

Klinisk Patientnära Forskning 26

Nutrition

- förekomsten av ätsvårigheter och undernäring
- en studie genomförd med hjälp från studenter på sjuksköterskeprogrammet åren 2005, 2007 och 2009

Albert Westergren, Professor Omvårdnad
Gita Hedin, Forskningsassistent

ISSN: 1654-1421



Forskargruppen för Klinisk Patientnära Forskning med studentmedverkan i fokus bedriver sedan år 2004 forskning med inriktning mot patientsäkerhet och har sin bas på Högskolan Kristianstad, Sektionen för Hälsa och Samhälle.

Målsättning

Att med 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. Metodiken förenar högskolans tre primära uppgifter; forskning, utbildning och samverkan.



2010-03-30

Albert Westergren, Professor Omvårdnad
Gita Hedin, Forskningsassistent

ISSN: 1654-1421

Högskolan Kristianstad, 291 88 Kristianstad

Kontakt forskargruppen:
gita.hedin@hkr.se
Högskolan Kristianstad
Sektionen för Hälsa och Samhälle
291 88 Kristianstad +46 (0) 44-20 85 54



Sammanfattning

Syftet med studien var att undersöka förekomsten av ätsvårigheter och undernäring hos personer som vistas på sjukhus alternativt som bor i särskilt boende. Vidare var syftet att inom kommunerna undersöka hur olika interventioner kunde påverka precisionen i insatta nutritionsåtgärder samt förekomsten av under-/övervikt, både på kort och lång sikt.

Metod: Datainsamlingen utfördes av sjuksköterskestudenter under verksamhetsförlagd utbildning på sjukhus och i särskilt boende åren 2005, 2007 och 2009. Även kliniska adjunkter/kliniska lärare, personal på sjukhus och i särskilda boenden medverkade till att genomföra datainsamlingen. Studenterna fick genom datainsamlingen träning i att ge information till personal och patienter/boende, sammanställa resultatet från enheten, samt att återrapportera och reflektera över resultaten. Undervikt och övervikt bedömdes utifrån BMI. Risk för undernäring bedömdes utifrån kriterierna: ofrivillig viktninskning, lågt BMI samt förekomsten av ätproblem. Bedömningarna gjordes också av vilka nutritionsåtgärder som gavs. I kommunerna genomfördes interventioner med studiecirkel (två kommuner), nutritionspolicy (en kommun) samt var det fyra kommuner som inte hade någon specifik, övergripande intervention.

Resultat: På sjukhus var förekomsten av måttlig/hög risk för undernäring 27-28% och inkluderades även de med liten risk för undernäring var förekomsten 60-63%. Förekomsten av övervikt var 39-42%, mellan 4-7% erhöll protein- och energität kost, 25-30% fick näringsdryck eller motsvarande och 12-13% behövde assistans för att kunna äta.

Inom särskilt boende var förekomsten av måttlig/hög risk för undernäring 27-35% och inkluderades även de med liten risk för undernäring var förekomsten 65-70%. Förekomsten av övervikt var 30-33%, mellan 4-14% erhöll protein- och energität kost, 11-19% fick näringsdryck eller motsvarande och 47-50% behövde assistans för att kunna äta. Inom de särskilda boendena visades att interventionen med studiecirkel medförde en förbättring i precision av de nutritionsåtgärder (protein- och energität kost och/eller näringsdryck) som sattes in, samt minskade andelen med undervikt, i varje fall kort efter det att interventionen var avslutad. På motsvarande sätt innebar förankringen och införandet av en nutritionspolicy förbättringar. Dessa förbättringar kvarstod även en lång tid efter implementeringen.

Huvuddelen av studenterna (81%) uppgav att de fått bättre vetenskaplig förståelse genom sin medverkan, drygt hälften (53%) tyckte att deras intresse för bedömning av ätande och näring ökade och 67% ansåg att deras kunskaper om ätande och näring ökade.

Konklusion: Många patienter och boenden har risk för undernäring. Detta kräver att adekvata åtgärder sätts in, t. ex. protein- och energität kost samt näringsdrycker eller motsvarande. I kommunernas särskilda boenden kan studiecirkel för personalen medföra att fler vårdtagare får adekvat behandling och färre blir underviktiga på kort sikt. En mer långsiktig effekt uppnås om en nutritionspolicy förankras politiskt och implementeras i verksamheten. Sannolikt kan en kombination av studiecirkel och nutritionspolicy bidra till ännu mer positiva resultat vilket kräver vidare studier.

För studenterna upplevs det generellt som positivt att medverka i ett faktiskt forskningsprojekt.

Nyckelord: Felnäring, kosttillskott, näringssvårigheter, ordinärt boende, sjukhus, särskilt boende, undernäring, ätsvårigheter och övervikt.

Summary

The aim of this study was to explore the prevalence of eating difficulties and malnutrition among persons in hospitals and among those living in special accommodations (long-term care). In addition the aim was to, within special accommodations, explore how different interventions could affect the precision in nutritional care and the occurrence of underweight/overweight, both from a short as well as a long-term perspective.

Methods: Nurse students collected the data during their clinical education at hospitals and in special accommodations in years 2005, 2007, and 2009. Staff and clinical teachers participated also with the data collection. By participating in the study the students got training in how to provide information to the staff and patients/residents, collect data, and compile results and to give feed-back about the findings to the department. Underweight and overweight was assessed from BMI. Undernutrition risk was assessed based on: unintentional weight loss, low BMI, and/or the occurrence of eating difficulties. Assessments were also made regarding what nutritional care the care recipients got. In the special accommodations interventions with study circles (two municipalities), nutritional care policy (one municipality) and in four municipalities no specific intervention was made. The prevalence of overweight was 39-42%.

Results: In hospitals the prevalence of moderate/high undernutrition risk was 27-28% and if also those with little risk were included the prevalence was 60-63%. Between 4-7% were provided with protein- and energy enriched food, 25-30% got oral supplements or similar and 12-13% needed eating assistance.

In special accommodations the prevalence of moderate/high undernutrition risk was 27-35% and if also those with little risk were included the prevalence was 65-70%. The prevalence of overweight was 30-33%. Between 4-14% were provided with protein- and energy enriched food, 11-19% got oral supplements or similar and 47-50% needed eating assistance.

Within the special accommodations it was shown that the intervention with study circles lead to improvements in the precision of nutritional care (protein- and energy enriched food and/or oral supplements) and a lower prevalence of underweight was seen, at least shortly after that the intervention was finished. In the same way the anchoring and implementation of the nutritional care policy resulted in improvement in the nutritional care. These improvements remained however also a long time after the implementation.

Most of the students (81%) experienced that they did get better understanding for research by participating in the study, more than half (53%) thought that their interest in assessment of eating and nutrition increased and 67% that their knowledge about eating and nutrition increased.

Conclusion: Many patients and residents are at risk of becoming undernourished. This demands that adequate measures are taken to prevent or treat undernutrition. Such measures can be protein- and energy-dense food and oral supplements or similar. In the special accommodations can study circles for the staff lead to improvements in the nutritional care for more residents in a short-term perspective

and by implementing a nutritional care policy also long-term positive effects are likely to be achieved. Combining study circles with implementation of nutritional care policies can be the focus for new studies.

In general the nursing students experience it as positive to participate in a real research project.

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

Innehåll

Förord	8
Inledning.....	9
Bakgrund	10
Undernäring.....	11
Övervikt/Fetma.....	12
Syftet	13
Metod och genomförande.....	13
Etik	14
Resultat.....	15
Diskussion	22
Ett 5-punktsprogram för näring och ätande inom vård och omsorg, bilaga 1	27
Moment att observera i ätprocessen och exempel på åtgärder, bilaga 2.....	28
Ätande & Näring 2009 – punktprevalensstudie, bilaga 3	29

Förord

Tack till

- Personal och studenter som medverkat vid sjukhusen i Kristianstad, Helsingborg, Hässleholm, Karlshamn, Simrishamn, Ängelholm och Ystad.
- Kommunerna (särskilda boenden) i Kristianstad, Helsingborg, Hässleholm, Bromölla, Östra Göinge, Perstorp och Osby.
- Kliniska adjunkter och kliniska lärare samt handledare.
- Chefer vid sjukhusen.
- Nätverket för Näring och Ätande i Nordöstra Skåne (NÄVER).
- Carolina Axelsson, adjunkt, Sektionen för lärarutbildningen, Högskolan Kristianstad.
- Christina Lindholm – professor emeritus.
- Kerstin Ulander – tidigare lektor Högskolan Kristianstad (avliden 2008) .

Inledning

Denna rapport är en del av en större satsning på patientsäkerhet i ett unikt samarbete mellan Forskargruppen för Klinisk Patientnära Forskning – med Studentmedverkan i Fokus, Högskolan Kristianstad, sjuksköterskeprogrammet samt sjukhus och kommuner. Tidigare har större prevalensstudier gjorts som fokuserat på trycksår, fallrisk, hygien/sår-mikrobiologi samt smärta, av dessa har betydande förbättringar av vårdrutiner noterats (Ulander et al. 2006; Westergren et al. 2008; 2009a; 2009b; 2009c). Denna rapport är den tredje i raden som fokuserar på ätande/näringsproblematik.

I de utvärderingar som tidigare har gjorts har majoriteten av personal och studenter angivit att de fått ökad vetenskaplig förståelse samt att de fått större kunskap om/intresse för trycksår, ätande/näringsproblematik, hygienrutiner, fallrisk samt smärta.

Bakgrund

Malnutrition innefattar både undernäring och övervikt. Malnutrition är ett tillstånd som utvecklas när kroppen inte får rätt mängd av vitaminer, mineraler och andra näringsämnen som den behöver för att bibehålla ett hälsosamt tillstånd. En definition av malnutrition enligt Soaters (2008): "a subacute or chronic state of nutrition in with a combination of varying degrees of over- and undernutrition and inflammatory activity have to change in body composition diminished function" (Soaters, 2008, 706-716).

Åldrandet och att bli äldre kan vara en positiv upplevelse som innebär mognad, vishet, barnbarn, självständighet, gynnsam ekonomi osv. Samtidigt är det ofrånkomligt att åldrandet innebär begränsningar av olika slag (Livsmedelsverket, 2001). En begränsning som kan uppstå i takt med åldrandet är svårigheter att äta, särskilt om åldrandet återföljs 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 (SWESPEN, 2006). Det finns en mängd olika faktorer som kan bidra till och öka risken för ett inadekvat födointag. För äldre som är sjuka bör mathållningen ses som en del av hela den totala behandlingen (Livsmedelsverket, 2001). Vid all vård av sjuka personer är maten i sig en del av behandlingen och omvårdnaden. Ett gott näringstillstånd är för övrigt en förutsättning för bästa möjliga resultat av övrig behandling (Livsmedelsverket, 2003).

När vi blir äldre finns olika faktorer som påverkar våra preferenser för mat. Valet av mat påverkas t.ex. av nedsättningar i den sensoriska perceptionen, medicinska problem och sjukdomar, munhälsa med mera. Bland annat har depression visats vara förknippat med vikt förlust hos hemmaboende och oberoende äldre. I en studie av hemmaboende äldre personer visades att självupplevd hälsa, följt av symtom på depression samt ålder, var de starkaste faktorerna som var förknippade med undernäring (Johansson et al, 2009). Med åldrandet kan det även följa ett minskat intresse för att laga mat, inte minst för den som lever ensam. Fettrika och sockerrika tilltugg intas i allt större utsträckning till dess att man kanske är beroende av distribution av färdiglagad mat. I en studie har det visat sig att äldre som dagligen delar sina måltider med någon upplever mer tillfredställelse än de som inte har någon att dela måltiderna med (Gustafsson et al., 2003., Westergren, 2009a).

Maten är viktig under hela vårt liv såväl för välbefinnandet som för att vi ska kunna hålla oss friska. Ett gott näringstillstånd är nödvändigt för en god livskvalitet, för att kunna förebygga sjukdom och för att medicinsk behandling ska ha bästa möjliga effekter. I samband med sjukdom kan kroppens behov av näringsämnen öka, medan förmågan äta eller tillgodogöra sig maten ofta avtar eller minskar, vilket i sin tur kan leda till allvarliga näringsrubbningar (Livsmedelsverket, 2001). Rubbas balansen mellan intag och behov kan såväl under- som övernäring utvecklas (Westergren 2009a). Undernäring och övervikt förekommer såväl hos äldre hemmaboende personer som hos dem som vistas på särskilda boenden. Förekomsten av risk för undernäring hos äldre personer som är hemmaboende har i en studie visats vara 14 procent (Johansson et al., 2009). I befolkningen 65 år och äldre i Europa är

förekomsten av övervikt 65 procent (Andreyeva et al., 2007). I en nyligen genomförd undersökning hos äldre inom särskilda boenden visades att 27 procent av vårdtagarna hade måttlig eller hög risk för undernäring och inbegriper man även de med liten risk för undernäring var förekomsten 65 procent, men i samma undersökning visades även att 30 procent hade övervikt (Westergren et al., 2009d).

Konsekvenser av otillräckligt födointag är att vikten och muskelmassan minskar, konditionen och immunförsvaret försämras, och infektioner och apati utvecklas. Även övervikt kan ge negativa konsekvenser. Övervikt är förknippat med ökad risk för hjärt-kärlsjukdom, diabetes, ledsmärtor och nedsatt mobilitet. Samhällets kostnader för sjukdomsrelaterad undernäring uppskattas vara av samma storlek som för övervikt och fetma. Att minska förekomsten av både undernäring och övervikt hos äldre är en angelägenhet ut såväl folkhälsoperspektiv som ur ett vård- och omvårdnadsperspektiv (Westergren, 2009a).

Mat är viktigt för oss alla, inte minst när vi blir äldre. Det är viktigt för välbefinnandet, hälsan och den är en viktig del i omvårdnaden av äldre (Westergren, 2009a).

Undernäring

För att undernäring ska kunna förebyggas eller behandlas är det nödvändigt att individer som kommer i kontakt med sjukvård eller äldreomsorg genomgår en nutritionsbedömning av screeningkaraktär. Ett minimum är att Body Mass Index (BMI) mäts och att viktförlust, mun- och ätproblem bedöms och dokumenteras. BMI är ett accepterat mått för att gradera undervikt och övervikt (Socialstyrelsen, 2000:11). Undernäring definieras som ett tillstånd av obalans mellan intag och omsättning av näringsämnen med ökad risk för sjuklighet. Den vanligaste formen av undernäring i svensk sjukvård är orsakad av en kombination av energi- och proteinbrist (Socialstyrelsen, 2000:11).

Undernäring uppstår som ett resultat av ofta samverkande medicinska, orala, psykiatriska, psykologiska och socioekonomiska faktorer. När intaget av energi och näring understiger kroppens behov förbrukas kroppens depåer av näringsämnen och kroppsvävnader bryts ner. Dysfagi är även det något som minskar individens näringsintag och därigenom ökar risken för undernäring (Socialstyrelse, 2000:11).

Undernäring har stor klinisk betydelse. Får människan inte tillräckligt med nutrition under en längre tid, så dör vi. Gradvis försvagas organismen, av vilken risken för sjukdom och komplikationer ökar. När detta leder till förändrad funktionsförmåga kan man anta att det kan få stor klinisk betydelse. Det som händer i kroppen vid undernäring kan vara; psykologiska aspekter så som apati, ökat sömnbehov, nedsatt lungfunktion, försvagad hjärtfunktion, reducerad motorisk mag- och tarmkanal, försvagad leverfunktion samt att kroppens immunförsvaret sätts ner (Hessov, 2001).

Initial bedömning för undernäring kan göras utifrån (Westergren, 2009a, SWESPEN, 2006):

- Ofrivillig viktförlust (oavsett tid och omfattning). All ofrivillig viktförlust är ett tecken på negativ energibalans.
- Ätsvårigheter (t.ex. aptitlöshet, sväljnings- och tuggproblem, orkeslöshet och motoriska störningar)
- BMI <20 (om 69 år eller yngre)

- BMI >22 (om 70 år eller äldre)

Risk för undernäring kan graderas enligt: (Westergren, 2009a):

- sannolikt ingen risk: inget av ovanstående kriterier uppfylls
- liten risk: ett av ovanstående kriterier uppfylls
- måttlig risk: två av ovanstående kriterier uppfylls
- hög risk: tre av ovanstående kriterier uppfylls

Initialt bör näringstillståndet således bedömas med en kombinerad värdering av BMI, viktförlust och aktuella ätproblem (SWESPEN, 2006). För att minska förekomsten av undernäring måste i första hand preventiva insatser sättas in. Det finns ett starkt samband mellan undernäring i samband med sjukdom och ökad sjuklighet, dödlighet och förlängd vårdtid. Efter en initial bedömning av näringstillståndet kan upprepad mätning av kroppsvikten kan vara det bästa sättet att upptäcka förändringar i näringstillståndet (Socialstyrelsen, 2000:11).

Övervikt/Fetma

Förekomsten av övervikt/fetma ökar i alla åldrar, inklusive hos äldre, definierat som 65 år och äldre. Övervikt/fetma kan ge allvarliga medicinska komplikationer och inverka på livskvaliteten. Hos äldre personer kan det även leda till minskad fysisk förmåga samt leda till svaghet. I tidigare studier har det visat sig att viktminskningsterapi hos överviktiga äldre personer har positiv inverkan på personens fysiska förmåga, livskvalitet och medicinska komplikationer. Det har även visat sig att efter 60 års ålder tenderar BMI att öka. I en studie i USA har det framkommit att det finns en könsskillnad när det gäller övervikt/fetma hos äldre, det är mer förekommande bland äldre kvinnor än hos män men det har även visat att prevalensen av övervikt/fetma bland äldre har ökat runt om i världen oavsett kön. Om det förekommer övervikt/fetma kring 40 års ålder tenderar personen i fråga att leva 6-7 år kortare än en normalviktig person (Villareal et al., 2005).

Forskning om övervikt visar på att det finns ett nära samband mellan övervikt, förhöjt blodtryck, nedsatt insulinkänslighet, tendens till förhöjt fasteblodsocker, lågt HLR-kolesterol, förhöjda triglycerider och avvikelser i det fibrinolytiska systemet (Hessov, 2001). Förekomsten av övervikt hos äldre har visats sig öka. I en svensk studie (Lindström et al., 2003) undersöktes förekomsten av övervikt (BMI 25-25.9) 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 et al., 2003). Inte bara vid undernäring, utan även vid övervikt/fetma är BMI ett enkelt och bra sätt att bedöma en persons vikt oavsett längd.

Behandlingsmöjligheter/rekommendationer:

De verktyg som finns inom terapin för viktkontroll hos äldre personer är; livsstilsintervention inklusive diet, fysisk aktivitet och beteende ändring. Ett annat alternativ kan vara kirurgi. När det gäller viktminskningsterapi hos äldre ska minimering av muskel och benförlust särskilt beaktas. Men den primära ansatsen är en hållbar livsstilsförändring, en förändring av levnadsvanorna (Villareal et al., 2005).

Åtgärder vid malnutrition (Westergren, 2009a):

I en tidigare rapport från klinisk patient nära forskning (Westergren et al., 2005), lyftes ett fem-punktprogram fram för åtgärder mot malnutrition inom vård och omsorg (bilaga 1). Här sammanfattas några åtgärder.

- E-kost, energi- och proteinrik kost, används till personer som bedöms vara undernärda eller i riskzonen för att utveckla undernäring på grund av undervikt, ofrivillig viktnedgång, dålig aptit eller andra ätsvårigheter.
- Näringsdryck – berikande mellanmål, för personer som äter lite på grund av t.ex. nedsatt aptit kan kosttillskott/näringsdryck ges mellan måltiderna för att öka energiintag och proteinnivåer. Förutom näringsdryck kan energitäta mellanmål vara fruktdrinkar med socker, grädde, fet yoghurt, fruktsallad med gräddglass, chokladpudding med vispgrädde, en smörgås med pålägg och ett glas mjölk.
- Måltidsassistans/matning, nedsatt energi/ork är svårdefinierat och kräver specifika åtgärder. För att klara av att genomföra en måltid krävs förmågan att koncentrera sig på ätandet över en tillräckligt lång tidsperiod utan väsentlig minskning eller stora skiftningar i utförandet. Det krävs ork och energi för att utföra arbetet, det krävs en balans mellan energiintag och förbrukning. Energi/ork inkluderar att fullfölja en måltid, äthastighet och mängd intagen mat och reflekterar både ätandet som process och utfall. Måltidsassistans vid problem med intag av mat är ofta en effektiv åtgärd för att förhindra utveckling av undernäring.
- Ytterligare åtgärder kopplade till problem i ätprocessen beskrivs i bilaga 2.

Syftet

Syftet med studien vara att undersöka förekomsten av ätsvårigheter och undernäring hos personer på sjukhus respektive som bor i särskilt och ordinärt boende. Syftet med studien var även att undersöka ifall studiecirkel och policydokument leder till ökad/förbättrad precision i de åtgärder som sätts in mot risk för undernäring, samt att minska prevalensen av undervikt och/eller övervikt på kort- och/eller lång sikt.

Metod och genomförande

Urval

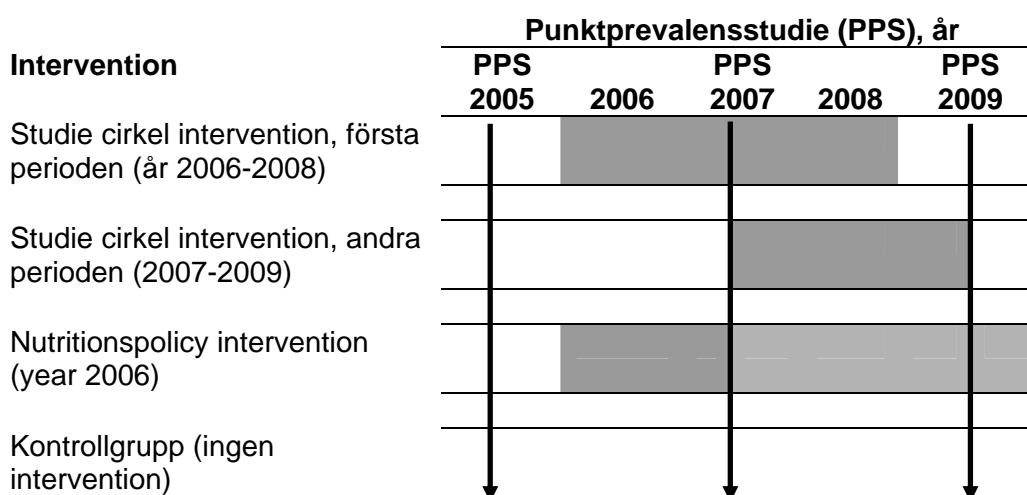
Samtliga patienter på sjukhusens avdelningar där sjuksköterskestudenter hade sin verksamhetsförlagda utbildning, som inte avböjde att medverka, och som var inskrivna vid avdelningen då studien skulle utföras hade möjlighet att inkluderas. Inom kommunens särskilda boenden ingick även de enheter som ej hade sjuksköterskestudenter. Totalt ingick 7462 patienter (åren 2005, 2007 samt 2009). Quasi-experimentell före och efter intervention med tre försöksgrupper samt en kontrollgrupp. Alla särskilda boenden (SAs, n=65 särskilda boenden) från sex kommuner, som tillhörde samma geografiska region i södra Sverige, medverkade i tre punktprevalensstudier i november 2005, oktober 2007 och oktober 2009. År 2005, tillfrågades 1910 respondenter på boenden och 1726 deltog i studien (90,4%), 2007 tillfrågades 1866 respondenter på boenden och 1523 (81,8%) deltog i studien och 2009 tillfrågades 1795 respondenter på boenden och 1459 (81,3%) deltog i studien. Totalt från kommunerna medverkade 4711 respondenter och tillsammans med sjukhusen deltog totalt 7462 respondenter.

Instrument

Bedömning av undervikt gjordes utifrån lågt BMI (BMI <20, om 69 år eller yngre, BMI >22, om 70 år eller äldre) och av övervikt utifrån högt BMI (BMI vid övervikt >25, 69 år eller yngre, BMI vid övervikt >27, 70 år eller äldre, BMI vid fetma 30-39, 69 år eller yngre, BMI vid fetma 32-41, 70 år eller äldre, BMI vid svår fetma >40, 69 år eller yngre, BMI vid svår fetma >42, 70 år eller äldre). Risk för undernäring bedömdes utefter kriterierna ofrivillig viktninskning, lågt BMI och förekomsten av ätproblem enligt MEOF- II (Minimal Eating Observation Form – Version II, Westergren et al., 2009b). Vidare dokumenterades vilka nutritionsåtgärder vårdtagarna erhöll (bilaga 3).

Interventioner

I en av kommunerna genomfördes en intervention med studiecirklar efter det att första punktprevalensstudien genomförts. Interventionen pågick mellan år 2006 och 2008 Westergren et al., 2009d). Likaledes genomfördes motsvarande intervention i ytterligare en kommun fast mellan åren 2007 och 2009. I en tredje kommun förankrades (politiskt och ledningsnivå) och implementerades ett policydokument från år 2006 och framåt. Intensivt arbete med utbildning på lokal nivå genomfördes f.f.a mellan åren 2006 och 2007 och "underhölls" efter 2007 (Figur 1).



Figur 1. Illustration över interventioner, tidpunkter för mätningar fördelat på kommuner. Grått fält innebär intensivt arbete med intervention och ljusgrått innebär mindre intensivt arbete med intervention.

Etik

Medgivande till att deltaga inhämtades genom ett informerat samtycke. Information gavs både muntligt och skriftligt. Inga uppgifter om namn och personnummer samlades in för att säkerställa patienternas anonymitet. Studien bedrevs som ett utvecklingsprojekt vilket innebär att inget godkännande från någon etisk kommitté krävdes, enligt förordningen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS, 2003:460).

Resultat

På sjukhus var det mellan 74% och 84% av patienterna som valde att medverka. Totalt under de tre åren kom 2016 patienter att ingå. Fördelningen av män och kvinnor var ungefär hälften-hälften.

Medelåldern höll sig runt 70 år. Andelen med lågt BMI var cirka 20% och andelen med högt BMI cirka 40%. Andelen med ofrivillig viktninskning nästan 30% (bortsett från år 2009, ofullständig datainsamling) samt var andelen med ätproblem nästan hälften. Andelen med måttlig/hög risk för undernäring var nästan 30% och inkluderas även de med liten risk för undernäring runt 60%. Drygt 10% behövde hjälp för att äta. Under 10% erhöll E-kost, konsistensanpassad kost och cirka 10% erhöll artificiell nutrition. Näringsdryck eller motsvarande gavs till nästan 30% av patienterna (Tabell 1).

Tabell 1. Resultat från punktprevalensstudierna "Ätande och Näring" genomförda på sjukhus, åren 2005, 2007 och 2009.

	2005	År 2007	2009 *
Medverkan			
Andel som valt att medverka,%	84	79	74
Antal som medverkat	874	728	414
Andel kvinnor,%	53	52	49
Medelålder, år	69	71	70
Kroppsmassa			
Lågt BMI,%	20	19	18
Högt BMI,%	39	42	41
Ofrivillig viktninskning,%	28	28	14
Förekomst av ätproblem	50	46	23
Risk för undernäring (UN),%			
Ingen risk,%	40	37	58
Liten risk,%	33	35	33
Måttlig risk,%	18	22	8
Hög risk,%	9	6	1
Sammanlagd risk:			
Måttlig /Hög risk för UN	27	28	9
Liten/Måttlig/Hög risk för UN	60	63	42
Åtgärder			
Behöver assistans för att äta,%	12	13	9
E-kost (protein- och energität) %	4	7	3
Konsistensanpassad kost,%	8	10	5
Artificiell nutrition,%	3	14	9
Näringsdryck eller motsv. ,%	25	30	26

* Sjukhus år 2009, inkompleta uppgifter p.g.a. ej totalundersökning.

I kommunernas särskilda boenden var det mellan 81% och 90% av vårdtagarna som valde att medverka. Totalt under de tre åren kom 4711 vårdtagare att ingå. Flertalet av de som deltog var kvinnor (nästan 70%).

Medelåldern höll sig mellan 85-87 år. Andelen med lågt BMI var cirka 26-30% och andelen med högt BMI cirka 30-33%. Andelen med ofrivillig viktninskning nästan 30-36% (bortsett från år 2005) samt var andelen med ätproblem runt 50%. Andelen med måttlig/hög risk för undernäring var mellan 24-35% och inkluderas även de med liten risk för undernäring 65-70%. Cirka 50% behövde hjälp för att äta. Mellan 5-14% erhöll E-kost och 26-30% konsistensanpassad kost. Näringsdryck eller motsvarande gavs till 11-19% av patienterna (Tabell 2).

Tabell 2. Resultat från punktprevalensstudierna "Ätande och Näring" genomförda på särskilda boenden och sjukhus, åren 2005, 2007 och 2009.

	År		
	2005	2007	2009
Medverkan			
Andel som valt att medverka,%	90	82	81
Antal som medverkat	1726	1526	1459
Andel kvinnor,%	69	68	67
Medelålder, år	85	87	86
Kroppsmassa			
Lågt BMI,%	30	26	26
Högt BMI,%	30	33	33
Ofrivillig viktninskning,%	19	36	30
Förekomst av ätproblem	57	54	46
Risk för undernäring (UN),%			
Ingen risk,%	35	30	30
Liten risk,%	38	35	46
Måttlig risk,%	16	24	18
Hög risk,%	11	11	6
Sammanlagd risk:			
Måttlig/Hög risk för UN	27	35	24
Liten/Måttlig/Hög risk för UN	65	70	70
Åtgärder			
Behöver assistans för att äta,%	50	50	47
E-kost (protein- och energität) %	4	9	14
Konsistensanpassad kost,%	30	29	26
Artificiell nutrition,%	1	1	1
Näringsdryck eller motsv. ,%	11	16	19

Vid jämförelser mellan de fyra grupperna år 2005 avseende ålder, undervikt och övervikt framkom inga signifikanta skillnader mellan grupperna. Detta indikerar att alla grupper hade likvärdiga utgångsförutsättningar inför de kommande studierna åren 2007 och 2009 (Tabell 3).

År 2007 var det signifikant fler som hade undervikt (lågt BMI) i kontrollgruppen (KG, dvs. de fyra kommunerna utan interventioner)(30.2%) jämfört med där man genomfört studiecirkel i första omgången (SC#1) (22.2%) och där man genomfört studiecirkel i andra omgången (SC#2)(17.7%)(p-värde = 0.010 respektive 0.012)(Tabell 3).

År 2009 var det signifikant fler som hade undervikt i KG (27.7%), och i SC#1 (26.8%) jämfört med i SC#2 gruppen (15.6%)(p-värde = 0.015 respektive 0.005)(Tabell 3).

Tabell 3. Ålder, undervikt och övervikt i särskilda boenden åren 2005, 2007 och 2009.

	Kontroll- grupp	Studiecirkel period 1	Studiecirkel period 2	Nutrition- policy	P-värde
År 2005					
	n=962	n=467	n=122	n=175	
Ålder, medelvärde (SD)	85.3 (7.9)	85.5 (7.3)	84.5 (7.4)	85.8 (7.5)	0.563
Undervikt, %	29.9	31.2	30.3	28.6	0.929
Övervikt, %	28.6	31.2	38.5	28.6	0.137
År 2007					
	n=871	n=384	n=102	n=169	
Ålder, medelvärde (SD)	86.0 (7.5)	85.6 (7.5)	85.4 (7.6)	85.3 (8.1)	0.523
Undervikt, %	30.2	22.2	17.7	23.1	0.008 ^{a, b}
Övervikt, %	29.7	34.8	37.5	39.4	0.065
År 2009					
	n=858	n=307	n=141	n=153	
Ålder, medelvärde (SD)	86.5 (8.0)	86.4 (7.8)	86.5 (7.9)	86.3 (7.4)	0.991
Undervikt, %	27.7	26.8	15.6	22.1	0.028 ^{b, d}
Övervikt, %	30.6	31.9	38.3	36.4	0.338

Analys: ANOVA och Chi-två test. P-värde signifikant mellan fyra grupper om <0.05, och mellan två grupper om <0.017. Undervikt, lågt BMI <20 (69 år eller yngre), BMI <22 (70 år eller äldre). Övervikt, högt BMI >25 (69 år eller yngre), >27 (70 år eller äldre)

^a = Fösta gruppen skiljer sig åt från andra

^b = Första gruppen skiljer sig åt från tredje

^c = Första gruppen skiljer sig åt från fjärde

^d = Andra gruppen skiljer sig åt från tredje

^e = Andra gruppen skiljer sig åt från fjärde

^f = Tredje gruppen skiljer sig åt från fjärde

^x = Ingen signifikant skillnad vid två-gruppsjämförelser (p-värde > 0.017)

Där var inga signifikanta skillnader avseende precisionen i nutritionsåtgärderna (E-kost och/eller näringsdryck eller motsvarande) mellan de olika grupperna år 2005 (Tabell 4).

År 2007, hos personer med risk för undernäring var den perfekta precisionen i nutritionsåtgärderna (dvs. att de med risk erhåller nutritionsåtgärd) signifikant bättre i SC#1 och nutritionspolicy grupperna (31.1% respektive 34.6%) jämfört med i KG (22.8%)(p-värden= 0.015 respektive 0.009). På motsvarande sätt skilde sig förekomsten av underbehandling (har risk för undernäring men får ingen nutritionsåtgärd) åt mellan grupperna (Tabell 4).

År 2009, var den perfekta precisionen i nutritionsåtgärderna högre i SC#2 gruppen (65.2%) jämfört med i KG (52.0%)(p-värde = 0.004). Hos de som hade risk för undernäring var den perfekta precisionen signifikant högre i SC#2 (46.4%) och i nutritionspolicy grupperna (44.4%) jämfört med i KG (30.5%) (p-värden = 0.004 respektive 0.009). På motsvarande sätt skilde sig förekomsten av underbehandling åt mellan grupperna (Tabell 4).

Tabell 4. Precisionen i nutritionsåtgärder (NÅ), dvs. E-kost och/eller näringsdryck eller motsvarande, i relation till risk för undernäring (UN), i procent.

	Kon- troll- grupp	Studie- cirklar period 1	Studie- cirklar period 2	Nutritions- policy	P-värde
År 2005					
Hela samplet	n=962	n=467	n=122	n=175	
Perfekt precision (UN & NÅ/ej UN & ej NÅ)	47.4	45.7	52.5	52.0	0.365
Med UN	n=605	n=305	n=80	n=112	
Perfect precision (UN & NÅ)	18.1	18.8	27.8	26.8	0.047 ^x
Underbehandling (UN & fick ej NÅ)	81.9	81.2	72.2	73.2	
Utan UN	n=357	n=162	n=42	n=63	
Perfekt precision (ej UN & fick ej NÅ)	97.4	96.2	100	96.8	0.588
Överbehandling (ej UN & fick NÅ)	2.6	3.8	0.0	3.2	
År 2007					
Hela samplet	n=871	n=384	n=102	n=169	
Perfekt precision (UN & NÅ/ej UN & ej NÅ)	45.9	52.6	52.0	55.7	0.037 ^x
Med UN	n=590	n=239	n=66	n=108	
Perfect precision (UN & NÅ)	22.8	31.1	28.8	34.6	0.016 ^{a, c}
Underbehandling (UN & fick ej NÅ)	77.2	68.9	71.2	65.4	
Utan UN	n=281	n=145	n=36	n=61	
Perfekt precision (ej UN & fick ej NÅ)	94.5	88.8	94.4	93.3	0.209
Överbehandling (ej UN & fick NÅ)	5.5	11.2	5.6	6.7	
År 2009					
Hela samplet	n=858	n=307	n=141	n=153	
Perfekt precision (UN & NÅ/ej UN & ej NÅ)	52.0	53.1	65.2	62.5	0.006 ^b
Med UN	n=568	n=210	n=85	n=90	
Perfect precision (UN & NÅ)	30.5	35.6	46.4	44.4	0.004 ^{b, c}
Underbehandling (UN & fick ej NÅ)	69.5	64.4	53.6	55.6	
Utan UN	n=290	n=97	n=56	n=63	
Perfekt precision (ej UN & fick ej NÅ)	95.1	93.3	94.4	88.7	0.293
Överbehandling (ej UN & fick NÅ)	4.9	6.7	5.6	11.3	

Analys: Chi-två test. P-värde signifikant mellan fyra grupper om <0.05, och mellan två grupper om <0.017.

^a = Fösta gruppen skiljer sig åt från andra

^b = Första gruppen skiljer sig åt från tredje

^c = Första gruppen skiljer sig åt från fjärde

^d = Andra gruppen skiljer sig åt från tredje

^e = Andra gruppen skiljer sig åt från fjärde

^f = Tredje gruppen skiljer sig åt från fjärde

^x = Ingen signifikant skillnad vid två-gruppsjämförelser (p-värde > 0.017)

Totalt var det 85 studenter som utvärderade sin medverkan i punktprevalensstudien år 2009. Från kurs 6 (år 1 i sjuksköterskeutbildningen) var det 29 studenter och från kurs 16 (år 3) var det 56 studenter som besvarat utvärderingen. På ett övergripande plan tycks studenterna i kurs 16 ha en mer positiv erfarenhet av att ha medverkat till studien. Totalt sett tycktes informationen, skriftliga instruktioner och samarbetet med vårdpersonal och vårdtagare ha fungerat utmärkt eller tillräckligt bra. Huvuddelen (81%) uppgav att de fått bättre vetenskaplig förståelse genom sin medverkan, drygt hälften (53%) tyckte att deras intresse för bedömning ätande och näring ökade och 67% ansåg att deras kunskaper om ätande och näring ökade (Tabell 5).

Tabell 5. Studenternas utvärderingar av att ha medverkat i genomförandet av punktprevalensstudien år 2009.

		Kurs 6 %, (n=29)	Kurs 16 %, (n=56)	Totalt %, (n=85)
Informationen före studien var...	Utmärkt/Tillräcklig	62	89	80
	Otillräcklig	38	11	20
De skriftliga instruktioner var...	Tillräckliga	89	93	91
	Otillräckliga	11	7	9
Samarbetet med vårdpersonalen under studien fungerade...	Utmärkt/Bra	85	87	86
	Inte alls	15	13	14
Samarbetet med patienterna/boende under studien fungerade...	Utmärkt/Bra	96	96	96
	Inte alls	4	4	4
Stödet från högskolans personal var...	Tillräckligt	59	75	70
	Otillräckligt	41	25	30
Datainsamlingen gav mig...	Bättre vetenskaplig förståelse	78	82	81
	Jag har redan fullgod förståelse	13	14	14
	Inte bättre vetenskaplig förståelse	9	4	5
Intresset för bedömning av ätande/näring ökade...	Ja	42	58	53
	Intresset var redan stort	8	2	4
	Nej	50	40	43
Mina kunskaper om ätande och näring ökade...	Ja	58	71	67
	Nej	42	29	33

Diskussion

Studier som denna där många patienter/boende samt datainsamlare (i detta fall sjuksköterskestudenter) deltar, ger viss osäkerhet i tolkningen av materialet. Studien var dessutom inte heltäckande för sjukhusen år 2009 eftersom det endast var studenter på den verksamhetsförlagda utbildningen som genomförde datainsamlingen. Detta innebar att flera avdelningar var med i studien då de inte hade studenter under den aktuella perioden när studien skulle genomföras. Eftersom undersökningen på sjukhusen 2009 ej är en totalundersökning ska man med försiktighet använda uttrycket "prevalens".

Frågeformulären var genomgående väl ifyllda och datainsamlingen genomfördes utan några större problem vid samtliga sjukhus och kommuner. Samtliga datainsamlare hade fått en ingående information om frågeformuläret och metoden för studien. Studien kan ge viktig information och kan även påvisa utvecklingsriktningar inför fortsatt arbete med implementering av bedömningsinstrument och prevention.

Att delta i reella forskningsprojekt har betydelse för sjuksköterskestudenternas vetenskapliga förståelse. Totalt medverkade 85 studenter i utvärderingen av att ha medverkat till genomförandet av punktprevalensstudien år 2009. Det framkom att 81% av studenterna anser sig ha fått en bättre vetenskaplig förståelse genom sin medverkan. Vilket kan jämföras med 2005 så var det även då en majoritet (78%) som ansåg sig fått bättre vetenskaplig förståelse likaså visar resultatet från 2007, då 82% av studenterna ansåg sig fått bättre vetenskaplig förståelse. Genom att ha medverkat till studierna under sin verksamhetsförlagda utbildning (VFU) kan det sägas ha skett en akademisering och vetenskaplig förankring av VFU:n.

Resultatet i denna studie visar att andelen med måttlig/hög risk för undernäring var nästan 30% och inkluderades även de med liten risk för undernäring runt 60%. I en svensk studie utförd vid nio sjukhus som totalt inkluderade 2170 patienter (sjukhusen var uppdelade i grupperna, stora, mellan och mindre sjukhus). 34% vid de stora sjukhusen hade hög risk för undernäring, 26% vid de medelstora sjukhusen och 22% vid de mindre sjukhusen. I en studie utförd i Storbritannien visade resultatet att 26% hade måttlig/hög risk för undernäring vid mindre sjukhus (<1000patienter/bäddar), (Russel et al., 2007). I denna punktprevalensstudie är prevalensen (30%) för undernäring med måttlig/hög risk, något högre än vid jämförelse med tidigare studie (Westergren et al., 2009c). I denna studie ingår flera olika sjukhus (ej indelade i grupper), vilket bör tas hänsyn till samt kan vara en förklaring till att prevalensen är något högre. Resultatet i studien visar även att det inte endast är risk för undernäring som är ett problem vid sjukhusen, utan även övervikt.

I en artikel av Villareal et al (2005) lyfts behovet av att även äldre ska kunna erbjudas möjlighet att minska i vikt under kontrollerade omständigheter. Studier har visat att viktminskningsbehandlingar förbättrar funktioner/aktiviteter, livskvaliteten och minskar de medicinska komplikationerna som är förknippade med fetma hos äldre personer (Villareal et al., 2005). Frivillig viktminskning måste genomföras under kontrollerade former för att inte riskera förlust av ben- eller muskelmassa. Särskilt äldre är i riskzon för minskad ben- muskelmassa vilket utgör ett argument för att, som i denna studie, använda anpassade BMI-värden för äldre. Det är även lämpligt att kombinera

viktminskningsbehandling med fysisk aktivitet. För patienter på sjukhus är det ej lämpligt att vidta åtgärder för viktminskning i de akuta skedet, i och med att de är akut sjuka och i behov av energi och näring för att tillfriskna (Westergren et al., 2005).

Prevalensen för undervikt (lågt BMI) i denna studie var liknande med andra studier. I särskilda boenden minskade prevalensen av undervikt (BMI <20 för yngre och <22 för äldre) från 30% till 26% och slutligen till 25%. I danska särskilda boenden (Beck et al., 2002) var prevalensen för undervikt 33% (BMI <20) och i en studie utförd i Frankrike inom "åldershem" var 25% underviktiga (BMI <21). I de franska "särskilda boendena" var prevalensen av undervikt 31%. I den franska studien var det 20% som behövde måltidsassistans i inom "ålderdomshem" och 58% inom särskilda boenden (referens), medan i denna studie var det runt 50%. Detta talar för att de svenska särskilda boendena motsvarar mer de Franska särskilda boendena (som vi valt att kalla dom här) än "ålderdomshemmen", eftersom måltidsassistans var ungefär lika vanligt förekommande där.

Ett policydokument, med riktlinjer för hur man kan upptäcka vårdtagare med risk för undernäring, som förankras politiskt och på ledningsnivå för senare implementering i verksamheterna (top-down) tycks ha mera långsiktiga effekter än genomförandet av studiecirkel med fokus på ätande och näring. Inom studiecirkelarna arbetade man med att ta fram meningsfulla mål och riktlinjer lokalt (bottom-up), utan att nödvändigtvis fokusera på upptäckt och åtgärder vid undernäring. En kombination av policydokument (top-down) som involverar arbete i studiecirkel (bottom-up) kan sannolikt borga för lyckosamma interventioner.

Livsmedelsverkets uppslag till policydokument:

För sjuka bör mathållningen ses som en del av den totala behandlingen. Realistiska mål, effektiva uppföljningar, kontroll och dokumentation måste ställas som på andra delar av den totala behandlingen av patienten/vårdtagaren (Livsmedelsverket, 2001).

- Det bör finnas en våg i alla äldreboende och vägning av de äldre bör göras regelbundet så att viktförlust snabbt kan upptäckas.
- Alla som arbetar med äldre bör känna till ansvar och rapportera om det inte fungerar med maten.
- Rutinerna vid inflyttning till ett äldreboende bör omfatta; vikt, längdkontroll, frågor kring överkänslighet, aptit, ätproblem samt viktutveckling det senaste året (Livsmedelsverket, 2001).
- Behandling av undernäring måste ske under lång tid för att uppnå avsedd effekt. Effekterna blir oftast bäst om behandlingen sätts in i ett tidigt stadium, innan svåra störningar av näringstillståndet har börjat utvecklas. I samband med vårdplanering måste även näringsproblem beaktas och behov av eventuella insatser uppmärksammas (Livsmedelsverket, 2003, Mat och Näring för sjuka inom vård och omsorg).
- Det yttersta ansvaret för patientsäkerhet svarar verksamhetschefen för. Det är även verksamhetschefen som har det yttersta ansvaret för att fullgoda nutritionsrutiner som finns inom verksamheten.

Konklusion

Studiecirkel med fokus på ätande och näring ger positiv effekt på kortsikt och en nutritionspolicy ger långsiktiga positiva effekter. Troligtvis är det så att en kombination av dessa åtgärder ger ett ännu bättre resultat. För att uppnå en lyckad intervention behövs det arbete med den politiska ledningen, ledarskapet såväl som med evidens och kontext.

Referenser

Andreyeva, T, et al. (2007). *Obesity and health in Europeans aged 50 years and older*. Public Health;121(7):497-509.

Beck, A. M, et al. (2002) "Home-made oral supplement as nutritional support of old nursing home residents, who are undernourished or at risk of undernutrition based on the MNA. A pilot trial. *Mini Nutritional Assessment*. *Agin Clin Exp Res* 14(3): 212-5.

Gustafsson, K, et al. (2003). *Older women´s perceptions of independence versus dependence in food-related work*. Public Health Nurs 2003;20(3)237-247.

Hessov, I, (2001). *Klinisk nutrition*. Borås: Liber AB.

Johansson, Y, et al. (2009). *Malnutrition in home-living older population: prevalence incidence and risk factors. A prospective study*. J Clin Nurs 2009;18(9):1354-64.

Kitson, A. L, et al. (2008). "Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARIHS framework: theoretical and practical challenges." Implement Sci 3: 1.

Livsmedelsverket. (2001). *Mat och kostbehandling för äldre – problem och möjligheter*.

Livsmedelsverket. (2003). *Mat och Näring – för sjuka inom vård och omsorg*. ESS-gruppens sammanställning: 2002-2003.

Rusell, CA, et al. (2007). *Nutrition screening survey in the UK in 2007. Nutrition screening survey and audit if adults in admission to hospitals, care homes and mental health units*. BAPEN 2007.

Soeters P, et al. (2008). *A rational approach to nutritional assessment*. Clinical Nutrition, 27, 706-716.

Socialstyrelsens - rapport. (2000:11). *Näringsproblem i vård och omsorg. Prevention och behandling*. Socialstyrelsens rapport.

SWESPEN. (2006). Svenska rekommendationer från: Dietisternas Riksförbund; Nutritionsnätet för Sjuksköterskor; Svensk förening för Klinisk Nutrition (Svenska Läkarsällskapet) SWESPEN (Swedish Society for Clinical Nutrition and Metabolism).

Villareal, DT, et al. (2005). *Obesity in older adults: technical review and position statement of the American society for Nutrition and NAASO, The Obesity Society*, ;82:923-34.

Westergren. A. (2003). *Svårigheter att äta*. Lund: Studentlitteratur.

Westergren. A, et al. (2005). *Både Undernäring och Övervikt inom Vård och Omsorg november 2005- en punktprevalensstudie kring Ätande och Näring*. Klinisk patientnära forskning – ISBN: 1654-1421.

Westergren. A, et al. (2008). *Prevalence of eating difficulties and malnutrition among persons within hospital care and special accommodations*. J Nutr Health Aging;12(1):39-43.

Westergren. A. (2009a). *Vikten av mat för vikten, hälsan och välbefinnandet*. Nordisk Geriatrik nr 5.

Westergren. A, et al. (2009b). *Minimal Eating observation form: Reliability and Validity*. The journal of Nutrition, Health & Aging. Volume 13, Number 1.

Westergren. A. et al. (2009c). *Malnutrition prevalence and precision in nutritional care differed in relation to hospital volume – a cross-sectional survey*. Nutritional Journal:8:20,doi:10.1186/1475-2891-8-20.

Westergren. A, et al. (2009d). "Study circles improve the precision in nutritional care in special accommodations." Food Nutr Res **53**.

Wikby. K, et al. (2009). "Implementation of a nutritional programme in elderly people admitted to resident homes." Scand J Caring Sci. (Pubmed, Ahead of print).

Elektroniska källor

<http://www.epn.se/start/startside.aspx>. *Lag 2003:460 om etikprövning av forskning som avser människor*.

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

Moment att observera i ätprocessen och exempel på åtgärder:
(Westergren, 2009a).

Ätprocessen	Specifika åtgärder	Generella åtgärder
Intagande av mat 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.
Sväljningsprocessen att öppna och stänga munnen att hantera maten i munnen att svälja	Konsistensanpassa. Munmassage. Specifika sväljningstekniker och huvudpositioneringar. Konsultera: person kunnig i dysfagi, dietist.	Reducera distraherande moment. Samtal och information.
Energitillgång 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.	

Ätande & Näring 2009 – punktprevalensstudie, 13:e oktober

Version för sjukhus



Den 13/10 2009 görs en punktprevalensstudie för att undersöka **denna dags** förekomst av näringsproblem och ätsvårigheter på sjukhus. Resultaten kommer att jämföras med resultaten från motsvarande kartläggningar år 2005 och 2007.

Undersökningen sker på flertalet vårdavdelningar. Enbart vuxna patienter ska ingå (18 år eller äldre).

Samtliga patienter som är inskrivna på enheten mellan 07.00 och 21.00 bedöms. Bedömning och intervju tar cirka 10 min och genomförs helst av sjuksköterskestuderande med hjälp från sjuksköterska alternativt undersköterska. Vi registrerar inga namn eller patientdata vilket innebär att patienten är anonym i datasammanställningen.

För att få så tillförlitliga uppgifter som möjligt är det önskvärt att enkäten besvaras. Patienten har emellertid full rätt att tacka nej till medverkan men var i så fall vänlig och fyll i fråga 1-9.

Senast vecka 44, tis 27/10:

- På sjukhusen hämtar kliniska adjunkter upp formulären om inte annat avtalas.
- Formulären skickas samlat för respektive enhet, sorterat och med försättsblad.
- Slutligen lämnas formulären till Gita Hedin:
 - Gita Hedin, Sektionen för Hälsa och Samhälle, Högskolan Kristianstad.

Kontaktpersoner: Albert Westergren (0705-32 91 31) eller Gita Hedin (044-20 85 54)

Avdelning: _____ **Sjukhus:** _____

BAKGRUND

- Medverkan Personen vill ej/kan ej medverka (fyll endast i punkt 1-9).
Ange orsak: _____
1. Född År _____
2. Kön Kvinna Man
3. Bor i vanliga fall i Ordinärt/eget boende Särskilt boende/gruppboende
4. Civilstånd Bor tillsammans med någon Bor ensam
5. Markera sjukdom som föranlett vårdtillfället.
- Andningsorganens sjukdomar
 - Cirkulations sjukdomar t.ex. hjärtinfarkt stroke
 - Endokrin sjukdom t.ex. diabetes
 - Hematologisk sjukdom
 - Hudsjukdom
 - Infektionssjukdom
 - Mag-tarm-, lever-, bukspottkörtels- och/eller gallvägssjukdom
 - Neurologisk sjukdom
 - Njursjukdom
 - Ortopedisk sjukdom inkl fraktur t.ex. höftfraktur
 - Psykisk sjukdom t.ex. demens depression
 - Reumatologisk sjukdom
 - Trauma
 - Sjukdomar i urin- och könsorgan
 - Öron-näsa-halssjukdom
 - Annan orsak: _____
 - Vet ej
6. Malignitet (cancer) Ja Nej Vet ej
7. Ingår kirurgisk åtgärd i vårdtillfället? Ja Nej Vet ej
8. Inskrivningsdatum År _____ Månad _____ Dag _____
9. Inskriven Akut Elektivt (planerat)

STATUS

10. Aktuell vikt _____ kg Kan ej vägas, ange orsak: _____

11. Vikt vid inskrivning _____ kg Finns ej
12. Ofrivillig viktförändring? Vikt-
ökning Vikt-
minskning Ingen
viktförändring Vet ej
13. Längd _____ cm Kan ej mätas, ange orsak: _____
-

14. BMI (Body Mass Index) finns dokumenterat: Ja Nej

15. Förekommer ödem eller ascites? (vätskeansamling i ben/buk) Ja Nej Vet ej

16. Nuvarande ätproblem Orkar ej genomföra hel måltid. Avslutar pga. trötthet.
Fler än ett alternativ kan väljas. Svårt för att öppna och/eller stänga munnen.
 Svårt för att svälja (hosta eller ansträngning vid sväljning).
 Svårt att hantera maten i munnen (dreglar/ansamlar mat).
 Äter extremt fort (<10 min) *eller* extremt sakta (>30 min).
 Svårt att upprätthålla funktionell sittställning under måltid.
 Svårt att transportera mat till munnen (spiller, tappar).
 Svårt att hantera mat på tallrik (dela den, få den på bestick).
 Serverad portion äts inte upp.
 Inga av ovan nämnda ätproblem förekommer
-

Vill ej äta

Får ej äta/fastande

17. Nuvarande aptit Kraftigt ökad Ökad Normal
 Nedsatt Kraftigt nedsatt Vet ej

18. Nuvarande förekomst av tugg - svårighet pga. mun-, tand- eller protesproblem Mycket ofta Ganska ofta Då och då
 Nästan aldrig Aldrig Vet ej

19. Annan funktionsnedsättning som påverkar matintaget Vilken/vilka: _____

20. Andra orsaker till att matintaget kan vara påverkat

Illamående

Smakförändringar

Smärta

Oro/depression/sorg

Fler än ett alternativ kan väljas.

Annat, ange vad: _____

Ingen påverkan på matintaget kan identifieras

ÅTGÄRDER

21. Har energibehovet beräknats? Ja Nej

22. Registreras matintaget? Ja Nej

23. Registreras vätskeintaget? Ja Nej

24. Typ av kost/dryck SNR-kost (Kost för friska)

A-kost (Allmän kost för sjuka)

E-kost (Energi- och Proteinrik kost)

Önskekost

Annan specialkost, vilken *: _____

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

25. Typ av konsistens på maten (ett alternativ) Hel kost ("normal") Gelékost

Hackad eller lättuggad Tjockflytande

Sufflé och timbal (slät konsistens) Tunnflytande

26. Typ av konsistens på drycken (ett alternativ) Tunnflytande ("normal") Tjockflytande Gelé

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

28. Assistans vid måltid (ett alternativ) Klarar självständigt Delvis hjälp, t.ex. bre smörgås/öppna förpackning Matas

29. Intas näringsdrycker eller berikningsprodukter? * Ja Nej Ibland

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

30. Enteral/parenteral nutrition Ja, total enteral nutrition (all näring via sond) Ja, enteral stödnutrition (viss näring via sond)

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

Nej (intar mat enbart via munnen) Pre- och/eller postoperativ

31. Har kontakt tagits med dietist under den aktuella sjukhusvistelsen?

Ja

Nej

Vet ej

stödnutrition (före och/eller efter operation)

Tack för din medverkan!