

**Näringsbrist hos den äldre patienten**

Carita Cullans  
Benita Rehman

Högskolan på Åland  
serienummer 2010:11

Vårdprogrammet

Mariehamn 2010  
ISSN 1458-1531

**Examensarbete**  
**Högskolan på Åland**

<b>Utbildningsprogram:</b>	Vårdprogrammet
<b>Författare:</b>	Carita Gullans och Benita Rehman
<b>Arbetets namn:</b>	Näringsbrist hos den äldre patienten
<b>Handledare:</b>	Regina Santamäki Fischer, Överlärare, Med. Dr. i omvårdnad
<b>Uppdragsgivare:</b>	

<b>Abstrakt:</b>
<p>Undernäring är ett etablerat problem på ålderdomshem och sjukhus i hela världen. Mal/undernutrition påverkar äldres hälsa och livskvalitet avsevärt. Litteraturstudiens syfte var att beskriva faktorer i omvårdnaden som förebygger undernäring hos den äldre patienten. 14 artiklar analyserades genom en systematisk genomgång där frågor utgående från syftet ställdes till materialet.</p> <p>Analysen resulterade i fyra kategorier: att mäta och kontrollera näringstillståndet, serveringsmodeller, kunskap för att förebygga undernäring och vårdmiljöns inverkan på näringsintaget. Resultatet visade att Mini Nutritional Assessment (MNA) visade sig vara ett användbart instrument, att sjukskötarna hade lite kunskaper i bedömningen av undernäring och att identifiera faktorer som förebygger näringsbristen var viktigt. Mellanmål och näringstillägg behövdes för att motverka näringsbristen. Resultatet jämfördes med Florence Nightingales tankar om vikten av att observera patientens näringstillstånd och erbjuda rätt kost för att kunna stödja den naturliga helande processen hos patienten.</p>

<b>Nyckelord (sökord):</b>
Äldre, näringstillstånd, undernäring, risker

<b>Högskolans serienummer:</b>	<b>ISSN:</b>	<b>Språk:</b>	<b>Sidantal:</b>
2010:11	1458-1531	Svenska	27

<b>Inlämningsdatum:</b>	<b>Presentationsdatum:</b>	<b>Datum för godkännande:</b>
3 juni	1 juni	

*Degree Thesis*  
*Högskolan på Åland / Åland University of Applied Sciences*

<b>Study program:</b>	Bachelor of Nursing
<b>Author:</b>	Carita Gullans and Benita Rehman
<b>Title:</b>	Malnutrition in the Elderly Patient
<b>Academic Supervisor:</b>	Regina Santamäki Fischer, Senior lecturer, RN, PhD
<b>Technical Supervisor:</b>	

**Abstract:**

Malnutrition is an established problem in retirement homes and hospitals throughout the world. Malnutrition affects the health of the elderly and their quality of life considerably. The aim of this literature study was to describe the factors in the care that prevent malnutrition in the elderly patient. 14 scientific articles were systematically analysed by directing questions to the material departing from the purpose of the study.

The analysis resulted in four categories: to measure and control the nutritional status, models of serving, knowledge of the prevention of malnutrition and the effect of the care environment on nutritional intake. The results show that Mini Nutritional Assessment (MNA) proved to be a useful instrument, that nurses had little knowledge of the assessment of malnutrition, that to identify factors that prevent nutrient deficiency was important, and that snacks and nutritional supplement was needed to compensate against the malnutrition. The results were compared with Florence Nightingales thoughts on the importance of observing the patients nutritional status and provide proper nutrition to support the natural healing process of the patient.

**Key words:**

elderly, nutritional status, malnutrition, risk

<b>Serial number:</b>	<b>ISSN:</b>	<b>Language:</b>	<b>Number of pages:</b>
2010:11	1458-1531	Swedish	27

<b>Handed in:</b>	<b>Date of presentation:</b>	<b>Approved on:</b>
3 June	1 June	



# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING.....	4
1.1    Bakgrund.....	5
1.1.1 Den äldres näringsbehov.....	5
1.1.2 Mått på näringstillstånd.....	6
1.1.3 Näringsbrist hos den äldre personen.....	8
1.1.4 Åtgärder vid näringsbrist.....	9
1.2 Teoretisk referensram.....	10
1.3    Problemformulering.....	11
1.4 Syfte och frågeställningar.....	11
1.5 Metod.....	11
1.5.1 Litteratursökning.....	11
1.5.2 Analys.....	12
2.1 Att mäta och kontrollera näringstillståndet.....	13
2.1.2 Att kontrollera näringsintaget.....	14
2.2 Serveringsmodeller.....	15
2.2.1 Att servera måltiden.....	15
2.2.2. Att få hjälp vid måltiden.....	16
2.2.3 Att berika kosten.....	16
2.3 Kunskap för att förebygga undernäring.....	16
2.3.1 Kunskap om undernäring och användning av mätinstrument.....	16
2.3.2 Samarbete mellan andra yrkesgrupper.....	17
2.4 Vårdmiljöns inverkan på näringsintaget.....	17
2.4.1 Måltidens inverkan på näringsintaget.....	17
2.4.2 Personalens påverkan till näringsintaget.....	18
3.1 Metoddiskussion.....	19
3.2 Resultatdiskussion.....	20
3.3 Konklusion.....	23
KÄLLFÖRTECKNING.....	24

## BILAGOR

Artikelsökning	bilaga 1
Frågeställningar (två exempel)	bilaga 2
Artikelöversikt	bilaga 3

## 1. INLEDNING

”Every careful observer of  
The sick will agree in this  
That thousands of patients  
Are annually starved in the  
Midst of plenty”

Florence Nightingale 1859

Undervikt hos äldre är förenat med sjuklighet, ökat vårdberoende och dödlighet. Med stigande medellivslängd och dominans av kroniska sjukdomar blir otillräckligt näringsintag och viktnedgång ett allt större problem bland den äldre befolkningen (Cederholm, 2004).

Viktnedgången är vanlig vid många medicinska sjukdomar, vilket ofta uppfattas som en del av sjukdomsförloppet, vilket kan leda till undernäring inte upptäcks (Hessov, 2001). En studie som gjordes på sjukhus i England visade att 70 % av all undernäring förblir obemärkt och obehandlad på sjukhus. Samma studie visade att en undersökning gjord bland äldre patienter, var 40 % undernärda vid inläggningen på sjukhus (Schenker, 2003). På danska sjukhus visade undersökningar att både välnärda som undernärda får för lite mat under sjukhusvistelsen. När patienten är inläggande på sjukhus går aptiten ned p.g.a. olika sjukdomar samtidigt som kroppens behov av proteiner ökar (Hessov, 2001). I Australien gjordes studier av äldre patienter på sjukhus, där det kunde konstateras att efter tre veckor på sjukhus var 61 % i riskzon för undernäring medan 30 % av åldringarna konstaterades vara undernärda. Utifrån denna studie är det med andra ord 91 % av äldre patienter på sjukhus i Australien endera i riskzon för undernäring eller undernärda (Adams, Bowie, Simmance, Murray & Crowe, 2008). I en undersökning gjord i Sverige på patienter som fick hemhjälp, framkom att 62 % var i riskzon för undernäring (Saletti, Johansson & Cederholm, 1999). I en omfattande studie gjord i Helsingfors på flera äldreboenden kom det fram att 29 % var undernärda och 60 % av åldringarna i Helsingfors var i riskzon för undernäring (Suominen, Muurinen, Routasalo, Soini, Suur-Uski, Peiponen, Finne-Soveri & Pitkala, 2005).

## 1.1 Bakgrund

Forskningen visar att bristfälligt kostintag hos äldre är ett illavarslande tecken. Utan ingripande går hälsan i raketfart neråt och därmed livskvaliteten. Undernäringen påverkar äldre både fysiskt och psykiskt. Det är en brådskande nedgång som leder till ensamhet, beroende och kroniska sjukdomar som potentiellt leder till för tidig dödlighet och sänker livskvaliteten (Chia-Hui Chen, Schilling & Lyder, 2001). I en studie om äldre strokepatienter, visade resultaten att de flesta strokepatienter hade svårigheter med ätandet. De uttryckte känslor av skam och rädsla. Detta var relaterat till svårigheterna att transportera eller föra maten till munnen och att svälja maten (Jakobsson, Axelsson, Österlind & Norberg, 2000). Enligt Suominen et al. (2005) leder sväljningssvårigheter, demens samt tarmproblem till att äldre åt endast halva portionen och var i risk för undernäring. Risken för näringsbrist ökar med åldern samt tilltagande svaghet. Att ha begränsad rörelseförmåga är en stor risk att utveckla näringsbrist. De äldre som är vårdberoende och i hjälp av ADL (All Daily Activities) är speciellt utsatta. Näringsbrist, lågt BMI och oidentifierbara orsaker till viktförlust har en negativ inverkan på funktionsstatus och det psykosociala välbefinnandet, vilket kan leda till för tidig dödlighet. Näringsbristen är associerad till många syndrom och kliniska problem som demens, depression, stroke, trycksår och bäckenfrakturer. Näringsbristen är ofta oidentifierad på vårdhem och det råder ofta bristfällig dokumentation av nutritionsstatus. Att utveckla förebyggande strategier och behandlingsplaner vid viktförlust och näringsbrist hos de äldre är av största vikt (Suominen, 2007).

### 1.1.1 Den äldres näringsbehov

Att bli äldre innebär även att näringsbehovet förändras. Enligt nationella rekommendationer bör medelålders och yngre människor inta 30 E % (energiprocent) fett, 50 E % kolhydrater och 20 E % protein i kombination med frukt och grönt samt fibrer. Med största sannolikhet kan dessa rekommendationer även gälla äldre som är aktiva och viktstabla (Cederholm, 2004). Suominen (2007) beskriver vikten av tillskott av D-vitamin och kalcium hos äldre, speciellt vintertid. Frakturerna kunde minskas med 20-30 % enligt undersökningar. Tillskott behöver ges på institutioner eftersom resultat visar att maten oftast innehåller för liten mängd D-vitamin och mineralämnen (Suominen, 2007).

När måltiden är intagen tar det ca 3-4 timmar för kroppen att tillgodose sig näringsämnen, efter det övergår kroppen successivt till hunger. Primärt är kroppen inställd på att tillgodose energibehovet och att förhindra viktnedgång (Westergren, 2009). En varierande kost ger bättre nutritionsstatus (Suominen, 2007). Minimibehovet av energi och protein är omkring 1500 kcal och 50 g protein/dag (Cederholm, 2004).

Allmänt gäller att välbefinnandet påverkar aptiten, så även vid sjukdom blir aptiten påverkad och därmed också näringsintaget. Vid en infektion återhämtar sig både vånader och krafter hos yngre personer, men äldre kan bli helt utslagna av trötthet och modlöshet. Detta gör att äldre inte orkar förflytta sig vilket kan leda till en ond cirkel som kan vara svår att ta sig ur. Denna problematik och behöver därför upptäckas och förebyggas i tid (Hessov, 2001). Människan är aktiv på dagen, vilket betyder att ämnesomsättningen styrs av dygnsrytmen vilket i sin tur påverkar aptiten och näringsupptaget (Moynihan Ramsey, Marcheiva, Kohsaka & Bass, 2007). Nattfastan bör inte vara för lång för en av ålder försvagad äldre eftersom förändrad dygnsrytm kan påverka ämnesomsättningen (Westergren, 2009; Moynihan Ramsey et al., 2007). Nattfasta som överskrider 11 timmar kan leda till utveckling av näringsbrist (malnutritionstillstånd) (Ebrahimi & Wijk, 2009). Då förmågan att reglera energiförbrukningen försämras med åldern och om äldre individer under längre perioder är utan mat eller äter mindre kan kroppen ha svårt att återgå till dess normala vikt medan yngre lättare kan återgå till den normala vikten (Suominen, 2007).

Åldrandefenomen som kan leda till risk för undernäring inkluderar dåligt tandstatus, torra munslemhinnor, förändrad smakupplevelse och minskad luktkänsla (Cederholm, 2004). Munhälsa har låg prioritet hos vårdpersonal enligt undersökning (Wårdh, Hallberg, Berggren, Andersson & Sörensen, 1999). Suominen (2007) framhåller att förlusten av egna tänder, tuggproblem och avsaknad av oral hälsa leder till näringsbrist. När den äldre människan är sjuk eller av ålder försvagad behöver maten anpassas enligt personligt behov (Cederholm, 2004).

#### 1.1.2 Mått på näringstillstånd

Näringstillståndet kan mätas på olika sätt. Att mäta den totala kroppssammansättningen Body Mass Index (BMI) är ett sätt att fastställa näringstillståndet. BMI är ett mått på kroppsvikten i relation till längden, vilket kan beräknas genom att dividera kroppsvikten med längden i kvadrat. BMI på 20 och under innebär undervikt (Lundh & Malmquist, 2005).

BMI mellan 21-24 hör till normalvikten och BMI som är 25 och över klassas som övervikt (Lundh & Malmquist, 2005). Lågt BMI är relaterat till sjuklighet hos äldre. Ett BMI mindre än 20 kg/m<sup>2</sup> förebådar sjuklighet hos den äldre. Äldre med stabil vikt är minst sjuka. Ett optimalt BMI bör vara högre hos äldre och en viktninskning bör inte rekommenderas om den äldre har en liten eller måttlig övervikt. I en 15 år lång undersökning visade det sig att de män som hade ett BMI på 24,7 (en kroppsmassa på 26 kg/ m<sup>2</sup>) var mindre sjuka medan kvinnor som hade 24,6 i BMI (en kroppsmassa på 26,5 kg/m<sup>2</sup>) var mera friska. Lågt BMI och oavsiktlig viktninskning är ett allmänt och erkänt problem bland äldre med multipla sjukdomar samt kognitiva och funktionella problem hos dem som bor på institution. Ett BMI lägre än 17 innebär att personer med nedsatt rörlighet och förmåga att klara sin vardag har sämre välbefinnande än andra med högre BMI på institutioner (Suominen, 2007). Däremot har ett BMI mellan 25 och 30 som hos yngre definieras som övervikt i undersökningar hos äldre enligt Cederholm (2004) visats vara förenligt med långt liv. Enligt dietister är BMI en riktlinje som kan vara användbar i identifiering av undernäring (20-25 kg/m<sup>2</sup>) (Suominen, 2007).

Andra metoder för att mäta näringstillstånd har utvecklats. Mini Nutritional Assessment (MNA) är den mest utbredda och den är enkel, tillförlitlig och erkänd. MNA innehåller inga laboratorieanalyser och är användbar i systematiska och större studier inom forskning för att studera näringstillståndet hos olika grupper samt i det praktiska vårdarbetet. Testet innehåller 18 olika variabler inom 4 områden: *Kroppens måttförhållande* mäts enligt BMI, viktförlust samt arm- och vadmokrets. *Allmäntillståndet* bedöms enligt livsstilen, medicinering, rörligheten, depressionstecken och/eller demens. *En kort näringsbedömning* görs av måltidens mängd, mat och intag av dryck samt humörstatus. Sedan bedöms *den egna uppfattningen* om hälsa och nutrition. MNA/testet har som maximum 30 poäng och testet kan bedöma en äldre som välnärd (>23,5 poäng), risk för näringsbrist (17- 23,5 poäng), samt undernärd (<17 poäng). Syftet med testet är att upptäcka och förebygga näringsbrist. Ingreppanden bör koncentreras till de områden som den äldre fick minst poäng på. (Suominen, 2007)

Europarådets riktlinjer utkom år 2003 i reviderad form om mat, näring och vård på sjukhus. I resolutionen rekommenderas screening av nutritionsstatus för alla inlagda patienter. Patienter som är undernärda eller som ligger i riskzonen för undernäring bör ha en vårdplan där nutritionsstatus upprättas, vilken skall innehålla en individuell utredning och uppföljning. Nutritionsstöd vid undernäring skall vara en anpassad del av behandlingen. För att målen skall kunna uppnås betonas vikten av utbildning, både i grundutbildning och som kompetensutveckling på arbetsplatsen (Europarådet - Europarådets ministerkommitté, 2003).

### 1.1.3 Näringsbrist hos den äldre personen

Att vara äldre och bli vårdberoende samt vistas länge på institution kan innebära risk för näringsbrist. Vid för litet intag av protein tar kroppen protein ifrån kroppens muskler. Flera sjukdomar har ödem som en del av sjukdomsbilden vilket i sin tur kan dölja eventuell undernäring (Hessov, 2001).

Malnutriton är definierad som en grad av för liten mängd näring som kan ha orsakats av brist på energi och/eller näring. Protein-energi/malnutrition (PEM) uppstår när näringsintaget inte motsvarar kroppens behov av protein, energi eller båda i kombination med en stor variation av kliniska tecken. PEM kan vara primär eller sekundär. Primär PEM kan vara resultatet av för litet intag mat och sekundär PEM är resultatet av sjukdom. PEM kan ses som ett tillstånd av obalans mellan energiintag och omsättning av näringsämnen och kan leda till förlust av kroppsmassa, funktionella störningar och ökad sjuklighet (Cederholm, 2004). PEM är vanligt förekommande hos den äldsta gruppen (Suominen, 2007). Flertalet malnutrierade äldre har många år kvar att leva. För dem kan det betyda att en dålig näringsstatus medför ökad sjuklighet. PEM kan leda till att immunförsvaret försämras, orken minskar, assistansbehovet ökar och depressivitet kan uppträda som en konsekvens av detta (Cederholm, 2004).

Malnutrition hos äldre uppstår normalt som tre olika tillstånd: sarkopeni, anorexia och kakexi (mycket försämrat allmäntillstånd). Aptitförlust, fysisk inaktivitet och litet näringsintag kan leda till oavsiktlig viktnedgång och kallas för åldersdegenererad anorexia. Sarkopeni betyder förlust av muskelmassa samt minskad styrka beroende på avtagande fysisk aktivitet och/eller proteinmalnutrition. Kakexi innebär utmärgling vilket leder till avtagande av cytokinproduktionen (små proteiner som produceras av immunförsvaret) som i sin tur leder till nedbrytning av både fett och muskelmassa, vilket är av betydelse i utveckling av

åldersrelaterad sarkopeni. När sarkopeni når ett stadium som påverkar den äldres förmåga att utföra dagliga aktiviteter blir det ett problem både för över och underviktiga äldre (Suominen, 2007).

Den tidiga fasen av åldrandet 55-65 år är oftast associerad till en positiv energibalans med ökat kroppsfett. Under den påföljande fasen efter 65-75 år börjar kroppsfettet och kroppsmassan minska och kontinuerligt avta och övergå till en negativ energibalans. Det svåra är i vilken ålder den negativa energibalansen kan identifieras. Näringsintaget minskar med 20 % mellan 70 – 80 år. Till fysiologiska faktorer hör neurologiska, hormonella och metaboliska mekanismer. Icke/fysiologiska faktorer som orsakar viktnedgång är sociala, medicinska och farmakologiska faktorer. Skräpigheten hos de äldre går hand i hand med vikt förlust och eller näringsbrist. Absorptionen (upptaget) av mineraler och spårämnen fördröjs och de hormonella och metaboliska funktionerna förändras vid åldrandet. Förändringar i det endokrina systemet (omdirigering) har en påverkan på näringsbehovet och nutritionsstatusen (Suominen, 2007). Undernäring är ett samspel mellan medicinska, åldersrelaterade och psykosociala faktorer som kan leda till nedsatt aptit och obalans mellan uppbyggande och nedbrytande processer i kroppen (Cederholm, 2004).

#### 1.1.4 Åtgärder vid näringsbrist

Näringsbrist kan åtgärdas genom att fastställa riskfaktorer, kostbehandling, kosttillägg, näringsrekommendationer samt att tillföra näring med hjälp av sond (Suominen, 2007). Omran & Salem (2002) beskriver att riskfaktorer kan vara depressioner och medicinska sjukdomar. Andra orsaker kan vara anorexi, dieter och möjlighet att laga mat. Jakobsson et al. (2000) beskriver att rädsla för att sätta i halsen kan besvära många äldre patienter och påpekar vikten av att personalen har kunskap om detta. Att identifiera faktorer för malnutrition är en direkt hjälp i fortsatt behandling (Omran & Salem, 2002). Vikt förlust hos den kroniskt sjuka eller den åldrande individen uppgår vanligtvis till 2-3 kg/år. En sådan energiobalans motsvarar i genomsnitt 50 kcal per dag -> ½ ostmörgås. Således krävs en ganska liten insats för att bromsa vikt förlusten om behandlingen påbörjas i tid (Cederholm, 2004). För majoriteten av malnutrierade äldre innebär kostbehandling en förstärkning av det dagliga matintagets energi- och proteininnehåll (Cederholm, 2004).

Flytande kosttillägg bör erbjudas tidigt i form av näringsdrycker. Dessa har ett energi/och näringsinnehåll mellan 85 och 200 kcal. Beroende på behovet ordineras en till två förpackningar/dag, helst givet som mellanmål. Enteral nutrition behövs om ovanstående

insatser är otillräckliga. Enteral nutrition ges främst via PEG, men kan ges via näs-mag-sond om behandlingen beräknas vara kortare än 4 veckor (Cederholm, 2004). Den åldersdegenerativa processen kan ändra näringsbehovet. Äldre som intar mindre mat kan behöva näringsrekommendationer, främst av dietist (Suominen, 2007). Suominen (2007) menar att planering av närings- och energiintag borde göras för alla över 70 år fyllda som bor på institution. Då näringsbristen hos den äldre patienten hotar den hennes hälsa och tillfrisknande är det viktigt att beakta detta i vården av äldre människor i hemmet och på institution (Suominen, 2007).

## 1.2 Teoretisk referensram

Florence Nightingale belyser att omvårdnaden handlar om att stödja naturens egna processer att återställa kroppen. Symptom och obehag som kan bero på brist av frisk luft, ljus, värme, stillhet eller diet kanske inte har alls har att göra med sjukdomen, utan dessa lidanden uppstår i brist på omsorg om patienten (Selanders, Schmieding & Hartweg, 1995). Sjukskötarens observationer och omtanke angående patientens näringsintag, framförallt när patienten är tillräckligt stark att äta, är viktiga observationer i omvårdnaden. Nightingale är den första omvårdnadsteoretikern och är en föregångare till dagens omvårdnad. Hon levde mellan åren 1820 till 1910 i England och etablerade den första sjukskötartutbildningen i London. Hon poängterade att omvårdnaden måste innehålla kunskap, medkänsla och observation när man vårdar en annan människa samt att sjukskötare skall vårda människan och inte sjukdomen (Selanders et al., 1995). Nightingale såg människan som en helhet av både fysiska, sociala, psykiska och andliga element. Miljön var en viktig del i omvårdnadsbegreppet, som skulle ordnas på så sätt att hälsan naturlagar kan inverka. Nightingale såg på hälsan som mer än att bara vara frisk, som att fullt ut kunna bruka sina möjligheter och begåvningar som vi har. Nightingale menade att sjukskötaren är intelligent om hon tänker på att observera matens innehåll, kvalitet och mängd. Att lämna mat på patientens rum för att senare ätas ger patienten avsmak eftersom maten inte längre är färsk (Nightingale, 1989).

### 1.3 Problemformulering

Tillgång till och utbud av hälsosam mat är en grundläggande mänsklig rättighet. Matservice och näringsmässigt god kost i patientcentrerad miljö, så som sjukhus och ålderdomshem, är en viktig del för att minska sjukhusvistelsen och ge ökad livskvalitet samt undvika för patienten onödiga kostnader för hälso- och sjukvård. På vilket sätt kan omvårdnaden medverka till att nutritionsstatus hos äldre patienter uppehålls och undernäring förebyggs?

### 1.4 Syfte och frågeställningar

Syfte med denna studie är att beskriva faktorer i omvårdnaden som förebygger undernäring hos den äldre patienten. Frågeställningar:

*Hur mäts och kontrolleras näringstillståndet?*

*Vilka olika sätt finns det att tillföra näringen?*

*Vilken kunskap behövs för att förebygga undernäring?*

*Vad i vårdmiljön inverkar på näringstillståndet?*

### 1.5 Metod

Metoden är en litteraturstudie, vilket innebär att det material som har använts är av redan befintligt vetenskapligt material. På ett strukturerat sätt gjordes sökningar på artiklar inom området för att få en bild över det utvalda området, utan avgränsning i val av kvantitativa eller kvalitativa artiklar. Medvetenheten om risken att göra ett selektivt urval av artiklarna togs i beaktande samt förförståelsen av problemområdet (Friberg, 2006).

#### 1.5.1 Litteratursökning

Litteratursökningen av artiklarna var på databasen Ebsco Host, med alternativen: Academic Search Elite och CINAHL med begränsningarna: Full Text och Peer Reviewed. Sökorden användes systematiskt i flera kombinationer av *nursing, caring, elderly, patient, malnutrition, prevention, explore, enteral nutrition, nutrition disorders, older patients and undernutrition*.

Sedan utökades sökorden till *meal, meal situation, intervention* och *nursing* där trunkering användes för att få med de olika böjningarna på *nursing*, till att komma närmare vårt syfte. Först lästes rubrikerna, sedan abstrakten. De artiklar som verkade innehålla den information som motsvarade vårt syfte, lästes sedan igenom i fulltext. Flera artiklar gick inte att få i fulltext, så de fjärrlånades för att kunna läsas i fulltext. Några artiklar valdes genom manuell sökning efter råd om sökning via referenslistor.

I början lästes många rubriker på artiklar och en del abstrakt. När flera sökord användes kom ämnet närmare examensarbetets syfte och till vårdhandlingar för att förebygga undernäring. Då valdes artiklar som handlar om undernäring och äldre ut för närmare läsning. När sökträffarna var noll trädde smart textsökning in. Då blev sökträffarna många. Då lästes mellan 15 till 35 abstrakt i varje sökning. Artikelsökningen påbörjades i oktober 2009. De begränsningar som användes vid artikelsökningen var Peer Reviewed, Full text, *age 65+* och årtalen 1995 – 2009. Längre fram i sökningen utökades begränsningen till artiklar skrivna på engelska och *age 80+* för att komma åt specifikt vårdhandlingar. Ingen geografisk begränsning användes vid sökningen. De 14 artiklar som utvaldes är mellan åren 1999 till 2009. Översiktstabell av sökord och träffar för de artiklar som valts för analys presenteras i bilaga 1.

### 1.5.2 Analys

Av de 14 artiklar som valdes ut för analys var 10 kvantitativa artiklar, tre kvalitativa artiklar och en artikel som var både kvantitativ och kvalitativ. Dessa artiklar analyserades genom en systematisk litteraturstudie. Analysmetoden innebar att läsa och granska resultattextern i artiklarna i förhållande till frågeställningarna som ställs mot texten. Artiklarna bearbetades en och en. Svaren på frågorna skrevs in i tabell (se bilaga 2) (Olsson & Sörensen, 2007). Därefter koncentrerades texten till kategorier och underkategorier i enlighet med Lundman & Graneheim Hällgren (2008). En analys över de artiklar som presenteras i resultatet finns i bilaga 3.

## 2. RESULTAT

Vid analysen av de 14 artiklarna framkom fyra kategorier. Kategorin *att mäta och kontrollera näringstillståndet* består av två underkategorier, kategorin *serveringsmodeller* av tre underkategorier, kategorin *kunskap för att förebygga undernäring* av två underkategorier och kategorin *vårdmiljöns inverkan på näringsintaget* av två underkategorier. Se tabell 1.

Tabell 1. Analysens kategorier

Underkategorier	Kategorier
<ul style="list-style-type: none"><li>– Att mäta risk för undernäring</li><li>– Att kontrollera näringsintaget</li></ul>	1. Att mäta och kontrollera näringstillståndet
<ul style="list-style-type: none"><li>– Att servera måltiden</li><li>– Att få hjälp vid måltiden</li><li>– Att berika kosten</li></ul>	2. Serveringsmodeller
<ul style="list-style-type: none"><li>– Kunskap om undernäring och användning av mätinstrument</li><li>– Samarbete mellan andra yrkesgrupper</li></ul>	3. Kunskap för att förebygga undernäring
<ul style="list-style-type: none"><li>– Måltidens inverkan på näringsintag</li><li>– Personalens påverkan till näringsintaget</li></ul>	4. Vårdmiljöns inverkan på näringsintaget

### 2.1 Att mäta och kontrollera näringstillståndet

Syftet i studien var att beskriva faktorer i omvårdnaden som förebygger undernäring hos den äldre patienten som att mäta och kontrollera näringstillståndet av vilket är en del av sjukskötarens vårdhandlingar. I analysen framkom fyra olika sätt att mäta näringstillståndet. Sedan framkom det två olika sätt att föra kontroll över patientens näringsintag.

#### 2.1.1 Att mäta risk för undernäring

De mätningar som framkom i analysen var fyra olika varianter som består av en kombination av frågor, mätningar, blodprover och uppskattning av mängd. Mätinstrumentet *Nutritional form for the elderly* (NUFFE) användes för äldre patienter för att upptäcka undernäring och dem som var i risk för undernäring. Sjukskötaren intervjuade patienterna, mätte deras BMI samt kontrollerade albuminnivån genom blodprov (Söderman & Söderman, 2002). Vidare var

mätinstrumentet *Mini Nutritional Assessment* (MNA) användbart. Sjukskötaren frågade patienten, vägde och mätte överarmen och vedomkretsen (Lauque, Arnaud-Battandier, Mansourian, Guigoz, Paintin, Nourhasemi & Vellas, 2000; Söderman & Söderman, 2002; Soini, Routasalo & Lagström, 2004; Suominen, Kivisto & Pitkala, 2007). Enligt en studie av Soini et al. (2004) stiger det fram att de patienter som har tugg/och sväljproblem har mycket lägre poäng enligt MNA och de patienter som led av muntorrhet samt tugg/och sväljproblem hade ännu lägre poäng enligt MNA.

*Food and Fluid Estimation Diagram* (FFED) användes för att mäta patientens totala mat/och dryckintag under hela dagen (Andrews & Hammer Castellanos, 2003). Andrews et al. (2003) gjorde en studie för att utveckla en metod för att uppskatta och utvärdera intaget av näring och vätska i det vardagliga vårdarbetet på institutioner. Det framkom också i samma studie att denna mätmetod genom en uppskattning av närings/och vätskemängdintaget under en dag, gav 86 % tillförlitlighet av matintaget och en 90 % tillförlitlighet av vätskeintaget. Intaget av den halvfasta maten gav 69 % tillförlitlighet. I studien framkom även att alla sjukskötare kunde på ett effektivt sätt använda detta mätinstrument. Syftet med detta instrument var att vårdpersonalen rätt snabbt skall få en överblick av näringshalten hos den mat som serverades till de äldre patienterna under dagen (Andrews et al., 2003).

Wright (1999) gjorde en studie vars syfte var att utveckla en enkel och snabb metod för sjukskötare att använda på institutioner för att upptäcka de patienter som är i riskzonen för undernäring. Mätmetoden bestod av strukturerade frågor till patienter och sjukskötare och vägning och mätning av patienterna (Wright, 1999). Vidare framkom att denna typ av frågeformulär behöver genomgå en förändring för att öka tillförlitligheten. Strukturerade frågor användes tillsammans med mätinstrumentet MNA i en studie gjord av Soini et al. (2004), där frågorna var utformade för att få information om patientens hemsituation: Bor patienten ensam? Är patienten i behov av hemhjälp? Blir maten hemkörd? Studien visade att de patienter som var undernärda bodde ensamma och två tredjedelar var i behov av daglig hemhjälp, samt att av patienter som var i riskzonen för undernäring bodde två tredjedelar ensamma och en tredjedel var i behov av daglig hemhjälp (Soini et al., 2004).

### 2.1.2 Att kontrollera näringsintaget

I en studie gjord av Suominen, et al. (2007) användes kostdagbok som ett mätinstrument för att mäta och följa upp näringsstatusen, samt för att upptäcka eventuella näringsproblem. I denna studie ingick kostdagboken i personalutbildningen i näringstillförelse, vilket maten

vägdes och näringsstatusen räknades ut. Studien visade att efter användandet av kostdagboken i ett år hade 16 % av patienterna ökat sin näringsstatus till god näringsstatus enligt mätinstrumentet MNA (Suominen, et al., 2007). Att kontrollera intaget av näringsmängden i form av näringsdryck är ett sätt att mäta näringsintaget hos patienten (Capra, Collins, Lamb, Vanderkroft & Wai-chi Chan, 2008; Price, McMurdo & Anderson, 2006). I en studie av Price et al. (2006) kom det fram att intaget av näringsdryck utgjorde en fjärdedel av det dagliga energibehovet. I en studie gjord av Smoliner, Norman, Scheufele, Hartig, Pirlich & Lochs, (2007) fick en grupp äldre patienter proteinberikad mat. I studien framkom att de patienterna hade större intag av proteiner än patienterna i kontrollgruppen, medan energiintaget var lika i båda grupperna (Smoliner et al., 2007).

## 2.2 Serveringsmodeller

Syftet var att beskriva faktorer i omvårdnaden som förebygger undernäring hos den äldre patienten. Det framkom i analysen att sättet som maten tillfördes patienten hade en påverkan på näringsintaget hos patienten. Hur näringen till patienten tillförs är ett omvårdnadsansvar som tillhör sjukskötaren. Till sjukskötarens ansvar hör också att assistera patienten vid matintaget samt att påverka matens energitäthet.

### 2.2.1 Att servera måltiden

Hur maten serverades var av betydelse. När maten serverades på en restaurang kunde patienterna själva välja mellan olika maträtter under några timmar på dagen. Att maten blev skuren och upplagd på ett estetiskt och behagligt sätt var också av betydelse (Sydner & Fjällström, 2005). En annan variant var när maten kom från restaurangen i lådor till en matsal där maten serverades som frukost, lunch och middag på bestämda tider, ett s.k. lunchlådasystem. Patienterna kunde själva välja mellan två till tre maträtter till lunch samt själva hämta smörgås och dryck (Sydner & Fjällström, 2005). Däremot beskriver Sydner & Fjällström (2005) ett annat system där maten serverades färdigt upplagd på tallrik i en matsal utan möjligheter för patienten att välja ett annat alternativ av maten. Smörgås serverades inte till lunch eller middag och inget tillfälle gavs för påfyllning av mat. Måltiderna förlöpte i sådan fart att huvudmålet, efterrätten och kaffet skulle serveras på en halv timme.

### 2.2.2. Att få hjälp vid måltiden

Att hjälpa till vid måltidstillfällena hos patienten visades i en studie gjord av Simmons, Lam, Rao & Schnelle, (2003) vara av stor betydelse för patientens anhöriga. Anhörigas önskan var också att det skulle finnas flera sjukskötare vid matningstillfällena hos patienten. Att servera näringsdryckerna i små mängder och ofta visade en studie gjord av Capra et al. (2008) gjorde att patientens totala intag blev större. När näringsdrycken enbart placerades vid nattduksbordet, var det hela 39 % av patienterna som knappt rörde näringsdrycken (Ross, 1999).

### 2.2.3 Att berika kosten

De patienter som fick näringstillägg i form av näringsdryck gick upp i vikt och de fick samtidigt en ökad aptit (Lauque et al., 2000). Näringsdryck som näringstillägg var både lätt att inta och allmänt accepterad bland de äldre, vilket gjorde att de patienter som fick näringsdryck serverad till sig också intog den. De patienter som var undernärda enligt mätinstrumentet MNA hade den största viktökningen efter att studien hade avslutats (Laugue et al., 2000). I en studie gjord av Smoliner et al. (2007) framkom det att när patienter fick näringsberikad kost och mellanmål ökade deras proteinintag samt att muskelfunktionen inte försvagades, vilket var fallet hos patienterna i kontrollgruppen där proteinökningen uteblev och muskelfunktionen försvagades.

## 2.3 Kunskap för att förebygga undernäring

Syftet var att beskriva faktorer i omvårdnaden som förebygger undernäring hos den äldre patienten. De faktorer som kom fram vid analysen var sjukskötarens kunskap i att använda mätinstrument och att känna igen undernäringen och dess symtom. Dessutom var samarbete mellan andra yrkesgrupper viktigt.

### 2.3.1 Kunskap om undernäring och användning av mätinstrument

När sjukskötaren kunde upptäcka symtom i ett tidigt skede och se riskfaktorerna kunde undernäringens behandling påbörjas vilket minskade de skadliga riskerna vid undernäring. Det är viktigt att ha kunskap i att kunna utvärdera näringsvärde och näringsrekommendationer i matportioner motsvarande de äldre personers behov var värdefullt. Det är likaså viktigt att sjukskötaren kan se kopplingen mellan näringsintaget och patientens välbefinnande, samt vid behov kunna göra förändringar i patientens diet (Söderman & Söderman, 2002; Soini et al.,

2004). Personalens kunskap bestod även i att använda validerade instrument som Mini Nutritional Assessment (MNA) och att föra kostdagbok (Soini et al., 2004; Söderman & Söderman, 2002).

### 2.3.2 Samarbete mellan andra yrkesgrupper

Samarbetet mellan sjukskötare och dietister verkade bli bättre av erfarenhetsutbyte dem emellan (Söderman & Söderman, 2002). En av sjukskötarens arbetsuppgifter är att upptäcka ifall patienten är i riskzon för undernäring eller undernärd så tidig som möjligt, för att kunna ge patienten näringsrik kost. Bland annat här är samarbete mellan dietister och läkare av stort värde för fördjupad information angående patientens näringsbehov (Söderman & Söderman, 2002). I studien gjord av Wright (1999) framkom att samarbetet mellan sjukskötare och dietister kan påverka tillförlitligheten om patientens näringstillstånd ifall uppgifterna ges vid olika dagar.

## 2.4 Vårdmiljöns inverkan på näringsintaget

Syftet var att beskriva faktorer i omvårdnaden som förebygger undernäring hos den äldre patienten. I analysen framkom att vårdmiljön kan ha en inverkan på näringsintaget. Måltidssituationer samt personalens närvaro och inflytande kan påverka näringsintaget hos patienten, vilket är en viktig del av omvårdnaden av patienten.

### 2.4.1 Måltidens inverkan på näringsintaget

Stressiga måltidsrutiner visade att patienterna åt sämre under stress. När personalen önskade avsluta måltiden och delade ut efterrätten slutade patienterna äta huvudmåltiden (Sydner & Fjällström, 2005). Rutiner kring maten och platsen för där måltiden intas gör att det är lättare att äta. Patientens problem i samband med måltiden kan vara funktionella problem som förstoppning, muntorrhet, orolig mage, för tidig mättnadskänsla eller nedsatt matsmältning. Tugg/och sväljsvårigheter visade sig vara vanliga problem, 5 % led av diarré (Soini et al., 2004). Val av måltidsplats konstaterades vara viktigt. Att den äldre själv fick välja var och med vem, samt när man åt och hur maten serverades hade också betydelse. Måltiden i matsal visade öka energiintaget gentemot att äta på rummet medan proteinintaget var opåverkat av val av plats (Wright, 1999; Sydner & Fjällström, 2005; Simmons et al., 2003). Patienterna

hade svårt att dricka kall näringsdryck och var förpackningarna svåra att öppna minskade näringsintaget (Capra et al., 2008).

#### 2.4.2 Personalens påverkan till näringsintaget

Personalens kunskap visade att energiintaget ökade hos patienten med 21 % ett år efter att personalen fått utbildning i användandet av MNA. Det berodde på att deras förståelse för riskerna i undernäring ökade och att de hade fått större kunskap om metoden (Suominen et al., 2007). När ordinationen på näringsdrycken inte hade en speciell angiven plats där personalen lätt kunde kontrollera rekommendationen, minskade näringsintaget (Ross, 1999). Protein/och energiintaget visades öka när patienterna och personal kunde kommunicera i en positiv atmosfär och patienterna åt bättre när tiden för måltiden var förlängd (Dube, Paquet, Ma, St-Arnaud McKenzie, Kergoat & Ferland, 2007)

### 3. DISKUSSION

Genom ökad kunskap i att använda olika mätinstrument som att mäta näringsstatusen och ha en insikt i näringsens betydelse för hälsan och livskvaliteten kan undernäingsproblematiken minska i vårdsammanhang. Enligt Europarådets resolution från 2003 bör undersökningar göras för att utveckla och validera enkla screeningsmetoder, som syftar till användning på sjukhus och i primärvården. Identifiering av en patient med näringsmässig risk skall följas av en grundlig näringsmässig bedömning.

#### 3.1 Metoddiskussion

I denna litteraturstudie söktes kunskap om att bättre kunna förebygga undernäring hos den äldre patienten. Artiklarna söktes i databaserna Ebsco Host och CINAHL vilket gav både få och många träffar beroende på sökordskombinationen som användes. Det finns många artiklar inom området undernäring, men inte så många artiklar som specifikt handlar om vårdhandlingar som förebygger undernäring. Detta styrde syftet mera mot faktorer i omvårdnaden som förebygger undernäring. Att använda sökordet *nursing* med trunkering innebar att artiklar med ordet *nursing* i olika former kom med och det var till stor hjälp att komma till de artiklar som tog upp omvårdnaden som förebyggande av undernäring. Längre fram i artikelsökningen som motsvarat vårt syfte kunde begränsningen fulltext användas. Begränsningar gjordes till 65+ eftersom arbetet var riktat mot den äldre patienten. Senare gjordes begränsningen till åldern 80+ för att komma ännu närmare artiklar gällande den äldre patienten. Alla artiklar som används i resultatet är ifrån år 2000 och framåt utom två artiklar som är ifrån 1999. Ingen geografisk begränsning gjordes eftersom undernäringen är ett världsomfattande problem.

Frågorna ställdes mot texten för att få svar på syftet angående faktorer i omvårdnaden som förebygger undernäring hos den äldre patienten. Frågorna var ställda med orden: hur mäts och kontrolleras..., vilka olika sätt ..., vilken kunskap behövs... och vad i vårdmiljön inverkar... När artiklarna skulle granskas genom frågeställningarna mot resultattexten, framkom få svar i resultattexten till frågeställningarna. Vidare kommer samma författare upp flera gånger i texten till bakgrunden, vilket härleddes till en omfattande forskning gjord i Finland år 2007 inom äldrevården.

## 3.2 Resultatdiskussion

I arbetet har Florence Nightingales tankar använts om hur omvårdnaden bör göra helandet och tillfrisknandet möjligt genom att stödja kroppens egna läkande processer. I sina anteckningar beskriver hon vikten av sjukskötarens uppfinningsriktighet som egenskap. Hon menar att: ”*varje uppmärksam iakttagare av sjuka kommer att hålla med om att tusentals patienter om året får svälta mitt i ett överflöd endast därför att man försummat att iaktta den metod som är den enda möjliga för att få dem att inta föda*” (Nightingale, 1989).

Syftet med litteraturstudien var att beskriva faktorer i omvårdnaden som förebygger undernäring hos den äldre patienten. Genom analysen av de fyra frågeställningar som ställdes mot resultattexten ledde det fram till fyra kategorier. *Att mäta och kontrollera näringstillståndet* innebär att använda *mätinstrument* i identifiering av undernäring. MNA verkar vara ett väl validerat instrument. Genom utbildning i att använda instrumentet kunde undernäring förebyggas och t.o.m. minskas (Soini et al., 2004). Europarådet prioriterar utbildning i sin resolution från november 2003.

Att föra kostdagbok och följa näringsrekommendationer visade sig vara förebyggande faktorer. Näringsintaget ökade hos de äldre efter att personalen fått mera kunskap om näringens betydelse och genom att identifiera faktorer som riskerade undernäring (Suominen et al., 2007). Detta poängterade Nightingale redan på 1800-talet: Att göra upp scheman på patienternas mattider och iaktta de stunder då patienten är som svagast. Detta för att ändra tiderna för målen och att förhindra att svaghetsperioder uppstår. Allt detta fordrar iakttagelse, uppfinningsriktighet och ihärdighet (Nightingale, 1989).

Olika *serveringsmodeller* påverkar näringstillförseln. Näringsberikad kost i form av näringsdryck eller tillsatt protein och energi i maten ökade intaget vilket kan räknas som en förebyggande faktor (Price et al., 2006). Detta stöds även av Suominen (2007) som rekommenderar att 2-3 näringsdrycker ges som mellanmål. Nightingale (1989) beskriver i sina anteckningar att små mål en gång i timmen, ”*en sked buljong eller arrowrot och vin, ett rått ägg utört med socker*”, skulle vara tillräcklig näring och förhindra patienten att bli alltför kraftlös. Cederholm (2004) talar om att protein-energi/malnutrition (PEM) kan förebyggas om behandlingen startas i tid. Han menar att en halv ostsmörgås till per dag skulle räcka. Florence recept på mellanmål innehåller energi och protein vilket i stort sett kunde tänkas förebygga PEM. System för hur man gjorde för att tillföra näring till de äldre patienterna hade också

betydelse: På vilket sätt man tog emot maten? Som möjligheten att själv kunna välja vad man satte på tallriken och valet av bordsplats vid måltiden.

Vid livets slutskede är det normalt med vikt förlust och anorexi samt tidig mättnadskänsla och illamående hos den äldre döende patienten. Mat och dryck är livsmedel (medel till liv). Näringstillförsel skall syfta till att göra livets slutskede så behagligt som möjligt. Önskningsom något särskilt att äta eller dricka skall uppfyllas (Westergren, 2009). Nightingale menar att om patienten saknar aptit och äter dåligt skall en planering för ökad aptit och kostintag göras. Man ska stimulera patientens aptit genom att åtgärda sättet patienten får sin näring på. Matens sammansättning och önskekost ska tas i beaktande. Man ska låta patienten bestämma mattider, servera maten aptitlig och i små portioner, täta och lätta mellanmål samt närings- och fiberrik kost (Nightingale, 1989). Att inte äta hälsosam mat gav ensamboende äldre kvinnor dåligt samvete. De ville laga bra och attraktiv mat samt göra måltiden till en behaglig stund (Gustafsson & Sidenvall, 2002).

Enligt Europarådets rekommendationer (2003) bör alla patienter ha möjlighet att välja sin måltidsmiljö. Det förekommer att äldre personer som bott ensamma minskat i vikt pga. att de lidit av brist på social samvaro och sedan ökat i vikt för att de fått måltider serverade när de flyttat till särskilt boende (Westergren, 2009). God service på vårdhem i en familjär miljö får energiintaget att öka. En familjär stil vid måltidstillfällen har visat öka livskvaliteten, den fysiska förmågan och BMI hos de äldre inneboende. Interaktionen mellan vårdaren och den äldre patienten under måltiderna har visat vara en viktig påverkande faktor inför konsumtionen av måltiden (Suominen, 2007).

Resultatet visade att *kunskap för att förebygga undernäring* är viktigt för att förebygga undernäring. Soini et al., (2004) beskriver vikten av att behärska mätinstrumenten som finns tillgängliga. När vårdpersonalen behärskade och förstod vikten av mätinstrumentet kunde undernäringen förebyggas. Att kunna samarbeta med dietist var också viktigt i det förebyggande arbetet. Suominen (2007) menar att alla över 70 år fyllda som bor på institution behöver nutritionsplanering av dietist. Florence beskriver i sina anteckningar att sjukskötaren lär sig vårda patienten i det praktiska vårdarbetet (Nightingale, 1989). Denna kunskap att använda mätinstrument behöver etableras i vårdverkligheten för att i framtiden finnas som ett viktigt verktyg i identifiering av undernäring.

En god näringsstatus bland äldre boende är ett resultat av ett gott samarbete bland personalen. Det ligger i kökspersonalens ansvar att maten innehåller tillräckligt med energi och näring

samt att matens utseende är attraktivt för de boende. Sjukskötarens ansvar är att hjälpa de äldre boende med måltiden och mäta nutritionsstatus. Större samarbete behövs för att identifiera det individuella behovet av näring och tillfredställa detta behov, på ett sådant sätt att det förbättrar livskvaliteten (Suominen, 2007).

Vidare är *vårdmiljöns inverkan på näringstillståndet* en viktig faktor. Stressiga måltidstillfällen gjorde att patienterna åt mindre. Familjära måltidstillfällen visade öka aptiten och det totala energiintaget enligt Suominens (2007) undersökning. Social samvaro vid måltidstillfällen kan ge en känsla av säkerhet och struktur på de dagliga rutinerna. Att främja den sociala och fysiska miljön under måltider motverkar minskning av näringsintaget och ökar livskvaliteten hos de äldre boende på vårdhem. Till måltidsförhållanden hör atmosfären i den sociala och fysiska miljön under målet (Suominen, 2007; Dube et al., 2007).

Funktionella problem som förstoppning, för tidig mättnadskänsla samt tugg och sväljsvårigheter försvårade avsevärt måltiden. Wårdh et al., (1999) poängterar munhygien och menar att vårdpersonal underprioriterar oral hälsa. Att kunna erbjuda näringsdryckförpackningar som är lätta att öppna och att organiseringen av hur och när förpackningen ges var av vikt (Capra et al., 2008). Nightingale (1989) menar att man inte ska lämna mat kvar hos patienten som denna inte rört, i hopp om att han ska äta det som mellanmål. Det betyder helt enkelt att patienten hindras från att äta något alls. Florens menar att maten alltid ska serveras nylagad och färsk. Maten ska komma på rätt tid och tas bort på rätt tid antingen det ätits eller inte (Nightingale, 1989). Både personal och patienter vill göra måltiden till en naturlig och oberoende situation som möjligt, men strävandet till samma mål hade olika konsekvenser för personal och patienter (Sidenvall, Fjällström & Ek, 1994).

Familjär stil på måltiden innebär dukar på bordet, god dryck, inget plastmaterial användes, kompletta bestick, servetter och blommor på bordet. Maten serveras på tallriken vid bordet, med individuellt val av portionsstorlek och val av mat. Personalen sällskapar med de boende vid bordet, mediciner delas ut innan måltiden börjar. De boende serverar sig själva i mån av möjlighet med assistans av bordskamrat eller personal. Måltiden börjar när alla sitter. Det bör ges möjlighet för en bön eller en reflexion i stunden. Under måltiden utförs inga aktiviteter som städning eller liknande saker. Matsalen stängs för obehöriga som inte deltar i måltiden och mediciner och dokument bör vara utom synhåll (Suominen, 2007).

Stroeble & Castro (2004) påpekar också att behagligt ljud och ljus påverkar aptiten positivt vilket kunde anses som en förebyggande faktor. Enligt Nightingale (1989) skapar onödigt ljud

som buller lidande hos patienten genom att patienten tvingas lyssna och det skapar en ansträngning som påverkar kroppens egna hälsoläkande effekter negativt.

Suominen, Sandelin, Soini & Pitkälä (2009) berättar i sin undersökning att sjukskötarna konstaterade att 15,2 % av patienterna var malnutrierade, medan MNA visade att 56,7 % var malnutrierade. Dessa patienter som sjukskötarna trodde var malnutrierade visade sig vara direkt anorektiska. Dessa hade ett BMI snitt på 17,2. Sjukskötarna tog i beaktande endast en tredjedel som malnutrierade. Av dem som hade ett BMI >24 men MNA <17 beaktades 2 % som malnutrierade. Även de patienter som beaktades som malnutrierade fick mindre näringstillägg än de som betraktades som normalt närda. Som det var fick endast en patient av sex patienter som var malnutrierade näringstillägg. Sjukskötarens observationer beskrivs som mycket viktiga i Nightingales anteckningar. Att observera patientens nutritionstillstånd är sjukskötarens plikt. Varför det fortfarande existerar malnutrition tyder på att det i utbildningen sätts för liten vikt på dessa faktorer och sjukskötarens behöver lära sig använda de mätinstrument som finns tillgängliga som t.ex. MNA.

### 3.3 Konklusion

Sjukskötarens behöver lära sig använda mätinstrument som MNA. Genom att observera patientens näringstillstånd och stöda de naturligt läkande processerna i kroppen kan undernäring förebyggas. Omvårdnaden bör koncentreras runt hela människan.

## KÄLLFÖRTECKNING

Adams, N.E., Bowie, A.J., Simmance, N., Murray, M. & Crowe, T.C. (2008). Recognition by medical and nursing professionals of malnutrition and risk of malnutrition in elderly hospitalised patients, *Nutrition & Dietetics*, 65, s.144-150.

Andersson, I. & Sidenvall, B. (2001). Case studies of food shopping, cooking and eating habits in older women with Parkinson's disease. *Journal of Advanced Nursing*, 35, 1, s. 69-78.

Andrews, Y.N. & Hammer Castellanos, V. (2003). Development of a method for estimation of food and fluid intakes by nursing assistants in long-term care facilities: A pilot study. *Journal of the American Dietetic Association*, 103, s. 873-877.

Capra, S., Collins, C., Lamb, M., Vanderkroft, D. & Wai-chi Chan, S. (2008). Nursing interventions to minimise undernutrition in older patients in hospital. *Nursing Standard*, 22, 41, s. 35-40.

Carriere, I., Dupuy, A-M., Lacroux, A., Cristol, J-P., Delcourt, C. & Pathologies Oculaires Liées à l'Age Study Group. (2008). Biomarkers of Inflammation and Malnutrition Associated with Early Death in Healthy Elderly People, *Journal American Geriatrics Society*, 56, 5, s. 840-846.

Cederholm, T. (2004). Nutrition hos äldre. *Nordisk Geriatrik*, 1, s. 32-36.

Chia-Hui Chen, C., Schilling, L.S. & Lyder, C.H. (2001). A concept analysis of malnutrition in the elderly. *Journal of Advanced Nursing*, 36, 1, s. 131-142.

Dube, L., Paquet, C., Ma, Z., St-Arnaud McKenzie, D., Kergoat, M-J. & Ferland, G. (2007). Nutritional implications of patient-provider interactions in hospital settings: evidence from a within-subject assessment of mealtime exchanges and food intake in elderly patients. *European Journal of Clinical Nutrition*, 61, s. 664-672.

Ebrahimi, Z. & Wijk, H. (2009). En hypotesgenererande studie av nattfastans längd, undernäring och hälsorelaterad livskvalitet hos äldre. *Vård i Norden*, 29, 1, s. 45-48.

Europarådet - Europarådets ministerkommitté. (1959). *Resolution ResAP (2003) 3 om mat och näring vård på sjukhus* [www]. Hämtat 04.03.2010.

[http://www.bapen.org.uk/pdfs/coe\\_adoption.pdf](http://www.bapen.org.uk/pdfs/coe_adoption.pdf)

Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur.

Gustafsson, K., Andersson, I., Andersson, J., Fjellström, C. & Sidenvall, B. (2003). Older Women's Perceptions of independence Versus Dependence in Food-Related Work. *Public Health Nursing*, 20, 3, s. 237-247.

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

Jacobsson, C., Axelsson, K., Österlind, P.O. & Norberg, A. (2000). How people with stroke and healthy older people experience the eating process. *Journal of Clinical Nursing*, 9, s. 255-264.

Johansson, U. (2007), *Näring och hälsa*. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur.

Lauque, S., Arnaud-Battandier, F., Mansourian, R., Guigoz, Y., Paintin, M., Nourhasemi, F. & Vellas, B. (2000). Protein-energy oral supplementation in malnourished nursing-home residents. A controlled trial. *Age and Ageing*, 29, s. 51-56.

Lundh, B. & Malmquist, J. (2005). *Medicinska Ord, Det medicinska språket: begrepp, definitioner, termer*. Lund: Studentlitteratur.

Lundman, B. & Graneheim Hällgren, U. (2008). *Kvalitativ innehållsanalys*. Gransäter, M. & Höglund Nielsen, B. [Red.]. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Moynihan Ramsey, K., Marcheua, B., Kohsaka, A. & Bass, J. (2007). The clockwork of the metabolism Annu. *Nutrition Reviews*, 27, s. 219-240.

Nightingale, F. (1989). *Anteckningar om sjukvård, ...ur vårt tidsperspektiv*. Skellefteå: Artemis.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. 2 uppl. Stockholm: Liber.

Omran, M.L. & Salem, P. (2002). Diagnosing Undernutrition. *Clinics in Geriatric Medicine*, 18, s. 719-736.

- Price, R.J.G., McMurdo, M.E.T. & Anderson, A.S. (2006). A personalized snack-based intervention for hip fracture patients: development, feasibility and acceptability. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 19, s. 139-145.
- Ross, F. (1999). An audit of nutritional supplement distribution and consumption on a care of the elderly ward. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 12, s. 445-452.
- Saletti, A., Johansson, L. & Cederholm, T. (1999). Mini Nutritional Assessment in elderly subjects receiving home nursing care. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 12, s. 381-387.
- Schenker, S. (2003). Undernutrition in the UK. *British Nutrition Foundation*, 28, s. 87-120.
- Selander, L.C., Schmieding, N.J. & Hartweg, D.L. (1995). *Omvårdnadsteorier IV; Florence Nightingale, Dorothea Orem, Ida Jean Orlando*. Lund: Studentlitteratur.
- Shepherd, A. (2009). Nutrition through the life span. Part 3: adults aged 65 years and over. *British Journal of Nursing*, 18, 5, s. 301-307.
- Sidenvall, B., Fjellström, C. & Ek, A-C. (1994). The meal situation in geriatric care – intentions and experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 20, s. 613-621.
- Simmons, S.F., Lam, H.Y., Rao, G. & Schnelle, J.F. (2003). Family members' Preferences for Nutrition Interventions to Improve Nursing Home Residents' Oral Food and Fluid Intake. *The American Geriatrics Society*, 51, s. 69-74.
- Smoliner, C., Norman, K., Scheufele, R., Hartig, W., Pirlich, M. & Lochs, H. (2007). Effects of food fortification on nutritional and functional status in frail elderly nursing home residents at risk of malnutrition. *Nutrition*, 24, s. 1139-1144.
- Soini, H., Routasalo, P. & Lagström, H. (2004). Characteristics of Mini-Nutritional Assessment in elderly home-care patients. *European Journal of Clinical Nutrition*, 58, s. 64-70.
- Stroeble, N. & De Castro, J-M. (2004). Effekt of ambivalence on food intake and food choice. *Nutrition*, 20, s. 821-838.
- Suominen, M., Muurinen, S., Routasalo, P., Soini, H., Suur-Uski, I., Peiponen, A., Finne-Soveri, H. & Pitkala, K H. (2005). Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing homes in Helsinki. *European of Clinical Nutrition*, 59, s. 578-583.

Suominen, M. (2007). Nutrition and Nutritional care of Elderly people in Finnish Nursing Homes and Hospitals. *Department of General Practice and Primary health care University of Helsinki, Finland, Helsinki University, 30 November, Doctoral Theses.*

Suominen, M H., Kivisto, S M. & Pitkala, K H. (2007). The effects of nutrition education on professionals' practice and on the nutrition of aged residents in dementia wards. *European Journal of Clinical Nutrition*, 61, s. 1226-1232.

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, s. 292-296.

Sydner, Y.M. & Fjällström, C. (2005). Food provision and the meal situation in elderly care – outcomes in different social contexts. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 18, s. 45-52.

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

Westergren, A. (2009). *Nutrition och ätandet*. I: Edberg, A-K. & Wijk, H. [Red.]. *Omvårdnadens grunder hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur.

Wright, L. (1999). A nutritional screening tool for use by nurses in residential and nursing homes for elderly people: development and pilot study results. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 12, s. 437-443.

Wright, L., Hickson, M. & Frost, G. (2006). Eating together is important: using a dining room in an acute elderly medical ward increases energy intake. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 19, s. 23-26.

Wårdh, I., Hallberg, L.R-M., Berggren, U., Andersson, L. & Sörensen, S. (2000). Oral Health Care – A Low Priority in Nursing. *Scandinavian Journal Caring Science*, 14, s. 137-142.

## Bilaga 1

### Artikelsökning

Databas	Sökord	Limits	Träffar	Valda	Datum
Academic Search, Cinahl	Older patients and undernutrition	Fulltext, Peer Reviewed	28	1	25/10-09
Academic Search, Cinahl	Nursing, elderly, malnutrition and prevention	Fulltext, Peer Reviewed	21	3	25/10-09
Manuell sökning			86	1	14/1-10
Ebsco, Chinahl	Interventions, meal situations, meal	Fulltext, Peer Reviewed, English, 65+	20757	1	12/2-10
Manuell sökning			1	1	12/2-10
Manuell sökning			1	1	12/2-10
Manuell sökning			588237	1	17/2-10
Academic Search Elite, Cinahl	Nurs* intervention malnutrition, patient	Fulltext, Peer Reviewed, English, 80+	110661	4	19/2-10
Academic Search Elite, Cinahl	Nurs* intervention, nutrition elderly patient	Fulltext, Peer Reviewed, English, 80+	131906	1	19/2-10
				14	

## Bilaga 2

### Frågeställningar; två exempel

Artikelnamn	1. Hur mäts och kontrolleras näringsstillståndet?	2. Vilka olika sätt finns det att tillföra näringen?	3. Vilken kunskap behövs för att förebygga undernäring?	4. Vad i vård miljön inverkar på näringsintaget?
<p><b>Nursing interventions to minimise undernutrition in older patients in hospital</b></p> <p><b>Författare:</b> Capra, S., Collins, C., Lamb, M., Vanderkroft, D. &amp; Waichi Chan, S.  <b>Tidskrift:</b> Nursing Standard, 2008</p>	<p>Genom att kontrollera intaget på rekommenderad mängd av näringsdryck.</p>	<p>Att dricka små klunkar näringsdryck i gången och inte en stor mängd på en gång. Att få näringsdryck på kvällen. Att ofta inta något mellanmål.</p>		<p>Att näringsdryckens temperatur är passande för patienten, samt att drycken går lätt att öppna.</p>
<p><b>The effects of nutrition education on professional's practice and on the nutrition of aged residents in dementia wards</b></p> <p><b>Författare:</b> Suominen, M H., Kivisto, S M. &amp; Pitkala, K H.  <b>Tidskrift:</b> European Journal of Clinical Nutrition, 2007</p>	<p>Genom att fylla i en kostdagbok. Mätningar med MNA, näringsdagbok.</p>		<p>Hur att fylla i en kostdagbok. Hur att använda mätinstrumentet MNA. Kunskapen om hur stor mängd energi äldre patienterna är i behov av. Kunskapen i sambandet mellan nutritionen och välmåendes omfattning. Kunskapen i att väga patientens matportion och bedöma energi- och näringsintaget underlättade att känna igen näringsproblemen och kunna göra en bra förändring på patientens diet. Kunskapen i att kunna utvärdera om matportionen motsvarar närings rekommendation för de äldre personerna.</p>	

## Bilaga 3/1(4)

### Artikelöversikt

Artikelnamn	Problem, Syfte	Urval, Metod	Resultat
<p><b>Titel:</b> Food provision and the meal situation in elderly care – outcomes in different social contexts</p> <p><b>Författare:</b> Sydner, Y. M. &amp; Fjellström, C.</p> <p><b>Tidskrift/årstal</b> Journal Human Nutrition and Dietetics, 2005</p>	<p>Problemet kring patientens näringsintag, som kan påverkas av sjukdom, matsituationer och dyl.</p> <p>Syfte med studien var att studera hur mycket rutiner, organiserad ordning och handlande påverkade patienternas mat och måltidstillfällen.</p>	<p>En studie på fyra olika äldreboende gjordes om tillgången till mat och arrangemanget kring måltiden.</p> <p>Kvalitativ metod, som gjordes genom observationer.</p>	<p>Maten serverades på tre olika sett. - I restaurangen där de kunde välja på olika maträtter och kombinera olika saker på tallriken samt drickat till och de kunde också välja på tiden mellan 11-16, när de skulle gå och äta.</p> <p>- En del av dagen servering, där kunde de välja mellan två till tre maträtter på bestämda tider.</p> <p>- Dygnet runt servering, där fanns det bara ett val av mat och på en bestämd tid.</p>
<p><b>Titel:</b> Reliability and validity of nutritional form for the elderly (NUFFE)</p> <p><b>Författare:</b> Söderman, U. &amp; Söderman, O.</p> <p><b>Tidskrift/årstal</b> Journal of Advanced Nursing, 2002</p>	<p>Hur att med enkla redskap kunna upptäcka undernäring i tid hos de äldre, för att nå ett bättre näringstillstånd.</p> <p>Syftet var att studera mätinstrumentet NUFFE och dess validitet och reliabilitet.</p>	<p>42 män och 72 kvinnor deltog i studien, vilka var i åldern mellan 65-92 år på ett äldreboende. De interjuvades genom att använda mätinstrumenten MNA och NUFFE.</p> <p>Kvantitativ metod genom interjuver i användandet av MNA och NUFFE som mätinstrument.</p>	<p>Visade att NUFFE var ett rätt tillförlitligt mätinstrument att identifiera undernäring och risk för undernäring hos äldre patienter.</p>
<p><b>Titel:</b> Characteristics of Mini-Nutritional Assessment in elderly home-care patients</p> <p><b>Författare:</b> Soini, H., Routasalo, P. &amp; Lagström, H.</p> <p><b>Tidskrift/årstal</b> European Journal of Clinical Nutrition 2004</p>	<p>Att kunna göra en riskbedömning om de äldre som får hemhjälp lider av undernäring.</p> <p>Syftet var att studera hur MNA verkar som mätinstrument hos denna patientgrupp.</p>	<p>178 patienter deltog i en cross-sectional studie.</p> <p>Patienterna fick svara på strukturerade frågor som är indelade i olika delar.</p>	<p>Visade att 3% var undernärda, 48% var i riskzonen för undernäring och resten väl närda.</p>

Artikelnamn	Problem, Syfte	Urval, Metod	Resultat
<p><b>Titel:</b> The effects of nutrition education on professionals' practice and on the nutrition of aged residents in dementia wards</p> <p><b>Författare:</b> Suominen, M H., Kivisto, S M. &amp; Pitkala, K H.</p> <p><b>Tidskrift/årtal</b> 2007 European Journal of Clinical Nutrition</p>	<p>Undernäring är ett vanligt problem bland äldre på äldreboende samt att undernäringsproblematiken är mycket underdiagnostiserad.</p> <p>Syftet med studien var att utvärdera och fastställa utbildningens resultat hos personalen om nutritionen hos äldre invånare.</p>	<p>28 personer av personalen deltog i halv-strukturerade frågor.</p> <p>Utvecklade ett utbildningsprogram till personalen om nutritionen och hur att mäta den. Frågsvaren analyserades både kvalitativt och kvantitativt.</p>	<p>Energi intaget ökade med 21 % efter att personalen hade fått utbildning om nutrition samt att 42 % av patienterna gick upp i vikt.</p>
<p><b>Titel:</b> Development of a method for estimation of food and fluid intakes by nursing assistants in long-term care facilities: A pilot study</p> <p><b>Författare:</b> Andrews, Y. N. &amp; Hammer Castellanos, V.</p> <p><b>Tidskrift/årtal</b> Journal of the Amerikan Dietetic Association, 2003</p>	<p>Hur viktigt det är att sjukskötaren kan uppskatta vilka patienter som är i riskzon för undernäring.</p> <p>Syftet var att utveckla en metod för att kunna uppskatta intag av näring och vätska hos de äldre patienterna i det vardagliga vårdarbetet.</p>	<p>180 patienter på ett ålderdomshem ingick i en kvantitativ studie, där 14 sjukskötare gjorde en uppskattning om mat- och vätskeintaget.</p> <p>Att utveckla och utvärdera en metod för att uppskatta intaget av näring och vätska i det dagliga vårdarbetet.</p>	<p>Sjukskötarna kunde till 85 % uppskatta rätt utav de 384 simulerade mat intags tillfällena, dryckerna till 90% samt den halvfasta maten till 69%. De 14 sjukskötarna kunde på ett effektivt sätt använda FFED (Food and Fluid Estimation Diagram) till att utvärdera intaget av de 34 stimulerade matvarorna.</p>
<p><b>Titel:</b> Family members' Preferences for Nutrition Interventions to Improve Nursing Home Residents' Oral Food and Fluid Intake</p> <p><b>Författare:</b> Simmons, S. F., Lam, H. Y., Rao, G. &amp; Schnelle, J. F.</p> <p><b>Tidskrift/årtal</b> The Amerikan Geriatrics Society, 2003</p>	<p>Undernäring och viktnedgång är ett vanligt rådande problem inom äldreboenden, samt när mellanmål blev given så var det nästan enbart i flytande form.</p> <p>Syftet var att mäta familjemedlemmarnas inställning till att hjälpa förbättra det orala mat och vätskeintaget för deras anhöriga på äldreboende.</p>	<p>105 patienter ifrån tre olika ålderdomshem ingick i en mätning av deras anhörigas vårdhandlingar i att öka mat intaget hos patienterna.</p> <p>Kvantitativ studie, där anhöriga fick svara på ett frågeformulär som innehöll 15 olika val som de var tvungna att välja emellan.</p>	<p>Anhöriga visade intresse i vårdhandlingar för att föröka mat- och dryckintaget hos familjemedlemmen. Då skapades en lista på 6 olika vårdhandlingar ifrån det viktigaste till mindre viktiga utföranden.</p>
<p><b>Titel:</b> Protein-energy oral supplementation in malnourished nursing-home residents. A controlled trial</p> <p><b>Författare:</b> Lauque, S., Arnaud-Battandier, F., Mansourian, R., Guigoz, Y., Paintin, M., Nourhasemi, F. &amp; Vellas, B.</p> <p><b>Tidskrift/årtal</b> Age and Ageing, 2000</p>	<p>Undernäring är ett vanligt problem på äldreboende som kan bero på tugg och sväljsvårigheter, nedsatt smak och luktsinne, samt personalens ouppmärksamhet på patienternas situation och då uteblir annan näringsform och näringsbristen ökar.</p> <p>Syftet med studien var att utvärdera ett näringsstödprogram.</p>	<p>88 patienter som är över 65 år ifrån åtta olika vårdinrättningar, vilka ingick i en studie där de delades upp i fyra grupper beroende på deras BMI status.</p> <p>Kvantitativ studie, där olika mätningar gjordes vid dag 0 och dag 60 samt en uppföljning på mat intaget av protein-energi i form näringsdryck.</p>	<p>De som fick näringsdryck hade ett större energiintag ca; 400 kcal samt en viktökning runt två kg. De som inte fick näringsdryck ökade inte i vikt eller i energiintaget.</p>

Artikelnamn	Problem, Syfte	Urval, Metod	Resultat
<p><b>Titel:</b> Nursing interventions to minimise undernutrition in older patients in hospital</p> <p><b>Författare:</b> Capra, S., Collins, C., Lamb, M., Vanderkroft, D. &amp; Wai-chi Chan, S.</p> <p><b>Tidskrift/år</b> Nursing Standard, 2008</p>	<p>Undernäring är ett världsomfattande problem för äldre patienter på institutioner, som resulterar i allvarliga hälsoeffekter. Syftet med studien var att granska de bästa praktiska evidensbaserade omvårdnadsåtgärder för den äldre patienten på sjukhus.</p>	<p>29 studier med 4021 patienter som var över 65 år på malnutrierade män och kvinnor med stroke och frakturer. Evidens syntes av forskningsartiklar.</p>	<p>Huvudfyndet en markant förbättring av patienternas näringsstillstånd var genom att tillföra näringsdrycker. Näringsstillståndet förbättrades av enteral närings tillförsel, förändring av sjukhusmatens meny, ökat stöd ifrån personal samt införande av riktlinjer.</p>
<p><b>Titel:</b> Effects of food fortification on nutritional and functional status in frail elderly nursing home residents at risk of malnutrition</p> <p><b>Författare:</b> Smoliner, C., Norman, K., Scheufele, R., Hartig, W., Pirlich, M. &amp; Lochs, H.</p> <p><b>Tidskrift/år</b> Nutrition, 2007</p>	<p>Undernäring är ett ofta förekommande problem bland äldre och förknippas med nedsatt funktions status samt högre sjuklighet och dödlighet. Syftet var med studien att utvärdera effekten av 12 veckors näringsåtgärder i form av näringsberikad mat och funktionell status bland de äldre på äldreboendet som är i risk för undernäring</p>	<p>65 patienter fyllde kriterierna för studien, utav dem var 62 patienter i riskgruppen för undernäring och 3 var undernärda. Av dessa 65 patienter så dog 3 patienter, 10 fördes till sjukhuset, sedan hörde 30 till kontrollgruppen och 22 till undersökningen. Ena gruppen fick mat som var berikad med protein och energi samt mellanmål, medan den andra gruppen fick endast ordinarie mat ifrån äldreboendet under 12 veckor. Samt att de svarade skriftligt på 36 frågor.</p>	<p>Den gruppen som fick proteinberikad mat hade ett större protein intag än kontrollgruppen. Energiintaget var lika i båda grupperna. Hos kontrollgruppen försvagades muskelfunktionen.</p>
<p><b>Titel:</b> A personalized snack-based intervention for hip fracture patients: development, feasibility and acceptability</p> <p><b>Författare:</b> Price, R. J. G., McMurdo, M. E. T. &amp; Anderson, A. S.</p> <p><b>Tidskrift/år</b> 2006 Journal of Human Nutrition and Dietetics,</p>	<p>Undernäring är ett vanligt problem bland äldre som är inlagda på sjukhus för höftoperation. Näringsdryck finns att tillgå men samtycke till det är ett stort problem. Syftet med studien var att utveckla en mellanmålsbaserad åtgärd för det praktiska genomförandet för patienter som har genomgått höftoperation, samt att bedöma genomförbarheten, övertagandet o. kostnad</p>	<p>Utav 156 äldre patienter utvaldes 23 äldre patienter med höftfraktur för att ingå i studien på en ortopedisk avdelning. Dessa 23 patienter fick mellanmål som skulle motsvara 25 % av dags energibehovet, alla dagar i 20 veckor efter höftoperationen. Semi-strukturerad kvalitativ intervju ingick i undersökningen.</p>	<p>16 patienter slutförde studien, som visade att 26 % av dags energi behovet kom ifrån mellanmålen som gavs.</p>
<p><b>Titel:</b> An audit of nutritional supplement distribution and consumption on a care of the elderly ward</p> <p><b>Författare:</b> Ross, F.</p> <p><b>Tidskrift/år</b> 1999 Journal of Human Nutrition and Dietetics</p>	<p>Undernäring är på sjukhus ofta ett okänt problem, som kan påverka patientens möjlighet att tillfriskna från sjukdom eller skador. Syftet med studien var att fastställa av den rekommenderade mängden näringsdryck som patienterna blev erbjuden, hur mycket de konsumerade utav den föreslagna mängden under 12 dagar.</p>	<p>35 äldre patienter på ett ålderdomshem ingick i studien. En kvantitativ studie. Näringsdrycktillgången och intaget hos patienterna undersöktes med ett formulär som personalen dagligen fyllde i under en tid på 12 dagar.</p>	<p>Alla som var rekommenderade näringsdryck från dietisten fick inte den, dem som fick den, fick det på morgonen och på eftermiddagen. Utav dem som fick näringsdryck, så intog 43 % nästan allt och 39 % rörde den inte.</p>

Artikelnamn	Problem, Syfte	Urval, Metod	Resultat
<p><b>Titel:</b> A nutritional screening tool for use by nurses in residential and nursing homes for elderly people: development and pilot study results</p> <p><b>Författare:</b> Wright, L.</p> <p><b>Tidskrift/år</b> 1999 Journal of Human Nutrition and Dietetics</p>	<p>Näringsproblemen är associerade till högre sjuklighet, dödlighet och dålig livskvalitet. Syftet med studien var att utveckla ett snabbt och enkelt mätinstrument till sjukskötare att använda för den äldre patienten på äldreboende till att underlätta näringsituationstillståndet.</p>	<p>Två äldreboende valdes ut, den ena med 90 patienter och den andra med 35 patienter, i ålder mellan 76-93 år.</p> <p>En kvantitativ studie. Redskapet som sjukskötare skulle använda var olika frågor som de ställer till patienterna och till sig själv, i form av ett frågeformulär.</p>	<p>Det ena äldreboendet hade fyllt i 10 formulär och det andra äldre boende hade fyllt i fem formulär. Kom fram att denna typ av redskap behöver modifieras och att det finns en viss risk att använda denna typ av redskap.</p>
<p><b>Titel:</b> Nutritional implications of patient-provider interactions in hospital settings: evidence from a within-subject assessment of mealtime exchanges and food intake in elderly patients</p> <p><b>Författare:</b> Dube´, L., Paquet, C., ma, Z., St-Arnaud McKenzie, D., Kergoat, M-J. &amp; Ferland, G.</p> <p><b>Tidskrift/år</b> 2007 European Journal of Clinical Nutrition</p>	<p>Ett minskat matintag för den äldre patienten på sjukhus betraktas som en kritisk riskfaktor för undernäringen av protein och energi. Sådana tillstånd associeras med ogynnsamma kliniska resultat.</p> <p>Syftet med studien var att undersöka näringstillskottets konsekvenser i förhållande till samspelet i atmosfären mellan patient och vårdare vid måltidssituationer.</p>	<p>32 patienter i åldern från 65 till över 80 ifrån en geriatrisk rehabiliteringscenter ingick i studien.</p> <p>Kvalitativ studie, där miljön kring måltiden i matsalen observerades.</p>	<p>Under uppförandet mellan sjukskötare och patienter vid måltiderna visade sig att en god atmosfär mellan dem påverkade att energiintaget blev bättre hos patienterna.</p>
<p><b>Titel:</b> Eating together is important: using a dining room in an acute elderly medical ward increases energy intake</p> <p><b>Författare:</b> Wright, L., Hickson, M. &amp; Frost, G.</p> <p><b>Tidskrift/år</b> Journal of Human Nutrition and Dietetics, 2006</p>	<p>På en akut medicinavdelning så får måltiderna låg prioritet som ofta resulterar i dålig matmiljö och avsaknad av tillsyn om patienten får någon mat i sig, då blir patientens näringsintaget okänt för personalen.</p> <p>Syftet med studien var att undersöka effekten av att äta i en övervakad matsal, om näringsintaget och vikten för den äldre patienten på en akut medicinavdelning, för den äldre sektionen.</p>	<p>48 patienter på ett sjukhus ingick i en 6 veckors studie, där 30 patienter ingick i undersökningen och 18 patienter utgjorde kontrollgruppen.</p> <p>30 patienterna åt lunch alla dagar i matsalen och kontrollgruppen åt alla måltider i rummet vid sängen. Matintaget observerades och vikten kontrollerades under de 6 veckorna.</p>	<p>De som åt i matsalen hade större energi intag (36 %) än kontrollgruppen. Protein intaget var lika i båda grupperna. Vikten var rätt lika, lite viktökning hos matsalsgruppen.</p>