

Klinisk Patientnära Forskning 4

# Både Undernäring och Övervikt inom Vård och Omsorg november 2005

- En punktprevalensstudie kring Ätande och Näring

Albert Westergren, Docent Vårdvetenskap  
Christina Lindholm, Professor Klinisk Omvårdnad  
Carolina Axelsson, Koordinator  
Kerstin Ulander, Lektor Klinisk Omvårdnad

ISSN: 1654-1421



Forskargruppen för klinisk patientnära forskning bedriver forskning med fokus på Patientsäkerhet och har sin bas på Kristianstads Högskola, Institutionen för Hälsovetenskaper.

#### Målsättning

Att med en klinisk patientnära forskning, 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.



## Både Undernäring och Övervikt inom Vård och Omsorg november 2005 - En punktprevalensstudie kring Ätande och Näring

2007-03-07

Albert Westergren, Docent Vårdvetenskap \*  
Christina Lindholm, Professor Klinisk Omvårdnad  
Carolina Axelsson, Koordinator  
Kerstin Ulander, Lektor Klinisk Omvårdnad

ISSN: 1654-1421

\* Forsknings- och Vårdutvecklingsfunktionen  
Centralsjukhuset  
291 85 Kristianstad  
[Albert.G.Westergren@skane.se](mailto:Albert.G.Westergren@skane.se)  
044 – 309 28 16, 0707 – 23 28 16

---

#### Kontakt forskargruppen:

carolina.axelsson@hkr.se  
Högskolan Kristianstad  
Institutionen för Hälsovetenskaper  
291 88 Kristianstad +46 (0) 44 - 20 85 70 – Sweden



# Sammanfattning

Syftet med studien var att undersöka förekomsten av ätsvårigheter och undernäring hos personer som får sjukhusvård respektive som bor i särskilt boende.

Genomförande: Samtliga ineliggande patienter (mellan 07.00-21.00) på akutsomatiska sjukhus, hospice (30/11 2005) och kommunernas särskilda boende (7/11-11/11 2005) bedömdes. I kommunerna var det 1910 som tillfrågades om deltagande varav 1726 (90%) tackade ja till att medverka. På sjukhusen och hospice tillfrågades 1035 varav 874 (88%) valde att medverka. Totalt ingick 2600 personer. I kommunen var medelåldern 85 år och 69% var kvinnor. På sjukhus var medelåldern 69 år och 53% var kvinnor.

Resultat: På sjukhus var det vanligare med viktförlust (31%) jämfört med i kommunen (19%) medan lågt BMI var vanligare i kommunen (30% respektive 20%). Ätproblem förekom oftare hos personer i kommunen. Övervikt förelåg hos 30% i kommunen och 39% på sjukhus. Således var det 40% respektive 41% som hade ett BMI inom referensvärdena (Tabell 3). Medelvärdet för BMI varierade inom olika boenden från lägsta medelvärdet 20.5 till högsta 31.7.

Diskussion: Resultatet från denna studie kan sammanfattas med att både undernäring och övervikt förekommer inom vård och omsorg. Inom kommunen är det 40 procent som har ett BMI inom referensvärdena och på sjukhus är det 41 procent. Måttlig eller hög risk för undernäring föreligger hos 27 procent både inom särskilda boenden och på sjukhus/hospice. Drygt hälften av alla vård- och omsorgstagare har svårigheter att äta. Likaledes behöver drygt hälften hjälp för att kunna äta. Det tycks som att kosttillskott och protein-/energität kost används i för liten utsträckning både på sjukhus och inom särskilda boenden. En vanlig orsak till måttlig/hög risk för undernäring är nedsatt aptit. Studieupplägget har gynnsamma effekter för dem som involveras i datainsamlingen t.ex. ökad vetenskaplig förståelse och ökade kunskaper om näring och ätande.

## Nyckelord

Felnäring, kosttillskott, näringsvårigheter, sjukhus, särskilt boende, undernäring, ätsvårigheter, övervikt



## Summary

**Objectives:** The aim of this study was to explore the prevalence of eating difficulties and malnutrition among persons in hospital care and in special accommodations.

**Design:** The cross-sectional observational study was performed in Nov. 2005.

**Setting:** Hospitals and special accommodations. **Participants:** Out of 2945 persons, 2600 (88%) agreed to participate (1726 from special accommodations and 874 from hospitals). In total all special accommodations in six municipalities and six hospitals were involved.

**Measurements:** Risk of undernutrition was estimated as at least two of: body mass index below recommendation, weight loss and/or eating difficulties. Overweight was graded based on body mass index (if 69 years or younger: 25 or above; if 70 years or older: 27 or above).

**Results:** The mean age of those living in hospitals was 69 years and 53% were women, while the corresponding figures for those in special accommodations were 85 years and 69% women. In hospitals and special accommodations, eating difficulties were common (49% and 56% respectively) and about one quarter had a body mass index (BMI) below the limits (20% and 30% respectively) and one-third above the limit (39% and 30% respectively) thus only about 40% had a BMI within the limits. Both in hospitals and in special accommodations 27% were considered to have a moderate or high risk of undernutrition.

**Conclusion:** Only about 40% in special accommodations and hospital care have a BMI within the recommended limits. As both low and high BMI are frequent in both settings, the focus of care should not only be on undernutrition but also on overweight. Using the Swedish criteria for defining risk of undernutrition seems to give a slightly lower prevalence than has been shown in previous Swedish studies, but this can be due to an underestimation of the occurrence of eating difficulties.

### Key words

Eating difficulties, hospital, Kristianstad University, malnutrition, Northeast Skåne, overweight, special accommodation, undernutrition



# Innehåll

Förord.....	6
Bakgrund.....	7
Syfte.....	9
Metod.....	9
Genomförande.....	10
Resultat.....	11
Diskussion.....	16
Referenser.....	20
Bilaga 1.....	22



## Förord

Tack till personal och personer som medverkat vid:

- Sjukhusen i Kristianstad, Hässleholm, Ängelholm, Simrishamn, Helsingborg och Universitetssjukhuset i Malmö.
- Kommunerna (särskilda boenden): Kristianstad, Hässleholm, Östra Göinge, Perstorp, Osby och Bromölla.
- Primärvården: Hospice Hässleholm och Kristianstad.
- Högskolan Kristianstad.
- Nätverket för Näring och Ätande i Nordöstra Skåne (NÄVER).
- Alla studenter som med sin entusiasm och sitt engagemang medverkat till att datainsamlingen fungerat!



# Både Undernäring och Övervikt inom Vård och Omsorg november 2005 - En punktprevalensstudie kring Ätande och Näring.

## Bakgrund

Åldrandet i sig kan orsaka svårigheter att äta, särskilt om åldrandet åtföljs av sjukdom. Svårigheter att äta kan i sin tur leda till att för lite mat intas och på sikt undernäring. Undernäring är förknippat med ökad sjuklighet och dödlighet. Ett för stort intag av mat kan leda till övervikt särskilt om det stora intaget följs åt av inaktivitet. Övervikt kan i sin tur leda till svårigheter att röra sig och ett mer inaktivt levnadssätt. Vård- och omsorg har en viktig uppgift i att möjliggöra ett adekvat intag av föda.

Det finns en mängd olika faktorer som kan bidra till och öka risken för ett inadekvat födointag. Åldrandet åtföljs av fysiologiska, psykologiska, sociala och ekonomiska förändringar som kan göra ätandet svårt och bidra till felnäring. Förekomsten av undernäring ökar med stigande ålder (Tierny 1996). I Svenska studier efter 1990 ligger den genomsnittliga förekomsten av undernäring på 31.8%, 31.5% hos 1194 personer i särskilt boende och 32.2% hos 2037 personer på sjukhus (Elmståhl, 2001). Nyligen publicerades svenska rekommendationer för tidig upptäckt av "risk för undernäring" (Nutritionsbehandling i sjukvård och omsorg, 2004). Dessa rekommendationer har dock ej tidigare använts i någon större studie för att upptäcka risk för undernäring.

Förekomsten av övervikt hos äldre har visats öka. I en svensk studie (Lindström, Isacson et al. 2003) undersöktes förekomsten av övervikt (BMI 25-29.9) år 1986 och 1994 hos personer i åldern 20-80 år. Förekomsten av övervikt ökade från 33.9% till 45.2% hos män och från 19.6% till 29.1% hos kvinnor (Lindström, Isacson et al. 2003). Den vanligaste definitionen av övervikt är den av WHO (Övervikt 25-29.9; Fetma 30-39.9; Svår fetma >40). Men eftersom BMI-värden som förknippas med lägst dödlighet är något högre för äldre än för yngre (Calle et al. 1999; Heiat, Vaccarino, Krumholz 2001; Allison et al. 1997; Cornoni-Huntley et al. 1991; Harris et al. 1988) får det ses som rimligt att värdena bör anpassas för dem som är 70 år och äldre (Horani, Mooradian 2002). Ytterligare ett argument för en sådan anpassning är att en förlust av höjd följer på åldrandet p.g.a. kompression av kotpelaren vilket påverkar relationen mellan BMI och andelen kroppsfett. Därför, för varje givet värde på BMI leder en förlust av höjd till en överskattning av övervikt hos äldre (Villareal et al. 2005). Fram till denna studie har för ålder anpassade BMI-värden ej använts, så vitt vi vet. Således, i denna studie fokuseras undernäring baserat på de svenska rekommendationerna samt övervikt baserat på för äldre anpassade BMI-referensvärden.



Tillsammans med åldrandet följer förändringar i kroppssammansättningen och i näringsbehovet, mängden kroppsfett ökar och muskelmassan minskar (Cederholm et al. 2000). Energitilltaget minskar p.g.a. minskad basalmetabolism och en mindre aktiv livsstil medan behovet av protein ofta ökar, till exempel p.g.a. sjukdom och mindre effektiv proteinomsättning (Blumberg 1996; Rothenberg 2000). Till följd av ett minskat energiintag uppstår svårigheter för äldre att tillgodose vitamin och mineralintaget genom födan enbart (Blumberg 1996). I en resumé av litteraturen, visades äldre vara särskilt sårbara för de negativa konsekvenserna av undernäring såsom dålig prognos, ökad dödlighet framförallt vintertid, nedsatt immunförsvar, trycksår, längre sjukhusvistelser och återinläggningar på sjukhus (Tierny 1996).

Ätproblem är också vanligt förekommande (82% hade ett eller flera ätproblem) på sjukhus och har visats bestå av tre komponenter (matintag, sväljning och ork) (Westergren, Unosson et al. 2002). Dessa ätproblem är i sin tur förknippade med behov av hjälp för att kunna äta, undernäring, långa sjukhusvistelser och behov av särskilt boende efter utskrivning (Westergren, Ohlsson et al. 2002).

Det finns en mängd åtgärder som kan vidtas för att förbättra ätsituationen och födointaget. Tillhandahållandet av energiberikad mat har visats vara effektivt för att förhindra en försämring av nutritionsstatus (Ödlund Olin et al. 1996). Det finns flera studier som rapporterar att kosttillskott (400–500 kcal/dag) effektivt kan förhindra försämring av nutritionsstatus. Kosttillskott kan ges mellan måltider men även som komplement i samband med den vanliga måltiden (Rothenberg 2000). Hos 501 äldre patienter visades kosttillskott förbättra immunförsvaret (Ek et al. 1990), minska utvecklingen av trycksår och förbättra läkning av existerande trycksår (Ek et al. 1991), minska dödligheten (Larsson et al. 1990) och möjliggöra bibehållande och förbättring av funktionellt tillstånd och aktiviteter i jämförelse med en kontrollgrupp (Unosson et al. 1992). Det har också visats inom särskilt boende att kosttillskott kan öka energiintaget med 25%, få personer att gå upp i vikt, öka nivåerna av protein i blodet. Det visades också att minskningen av aptiten till följd av kosttillskottet var ringa (Elmståhl & Steen 1987). Det finns också en hel del åtgärder att vidta för att underlätta ätsituationen (Tabell 1).





Tabell 1. Moment att observera i ätprocessen och exempel på åtgärder (Socialstyrelsen 2006).

Ätprocessen	Specifika åtgärder	Generella åtgärder
<b>Intagande av mat</b> att sitta på ett bra sätt under måltiden att dela maten på tallriken att föra maten till munnen	Anpassa bestick, glas, mugg. Konsultera sjukgymnast, arbetsterapeut.	Assistans / Matning. Träning. Artificiell nutrition. Anpassa måltidsmiljön. Reducera distraherande moment. Samtal och information.
<b>Sväljningsprocessen</b> att öppna och stänga munnen att hantera maten i munnen att svälja	Konsistensanpassa. Munmassage. Specifika sväljningstekniker och huvudpositioneringar. Konsultera: person kunnig i dysfagi, dietist.	
<b>Energitillgång</b> att äta en hel måltid att äta i en lagom hastighet att orka genomföra en hel måltid	Kosttillskott. Protein- och energität kost. Planera andra aktiviteter så att ork finns att äta. Äta mindre mängd mat flera gånger om dagen. Konsultera dietist.	

## Syfte

Syftet med denna studie var att kartlägga förekomsten (prevalensen) av ätproblem, felnäring (undernäring och övervikt) samt vilka åtgärder som vidtagits för att förbättra ätandet på sjukhus, hospice och i särskilt boende.

## Metod

Risk för undernäring och övervikt bedömdes. Enligt svenska rekommendationer kan risk för undernäring bedömas utifrån förekomsten av något av följande: ofrivillig vikt förlust (oavsett tidsförlopp och omfattning), BMI under gränsen (<20 om 69 år eller yngre, <22 om 70 år eller äldre) och förekomst av ätproblem (Nutritionsbehandling i sjukvård och omsorg, 2004). Ätproblemen som bedömdes beskrivs nedan. I denna studie bestämdes att om två eller tre av kriterierna förelåg bedömdes det vara risk för undernäring.

Övervikt bestämdes utifrån BMI (om 69 år eller yngre: 25 eller mer: om 70 år eller äldre: 27 eller mer), fetma (om 69 år eller yngre: 30-39: om 70 år eller äldre: 32-41) och svår fetma (om 69 år eller yngre: >40: om 70 år eller äldre: >42).

Det finns idag två instrument i världen som utvecklats för bedömning av ätproblem hos personer med stroke. Ett har utvecklats i England (McLaren & Dickerson 2000)



och det andra i Sverige (Westergren, Unosson m.fl. 2002). I en nyligen genomförd systematisk litteraturgenomgång (Westergren 2006) bedömdes det svenska instrumentet ha bäst reliabilitet och validitet jämfört med det engelska. Åtandet bedömdes i instrumentet utifrån tre integrerade delar, *intagande av mat* som omfattar förmågan att sitta på ett bra sätt under måltiden, att dela maten på tallriken, att föra maten till munnen; *sväljningsprocessen* som omfattar förmågan att öppna och stänga munnen, hantera maten i munnen och att svälja; samt *energitillgång* som omfattar förmågan att äta en hel måltid, att äta i en lagom hastighet och att orka genomföra en hel måltid (Westergren, Unosson m.fl. 2002). Förutom dessa totalt nio ätproblem bedömdes även viljan att äta, aptiten och svårigheter att tugga p.g.a. problem i munhålan.

Ett visst internt bortfall förekom till följd av att frågor lämnats obesvarade (Tabell 2).

Tabell 2. Översikt över antalet ej besvarade frågor (dvs. internt bortfall)

	Sjukhus (n=1726), procent	Kommun (n=874), procent
Ålder	1	2
Kön	0.1	0.2
Vikt i kilo	2	2
Längd i cm	3	10
BMI	4	11
Viktminskning	2	13
Ätproblem (12 frågor)	0.2-2	3-4
Assistans	2	1
Kosttyp	2	2
Konsistens på mat	2	0.5
Konsistens på dryck	3	3
Storlek på portion	2	3

## Genomförande

Undersökningsformuläret testades initialt på en infektionsavdelning för 10 patienter. Vissa smärre justeringar gjordes därefter. Datainsamlingen föregicks också av informationstillfällen som erbjöds all personal som kunde tänkas involveras i att göra bedömningar.

Samtliga ineliggande patienter (mellan 07.00-21.00) på akutsomatiska sjukhus, hospice (30/11 2005) och kommunernas särskilda boende (7/11-11/11 2005) bedömdes. På enheter där sjuksköterskestudenter genomgick klinisk utbildning genomfördes dessa bedömningar under handledning av sjuksköterska/klinisk adjunkt.

Undersökningsdagen fanns kliniska lektorer, klinisk professor och koordinator på plats på de större sjukhusen och de var även tillgängliga per telefon. Medarbetare i Nätverket för Näring och Ätande i Nordöstra Skåne (NÄVER) var aktiva i de olika verksamheterna och var viktiga för att "driva på" inför och under datainsamlingen.



På sjukhusen samlades formulären in och från kommunerna skickades de in till klinisk lektor (AW) för bearbetning och analys.

## Resultat

I kommunerna var det 1910 som tillfrågades om deltagande varav 1726 (90%) tackade ja till att medverka. På sjukhusen och hospice tillfrågades 1035 varav 874 (88%) valde att medverka. Totalt ingick 2600 personer. I kommunen var medelåldern 85 år och 69% var kvinnor. På sjukhus var medelåldern 69 år och 53% var kvinnor.

På sjukhus var det vanligare med vikt förlust (31%) jämfört med i kommunen (19%) medan lågt BMI var vanligare i kommunen (30% respektive 20%). Ätproblem förekom oftare hos personer i kommunen. Övervikt förelåg hos 30% i kommunen och 39% på sjukhus. Således var det 40% respektive 41% som hade ett BMI inom referensvärdena (Tabell 3). Medelvärde för BMI varierade inom olika boenden från lägsta medelvärdet 20.5 till högsta 31.7 (Bilaga 1).

Tabell 3. Andelar (%) med "risk" – enskilda variabler

	Kommun	Sjukhus
Vikt förlust	19	31
Har ätproblem	57	50
Lågt BMI	30	20
Övervikt	30	39
Normalt BMI	40	41

Andelen med måttlig/hög risk för undernäring i kommunernas särskilda boenden varierade mellan 0-70% på de olika enheterna. Motsvarande prevalens inom sjukhusens enheter varierade mellan 0-80%. Andelen med övervikt inom särskilda boenden varierade mellan 0-62% och på sjukhus mellan 1-67%.

Måttlig eller hög risk för undernäring förekom hos 27% både på sjukhus och särskilda boenden (Tabell 4).

Tabell 4. Andelar (%) med risk för undernäring

	Kommun	Sjukhus
Ingen risk	35	40
Liten risk	38	33
Måttlig risk	16	18
Hög risk	11	9
Måttlig & hög	27	27

Förekomsten av assistans vid måltid varierade mellan 38% och 57% i de sex kommunerna och andelen normalnära (ej måttlig/hög risk för undernäring och ej



övervikt) varierade mellan 36% och 46%. Bemanningkvoten varierade mellan 0.53 och 0.77. Det fanns inget signifikant samband mellan bemanningkvoten och risk för undernäring (Tabell 5).

Tabell 5. Kommunerna i Nordöstra Skåne

	Kommun					
	1 (n=84)	2 (n=156)	3 (n=116)	4 (n=535)	5 (n=390)	6 (n=69)
Bemanning*	0.71	0.69	0.77	0.65**	0.59	0.53
Assistans	50.0	47.4	57.4	52.1	49.8	38.0
Risk för undernäring***	25.0	25.6	25.9	26.2	28.2	31.9
Högt BMI	29.5	28.6	38.5	30.7	27.3	31.6
"Normalnärd"	45.5	45.8	35.6	43.1	44.5	36.5

\*Vårdpersonalbemanningen i särskilt boende (Nyckeltal och verksamhetsmått i skånsk vård och omsorg)

\*\* Schablonavdrag 0.05 beräknat utifrån 21 kommuner i Skåne

\*\*\* Måttlig/hög risk för undernäring

Det var 20-21% av de 112 enheterna som ej använde kosttillskott och 55-73% som inte nyttjade protein-/energität kost (Tabell 6).

Tabell 6. Antal enheter som ej använder kosttillskott

	Kommun, 56 enheter	Sjukhus, 56 enheter (inklusive hospice)
Använder ej kosttillskott	12 (21%)	11 (20%)
Använder ej protein-/energität kost	31 (55%)	41 (73%)

Måttlig eller hög risk för undernäring var vanligast förekommande i samband med nedsatt aptit (62%, Tabell 7a) därefter i samband med cancerdiagnos (45%, Tabell 7b), stroke (29%, Tabell 7c) och frakturdiagnos (25%, Tabell 7d).

Tabell 7a. Förekomst av undernäring relaterat till nedsatt aptit

	Kommun	Sjukhus	Totalt
Nedsatt aptit	22% (n=383)	35% (n=297)	27% (n=684)
<b>Risk för undernäring, %</b>			
Ingen risk	1	0	0
Liten risk	36	41	38
Måttlig risk	34	37	36
Hög risk	29	22	26
Måttlig + Hög risk för undernäring	63	59	62



Tabell 7b. Förekomst av undernäring relaterat till cancerdiagnos

	Kommun	Sjukhus	Totalt
Cancerdiagnos	7% (n=111)	11% (n=88)	9% (n=206)
<b>Risk för undernäring, %</b>			
Ingen risk	33	25	29
Liten risk	27	25	26
Måttlig risk	21	27	24
Hög risk	19	23	21
Måttlig + Hög risk för undernäring	40	50	45

Tabell 7c. Förekomst av undernäring relaterat till strokediagnos

	Kommun	Sjukhus	Totalt
Strokediagnos	25% (n=371)	9% (n=73)	19% (n=444)
<b>Risk för undernäring, %</b>			
Ingen risk	31	28	31
Liten risk	40	40	40
Måttlig risk	18	28	19
Hög risk	11	4	10
Måttlig + Hög risk för undernäring	29	32	29

Tabell 7d. Förekomst av undernäring relaterat till frakturdiagnos

	Kommun	Sjukhus	Totalt
Frakturdiagnos	6% (n=90)	13% (n=108)	9% (n=198)
<b>Risk för undernäring, %</b>			
Ingen risk	31	33	32
Liten risk	37	49	43
Måttlig risk	20	12	16
Hög risk	12	6	9
Måttlig + Hög risk för undernäring	32	18	25

I genomsnitt var det 8% av de med nedsatt aptit (n=684) som erhöll protein-/energität kost (Tabell 8).

Tabell 8. Typ av kost relaterat till nedsatt aptit.

	Kommun	Sjukhus	Totalt
Nedsatt aptit	22% (n=383)	35% (n=297)	27% (n=684)
<b>Typ av kost, %</b>			
Allmän kost	79	74	77
PET kost	9	7	8

Inom de särskilda boendena var det vanligare att de som hade måttlig/hög risk för undernäring hade fått olika åtgärder vidtagna för sitt ätande/näringsintag (Tabell 9a) än att de som var överviktiga hade fått sådana åtgärder (Tabell 9b). Samma mönster framstod för personer på sjukhus (Tabell 9c och 9d). Värt att notera är dock att fler inom kommunen än på sjukhus med måttlig/hög risk för undernäring erhöll konsistensanpassad mat (49% respektive 10%) och protein-/energität kost (11% respektive 5%). Gällande personer med övervikt var det 2% i kommunen och 17% på sjukhus som erhöll kosttillskott.



Tabell 9a. Åtgärder (%) relaterat till undernäring - Kommunerna

	Risk för undernäring	
	Ingen Risk (n=985)	Måttligt – Hög Risk (n=360)
<b>Åtgärder</b>		
Behöver assistans för att äta	42	66
Protein- och/eller energität kost	2	11
Konsistensanpassad kost	22	49
Artificiell nutrition	1	2
Serveras liten portion (ca 200 kcal)	13	39
Kosttillskott	4	31

Tabell 9b. Åtgärder (%) relaterat till övervikt - Kommunerna

	Övervikt	
	Ej Övervikt (n=1133)	Övervikt (n=487)
<b>Åtgärder</b>		
Behöver assistans för att äta	52	44
Protein- och/eller energität kost	6	0
Konsistensanpassad kost	32	25
Artificiell nutrition	1	1
Serveras liten portion (ca 200 kcal)	25	10
Kosttillskott	15	2

Tabell 9c. Åtgärder (%) relaterat till undernäring - Sjukhusen

	Risk för undernäring	
	Ingen Risk (n=516)	Måttligt – Hög Risk (n=189)
<b>Åtgärder</b>		
Behöver assistans för att äta	5	18
Protein- och/eller energität kost	2	5
Konsistensanpassad kost	5	10
Artificiell nutrition	1	3
Serveras liten portion (ca 200 kcal)	12	32
Kosttillskott	19	37

Tabell 9d. Åtgärder (%) relaterat till övervikt - Sjukhusen

	Övervikt	
	Ej Övervikt (n=481)	Övervikt (n=309)
<b>Åtgärder</b>		
Behöver assistans för att äta	14	6
Protein- och/eller energität kost	3	3
Konsistensanpassad kost	8	6
Artificiell nutrition	2	1
Serveras liten portion (ca 200 kcal)	23	8
Kosttillskott	28	17



Varje enhet fick sina resultat återredovisade. För att åskådliggöra hur det kunde se ut återges här ett exempel. Utifrån tabell 10 framgår det att boende B (ett boende för personer med demens) hade en högre andel med lågt BMI (41% jämfört med 24%) och ofrivillig viktförlust (57% jämfört med 7%) än boende A (reguljärt särskilt boende) (Tabell 10).

Tabell 10. Jämförelser mellan boende A (reguljärt särskilt boende) och boende B (för personer med demens).

	Boende A	Boende B	Kommunen
Andel som valt att medverka, %	94	96	87
Antal som medverkat	33	22	723
Andel kvinnor, %	71	83	69
Medelålder, år	86	89	85
Lågt BMI, %	24	41	31
Högt BMI, %	39	23	31
Ofrivillig viktninskning, %	7	57	17
Har svårigheter att äta, %	67	59	57

Måttlig/hög risk för undernäring förelåg hos 57% i boende B (demens) och 15% i boende A (reguljärt) (Tabell 11).

Tabell 11. Jämförelser mellan boende A (reguljärt särskilt boende) och boende B (för personer med demens).

	Boende A	Boende B	Kommunen
Risk för undernäring, %			
Ingen risk, %	26	29	34
Liten risk, %	59	14	40
Måttlig risk, %	11	29	15
Hög risk, %	4	28	11
Måttlig + Hög risk för undernäring	15	57	26

Trots att boende B hade högst antal med måttlig/hög risk för undernäring jämfört med boende A erbjöd man i boende B protein-/energität kost i mindre utsträckning (0% jämfört med 9%) och kosttillskott (10% jämfört med 12%). Således bör rutinerna i boende B ses över gällande protein-/energität kost och kosttillskott (Tabell 12).

Tabell 12. Jämförelser mellan boende A (reguljärt särskilt boende) och boende B (för personer med demens).

	Boende A	Boende B	Kommunen
Behöver assistans för att äta, %	58	50	52
Protein- och/eller energität kost, %	9	0	7
Konsistensanpassad kost, %	39	32	29
Artificiell nutrition, %	0	0	2
Serveras liten portion (ca 200 kcal), %	27	38	19
Kosttillskott, %	12	10	9



Av de personer som hade medverkat till datainsamlingen uppgav 87% att informationen innan studien varit tillräcklig. Det var 62% som upplevde att de fått en bättre vetenskaplig förståelse. Intresset för näring och ätande hade ökat hos 43% och kunskaperna hade ökat hos 41% (Tabell 13).

Tabell 13. Utvärdering av genomförandet av punktprevalensstudien "Ätande och näring" hösten 2005 av studenter (n=42), vårdpersonal (n=99) och kliniska adjunkter (n=5).

	n=146, procent	
	Ja	Nej
Informationen innan studien var utmärkt/tillräcklig	87	13
Fick du bättre vetenskaplig förståelse	62	38
Studien ökade mitt intresse för näring och ätande	43	57
Studien ökade mina kunskaper om näring och ätande	41	59

Det framkom både positiva och negativa kommentarer från studenter, vårdpersonal och de kliniska adjunkterna (Tabell 14).

Tabell 14. Kommentarer kring studien.

Positiva kommentarer	Negativa kommentarer
Lärt mig mera om BMI mätning. Bra!	Många patienter vill inte, stort bortfall.
Bra att se hur forskning kopplas till vårdarbete och patienter.	Patienterna hade inte informerats kvällen före. Sjuksköterskan ej intresserad, tirst. Besviken faktiskt.
Det gick mycket bra att genomföra allt. Faktiskt rätt roligt.	Studenterna gjorde studien. Personalen informerade sig inte.
Det var inte så komplicerat som man väntat sig.	Ej delaktig. Hade ej student. Studenterna skötte det hela.
Trevlig studie. Ser fram emot resultatet!	Fattades rutor om patienten var illamående.
Vi väntar med spänning på resultaten!	
Önskar kontinuerlig uppföljning, så kunnandet inte försvinner.	

## Diskussion

Resultatet från denna studie kan sammanfattas med att både undernäring och övervikt förekommer inom vård och omsorg. Inom kommunen är det 40 procent som har ett BMI inom referensvärdena och på sjukhus är det 41 procent. Måttlig eller hög risk för undernäring föreligger hos 27 procent både inom särskilda boenden och på sjukhus/hospice. Drygt hälften av alla vård- och omsorgstagare har svårigheter att äta. Likaledes behöver drygt hälften hjälp för att kunna äta. Det tycks som att kosttillskott och protein-/energität kost används i för liten utsträckning både på sjukhus och inom särskilda boenden. En vanlig orsak till måttlig/hög risk för





undernäring är nedsatt aptit. Även hos personer med nedsatt aptit undernyttjas möjligheten att ge kosttillskott och protein-/energität kost. Genom att jämföra enskilda enheters resultat med kommunens/sjukhusets övergripande resultat kan en handlingsplan för åtgärder tas fram. Studieupplägget har gynnsamma effekter för de som involveras i datainsamlingen t.ex. ökad vetenskaplig förståelse och ökade kunskaper om näring och ätande.

Studien genomfördes utan några större problem vid samtliga sjukhus och i alla äldreboenden i kommunerna. Bortfallet får betraktas som väldigt lågt (12% på sjukhus och hospice, 10% i kommunerna). Även bortfallet i enskilda frågor var förhållandevis lågt (0.1-13%). Bidragande faktorer till det låga bortfallet är sannolikt att informationen varit omfattande före studien vilket belyses av att 87% angav att informationen varit tillräcklig. En annan bidragande faktor är sannolikt att området upplevs som angeläget. En tredje faktor är att formulärets omfång begränsats till ett A4. En begränsning med studien är dock att väldigt många olika personer involverades i datainsamlingen. Detta kan leda till att olika personer bedömer olika problem på olika sätt. Det är dock möjligt att denna felkälla minskar i och med att de olika felbedömningarna "tar ut varandra". Till formuläret hörde också en instruktion för ifyllandet. Sammantaget erhöles ett mycket omfattande material med relativt ringa insats och det tycks som att denna metodik är en framkomlig väg även för fortsatta punktprevalensstudier kring ätande och näring.

Förekomsten av undernäring i denna studie är i linje med vad tidigare studier har visat. Förekomsten i denna studie visades vara 27 procent med måttlig eller hög risk för undernäring. Tidigare Svenska studier har visat på en förekomst på cirka 32 procent både på sjukhus och i särskilda boenden (Elmståhl, 2001). Skillnaden i förekomst kan bero på att man använt olika definitioner av undernäring. Det är dock värt att notera att det var 65 procent i särskilda boenden och 60 procent på sjukhus som hade risk för undernäring om även de med liten risk inkluderas i prevalensen. Även de med liten risk för undernäring behöver få åtgärder vidtagna för att tillgodose deras födointag. Ingen tidigare studie har presenterats, vad vi känner till, som vid ett och samma tillfälle undersökt så många personer både på sjukhus och i särskilt boende i Sverige. Det är också första gången de svenska rekommendationerna testas i så stor omfattning.

Förekomsten av övervikt var i denna studie relativt hög. I särskilt boende var det 30 procent som var överviktiga och på sjukhus var det 39 procent. I en annan studie visades förekomsten av övervikt vara 37 procent (Lindström, Isacson m.fl. 2003). I den studien inkluderades dock personer i åldern 20-80 år så prevalenstalen är inte direkt jämförbara. Detta är troligtvis första gången som förekomst av övervikt på sjukhus och i särskilt boende påvisas i denna omfattning. I en nyligen publicerad artikel (the American society for Nutrition and NAASO, the Obesity Society) lyfts behovet av att även äldre ska kunna erbjudas möjlighet att minska i vikt under kontrollerade omständigheter (Villareal m.fl. 2005) vilket det även finns stöd för från andra forskargrupper (Horani, Mooradian, 2002). Studier har visat att viktminskningsbehandling förbättrar funktioner/aktiviteter, livskvaliteten och minskar de medicinska komplikationerna som är förknippade med fetma hos äldre personer

(Villareal m.fl. 2005). Men, frivillig viktnedgång måste genomföras under kontrollerade former för att inte riskera förlust av ben- eller muskelmassa. Eftersom särskilt äldre är i riskzonen för minskad ben- och muskelmassa utgör också detta ett argument för att, som i denna studie, använda anpassade BMI-värdena för äldre. Därför, är det också lämpligt att kombinera viktnedgångsbehandling med fysisk aktivitet. För patienter på sjukhus är det vanligen ej lämpligt att vidta åtgärder för viktnedgång i det akuta skedet, i och med att de är akut sjuka och i behov av energi och näring för sitt tillfrisknande.

Med utgångspunkt från denna studie, tidigare forskning och erfarenheterna inom Forskargruppen för Klinisk Patientnära Forskning (Albert Westergren, Kerstin Ulander, Christina Lindholm, Carolina Axelsson) presenteras här ett fem-punktsprogram för hur näring och ätande kan hanteras inom vård och omsorg.



Ett 5-punktsprogram för näring och ätande inom vård och omsorg

1. Gör en enkel bedömning av näringsstatus – sammanväg:
  - a. Ofrivillig viktförlust (oavsett tidsförlopp och omfattning)
  - b. Ättsvårigheter (se ruta nedan)
  - c. Undervikt (BMI <20 om <70 år eller <22 om >70 år)
  - d. Övervikt (BMI >25 om <70 år eller >27 om >70 år)
2. Vid risk för undernäring
  - a. Ordinera energi- och proteinrik kost
  - b. Minska nattfastan till maximum 11 timmar
  - c. Öka intaget från mellanmål till 45% av dagsbehovet
3. Vid risk för övervikt
  - Ordinera kost efter vårdtagarens behov (cirka 25 kcal/kg kroppsvikt och dygn) och stimulera fysisk aktivitet
4. Vid ättsvårigheter
  - Anpassa åtgärderna till problemet
5. Dokumentera och utvärdera status, åtgärder och resultat



Tabell 15. Bedömningsgrund ätsvårigheter.

Ätsvårigheter som bedöms	
<b>Sväljning</b> Gapa/stänga mun Hantera mat i mun Svälja	<b>Energi</b> Orka äta  <b>Äthastighet</b> Äta $\frac{3}{4}$ eller mer av serverad mat
<b>Intag av mat</b> Hantera mat på tallrik Föra maten/drycken till munnen Sitta under måltid	<b>Övriga</b> Aptit Viljan att äta Tugga



## Referenser

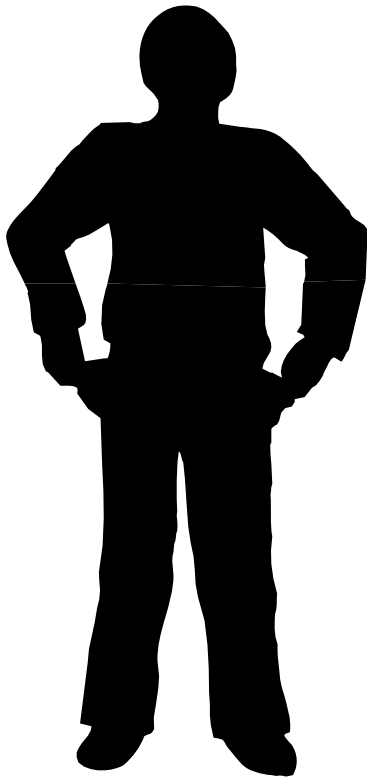
- Allison DB, Gallagher D, Heo M, Pi-Sunyer FX, Heymsfield SB (1997) Body mass index and all-cause mortality among people age 70 and over: the Longitudinal Study of Aging. *Int J Obes Relat Metab Disord* 21(6):424-431.
- Blumberg JB (1996). Status and functional impact of nutrition in older adults. In: Schneider EL, Rowe JW (eds) *Handbook of the biology of aging*. 4<sup>th</sup> ed. Academic Press, San Diego, pp 393-414.
- Calle EE, Thun MJ, Petrelli JM, Rodriguez C, Heath CW (1999) Body-mass index and mortality in a prospective cohort of U.S. adults. *The New England Journal of Medicine*, 341 (15): 1097-1105.
- Cederholm T, Johansson I, Sandman PO (2000). Orsaker till undernäring. In: *Näringsproblem i vård & omsorg. Prevention och behandling. SoS-rapport 2000:11*. Socialstyrelsen, Stockholm, pp 96-109.
- Cornoni-Huntley JC, Harris TB, Everett DF, Albanes D, Micozzi MS, Miles TP, Feldman JJ (1991) An overview of body weight of older persons, including the impact on mortality. The National Health and Nutrition Examination Survey I – Epidemiologic follow-up study. *J Clin Epidemiol* 44(8):743-753.
- Ek A-C, Larsson J, von Schenck H, Thorslund S, Unosson M, Bjurulf P (1990). The correlation between anergy, malnutrition and clinical outcome in an elderly hospital population. *Clinical Nutrition* 9:185-189.
- Ek A-C, Unosson M, Larsson J, von Schenck H, Bjurulf P (1991). The development and healing of pressure sores related to the nutritional state. *Clinical Nutrition* 10:245-250.
- Elmståhl S (2001). Malnutrition i svensk sjukvård och omsorg. *Socialmedicinsk tidskrift*, 4, 356-364.
- Elmståhl S, Steen B (1987). Hospital nutrition in geriatric long-term care medicine: II. Effects of dietary supplements. *Age and Ageing* 16:73-80.
- Harris T, Cook EF, Garrison R, Higgins M, Kannel W, Goldman L (1988) Body mass index among nonsmoking older persons. The Framingham Heart Study. *JAMA* 259(10):1520-1524.
- Heiat A, Vaccarino V, Krumholz HM (2001) An evidence-based assessment of federal guidelines for overweight and obesity as they apply to elderly persons. *Arch Intern Med* 161:1194-1203.
- Horani MH, Mooradian AD (2002) Management of obesity in the elderly: special considerations. *Treat Endocrinol* 1(6):387-398.
- Larsson J, Unosson M, Ek A-C, Nilsson L, Thorslund S, Bjurulf P (1990). Effect of dietary supplement on nutritional status and clinical outcome in 501 geriatric patients – a randomised study. *Clinical Nutrition* 9:179-184.



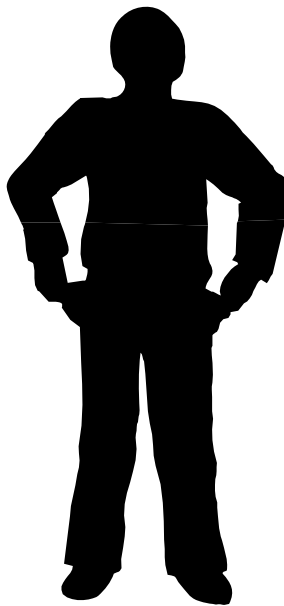
- Lindström M, Isacsson S-O, Merlo J (2003) Increasing prevalence of overweight, obesity and physical inactivity. *European journal of public health* 13: 306-312.
- McLaren, S.M.G., Dickerson, J.W.T. (2000). Measurement of eating disability in an acute stroke population. *Clinical Effectiveness in Nursing* 4, 109–120.
- Nutritionsbehandling i sjukvård och omsorg (2004). Svenska rekommendationer från: Dietisternas Riksförbund; Nutritionsnätet för Sjuksköterskor; Svensk Förening för Klinisk Nutrition (Svenska Läkarsällskapet) SWESPEN (Swedish Society for Clinical Nutrition and Metabolism).
- Rothenberg E (2000). Näringslära. In: Näringsproblem i vård & omsorg. Prevention och behandling. SoS-rapport 2000:11. Socialstyrelsen, Stockholm, pp 89–95.
- Socialstyrelsen (2006). Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2005. Medicinskt och hälsoekonomiskt faktadokument. Socialstyrelsen, Stockholm.
- Tierny AJ (1996). Undernutrition and elderly hospital patients: a review. *Journal of Advanced Nursing* 23:228–236.
- Unosson M, Larsson J, Ek A-C, Bjurulf P (1992). Effects of dietary supplement on functional condition and clinical outcome measured with a modified Norton scale. *Clinical Nutrition* 11:134–139.
- Villareal DT, Apovian CM, Kushner RF, Klein S, American Society for nutrition; NAASO, The obesity society (2005) Obesity in older adults: technical review and position statement of the American Society for Nutrition and NAASO, The obesity society. *Am J Clin Nutr* 82(5): 923-934.
- Westergren A. (2006) Detection of eating difficulties after stroke: a systematic review. *International Nursing Review*. 53: 143-149.
- Westergren A, Unosson M, Ohlsson O, Lorefält B, Hallberg IR. (2002) Eating Difficulties, Assisted Eating and Nutritional Status in Elderly (>65 years) Patients in Hospital Rehabilitation. *International Journal of Nursing studies* 39(3):341-351.
- Westergren A, Ohlsson O, Hallberg IR (2002) Eating Difficulties in Relation to Gender, Length of Stay, and Discharge to Institutional care, Among Patients in Stroke Rehabilitation. *Disability and Rehabilitation* 24(10): 523-533.
- Ödlund Olin A, Österberg P, Hådel K, Armyr I, Jerström S, Ljungqvist O (1996). Energy-enriched hospital food to improve energy intake in elderly patients. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition* 20:93–97.



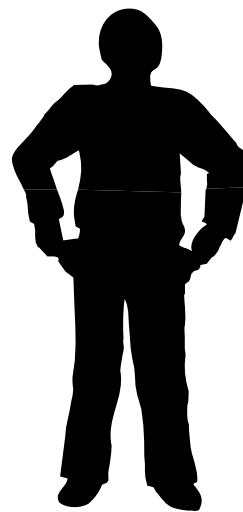
## Bilaga 1



BMI 31,7



BMI 24,5



BMI 20,5

Högsta medelvärde på boende i kommun; BMI 31,7  
Normalt medelvärde; BMI 24,5  
Minsta medelvärde på boende i kommun; BMI 20,5

