



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Risk för undernäring samt förebyggande åtgärder hos personer i
särskilda boenden – kvalitetsregisterdata

Ulrika Jansson

2013

Examensarbete, avancerad nivå, 15 hp
Vårdvetenskap

Vårdvetenskap - självständigt examensarbete 15 hp

Handledare: Anna-Greta Mamhidir
Examinator: Maria Engström

Sammanfattning

Syftet var att beskriva förekomst av risk för eller undernäring samt vanligast insatta och typ av förebyggande åtgärder bland personer i särskilt boende samt att undersöka om det fanns skillnader i förekomst av risk för eller undernäring hos personer med neuropsykologiska problem jämfört med personer utan sådana problem. Studien hade en beskrivande och jämförande design med kvantitativ ansats. Datat inhämtades från kvalitetsregistret Senior alert. Deltagarna i studien utgjordes av 341 personer från en kommun i Mellansverige. Resultatet visade att 41,9 % hade risk för eller var undernärda enligt MNA-SF. BMI <22 poäng hade 23,5 %. Under de senaste tre månaderna hade 21,5 % gått ner i vikt, 12,3 % hade minskat sitt födointag och neuropsykologiska problem som lätt förvirring/demens hade 49,3% medan 18,8% hade svår förvirring/demens eller depression. Lätt till svår förvirring/demens eller depression medförde signifikant högre risk för att drabbas av undernäring eller att de var undernärda. De vanligaste förebyggande åtgärderna var att skapa en trevlig måltidsmiljö, minska nattfastan, ge mellanmål och berika maten. Slutsats: Många hade risk för eller var undernärda. Sjuksköterskan ansvarar för att undernäring upptäcks och åtgärder sätts in. Fortsatt utbildning för vårdpersonal, uppföljningar av riskbedömningarnas resultat samt ledningarnas stöd behövs.

Nyckelord: MNA-SF bedömning, neuropsykologiskapproblem, undernäring, äldreboende,

Abstract

The aim of the study was to describe the prevalence of risk or malnutrition and the most frequent and kind of preventive measures among people in residential care. A further aim was to examine whether there were differences in the prevalence of risk for or malnutrition in people with neuropsychological problems compared to those without such problems. The study had a descriptive and comparative design with quantitative approach. The data collected from the quality register Senior Alert. The study participants consisted of 341 people in a municipality, in central Sweden. The results showed that 41,9 % had risk of malnutrition or were malnourished. BMI <22 was seen in 23,5 %. During the last three months 21,5 % lost weight, 12,3 % had reduced their food intake. Neuropsychological problems like mild dementia occurred in 49,3 % while 18,8 % had severe dementia or depression.

Neuropsychological problems contributed to significantly higher proportion of risk for or showed malnutrition. Most frequent preventative measures were: creating pleasant meal environment, reduce night fasting, snacks, enrichment of food and create pleasant meal environment. Conclusion: Many showed risk of or showed malnutrition. The nurses are responsible for identification and provision of preventive measures. Further nutritional education for caregivers, risk assessment follow-ups and management support is needed.

Keywords: malnutrition, MNA-SF, neuropsychological problems, residential care

Innehållsförteckning

Inledning	4
Näringstillstånd hos äldre	4
Definition av malnutrition	5
Riskfaktorer för undernäring	5
Upptäcka förändringar	6
Nationella mål för nutrition inom vård och omsorg	7
Kvalitetsregistret Senior alert	7
Sjuksköterskans roll och ansvar	7
Problemformulering	8
Syfte	9
Frågeställning	9
Metod	9
Design	9
Urval och undersökningsgrupp	9
Datainsamlingsmetod	10
Tillvägagångssätt	11
Dataanalys	11
Forskningsetiska överväganden	11
Resultat	13
Näringstillstånd enligt MNA-SF riskbedömningspoäng	13
BMI och viktförändring under de tre senaste månaderna	13
Minskat födointag under den tre senaste månaderna	14
Neuropsykologiska problem	14
Psykisk stress eller akut sjukdom under tre senaste månaderna	15
Rörlighet	15
Risk för undernäring eller undernäring vid eller utan neuropsykologiska problem	16
Förebyggande åtgärder	16
Diskussion	18
Huvudresultat	18
Resultatdiskussion	18
Metoddiskussion	21
Allmän diskussion	22
Referenslista	24

Inledning

Näringsstillstånd hos äldre

Undernäring leder till negativa konsekvenser för äldre personer t.ex. ökad sjuklighet, försämrad läkning/tillfrisknande, ökad risk för infektioner, komplikationer och förlängda vårdtider enligt Norman *et al.* (2008). Denny (2007) har visat att undernäring leder till minskad muskelstyrka, trötthet och depression. I en studie av Saletti *et al.* (2000) har det beskrivits att oidentifierad undernäring och lågt body mass index (BMI) är vanligt förekommande hos äldre i olika boendeformer. Akner *et al.* (2001) och Akner och Cederholm (2001) uppger att nedsatt näringsstillstånd, lågt BMI, viktförlust och aptitlöshet är alla oberoende riskfaktorer för död hos äldre. Förekomsten av undernäring beskrivs generellt som hög hos äldre personer men är starkt kopplad till vilken population som har undersökts t.ex. har 57 % på äldre boenden i Finland beskrivits vara undernärda (Suominen *et al.* 2009). I en studie gjord av Kaiser *et al.* (2010) där 4507 personer ingick från (n=1586) äldreboenden, (n=1328) sjukhus, (n=964) kommunernas hemsjukvård och (n=345) rehabiliterings kliniker fördelade över 12 olika länder visade att 2/3 var undernärda eller hade risk för undernäring. I nämnd studie användes riskbedömnings-instrumentet Mini Nutritional Assessment (MNA) för att upptäcka risken för undernäring eller att personen var undernärdd.

Undernäring och risk för undernäring hos personer som vårdas inom äldreomsorgen har även visats i svenska studier. I en treårsuppföljningsstudie av Saletti *et al.* (2005) där MNA bedömningar gjordes på 1305 individer inom olika boendeformer (ålderdomshem/särskilt boende, gruppboende, servicehus och sjukhem) framkom att 73 % hade risk för undernäring. Medelåldern på deltagarna i studien var 85 år. Tydliga samband kunde ses mellan undernäring och dödlighet samt mellan lågt BMI och dödlighet. Westergren *et al.* (2008, 2009, 2010) och Carlsson *et al.* (2009) har i senare svenska studier visat att 64-66 % av de som bor på särskilt boende har risk för undernäring. Inom svensk äldrevård finns olika typer av boenden bl.a. särskilt boende, korttidsboende och demensboende.

I en studie av Suominen *et al.* (2009) visade det sig att undernäring var ett större problem hos äldre personer med en medelålder på 81 år på en geriatrisk avdelning på ett sjukhus i Finland än man tidigare trott och att sjuksköterskorna inte hade identifierat personer som hade risk för undernäring. Vid kliniska bedömningar utan stöd av något instrument som gjordes av

sjuksköterskorna bedömdes 15,2 % ha risk för undernäring. När MNA användes för bedömning av näringstillståndet visades att 56,7 % hade risk för undernäring.

När människan åldras påverkas förmågan att äta, resorbera och metabolisera energi- och näringsämnen. Smakreceptorerna på tungan förändras så att bittra smaker tenderar att framträda tydligare än söta. Dåligt tandstatus och torra munslemhinnor kan bidra till nedsatt aptit och risk för undernäring. Luktsinnet försämras och synnedsättningar bidrar till att matens visuella betydelse för smakupplevelsen minskar (Morley 2003). Magsäckens elastiska förmåga försämras pga. minskad vävnadselasticitet. Tarmens förmåga att resorbera näringsämnen påverkas dock ganska lite av åldrandet. Energiomsättningen minskar pga. metabolt aktiva vävnader minskar i massa t.ex. hjärta, njurar och lever. Förlust av muskelmassa sker pga. minskad fysisk aktivitet (Cruz-Jentoft *et al.* 2010). Enligt Dey *et al.* (2001) kan en viktnedgång på upp till ½ kg/år (0,5 % per år) efter 70 års ålder anses normalt.

Definition av undernäring

Det saknas en internationellt accepterad definition av undernäringstillstånd (Akner *et al.* 2001). Enligt Socialstyrelsen (2011) definieras undernäring som ett näringstillstånd där det finns en brist på eller obalans av energi, proteiner och andra mätbara näringsvärden som kan påverka kroppens sammansättning på ett negativt sätt. Undernäring är ett tillstånd av obalans mellan intag och omsättning av näringsämnen med ökad risk för sjuklighet. Inom svensk hälso- och sjukvård är den vanligaste formen av undernäring hos äldre orsakad av en kombination av energi- och proteinbrist, protein- och energimalnutrition (PEM). PEM definieras som ett tillstånd orsakat av ändringar i näringsintag och förbrukning av näringsämnen vilket leder till förlust av kroppscellsmassa samt förändringar i olika organs funktioner, med risk för ökad sjuklighet. Begreppen undernäring och malnutrition används ofta synonymt (Akner *et al.* 2001).

Riskfaktorer för undernäring

Friska äldre har generellt i samhället goda matvanor, men med stigande ålder ökar risken för att bli sjuk och för att få funktionshinder vilket kan leda till den äldres kosthållning kan påverkas negativt (Rothenberg 2001). En riskfaktor för att utveckla undernäring är att bli äldre, redan vid 60 års ålder ökar denna risk. Personer över 80 år eller äldre har fem gånger högre risk att utveckla undernäring än personer yngre än 50 år (Pierlich *et al.* 2005, Suominen *et al.* 2009). I och med att äldre är den snabbast växande åldersgruppen i Sverige där allt fler

blir över 80 år så är det viktigt att inom hälso- och sjukvården att förebygga undernäring hos äldre (Saletti *et al.* 2005). Flera studier (van Bronkhorst-de van der Schuerer *et al.* 2005 och Denny 2007) har visat att undernäring medför högre kostnader för hälso- och sjukvården genom att det medför risk för vårdrelaterade komplikationer, längre vårdtider, ökad återinläggning på sjukhus.

Andra faktorer som ökar risken för undernäring är t.ex. orala och fysiska problem, demenssjukdom, läkemedelsbiverkningar och brist på aptit (Browne 2006). Depression förekommer hos ca 15 % av personer >65år och vid återkommande och långvariga besvär med depression leder det ofta till ett dåligt näringsintag (Cruz-Jentoft *et al.* 2010). Personer med demenssjukdom kan ha ofta en tilltagande oförmåga att tolka upplevelser av hunger- och mättnadskänslor, smak och lukt. I en studie av Chia-Chi och Roberts (2011) uppges att personer med kognitiv svikt eller demenssjukdom har större tendens att förlora i vikt än äldre män med samma fysiska sjukdom. Mamhidir *et al.* (2006) visade i sin studie att Parkinsons sjukdom, demenssjukdom, att vara hjälpberoende i måltidssituationer och förstoppning var riskfaktorer för att minska i vikt.

Upptäcka förändringar

Upprepade mätningar av kroppsvikten är viktigt för att upptäcka förändringar i näringstillståndet. Med att bara göra viktkontroller kan det vara svårt att avgöra om personen har ödem eller om den förlorar fett. Näringstillståndet bör bedömas med kombinerad bedömning av BMI (kroppsvikten i kg dividerad med kroppslängden i kvadrat (m^2), vikt förlust och aktuella ätproblem. BMI är ett enkelt mått att hantera men det är ett ganska oprecist mått för att upptäcka små förändringar av vikten. En person som har högt BMI värde kan ha överskott på vätska, fett eller muskelmassa. Personen kan ha förlorat vikt men ändå ha ett BMI som ligger inom normalgränsen och kan då bedömas som välnärd. Med åldern minskar längden och vikten och därför BMI värdet vara högt trots att vikten har minskat. De gränsvärden som finns för BMI utgår från den friska människan i olika åldrar och är ett mått för att gradera undervikt, normalvikt, övervikt och fetma. Normalt BMI är 18,5-25 undervikt <18,5, övervikt >25 och >30 är fetma (Socialstyrelsen 2000:11).

Hos äldre personer uppges BMI < 22 vara ett tecken på undervikt. BMI-intervall mellan 24–29 föreslagits som normalgräns för den äldre populationen (65 år och äldre) (Beck & Ovesen 1998, Lipshitz 1994).

Nationella mål för nutrition inom vård och omsorg

Socialstyrelsen (2011) beskriver att det är viktigt inom hälso- och sjukvård och omsorg att identifiera personer med risk för undernäring, för att kunna sätta in förbyggande och/eller behandlande åtgärder. En förutsättning för god hälsa är t.ex. goda matvanor. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ska vårdpersonalen arbeta med att främja hälsa och förebygga ohälsa. Den som uppsöker hälso- och sjukvården ska få den information om preventiva åtgärder som kan förebygga sjukdom. Vården ska vara lika för alla och bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls (SFS 1982:763).

Kvalitetsregistret Senior Alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister som startade 2006 och som riktar sig till personer 65 år och äldre som har någon form av kontakt med vård och omsorg. Syftet med kvalitetsregistret är att riskbedömningar görs för att tidigt upptäcka och förebygga risk för undernäring, fall, trycksår och ohälsa i munnen. Dessa uppgifter registreras in i kvalitetsregistret. Registret ska bidra till att utveckla ett vårdpreventivt arbetssätt som gynnar den äldre och stärker ett systematiskt teambaserat arbetssätt. Riskbedömningarnas resultat, bakomliggande orsaker, förebyggande åtgärder och uppföljningar bör regelbundet rapporteras till registret. Kvalitetsregistret används av kommuner, landsting (offentliga och privata vårdgivare) och professioner (sjuksköterskor, sjukgymnast, arbetsterapeut, undersköterskor och vårdbiträden) som vill arbeta förebyggande på ett systematiskt sätt. Alla 21 landsting och 283 av de 290 kommunerna är anslutna till kvalitetsregistret (Senior Alert 2013).

Sjuksköterskans roll och ansvar

Sjuksköterskan ska arbeta förebyggande, för att främja hälsa. Sjuksköterskan ska självständigt kunna arbeta utifrån omvårdnadsprocessen (observation, bedömning, diagnos, ordination, planering, genomförande och utvärdering). Vidare ska alltid patientens basala och specifika omvårdnadsbehov såväl fysiska, psykiska som sociala, kulturella och andliga behov tillgodoses. Sjuksköterskans arbete ska präglas av ett etiskt förhållningssätt, bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och utföras i enlighet med gällande författningar (lagar, förordningar, föreskrifter) och andra riktlinjer (Socialstyrelsen 2005).

Enligt Virginia Henderson (Marriner-Tomey och Alligood 2006) är omvårdnadens mål att hjälpa enskilda individer att tillgodose de grundläggande behoven (t.ex. mat, hygien, sömn) och hjälpa personen att återfå sina förmågor. Vid kroniska och långvariga

funktionsnedsättningar där det inte är realistiska mål att personen kommer återfå sina förmågor där måste sjuksköterskan hjälpa till för att de grundläggande behoven ska tillgodoses. För att hjälpa behöver omvårdnadsbehoven bedömas bl.a. näringstillstånd och åtgärderna anpassas till den enskildes bästa. Sjuksköterskans roll är att hjälpa och assistera personer att utföra sysslor som de skulle ha utfört på egen hand om de haft tillräckligt med resurser.

Problemformulering

Forskning har visat att det är många äldre som vårdas inom äldreomsorg både internationellt (Kaiser *et al.* 2010, Brownie 2006) och nationellt och som bor på särskilda boenden som har låga vikter och vikt förluster och som därmed har risk för undernäring (Westergren *et al.* 2008, Carlsson *et al.* 2009). Personer vid äldreboenden löper risk för att drabbas av undernäring bl.a. på grund av deras försämrade allmäntillstånd (Saletti *et al.* 2000) och sjukdomar (Norman *et al.* 2008). För att uppnå god livskvalité, förebygga sjukdom och för att medicinsk behandling ska ha en så god effekt som möjligt krävs ett gott näringstillstånd (Rothenberg 2001). Vid systematisk bedömning av näringstillståndet med hjälp av MNA instrumentet upptäcktes en större andel äldre som hade risk för undernäring jämfört med om det hade gjorts enbart en klinisk bedömning (Suominen *et al.* 2009).

Ett nationellt kvalitetsregister, Senior alert skapades 2006 med fokus på personer som är 65 år och äldre och som har kontakt med vård och omsorg. Med hjälp av registret erbjuds den äldre riskbedömning för undernäring, fall, trycksår och ohälsa i munnen och förebyggande åtgärder vid risk. Målet är att tidigt upptäcka risker inom nämnda områden eller att problem som redan uppstått och att åtgärder sätts in. Vidare ska registret bidra till utveckling av ett vårdpreventivt teambaserat systematiskt arbetssätt bland vårdpersonal (Senior alert 2013). Sjuksköterskan ska arbeta förebyggande och bl.a. göra observationer, bedömningar och utvärderingar. Undernäring är ett känt problem i vård och omsorg av äldre. Författaren har inte funnit någon studie där data om näringstillstånd hos äldre har hämtats ur det nationella kvalitetsregistret Senior Alert, därför är det viktigt att undersöka detta. Det ger möjligheter för diskussioner omkring förekomst av undernäring och insatta förebyggande åtgärder samt kvalitet av inregistrerade data och kan bidra till en utvecklad vård inom området.

Syfte

Syftet var att beskriva förekomst av risk för eller undernäring samt vanligast insatta och typ av förebyggande åtgärder bland personer i särskilt boende samt att undersöka om det fanns skillnader i förekomst av risk för eller undernäring hos personer med neuropsykologiska problem* jämfört med personer utan sådana problem.

*Neuropsykologiska problem innebär: diagnostiserad demenssjukdom, depression eller icke diagnostiserad förvirring.

Frågeställningar

Hur många har risk för eller har undernäring, minskat sitt födointag eller har haft viktförlust?

Hur många har neuropsykologiska problem, varit psykiskt stressade eller akut sjuka under de senaste tre månaderna?

Hur många har varit sängliggande och/eller rullstolsburna, kunde ta sig ur säng/rullstol men gå inte ut* alternativt kunde gå ut med eller utan hjälpmedel?

Finns det någon skillnad i förekomst av risk för eller har undernäring hos de som hade neuropsykologiska problem jämfört inte hade sådana problem?

Vilka förebyggande åtgärder har satts in samt vilken typ av förebyggande åtgärd är vanligast förekommande?

*gå ut innebär att kunna gå ut ur sin lägenhet utomhus eller ut i allmänna utrymmen på boendet.

Metod

Design

Studien är en tvärsnittsstudie, har en beskrivande och jämförande design med kvantitativ ansats med (Polit & Beck 2008).

Urvalsmetod och undersökningsgrupp

Urvalet är ett bekvämlighetsurval och utgör avidentifierad data ur det nationella kvalitetsregistret Senior alert. Datauppgifter i föreliggande studie omfattar personer som bodde i särskilt boende, korttidsboende eller demensboende i en kommun i Mellansverige. Inklusionskriterier för att ingå i studien var att riskbedömningar hade registrerats i kvalitetsregistret mellan den 1 november 2011 till och med den 31 oktober 2012. Data till föreliggande studie skulle komma från den senast registrerade riskbedömningen. I kommunen

där studien genomförts finns det cirka 480 boendeplatser, fördelat på 12 boendenheter. De flesta platserna, 74,6 % (n=345) finns i särskilt boende, 20,2 % finns i demensboende (n=94) och 24,5% i korttidsboende (n=24). Exklusionskriterium var uppgifter som gällde handikappomsorg, detta pga. avvikande ålder samt att det inom handikappomsorgen endast hade gjorts några få riskbedömningar med prov registreringar. De datauppgifter som hämtades från kvalitetsregistret innehöll 463 personer och var fördelat på 11 boendenheter. I inhämtade datauppgifter ingick antalet avlidna som under tidsperioden var 122 personer (26,3 %), 45 personer (37 %) av dessa var män och 77 personer (63 %) var kvinnor. Medelåldern var 86,5 år. Totalt inkluderades 341 personer, varav 120 (35%) män och 221 kvinnor (65%), deras medelålder var 84,7 år.

Datainsamlingsmetod

Som datainsamlingsmetod användes avidentifierade data ur kvalitetsregistret och som gällde riskbedömningsinstrumentet Mini Nutritional Assessment-Short Form (MNA-SF) och som är framtaget för att bedöma näringstillstånd hos personer 65 år och äldre. MNA-SF utgår från Mini Nutritional Assessment (MNA) som består av totalt 18 frågor med fasta svarsalternativ (Guigoz *et al.* 1994). De sex första frågorna i MNA benämns som initial bedömning och innehåller frågor om personens födointag, viktförlust, rörlighet, psykisk stress eller akut sjukdom, neuropsykologiska problem och BMI. Neuropsykologiska problem bör vara bedömda av läkare dvs. om personen har demenssjukdom eller depression, svår förvirring eller depression. Om personen är förvirrad men inte har en diagnostiserad demenssjukdom markeras det som lätt förvirring/demens. De sex frågorna kan ge 0-2 poäng eller 0-3 poäng. Noll eller ett poäng visar på en bristande funktion medan två eller tre poäng visar en normal funktion. Den initiala bedömningen kan ge max 14 poäng och >12 poäng bedöms som välnärd samt ≤ 11 poäng bedöms personen i risk för undernäring. Vid risk för undernäring ska en slutgiltig bedömning göras. Då används de resterande 12 frågorna och de innehåller frågor om boendeform, förekomst av mer än 3 läkemedel, trycksår/sår, antal huvudmål/dag, hur personen äter/dricker, intaget av frukt/grönsaker, mängden dryck, egenbedömning av näringstillståndet, den äldre personens upplevelse av sitt hälsotillstånd i jämförelse av andra i samma ålder, mätning av överarmens och vadens omkrets. Den slutgiltiga bedömningen kan ge maximalt 16 poäng. Summeringen av den initiala och slutliga bedömningen ger maximalt 30 poäng. Poäng mellan 17-23,5 bedöms som risk för undernäring och vid mindre än 17 poäng bedöms personen som undernärd. Samtliga frågor har fasta svarsalternativ och varje svarsalternativ motsvarar en viss poäng.

MNA-SF utvecklades för att på ett snabbt sätt identifiera de personer som har risk för eller är undernärda. MNA-SF består av den initiala bedömningen, se beskrivningen ovan. Maximalt kan 14 poäng uppnås. Vid poäng >12 bedöms personen vara välnärd och med poängen 8-11 bedöms personen vara i risk för undernäring och med en poäng mellan 0-7 bedöms personen som undernärd (Rubenstein *et al.* 2001, Vellas *et al.* 2006). Rubenstein *et al.* (2001) har visat en stark positiv korrelation (Pearson's $r = 0,969$) mellan MNA-SF och fullständigt MNA. I en svensk studie av Wikby *et al.* (2008) där MNA-SF hade använts bland 127 personer inom äldreboenden uppgavs god internal consistency reliabilitet (Cronbach's alpha 0,68) och medbedömmar reliabilitet visade en samstämmighet av bedömningarna på 62% mellan studiens författare och sjuksköterskorna (Cohen's kappa 0,41). ESPEN Guidelines for Nutrition Screening (2002) rekommenderar bl.a. MNA som riskbedömningsinstrument, baserat på dess värdering gällande medbedömmar reliabilitet ($\kappa = 0,51$) (Kondru *et al.* 2003).

I kvalitetsregistret och som en del av riskbedömningen kan/bör även förebyggande åtgärder dokumenteras om risk föreligger. Denna del av riskbedömningen är utvecklad av expertgruppen som är kopplad till kvalitetsregistret dvs. ingår ej i MNA-SF. De förebyggande åtgärderna innefattar åtta områden t.ex. omgivningsanpassning, översyn av läkemedel, övervakning av näringsintag och nutritionsbehandling. Flera svarsalternativ kan uppges samtidigt, beroende på den enskilde personens behov av förebyggande åtgärder.

I kvalitetsregistret kan även uppgifter om bakomliggande orsaker till undernäring föras in under två huvudgrupper; fysiska och psykosociala faktorer. Även dessa faktorer är utvecklade av nämnd expertgrupp ovan. Exempel på fysiska faktorer är t.ex. dålig tandstatus/munhälsa, sväljningssvårigheter och intag av mer än tre läkemedel per dag. Exempel på psykologiska faktorer är nedsatt sinnesstämning, aptitlöshet och saknar den hjälp som behövs under måltiden. Bakomliggande orsaker beskrivs inte föreliggande studie, då det fylls i som en frivillig uppgift och ett omfattande bortfall fanns.

I den aktuella kommunen där föreliggande studie genomförts har sjuksköterskan på äldreboendet ansvar för att föra in resultat från MNA-SF riskbedömningarna i kvalitetsregistret. Resultat från riskbedömningarna förs in varje månad. En utvecklingsledare arbetar fortlöpande med implementering av ett förebyggande arbetssätt och förbättringsarbeten utifrån riskbedömningarnas (kvalitetsregistrets) resultat. Den medicinskt

ansvariga sjuksköterskan är övergripande ansvarig för att riskbedömningarnas resultat förs in i det nationella kvalitetsregistret.

Tillvägagångssätt

Tillstånd från den aktuella kommunen har inhämtats från verksamhetschef. Information och tillstånd att hämta uppgifter från det nationella kvalitetsregistret Senior alert för studien har inhämtats av författaren hos den nationella registerhållaren Joakim Edvinsson, Jönköpingsläns landsting, Qulturum. Beställning av avidentifierad registerdata av de variabler som skulle undersökas skickades av författaren och registerhållaren till Uppsala Clinical Research Center (UCR) i Uppsala.

Dataanalys

Datamaterialet fanns ursprungligen i en Excel-fil och har förts över till statistikprogrammet Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 18.00) för Windows. Beskrivande och jämförande statistik på grupp-nivå har gjorts (Polit & Beck 2008). Beskrivande statistik har beräknats i form av antal (n), medelvärden (m), standardavvikelse (sd) och procent (%). Jämförande statistik har gjorts på data som ligger på nominalskal-nivå (Chi2 test). Signifikansnivån var satt till 0.05.

Forskningsetiska överväganden

Ansökan för att göra föreliggande studie har inte gjorts till forskningsetiska rådet. De personer som registreras i Senior alert ska ha fått information om kvalitetsregistret och en fråga om att delta. Det ska ha getts muntligt eller skriftligt av sjuksköterskan och om att det är frivilligt att medverka i registret. Det ställs inte lika starka krav på att informerat samtycke skall inhämtas vid forskning utifrån registerdata, som vid forskning direkt på människa. Här blir det personuppgiftslagens (PUL) anvisningar som gäller, snarare än etikprövningslagens utförliga bestämmelser om samtycke. Enligt PUL behöver inte information lämnas om detta visar sig vara omöjligt eller om det innebär en oproportionerligt stor arbetsinsats. De uppgifter som presenteras från registret är avidentifierade och det innebär anonymitet så att inga personuppgifter kan spåras. Endast aktiva användare i och den registeransvariga i kommunen har åtkomst till kvalitetsregistret.

Resultat

Resultaten från riskbedömningarna enligt MNA-SF som gjordes bland 341 personer på särskilda boenden i presenteras i löpande text och i tabeller utifrån studiens syfte och frågeställningar. Först presenteras den totala riskpoängen. Därefter redovisas respektive fråga från MNA-SF som tillsammans bidrog till den totala riskpoängen. Sist redovisas de förebyggande insatserna.

Näringsstillståndet enligt MNA-SF riskbedömningspoäng

I tabell 1 beskrivs att de flesta (56,3%) var välnärda men en stor andel bedömdes ha risk för undernäring eller vara undernärda (41,9%).

Tabell 1. Riskbedömningspoäng enligt MNA-SF bland personer i äldreboenden (n=341) i en kommun.

Riskbedömningspoäng	Antal	Procent (%)
12 eller mer, välnärd	192	56,3
8-11, risk för undernäring	112	32,8
0-7, undernärd	31	9,1
Bortfall ¹	6	1,8

¹=Bortfallet på sex personer då riskbedömning ej genomförts.

BMI och viktförändringar under de tre senaste månaderna

BMI medelvärdet var i undersökningsgruppen 25,2, SD \pm 4,8. Det var 61 % av de äldre hade ett BMI mellan 22-29 poäng. En betydande andel hade låga BMI värden dvs. BMI<22 (23,5%). Men även en stor andel (15,5%) hade fetma (BMI>30).

I tabell 2 beskrivs viktförändringar i undersökningsgruppen under de senaste tre månaderna. Hos en majoritet av de äldre (69,8%) sågs ingen viktnedgång. Drygt var femte person (21,5%) hade minskat i vikt, mellan 1 kg till 3 kg eller mer än 3 kg. Hos 7 % av de äldre kände inte vårdpersonalen till om det hade skett någon viktnedgång under tidsperioden.

Tabell 2. Viktförändring under de senaste tre månaderna enligt MNA-SF bland personer i äldreboenden (n=341) i en kommun.

Viktförändring	Antal	Procent (%)
Mer än 3 kg	22	6,5
Mellan 1-3 kg	51	15,0
Ingen viktnedgång	238	69,8
Vet ej om viktnedgång skett	24	7,0
Bortfall ¹	6	1,8

¹=Bortfallet på sex personer då riskbedömning ej genomförts.

Minskat födointag under de tre senaste månaderna

Majoriteten (85,9%) av de äldre hade inte minskat sitt födointag under de senaste tre månaderna medan drygt 12,3% hade minskat sitt födointag avsevärt eller något (Tabell 3).

Tabell 3. Minskat födointag de senaste tre månaderna enligt MNA-SF bland personer i äldreboenden (n=341) i en kommun.

Minskat födointag under de 3 senaste månaderna	Antal	Procent (%)
Minskat avsevärt	12	3,5
Minskat något	30	8,8
Ingen minskning	293	85,9
Bortfall ¹	6	1,8

¹=Bortfallet på sex personer då riskbedömning ej genomförts.

Neuropsykologiska problem under de tre senaste månaderna

I tabell 4 beskrivs personernas neuropsykologiska problem utifrån att de hade demenssjukdom eller depression som bör vara diagnostiserad för att bedömas som svår förvirring/demens eller depression. Det var 68,1 % av de äldre som hade neuropsykologiska problem; lätt förvirring/demens, dvs. ej diagnostiserad demenssjukdom (49,3%) medan 18,8% hade svår förvirring/demens eller depression, dvs. diagnostiserad demenssjukdom eller depression. I 1/3 av undersökningsgruppen sågs inga neuropsykologiska problem.

Tabell 4. Neuropsykologiska problem under de tre senaste månaderna enligt MNA-SF bland personer i äldreboenden (n=341) i en kommun.

Neuropsykologiska problem	Antal	Procent (%)
Svår förvirring/demens eller depression	64	18,8
Lätt förvirring/demens	168	49,3
Inga neuropsykologiska problem	103	30,2
Bortfall ¹	6	1,8

¹=Bortfallet på sex personer då riskbedömning ej genomförts.

Psykisk stress eller akut sjukdom under tre senaste månaderna

I tabell 5 visas psykisk stress av yttre händelser under de tre senaste månaderna som lett till märkbara konsekvenser för personen t.ex. när de flyttat till särskilt boende eller att personen förlorat en närstående. Med akut sjukdom menas att det har varit en sjukdom som krävt läkarbesök/läkarvård eller vård på sjukhus. Här ingår även kronisk sjukdom som har försämrats så att läkarvård har krävts. I undersökningsgruppen hade 16,4% varit psykiskt stressade eller drabbats av akut sjukdom under de senaste tre månaderna.

Tabell 5. Psykisk stress eller akut sjukdom de senaste tre månaderna enligt MNA-SF bland personer i äldreboenden (n=341) i en kommun.

Psykisk stress eller akut sjukdom	Antal	Procent (%)
förekommit:		
Ja	56	16,4
Nej	279	81,8
Bortfall ¹	6	1,8

¹=Bortfallet på sex personer då riskbedömning ej genomförts.

Rörlighet

I undersökningsgruppen kunde de flesta gå ut med eller utan hjälpmedel. Mer än 1/5 del var sängliggande eller rullstolsbundna och cirka 1/5 (17,9%) kunde ta sig ur säng/rullstol men inte gå ut från sin lägenhet (Tabell 6).

Tabell 6. Rörlighet under de senaste tre månaderna enligt MNA-SF bland personer i äldreboenden (n=341) i en kommun.

Rörlighet	Antal	Procent (%)
Sängliggande eller rullstolsburen	72	21,1
Kan ta sig ur säng/rullstol men inte gå ut*	61	17,9
Går ut med eller utan hjälpmedel*	202	59,2
Bortfall ¹	6	1,8

*Gå ut betyder i den kommun där undersökningen genomförts att patienten kan gå ut ur sin lägenhet. ¹=Bortfallet på sex personer då riskbedömning ej genomförts.

Risk för undernäring eller undernäring vid eller utan neuropsykologiska problem

I tabell 7 beskrivs att personer som har lätt till svår förvirring/demens eller depression har signifikant högre risk för att drabbas av undernäring eller är undernärda (50,7 %) jämfört med personer utan neuropsykologiska problem.

Tabell 7. Risk för undernäring eller undernäring enligt MNA-SF hos personer med neuropsykologiska problem (n=233) jämfört med personer utan sådana problem (n=102) i en kommun.

	Ingen risk för undernäring Antal (%)	Risk för undernäring Antal (%)	Undernärda Antal (%)	p ¹
Inga problem	77 (75,5)	21 (20,6)	4 (3,9)	<0,001
Lätt till svår förvirring/demens eller depression	115 (49,4)	91 (39,1)	27 (11,6)	
Totalt	192 (57,3)	112 (33,4)	31 (9,3)	

¹=Chi 2-test

Förebyggande åtgärder

I tabell 8 beskrivs de planerade och pågående förebyggande åtgärder som satts in. Vanligast förekommande åtgärder var omgivningsanpassning främst att skapa en trevlig måltidsmiljö (34 %), nutitionsbehandling t.ex. minska nattfastan till max 11 timmar (27 %), ge mellanmål(26 %) och berika maten (25 %). Även översyn av läkemedel (18 %) och att underlätta ätandet t.ex. att skapa en bra sittställning (15%) men i mindre omfattning.

Tabell 8. Planerade och pågående förebyggande åtgärder* som satts in utifrån MNA-SF riskpoäng eller utifrån sjuksköterskan kliniska bedömningar (n=341) i en kommun.

	Pågående eller planerade, n
Information/undervisning om hälsa-ohälsa	
Information, rådgivning eller handledning till person och/ eller närstående	57
Matskola	0
Annan åtgärd	14
Påverkan av attityder i omgivningen	
Information/utbildning inom området mat och ätande till närstående	10
Annan åtgärd	3
Omgivningsanpassning	
Anpassa stol/bord, säng/sängbord, ljus och ljud	76
Anpassa bostad/vårdrum	39
Skapa en trevlig måltidsmiljö	156
Skapa gemenskap	98
Skapa enskildhet	25
Annan åtgärd	10
Översyn av läkemedel	
Översyn av läkemedelslista	83
Borttagande av läkemedel som nedsätter aptit, ger muntorrhet, illamående eller förstoppning	11
Annan åtgärd	52
Övervakning av näringsintag	
Registrering av energiintag och vätskeintag under <= 3 dygn	14
Registrering av energiintag och vätskeintag under > 3 dygn	5
Observation av måltid i syfte att hitta orsaker till problem eller åtgärder som underlättar	62
Annan åtgärd	9
Underlättande av ätande och sväljande	
Anpassning av födans/vätskans konsistens	51
Anpassad matningsteknik	15
Anpassade äthjälpmiddel	21
Åtgärder som främjar en god oral hälsa	45
Skapa en bra sittställning	69
Ge aptitretare	28
Annan åtgärd	3
Träning i att äta och dricka	
Personen tränar där personal/anhöriga ger muntliga instruktioner	3
Personen tränar där personal/anhöriga instruerar genom handgripligen medverkan	8
Annan åtgärd	1
Nutritionsbehandling	
Mellanmål	121
Berikning av maten	116
Protein- och energirik kost	74
Kosttillägg	44
Specialprodukter	11
Anpassa födan efter kulturella och religiösa behov	1
Minska nattfasan till max 11 timmar	124
Matning via sond/peg	4
Parenteral näringstillförsel	0
Annan åtgärd	7
Personen avböjer förebyggande åtgärd	2
Avböjer förebyggande åtgärd för person i livets slutskede	5

*Huvudrubriker och underrubriker kan både fyllas i tillsammans och var och en för sig. Resultat på huvudrubrik går ej att presentera, ej åtkomst pga. uppdatering i registret.

Diskussion

Huvudresultat

Resultatet visar att av de personer som riskbedömts med MNA-SF hade 41,9 % risk för undernäring eller var undernärda. BMI poäng < 22 sågs hos 23,5% medan 15,5 % var överviktiga med BMI > 30. Under den senaste tre månaderna hade 21,5 % gått ner i vikt och 12,3 % hade minskat sitt födointag. Majoriteten bedömdes ha neuropsykologiska problem som lätt förvirring/demens (49,3%), dvs. ej diagnostiserad demenssjukdom medan 18,8% hade svår förvirring/demens eller depression. I 39 % var de äldre rullstols- eller sängbundna, kunde ta sig ur säng/stol men ej förflytta sig utanför lägenheten på boendet. 16,4 % hade varit psykiskt stressade eller akut sjuka under de senaste tre månaderna. De som hade lätt till svår förvirring/demens eller depression visade signifikant högre risk för att drabbas av undernäring eller är undernärda (50,7 %) jämfört med personer utan sådana problem. Vanligast förekommande åtgärder gällde omgivningsanpassning var, främst att skapa en trevlig måltidsmiljö, nutritionsbehandling t.ex. minska nattfastan till max 11 timmar, att ge mellanmål och att berika maten.

Resultatdiskussion

Antalet personer i undersökningsgruppen som hade risk för undernäring eller var undernärda uppgick till 41,9 %. Detta resultat visar en lägre förekomst av risk för undernäring eller faktiskt undernärda än vad flera tidigare studier (Westergren *et al.* 2008, 2009, 2010, och Carlsson *et al.* 2009) visat där andelen legat mellan 64-66 %. Att förekomsten av resultat varierar är känt, det finns svenska studier som har visat på en lägre prevalens av undernäring t.ex. 33 % inom äldreboenden (Faxén-Irving *et al.* 2005). I Saletti *et al.* (2000) visades en högre förekomst av risk, 84 % med risk för undernäring eller undernärda inom äldreboenden. Kuosma *et al.* (2008) och Carlsson *et al.* (2009) har visat att 75 % respektive 81 % av äldre personer hade risk för undernäring på äldreboenden och demensboenden. I samtliga nämnda studier hade risk för undernäring eller att personen var undernärdd bedömts med MNA. En möjlig förklaring till att förekomsten i föreliggande studie ligger relativt lågt i förhållande till resultat i andra studier när det gällde risk för undernäring och undernäring kan bero på att utbildningssatsningar har gjorts upprepat under flera år i följd. Detta för att öka medvetenheten och kunskaperna hos vårdpersonalen t.ex. har ”nattfastemätningar” gjorts och rutiner kring nutrition diskuterats. En annan möjlig orsak till den låga förekomsten av risk för och undernäring kan bero på mätfel t.ex. att riskbedömningsinstrumentet möjliggör viss fri

tolkning av frågorna. Att personerna i undersökningsgruppen skulle vara friskare än andra äldre på äldreboende är inte särskilt troligt.

I föreliggande studie var det 23,5 % som hade ett BMI lägre än 22. BMI är ett grovt mått och det finns ingen överenskommen "golden standard" angående BMI gränsvärden för äldre. BMI <22 är ofta nämnt som ett gränsvärde för äldre. Saletti *et al.* (2000) och Kuosma *et al.* (2008) har i sina studier från äldreboenden visat att 55-60% hade ett BMI som var <23. I Carlsson *et al.* (2009) studie hade 38 % av studiedeltagarna hade BMI <23. Nygaard (2008) har beskrivit att förändrat BMI-värde inte säger något om kroppsammansättning (fettmassa eller ödem). För att kunna bedöma om personen har risk för undernäring eller är undernärd krävs ytterligare uppgifter och då kan t.ex. riskbedömningsinstrumentet MNA användas för att inhämta dessa ytterligare uppgifter. Saletti *et al.* (2005) har visat att ett BMI på mindre än 23 poäng är förenat med ökad dödlighet

Det var 21,5 % i föreliggande studie som gått ner i vikt mellan 1kg till 3 kg eller mera under de senaste tre månaderna och 12,3 % bedömdes ha minskat sitt födointag avsevärt eller något under samma tidsperiod. Ofrivillig viktnedgång har beskrivits i studier av Lynne och Courtney (2001) och Crogan *et al.* (2001) som vanligt förekommande hos äldre personer som lider av någon form av kronisk sjukdom och att det ofta leder till trötthet, apati, depression och försämrad livskvalité. I en svensk studie av Mamhidir *et al.* (2006) där kroppsvikt följdes hos 719 deltagare från särskilda boenden (äldreboenden, demensboende och servicehus) vid två tillfällen under en ett års period visade att det var 39 % som gick ner i vikt. Enligt Stroebele och De Castro (2004) har regelbundna viktkontroller har stor betydelse för att kunna identifiera eventuell viktnedgång och dess omfattning. Rutiner behövs för detta och framför allt riskfaktorerna som viktförlust, undervikt och ätsvårigheter uppdragas så ska en fortsatt medicinska och omvårdnadsmissig bedömning av personens hälsa göras.

I föreliggande studie hade 18,8 % diagnostiserad demenssjukdom eller depression, 49,3 % var lätt förvirrade men de hade inte en diagnostiserad demenssjukdom. Demenssjukdom är förknippat med många svårigheter i samband med måltidssituationer. Mamhidir *et al.* (2007) visade i en studie bland personer med demenssjukdom att utbildning av vårdpersonalen om problem vid måltider ledde till en individuellt anpassad måltidsmiljö och det i sin tur till viktuppgång hos deltagarna. Det finns studier (Ragneskog *et al.* 1996) som också är gjorda bland personer som har demenssjukdom som visat att musik vid måltiderna ökade

kaloriintaget och att de boende blev sittande vid matbordet längre tid. Svårigheter i samband med måltidssituationer behöver upptäckas. Därför behövs utbildning för vårdpersonalen och individanpassning kan hjälpa den demenssjuke.

Enligt Holm och Söderhamn (2003) kan det vara svårt för vårdpersonalen att stödja personer med tidiga stadier av demenssjukdom så att de behåller ett bra näringstillstånd. I föreliggande studie framkom att personer med neuropsykologiska problem (lätt till svår förvirring/demens eller depression hade en signifikant ökad risk för undernäring eller var undernärda). När en person har demenssjukdom blir det ofta svårt att kommunicera (Sandman 1988) och kan därför bli svårt för vårdpersonalen att förstå vad den äldre har för önskan vid måltiden (Athlin *et al.* 1990).

I föreliggande studie hade 16,4 % av varit psykiskt stressade eller akut sjuka under de senaste tre månaderna. Enligt Norman *et al.* (2008) leder undernäring till negativa konsekvenser för äldre t.ex. ökad sjuklighet, förlängda vårdtider och försämrad läkning/tillfrisknande samt ökad risk för infektioner. I föreliggande studie var även 21,1 % rullstol- eller sängbundna, ytterligare 17,9 % kunde ta sig ur säng/stol men ej förflytta sig utanför lägenheten på boendet. Näringsbrist drabbar ofta personer som är sängliggande och stillasittande pga. att näringstätheten i kosten inte anpassas efter behovet. Även social isolering ökar risken för undernäring enligt Wissing *et al.* (1999).

De vanligast insatta förebyggande åtgärderna i föreliggande studie var att skapa en trevlig måltidsmiljö, att minska nattfastan till max 11 timmar, att ge mellanmål och att berika maten. Att skapa en trevlig måltidsmiljö och gemenskap påverkar födointaget positivt (Mamhidir *et al.* 2006). Guigoz (2006) visade att lång nattfasta i kombination av få antal tillfällen under dygnet när maten serverades ledde till en hög frekvens av undernäring. Kroppen behöver energi och näring även på natten, för att klara av sin basala metabolism. Socialstyrelsen (2011) har beskrivit att nattfastan inte bör överstiga 11 timmar. I den kommun där föreliggande studie har genomförts så görs årligen en ”nattfastemätning” som har visat att det inom detta område har gjort succesiva förbättringar t.ex. hade 2008, 3,5 % en nattfasta <11 timmar och 2009 hade 6,4 % en nattfasta <11 timmar men fortsatt arbete behöver ske. Inom den aktuella kommunen är förändringar av mellanmål och berikning av mat vanligt förekommande för att tillgodose den enskildes näringsbehov. Den vanligast förekommande

åtgärden att skapa en trevlig måltidsmiljö uppgick till 34 % och övriga åtgärder hade dokumenterats i mindre omfattning. Åtgärder kan vara insatta men inte dokumenterade.

Metoddiskussion

Syftet var att beskriva förekomst av risk för eller undernäring samt vanligast insatta förebyggande åtgärder bland personer i särskilt boende samt att undersöka om det finns skillnader i förekomst av risk för eller undernäring hos personer med neuropsykologiska problem jämfört med personer utan sådana problem.

Urvalsmetoden var ett bekvämlighetsurval ur ett kvalitetsregister. Totalt rekryterades 463 personer och 335 (bortfall n=6) kom att delta i studien då 122 personer avlidit under perioden. Antalet avlidna var 26 % vilket är något lägre mortalitet än senaste underlag från den undersökta kommunen där siffran för 2012 var cirka 30 %. Enligt Polit och Beck (2008) kan en styrka vara att ha ett stort urval med tanke på generaliserbarhet, men då urvalet inte är slumpmässigt urval bör resultatet tolkas med försiktighet. Resultatet kan troligen gälla för likartade kommuners verksamheter. En svaghet gäller designen, de datauppgifter som har analyserats har bara tillhandahållits vid ett tillfälle (tvärsnittstudie). Eventuellt kan studien ha bidragit med andra resultat om den haft en longitudinell design.

Det insamlade datamaterialet till föreliggande studie bestod av två delar: 1) MNA-SF och 2) Förebyggande åtgärder.

MNA-SF: Är ett riskbedömningsinstrument med som är testat för reliabilitet och validitet med gott resultat. En styrka är att det finns en manual som ger en definition för hur frågorna ska tolkas till den som använder instrumentet. I samband med att resultatet från riskbedömningen matas in i kvalitetsregistret kommer definitionerna automatiskt upp från denna manual som hjälptext. En svaghet är trots allt att det finns utrymme för viss fri tolkning av frågor (MNA-SF) t.ex. tolkningssvårigheter finns också när det gäller psykisk stress eller akut sjukdom och rörlighet. Denna typ av svaghet blir tydlig när data som ska analyseras och användas i en forskningsstudie.

För att räkna ut BMI poäng så används uppgifter om både längd och kroppsvikt. En svaghet kan vara att BMI poängen är ett grovt mått och kan variera t.ex. pga. att personen har ödem. En ytterligare svaghet är hur vikt och längdkontroller har utförts och det är okänt för

författaren. Bortfall i föreliggande studie är litet (2 %) och det ses en styrka. Bortfallet uppstod då sjuksköterskorna bedömde att riskbedömningen ej gick att genomföra t.ex. kunde inte vissa uppgifter inhämtas såsom aktuell vikt.

Förebyggande åtgärder: I kvalitetsregistret finns förslag på förebyggande åtgärder gällande undernäring och som är framtagna av en grupp av experter, bestående av sjuksköterskor, sjukgymnast, tandläkare och läkare med forskningsanknytning. Det fanns inga definitioner till åtgärderna när föreliggande studie utfördes vilken kan ses som en svaghet i studien. Några förebyggande åtgärder liknade varandra och det blev svårt att veta vilken information svaret på frågan innehöll. Idag har problemen omkring definitioner av de förebyggande åtgärderna har uppmärksamats av expertgruppen. Därför finns idag både manual/vägledning och hjälptexter till de förebyggande åtgärderna, vilket bör minska risken för olika tolkningar.

Vid tidpunkten för datauttaget för de förebyggande åtgärderna ur registret fanns möjlighet att fylla i både huvudrubriker, underrubriker både tillsammans och var och en för sig. Detta skapar osäkerhet när det gäller hur resultaten kan tolkas. Från den 1 januari 2013 kan stöd fås genom den utvecklade manualen/vägledningen.

Allmän diskussion

Risk för undernäring är ett vanligt problem hos äldre personer, det är av viktigt att identifiera dessa personer i ett så tidigt stadium som möjligt. Detta för att kunna sätta in förebyggande åtgärder så tidigt som möjligt. Henderson (Marriner-Tomey och Alligood 2006) har beskrivit att sjuksköterskans uppgift är att ta reda på mer om personen och dess upplevelse av sina behov och ha det som utgångspunkt när hon/han tillgodoser personens grundläggande behov. Det leder till ökad livskvalitet för den enskilde och är även en ekonomisk vinst för samhället. Det finns studier (Mamhidir *et al.* 2007) som visat på att vid en hemlik måltidssituation (mindre bord, servera själv, tillräcklig tid för ätandet) så ökar interaktionen med övriga vid måltidssituationen och ett ökat kostintag. Bedömningar med hjälp av MNA-SF riskbedömningsinstrument inom äldre vård har beskrivits internationellt (Soini *et al.* 2006, Kaiser *et al.* 2009). Inom kommunal vård i Sverige på särskilda boenden har riskbedömningsinstrument börjat användas allt mer. Därför är det viktigt att undersöka data ur kvalitetsregistret för att undersöka förekomsten och hur stort problemet med undernäring är, vilka förebyggande åtgärder som sätts in och om det finns skillnader i risk för undernäring eller att vara undernärd hos de som har neuropsykologiska problem och de som inte har

sådana problem. Detta kan leda till ökade insikter om utbredningen av risk för undernäring inom särskilda boenden. Det i sin tur kan leda till kan leda fram till förnyade rutiner och handlingsplaner gällande undernäring.

I föreliggande studie bekräftas tidigare studiers resultat inom äldreomsorg att t.ex. risk finns för undernäring och undernäring att vikttnedgång ses och att vissa personer har låga BMI poäng. Neuropsykologiska problem som demenssjukdom är vanligt och hos personer som är psykiskt stressade och/eller akut sjuka är viktiga att upptäcka risk i ett tidigt skede för att kunna sätta in individanpassade näringssåtgärder. Det ger möjligheter att minimera det mänskliga lidandet samt att minska kostnaderna för samhället. För att nå bästa resultat krävs ett väl utvecklat multiprofessionellt teamarbete, men den enskilda individens i fokus. Därför är det angeläget att använda och ta tillvara på sjuksköterskornas kunskaper om äldres näringstillstånd och måltider i syfte att stödja den enskilda personen och vårdpersonalen. Läkare och ansvariga chefer inom kommunerna bör uppmärksammas på problemet och möjligheterna. Det vore intressant att göra fortsatta forskningsstudier inom området som t.ex. att studera sjuksköterskans upplevelser av att arbeta med systematiska riskbedömningar. Det vore också viktigt att följa upp utbildningsinsatser och att studera effekter av insatta åtgärder.

Slutsats

Slutsatsen i denna studie är att betona nödvändigheten med att arbeta systematiskt med att göra riskbedömningar och på så sätt tidigt upptäcka personer med risk för undernäring och de som har undernäring. Det är viktigt att sjuksköterskorna har kännedom och kunskap om personens BMI och viktförlust, födointag, neuropsykologiska problem, psykiska stress eller akut sjukdom och rörlighet och hur dessa påverkar risken för undernäring och dess effekter. De är viktigt att tänka på att personer med demenssjukdom samt de med lätt förvirring har ökad risk att drabbas av risk för undernäring och undernäring. Förebyggande åtgärder kan minska risken för undernäring och undernäring samt att öka livskvalitet för den äldre personen.

Referenslista

Akner G., Bosaeus I., Cederholm T., Eckerlund I., Elmståhl S., Johansson I., Mossberg T., Rothenberg E., Steen L., Stig K., Sandman PO. & Unosson M. (2001) *Näringsproblem i vård och omsorg. Prevention och behandling*. (SoS-rapport 2000:11) Socialstyrelsen, Stockholm.

Akner G. & Cederholm T. (2001) Nutritional treatment of protein-energy malnutrition in chronic non-malignant disorders. *American Journal of Clinical Nutrition* **74**, 6-24.

Athlin E., Norberg A. & Asplund K. (1990) Caregivers' perceptions and interpretations of severely demented patients during feeding in a task assignment system. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* **4**, 147–155.

Beck A. M. & Ovesen L. (1998) At which body mass index and degree of weight loss should hospitalized elderly patients be considered at nutritional risk? *Clinical Nutrition* **17**, 195–198.

Brownie S. (2006) Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency? *International Journal of Nursing Practice* **12**, 110-118.

Carlsson M., Gustafson Y., Eriksson S. & Håglin L. (2009) Body Composition in Swedish old people aged 65-99 years, living in residential care facilities. *Archives of Gerontology and Geriatrics* **49**, 98-107.

Chia-Chi C. & Roberts B. L. (2011) Strategies for feeding patients with dementia. *American Journal of Nursing* **4**, 36-46.

Crogan N.L., Schults J.A., Adams CE. & Massey L.K. (2001) Barriers to nutrition care for nursing home residents. *Journal of Gerontological Nursing* **27**, 25-31.

Cruz-Jentoft A.J., Baeyens J.P., Bauer J.M., Boirie Y., Cederholm T., Landin F., Martin F.C., Michel J.P., Rolland Y., Schneider S.M., Topinková E., Vandewoude M. & Zamboni M.

(2010) Sarcopenia: European Consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Aging* **3**, 412-423.

Denny A. (2007) Tackling malnutrition among older people in the community. *British Journal of Community Nursing* **12**, 98-102

Dey D.K., Rothenberg E., Sundh V., Bosaeus I. & Steen B. (2001) Body mass index weight change and mortality in the elderly. A 15 y longitudinal population study of 70 y olds. *European Journal of Clinical Nutrition* **55**, 482-492.

Faxén-Irving G., Bandrén-Olsson B., Geijerstam A., Basun H. & Cederholm T. (2005). Nutritional education for care staff and possible effects on nutritional status in residents of sheltered accommodation. *European Journal of Clinical Nutrition* **59**, 947-954.

Guigoz Y. (2006) The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature- What does it tell us? *The Journal of Nutrition Health & Aging* **10**, 466-485.

Guigoz Y., Vellas B. & Garry PJ. (1994) *Mini Nutritional Assessment: a practical tool for grading the nutritional state of elderly patients*. Facts and Research in Gerontology. 2nd edition, 15-81.

Holm B. & Söderhamn O. (2003) Factors associated with nutritional status in a group of people in an early stage of dementia. *Clinical Nutrition* **22**, 385–389.

Kaiser M. J., Bauer J.M., Ramsch C., Uter W., Guigoz Y., Cederholm T., Thomas D.R., Anthony P.S., Charlton K.E., Marcello M., Tsai A.C., Vellas B. & Sieber C.C. (2010). Frequency of malnutrition in older adults: A Multinational Perspective Using the mini Nutritional Assessment. *The American Geriatrics of Society* **58**, 1734- 1738.

Kaiser MJ., Bauer JM., Ramsch C., Uter W., Cederholm T., Thomas DR., Anthony P, Charlton KE., Maggio M., Tsai AC., Grathwohl D., Vellas B., Sieber CC; MNA-International Group (2009). Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-form (MNA-SF: a practical tool for identification of nutritional status. *The Journal of Nutrition, Health & Aging* **13**, 782-788.

Kondru J., Allison S.P., Elia M., Vellas B. & Plauth M. (2003) ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002 *Clinical Nutrition* **22**, 415-421.

Kuosma K., Hjerrild J., Pedersen P.U. & Andersen Hundrup Y. (2008) Assessment of the nutritional status among residents in a Danish nursing home – health effects of a formulated food and meal policy. *Journal of Clinical Nursing* **17**, 2288-2293.

Lipshitz D.A. (1994) Screening for nutritional status in the elderly. *Primary Care* **21**, 55–67.

Lynne S. & Courtney H. (2001) A concept analysis of malnutrition in the elderly. *Journal of Advanced Nursing* **36**, 131-142

Mamhidir AG., Ljunggren G., Kihlgren M., Kihlgren A. & Wimo A. (2006) Underweight, weight loss and related risk factors among older adults in sheltered housing – a Swedish follow-up study. *The Journal of Nutrition Health & Aging* **10**, 255-262.

Mamhidir AG., Karlsson I., Norberg A & Kihlgren M. (2007). Weight increase in patients with dementia, and alteration in meal routines and meal environment after integrity promoting care. *Journal of Clinical Nursing* **16**, 987-997.

Marriner-Tomey A. & Alligood MR. (2006). *Nursing Theories and Their work*. 6th edition. Mosby, St Louis.

Morley J.E. (2003) Anorexia and weight loss in older persons. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* **58**, 131-137.

Norman K., Pichard C., Lochs H., & Pirlich M. (2008) Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clinical Nutrition* **27**, 5-15.

Nygaard H.A. (2008) Measuring body mass index (BMI) in nursing home residents: The usefulness of measurement of arm span. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* **26**, 46-49.

Pirlich M., Schutz T., Kemps M., Luthman N., Minko N., Lubke J., Rossnagel K., Villich S.N., & Lochs H. (2005) Social risk factors for hospital malnutrition. *Nutrition* **21**, 295-300.

Polit B. & Beck C. (2008) *Nursing research. Generation and assessing evidence for nursing practice*. 7th edition. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

Ragneskog H., Karlsson I. & Norberg A. (1996) Dinner music for demented patients: analysis of video-recorded observations. *Clinical Nursing Research* **5**, 262-277.

Rothenberg E. (2001) Nutrition och nutritionsstatus bland äldre. *Socialmedicinsk Tidskrift* **74**, 294-301.

Rubenstein L.Z., Harker J.O., Salva A., Guigoz Y., & Vellas B. (2001) Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *The Journals of Gerontology. Series A, Biological sciences and Medical sciences* **56**, 366-372.

Saletti A., Johansson L., Yifter-Lindgren E., Wissing U., Osterberg K. & Cederholm T. (2005) Nutritional status and a 3-year follow-up in elderly receiving support at home. *Gerontology* **51**, 192-198.

Saletti A., Yitfer Lindgren E., Johansson L. & Cederholm T. (2000) Nutritional Status According to Mini Nutritional Assessment in an institutionalized Elderly Population in Sweden. *Gerontology* **46**, 139-145.

Sandman P-O., Norberg A. & Adolfsson R. (1988) Verbal communication and behaviour during meals in five institutionalized patients with Alzheimer-type dementia. *Journal of Advanced Nursing* **13**, 571-578.

Senior alert (2013) <http://www.senioralert.se> Åtkomst 2013-05-21

Socialstyrelsen (2000). *Näringsproblem i vård och omsorg*. Socialstyrelsens rapport 2000:11, Modin-Tryck, Stockholm.

Socialstyrelsen (2005). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska.
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.*

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18400/2011-9-2.pdf>

SFS 1982: 763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Socialdepartementet, Stockholm.

Soini H., Muurinen S., Routasalo P., Sandelin E., Savikko N., Suominen M., Ainamo A. & Pitkala K.H. (2006) Oral and nutritional status-Is the MNA a useful tool for dental clinics. *The Journal of Nutritional Health Aging* **10**, 495-499.

Stroebele N. & De Castro J.M. (2004) Effect of ambience on food intake and food choice. *Nutrition* **20**, 821-838.

Suominen M.H., Sandelin E., Soini H., & Pitkala K.H. (2009) How well do nurses recognize malnutrition in elderly patients? *European Journal of Clinical Nutrition* **63**, 292-296.

Vellas B., Villars H., Abellan G., Soto M.E., Rolland Y., Guigoz Y., Moreley J.E., Chumlea W., Salva A., Rubenstein L.Z & Garry (2006) Overview of the MNA –its history and challenges. *The Journal of Nutrition Health & Aging* **10**(6), 456-465.

Van Bronkhorst-de van der Schuereen MAE., Klinkenberg M. & Thijs A. (2005) Profile of the malnourished patient. *European Journal of Clinical Nursing* **59**, 1129-1135.

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

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

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

Wikby K., Ek A. & Christensson L. (2008). The two-step Mini Nutritional Assessment procedure in community resident homes. *Journal of Clinical Nursing* **17**, 1211-1218.

Wissing U. & Unosson M. (1999) The relation between nutritional status and physical activity, ulcer history and ulcer-related problems in patients with leg and foot ulcers. *Scandinavian Journal of Caring Science* **13**, 123-128.