat?

Resultaten av forskningsprojektet kommer att presenteras i form av muntliga och skriftliga återkopplingar till vård och omsorgsverksamhet och i form av vetenskapliga artiklar.

Har du frågor eller funderingar om projektet är du välkommen att höra av dig till någon av oss.

Med vänliga hälsningar,

Sigröd Odencrants

Karin Blomberg

Med. Dr, leg sjuksköterska, projektledare

Med Dr, leg sjuksköterska

Tel 019-301133 alt 070-6675118

Tel 019-301270 alt 073-2707626

**Skriftligt informerat samtycke för äldre, med anledning av deltagande i
nutritions- och ätandeprojekt, om samtycke till och deltagande i studien**

Jag har fått information om studiens syfte och tillvägagångssätt, fått tillfälle att ställa frågor samt fått dem besvarade. Jag samtycker härmed till att delta i en studie vars syfte är att via bedömning av näringstillstånd, ätsvårigheter, munstatus, mätning av kroppsmått och kroppssammansättning, intervjuer, journalgranskning och observation, studera om samordnade och likartade rutiner kan vara en förutsättning för att förbättra eller bevara näringstillståndet hos de äldre.

Jag ger också mitt tillstånd till behandling av personuppgifter enligt beskrivningen i forskningspersonsinformation.

Datum, plats

.....

Namnsteckning

.....

Vid svårigheter att skriva sin namnteckning kan samtycke besvaras muntligt och bekräftas då med kontaktpersonens namnteckning.

Datum, plats

.....

Namnsteckning kontaktperson

.....

Då den tillfrågade bedöms som beslutsinkapabel *motsätter/motsätter inte* jag mig till att NN deltar i studien (Stryk över det som inte är aktuellt)



Mini Nutritional Assessment MNA®

Efternamn:			Förnamn:	
Kön:	Ålder:	Vikt, kg:	Längd, cm:	Datum:

Fyll i poängsiffran i rutorna för bedömning (screening) och summera. Om poängen är 11 eller mindre förslått med del II för att få en gradering av näringsstillståndet.

Screening, del I		J Äter fullständiga huvudmål per dag?	
A Har födointaget minskat under de senaste tre månaderna på grund av försämrad aptit, matsmältningsproblem, tugg- eller sväljproblem? 0 - ja, minskat avsevärt 1 - ja, minskat något 2 - nej, ingen förändring	<input type="checkbox"/>	0 - 1 fullständigt huvudmål 1 - 2 fullständiga huvudmål 2 - 3 fullständiga huvudmål	<input type="checkbox"/>
B Viktörlust under de senaste tre månaderna 0 - ja, mer än 3kg 1 - vet ej 2 - ja, mellan 1 och 3kg 3 - nej, ingen viktörlust	<input type="checkbox"/>	K Äter eller dricker vanligtvis • minst en mejeriprodukt dagligen (mjölk / ost / yoghurt)? ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> • minst två portioner baljväxter eller ägg per vecka ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> • fisk, fågel eller kött varje dag? ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> 0.0 - Inget eller ett ja svar 0.5 - två ja svar 1.0 - tre ja svar	<input type="checkbox"/>
C Rörlighet 0 - är säng- eller rullstolsbunden 1 - kan ta sig ur sänginlöst men går inte ut 2 - går ut med eller utan hjälpmedel	<input type="checkbox"/>	L Äter minst två frukter eller två portioner med grönsaker dagligen? 0 - nej 1 - ja	<input type="checkbox"/>
D Har varit psykiskt stressad eller haft akut sjukdom under de senaste tre månaderna? 0 - ja 2 - nej	<input type="checkbox"/>	M Dricker dagligen (vatten / juice / kaffe / te / mjölk / öl)? 0.0 - mindre än 3 glas / muggar 0.5 - 3 till 5 glas / muggar 1.0 - mer än 5 glas / muggar	<input type="checkbox"/>
E Neuropsykologiska problem 0 - svår demens eller depression 1 - Inldrig demens 2 - Inga neuropsykologiska problem	<input type="checkbox"/>	N Kan äta själv eller behöver hjälp vid måltiden? 0 - behöver mycket hjälp vid måltiden 1 - äter själv men med svårighet 2 - äter själv utan problem	<input type="checkbox"/>
F Body Mass Index (BMI) = vikt (kg) / längd (m) ² 0 - BMI mindre än 19 1 - BMI 19 till mindre än 21 2 - BMI 21 till mindre än 23 3 - BMI 23 eller mer	<input type="checkbox"/>	O Bedömer själv sitt näringsstillstånd som 0 - svårt undermärd / feimärd 1 - är osäker om sitt näringsstillstånd / vet ej 2 - har inga näringsproblem	<input type="checkbox"/>
Screeningresultat (Subtotal max 14 poäng)	<input type="checkbox"/>	P I jämförelse med andra i samma ålder uppfattar ditt hälsotillstånd som? 0.0 - Inte så bra som andras 0.5 - vet ej 1.0 - lika bra som andras 2.0 - bättre än andras	<input type="checkbox"/>
12-14 poäng: Normal näringsstatus		Q Överarmens omkrets i cm (Mid Arm Circumference, MAC) 0.0 - MAC mindre än 21 cm 0.5 - MAC 21-22 cm 1.0 - MAC mer än 22 cm	<input type="checkbox"/>
8-11 poäng: Risk för undermäring		R Vadens omkrets i cm (Calf Circumference, CC) 0 - CC mindre än 31 cm 1 - CC 31cm eller mer	<input type="checkbox"/>
0-7 poäng: Undermärd		Screening, del II (max. 16 poäng)	<input type="checkbox"/>
För en grundigare bedömning, förslått med frågorna G-R		Screening, del I	<input type="checkbox"/>
Screening, del II		Total bedömning, del I + del II (max. 30 poäng)	<input type="checkbox"/>
G Har eget boende? (ej särskilda boendeformer / sjukhus) 1 - ja 0 - nej	<input type="checkbox"/>	MNA resultat	
H Intar mer än 3 ordinerade läkemedel dagligen? 0 - ja 1 - nej	<input type="checkbox"/>	24-30 poäng <input type="checkbox"/>	normal näringsstatus
I Har trycksår eller annat hudsår? 0 - ja 1 - nej	<input type="checkbox"/>	17-23.5 poäng <input type="checkbox"/>	risk för undermäring
		Mindre än 17 poäng <input type="checkbox"/>	undermärd

Ref. Velaz B, Vilasa H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006; 10 : 456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Savelle A, Guigoz Y, Velaz B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice : Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Geront 2001; 56A : M398-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10 : 468-487.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
 © Nestlé, 1994, Revision 2006. N87200 12/99 10M
 Mer information finns på : www.mna-elderly.com

NUTRITIONAL FORM FOR THE ELDERLY ("NUFFE")

Nutritional screening instrument

1. Har Din vikt förändrats det sista året?

- 0 Vikten har gått upp eller varit oförändrad
- 1 Vikten har gått ned något
- 2 Vikten har gått ned mycket

2. Äter Du samma mängd mat nu som för ett år sedan?

- 0 Mer eller samma som tidigare
- 1 Något mindre än tidigare
- 2 Mycket mindre än tidigare

3. Hur är Din aptit nu?

- 0 God
- 1 Något nedsatt
- 2 Dålig

4. Äter Du minst ett mål lagad mat/dag?

- 0 Ja, alltid
- 1 Oftast
- 2 Sällan

5. Hur stora portioner äter Du vanligtvis?

- 0 Stora eller ordinära portioner
- 1 Ganska små portioner
- 2 Mycket små portioner

Hälso-index

Detta formulär innehåller frågor om hur Du mår. Det finns fyra möjliga svar för varje fråga. Sätt ett kryss i den ruta som bäst beskriver **hur du mått under veckan som gått**.

1. Hur är det med din ork?

Orkar ingenting

Orkar ganska lite

Orkar ganska mycket

Orkar nästan hur mycket som helst

2. Hur är det med ditt humör?

Är så ledsen man kan bli

Är ganska ledsen

Är ganska glad

Är så glad man kan bli

3. Hur trött känner du dig?

Mycket trött

Ganska trött

Inte särskilt trött

Inte alls trött

4. Känner du dig ensam och isolerad?

Mycket ensam

Ganska ensam

Inte särskilt ensam

Inte alls ensam

5. Hur är din sömn?

Sover mycket dåligt

Sover ganska dåligt

Sover ganska bra

Sover mycket bra