



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INST FÖR KOST- OCH IDROTTSVETENSKAP

Är Socialstyrelsens verktyg för att identifiera ohälsosamma matvanor trubbigt och behöver vässas?

Emma Neptin
Johanna Svensson

Rapportnummer:	VT13-02
Uppsats:	Kandidatuppsats, 15 hp
Program:	Hälsopromotionsprogrammet inriktning kostvetenskap
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt/2013
Handledare:	Christina Berg
Examinator:	Magnus Lindwall



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INST FÖR KOST- OCH IDROTTSVETENSKAP

Rapportnummer:	VT13-02
Titel:	Är Socialstyrelsens verktyg för att identifiera ohälsosamma matvanor trubbigt och behöver vässas?
Författare:	Emma Neptin och Johanna Svensson
Uppsats:	Kandidatuppsats, 15 hp
Program:	Hälsopromotionsprogrammet inriktning kostvetenskap
Nivå:	Grundnivå
Handledare:	Christina Berg
Examinator:	Magnus Lindwall
Antal sidor:	52
Termin/år:	Vt/2013
Nyckelord:	Kostindex, levnadsvanor, ohälsosamma matvanor, rådgivning, Socialstyrelsen.

Sammanfattning

Socialstyrelsen har utformat ett index för ohälsosamma matvanor som är tänkt att användas nationellt inom hälso- och sjukvården. Kostindexet syftar till att identifiera vilka människor som har ohälsosamma matvanor och därför bör erbjudas kvalificerade rådgivande samtal för att få hjälp att förbättra sina matvanor. Studien syftar till att utifrån exempelvis ålder, kön och BMI kartlägga hur populationen inom slutenvården på ett akutsjukhus i södra Sverige besvarade Socialstyrelsens index för ohälsosamma matvanor under en specifik dag. Dessutom undersöks betydelsen av olika komponenter i indexet. Studiedeltagarna besvarade fyra olika enkäter, varav en utgjordes av Socialstyrelsens kostindex. Deltagarantalet i studien var 110 stycken, av dessa kategoriserades 13,6 % att ha ohälsosamma matvanor enligt kostindexet. Resultatet visar på signifikanta skillnader för att ha hälsosamma matvanor, det är 2,5 gånger större chans för personer 18-64 år jämfört med personer 65-100 år. Tendenser visar att kvinnorna har hälsosamma matvanor i större utsträckning jämfört med männen. Socialstyrelsens index för ohälsosamma matvanor är ett trubbigt verktyg för att undersöka matvanor då det finns ett flertal komponenter som kan bli fel. Det största problemet med kostindexet verkar ligga i utformningen av frågorna och poängsättningen. I dagsläget ger det exempelvis relativt höga poäng att inta utrymmesmat sällan vilket innebär att personer med i övrigt ohälsosamma matvanor lätt kan hamna utanför kategorin för ohälsosamma matvanor. Förslagsvis borde poängsättningen på denna fråga därför ändras för att reducera risken för att individer får ett felaktigt resultat i kostindexet och därmed inte erbjuds den rådgivning de eventuellt är i behov av.

Innehållsförteckning

1. Introduktion.....	5
1.1 Syfte	6
1.2 Frågeställningar.....	6
2. Bakgrund.....	7
2.2 Validering av kostundersökningar	8
2.3 Nya riktlinjer för preventivt arbete inom hälso- och sjukvård.....	9
2.4 Regionalt arbete	13
3. Metod	14
3.1 Design	14
3.3 Datainsamling	15
3.3.2 Patientdata.....	16
3.4 Undersökning av personalresurser	16
3.5 Databearbetning och analys	16
3.6 Metodologiska övervägande	17
4. Resultat	19
4.1 Bakgrundsdata.....	19
4.2 Deltagarnas matvanor	20
4.4 Samband mellan matvanor och hälsoindikatorer	25
4.5 Betydelsen av indexets utformning för klassificering.....	25
4.6 Resurser och arbetssätt.....	26
5.1 Metoddiskussion	27
5.2. Resultatdiskussion.....	29
5.3 Slutsatser och implikationer.....	37
Bilaga 1 Socialstyrelsens index för ohälsosamma matvanor.....	43
Bilaga 2 nutritionDay	44
Bilaga 3 nutritionDay-översiktsdata.....	46
Bilaga 4 DUNÄT.....	48
Bilaga 5 Patientinformation och samtyckesblankett.....	52

Förord

De båda författarna har samarbetat och tillsammans skapat denna uppsats. Arbetsfördelningen har varit jämn i uppsatsens olika moment och delar. Vi vill rikta ett stort tack till vår handledare, Christina Berg, vid Göteborgs Universitet samt till de som har hjälpt oss på det sjukhus där datainsamlingen ägt rum. Slutligen vill vi tacka Stiftelsen Praktiska Hushållsskolans donationsfond för det ekonomiska bidraget som täckte de resekostnader som vi har haft i samband med datainmatningen.

1. Introduktion

Att en bra kosthållning är viktig för den svenska folkhälsan är känt. Genom att förbättra befolkningens kostvanor kan prevalensen av en rad folkhälsosjukdomar minska, och kan tillsammans med förändringar av andra levnadsvanor även leda till stora hälsovinster på befolkningsnivå (WHO, 2002, 2003). För att öka Sveriges folkhälsa med hjälp av förbättrade matvanor är det viktigt att hitta fungerande instrument för identifiering av vad som är ohälsosamma kostvanor (Livsmedelsverket, 2011a). Det är även av stor vikt att undersöka hur arbetet med att förbättra matvanorna ska gå till inom hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen, 2011a). Då en persons matvanor består av flera olika dimensioner, bland annat energiintag, livsmedelsval och måltidsordning, med mera kan det vara svårt att utvärdera de hälsomässiga effekterna av en persons kostvanor genom några enkla frågor (Socialstyrelsen, 2011b).

I dagsläget satsar hälso- och sjukvården allt mer på att upptäcka och förebygga folkhälsosjukdomar. På sikt kan detta leda till förbättring av dåliga levnadsvanor som exempelvis kan leda till hjärt-kärlsjukdom som kostar samhället mycket pengar (European Heart Network & European Society of Cardiology, 2012). Ett verktyg som tagits fram är Socialstyrelsens index för ohälsosamma matvanor som är tänkt att användas nationellt inom hälso- och sjukvård (Socialstyrelsen, 2011c). Kostindexet består av fyra poängsatta grundfrågor om frekvensen av olika livsmedelsintag. Syftet är att det ska användas nationellt för att kartlägga vilka personer som behöver kvalificerad rådgivning för att förbättra sina matvanor och därmed förebygga kostrelaterade livsstilssjukdomar. Att identifiera människor med ohälsosamma matvanor och genomföra hälsofrämjande åtgärder i form av dessa samtal kan bidra till en stor vinst för folkhälsan. En förbättring av befolkningens levnadsvanor kan dessutom leda till både ekonomiska- och hälsomässiga vinster, vilket man bör ha i beaktning vid planering av resursfördelningen inom hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen, 2011d).

Socialstyrelsens index för ohälsosamma kostvanor är ett relativt nyframtaget verktyg. Då det enligt vår kännedom ännu inte gjorts någon utvärdering av detta index saknas det djupare kunskap om hur väl indexet fungerar och fyller sitt syfte i praktiken. Utförandet av kvalificerat rådgivande samtal leder till ekonomiska kostnader för staten och därmed är det viktigt att undersöka om kostindexet fångar de personer som är i störst behov av dessa samtal (Socialstyrelsen, 2011d). Om indexet uppfyller sitt syfte kan det bidra till att de ekonomiska resurserna i större utsträckning används till avsedda ändamål samtidigt som kostnaderna för både behandling och arbetskraft förhoppningsvis kan reduceras i takt med att patienternas levnadsvanor förbättras.

Sammanfattningsvis är studiens valda ämne relevant inom det kostvetenskapliga området för att se vilka individer i samhället som bör erbjudas rådgivning och/eller vård på grund av sina matvanor. För att på sikt kunna öka hälsan i Sveriges befolkning genom förbättrade matvanor är det viktigt att hitta fungerade verktyg för hur man bör gå tillväga (Livsmedelsverket, 2011a). I dagsläget är det svårt att veta hur väl de personer som bör erbjudas rådgivning identifieras utifrån Socialstyrelsens underlag. Denna studie ämnar därmed utföra en

undersökning samt utvärdering av Socialstyrelsens index för ohälsosamma kostvanor. Detta genom att studera vilka personer som enligt indexet har ohälsosamma matvanor och bör få rådgivning. Denna studie skulle kunna tillföra ny kunskap kring hur väl indexet fungerar och uppfyller sitt syfte i praktiken. I sin tur kan detta även bli ett vägledande underlag för hur Socialstyrelsens index för ohälsosamma kostvanor ska användas inom slutenvården. Studiens forskningsområde är inte bara intressant ur ett hälsofrämjande perspektiv utan även utifrån ett ekonomiskt perspektiv då det är av stor vikt att samhällets resurser används på ett tillfredsställande sätt. Undersökningen är även intressant för vår kommande profession. Att arbeta med förändring av matvanor på individnivå genom att utföra kvalificerat rådgivande samtal är något som personer med vår utbildningsbakgrund skulle kunna arbeta med. Med vår utbildning inom kostvetenskap, näringslära och motiverande samtalsmetodik i ryggen är vi väl meriterade att utföra kvalificerat rådgivande samtal.

1.1 Syfte

Studiens syfte är att kartlägga hur populationen inom slutenvården på ett akutsjukhus i södra Sverige besvarade Socialstyrelsens index för ohälsosamma matvanor under en specifik dag. Detta genom att undersöka prevalensen av ohälsosamma matvanor och vad som karakteriserar de individer som enligt kostindexet bör erbjudas kvalificerat rådgivande samtal, samt att undersöka betydelsen av olika komponenter i indexet. Dessutom är syftet att undersöka hur sjukhusets resurser för detta arbete ser ut.

1.2 Frågeställningar

1. Hur många av dem som besvarar Socialstyrelsens index för ohälsosamma matvanor får 0-4 poäng och därmed behöver kvalificerat rådgivande samtal?
2. Vad karakteriserar de personer som enligt Socialstyrelsens kostindex har ohälsosamma/hälsosamma matvanor? Avseende kön, ålder, body mass index (BMI), civilstånd och självskattad hälsa.
3. Vilka eventuella begränsningar som undersökningsmetod kan det finnas i Socialstyrelsens index för ohälsosamma matvanor?
 - Hur påverkar poängsättningen kategoriseringen av deltagarna?
4. Vilka resurser finns idag på det för studien aktuella sjukhuset, hur många i personalen har adekvat kostutbildning för att utföra kvalificerat rådgivande samtal?

2. Bakgrund

Ur ett folkhälsoperspektiv är Sveriges befolknings nuvarande matvanor inte optimala (Riksmaten, 2012). Många, särskilt unga, äter för lite grönsaker, frukt och fullkorn samtidigt som konsumtionen av fett, socker, saft och läsk är för stor. Förändrade levnadsvanor, som bland annat förbättrade matvanor, kan förebygga 80 % av all hjärtkärl-sjukdom och stroke, och 30 % av all cancer (WHO, 2002, 2003). Världshälsoorganisationen (WHO) har även uppmärksammat att det finns fyra levnadsvanor, (ohälsosamma matvanor, tobaksbruk, fysisk inaktivitet och riskbruk av alkohol), som är särskilt betydande riskfaktorer för folkhälsosjukdomar. WHO menar att om befolkningen skulle leva mer efter de rådande rekommendationerna för dessa levnadsvanor hade folkhälsosjukdomarna kunnat minska. Ohälsosamma matvanor bedöms att ge en förhöjd risk för sjukdom, förtida död och sänkt livskvalitet (Socialstyrelsen, 2011a). Risken att drabbas av en icke-smittsam sjukdom ökar ytterligare för personer som har fler än en ohälsosam levnadsvana (Socialstyrelsen, 2011b). Enligt Socialstyrelsen kan personer som är drabbade av någon form av livsstilsrelaterad sjukdom göra betydelsefulla hälsovinster med hjälp av förbättrade levnadsvanor.

Uppskattningsvis kostade hjärt-kärlsjukdom Europeiska Unionen cirka 2.6 miljarder Euro år 2009 (European Heart Network & European Society of Cardiology, 2012). Denna siffra innefattar bland annat direkta sjukvårdskostnader och produktionsbortfall på grund av sjukdom och dödsfall. I Sverige var 2009 de totala sjukvårdskostnaderna för hjärtkärlsjukdom 2,4 miljarder Euro. European Heart Network och European Society of Cardiology nämner även att kosthållning är en av de viktigaste livsstilsfaktorerna för att minska risken för att drabbas av hjärt-kärlsjukdom. Ändring av kosthållningen kan både bidra till att förebygga utveckling hjärt-kärlsjukdom och även förbättra symptomen hos de som redan är sjuka. De kostförbättringarna som har störst effekt är att minska det totala fettintaget, minska intaget av salt och socker samt att öka intaget av frukt, grönsaker och kostfiber. Även He, Nowson, Lucas och MacGregor (2007) belyser vikten av att öka sin grönsaks- och fruktkonsumtion för att minska risken för att utveckla hjärt-kärlsjukdom. I en meta-analys av prospektiva kohortstudier kom de fram till att om konsumtionen av grönsaker och frukt ökade från tre till fem portioner om dagen minskade risken för hjärt-kärlsjukdom med 17 %. Soerjomataram et al. (2010) undersökte grönsak- och fruktintagets påverkan på cancer i Europa. Studien omfattade flera europeiska länder och visade att ett ökat intag av grönsaker och frukt endast hade en liten effekt på att skydda mot förekomsten av cancer. Effekten var dock större i länder där grönsaks- och fruktkonsumtionen var låg. Sverige visade sig av denna anledning vara ett av de länder vars befolkning har mest att vinna på att öka sin grönsaks- och fruktkonsumtion, då befolkningens genomsnittliga intag av grönsaker och frukt är väldigt lågt.

2.1 Nationella kostundersökningar

För att undersöka samt följa upp matvanorna i Sveriges befolkning använder Livsmedelsverket dels undersökningen Riksmaten men även "Enkätfrågor om kost och fysisk aktivitet" som gavs ut 2004 och syftar till att undersöka matvanor och fysisk aktivitet bland vuxna (Livsmedelsverket, 2007). Bakgrunden till uppkomsten av dessa enkätfrågor är

folkhälsopolitiksmålet “Goda matvanor och säkra livsmedel” som antogs av riksdagen i april 2003 (Sepp, Ekelund & Becker, 2004).

2.1.1 Riksmaten

Riksmaten är en nationell matvaneundersökning som utförs av Livsmedelsverket, varav den tredje och senaste undersökningen bland vuxna gjordes mellan år 2010 och 2011 (Riksmaten, 2012). Bakgrunden till utförandet av Riksmaten är att både livsstil och livsmedelsutbud ständigt förändras vilket gör att det är viktigt att följa upp befolkningens matvanor och näringsintag. I den senaste undersökningen ingick förutom en enkät även en webbaserad 4-dagars kostregistrering, samt provtagning av blod och urin från ett delurval. Totalt deltog 2268 personer, varav 1797 i kostregistreringen, 2140 i enkätundersökningen och 300 i provtagningen. Medelåldern var 49 år och majoriteten av deltagarna var kvinnor. Deltagarna var mellan 18-80 år i denna undersökning. Enkäten var ett komplement till kostregistreringen och bestod av 53 frågor om bland annat livsmedelsintag, längd och vikt. Av de som genomförde kostregistreringen var det 198 män och 169 kvinnor som var 65-80 år (20,4 %).

Riksmaten visade gällande intaget av de olika livsmedelsgrupperna att frukt- och bärkonsumtionen var högre bland kvinnor än bland män både sett till mängd och frekvens. Vanligast var att kvinnor åt frukt och bär två till fyra eller fler gånger per dag medan männens konsumtion vanligtvis var en till tre gånger per vecka. De yngre männen och kvinnorna i undersökningen åt mindre frukt och bär än de äldre. Den genomsnittliga grönsakskonsumtionen var högst bland kvinnor samtidigt som den yngsta åldersgruppen (18-30 år) hade den lägsta konsumtionen. Flest kvinnor åt grönsaker två till fyra eller fler gånger per dag och de flesta männen åt grönsaker en gång per dag. Cirka 3 % av deltagarna åt grönsaker mycket sällan, det vill säga aldrig eller upp till tre gånger per månad. Kvinnor åt fisk oftare än män. Konsumtionsfrekvensen av snacks som pommes frites, chips och kaffebröd med mera var lika för män och kvinnor. Av deltagarna åt 20 % godis och kaffebröd en gång i veckan. Kvinnorna hade ett lägre genomsnittligt intag av tillsatt socker än män.

2.2 Validering av kostundersökningar

Enkäter med frågor om matvanor och fysisk aktivitet ingår regelbundet i nationella och regionala undersökningar och används bland annat av Statens Folkhälsoinstitut och landstingen i Sverige för att bedöma folkhälsan samt följa upp folkhälsopolitiken (Sepp, Ekelund & Becker, 2004). Olika enkätundersökningar kring matvanor och fysisk aktivitet görs regelbundet på både nationell och regional nivå (Livsmedelsverket, 2007). Dessa enkätfrågor saknar dock ofta validering. Eftersom de inte sällan är utformade på olika sätt försvåras eller omöjliggörs dessutom jämförelser mellan olika undersökningar. Med bakgrund till detta efterfrågade Statens Folkhälsoinstitut en valideringsstudie som år 2003 genomfördes av livsmedelsverket. I uppdraget ingick att ta fram en enkät med enhetliga och validerade frågor för olika levnadsvanor, där kost var en av levnadsvanorna. Kostfrågorna som togs fram syftar bland annat till att vara indikatorer på kostkvalitet, det vill säga besvara hur väl näringsintaget stämmer överens med det rekommenderade intaget (Sepp, Ekelund & Becker, 2004). Efter en rad undersökningar kom de fram till att för att kunna mäta hälsosamma

matvanor i befolkningen är intaget av frukt, grönsaker, kostfibrer och mättat fett bra indikatorer.

Graden av fysisk aktivitet och matvanor är två av de enskilt största bestämningsfaktorerna för hälsa (WHO 2002, 2003). Sveriges regering har ett arbete inom folkhälsopolitiken som syftar till att öka befolkningens goda matvanor (Livsmedelsverket, 2007). Därför är det viktigt att kunna mäta och bedöma faktorer inom dessa områden för att ha en möjlighet att följa upp både den nationella och regionala folkhälsan. Exaktheten i de metoder som finns för att mäta kostintag på individuell nivå är begränsad av bland annat förmågan att minnas och uppskatta vad man ätit (European Heart Network & European Society of Cardiology, 2012). Det finns ingen Golden standard för matvaneundersökningar, men en studie som jämfört betydelsen av vilken metod som använts för att mäta matvanor har visat att olika matvanemätningmetoder ger olika resultat (Freedman et al., 2006). Kostregistrering anses generellt vara en bättre metod framför frågeformulär om mat, så kallade frekvensformulär, eftersom den sistnämnda metoden har stora mätfel (Livsmedelsverket, 2011a). I vissa studier där validiteten i frekvensformulär har jämförts med validiteten i 24-timmars recall-undersökningar fastställdes det däremot att frekvensformulären hade tillfredställande validitet (Loy & Mohamed, 2013; Liu et al. 2013). Frekvensformulär bedömdes därför vara en bra och kostnadseffektiv metod för kostundersökningar. Frekvensformulären i ovannämnda studier innehöll många och omfattande frågor om både vilken typ av mat och dryck som konsumerats samt frekvens och portionsstorlekar av dessa.

2.3 Nya riktlinjer för preventivt arbete inom hälso- och sjukvård

Socialstyrelsen är en statlig myndighet som har en bred verksamhet och riktar sig främst till personal, ansvariga och beslutsfattare inom socialtjänst, hälso- och sjukvård, hälsoskydd, smittskydd och epidemiologi (Socialstyrelsen, 2013). Vilken inriktning Socialstyrelsens arbete ska ha bestäms av Sveriges riksdag och regering. Socialstyrelsen har ett löpande uppdrag från regeringen att skapa arbetsformer för bra vård. Ett steg i detta uppdrag är att utforma nationella riktlinjer som ett stöd vid prioriteringar och vägledning om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter i vård och omsorgen bör satsa resurser på. Det finns en rad olika riktlinjer bland annat för diabetes, stroke, hjärtsjukvård och sjukdomsförebyggande metoder. Riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder är unika på det sättet att det är första gången som en så stor genomgång av aktuell forskning gjorts för att inom hälso- och sjukvård kunna ge rekommendationer om vilka metoder som är att föredra för att stödja patienter att förändra levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2011c). Tidigare saknades riktlinjer om att personal inom hälso-och sjukvård skulle arbeta hälsofrämjande och förebyggande på detta sätt. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder utformades för att beskriva evidensbaserade metoder som kan påverka ohälsosamma levnadsvanor. De nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder ger rekommendationer om metoder för att förebygga sjukdom genom att stödja människors förändring av levnadsvanorna tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor (Socialstyrelsen, 2011a). Dessa fyra levnadsvanor ligger bakom den största delen av sjukdomsburden i Sverige (Socialstyrelsen, 2011c).

Enligt riktlinjerna (Socialstyrelsen, 2011c) ska alla personer som har ohälsosamma levnadsvanor erbjudas samtal eller rådgivning om sin levnadsvana. Olika rådgivningsnivåer finns att välja mellan (se tabell 1). I hälso- och sjukvårdens uppgifter ingår sjukdomsförebyggande arbete. I Socialdepartementets proposition "En förnyad folkhälsopolitik" (Prop. 2007/08:110) föreslås att hälso- och sjukvården ska arbeta mer hälsofrämjande genom att ha ett brett samhällsligt perspektiv och ägna sig åt befolkningsinriktat hälsoarbete. Det innebär dock inte att det är ett tydligt fokus på hälsofrämjande arbete inom hälso- och sjukvården i nuläget och det finns inte heller någon enhetlig handling för hur detta arbete ska genomföras (Socialstyrelsen, 2011a).

Tabell 1. Översikt över rådgivningsnivåer för de olika levnadsvanorna.

Åtgärdsnivå	Beskrivning	Omfattning i tid
Enkla råd	<ul style="list-style-type: none"> Information och korta, standardiserade råd och rekommendationer om levnadsvanor (inte likställt med att ställa frågor om levnadsvanor). Eventuell komplettering med skriftlig information. 	Vanligtvis mindre än 5 minuter.
Rådgivande samtal	<ul style="list-style-type: none"> Dialog mellan hälso- och sjukvårdspersonal och patient. Anpassning till den specifika personens ålder, hälsa, risknivåer med mera. Eventuell komplettering med olika verktyg och hjälpmedel samt med särskild uppföljning. Kan inkludera motiverande strategier. 	Vanligtvis 10-15 minuter men ibland upp till 30 minuter.
Kvalificerat rådgivande samtal	<ul style="list-style-type: none"> Dialog mellan hälso- och sjukvårdspersonal och patient. Anpassning till den specifika personens ålder, hälsa, risknivåer med mera. Eventuell komplettering med olika verktyg och hjälpmedel samt med särskild uppföljning. Kan inkludera motiverande strategier. Vanligen teoribaserat eller strukturerat. Personal med utbildning i den metod som används. 	Ofta längre än rådgivande samtal

2.3.1 Socialstyrelsens index för ohälsosamma matvanor

Socialstyrelsen har utformat ett index med indikatorfrågor (se Bilaga 1) för att identifiera de personer som har ohälsosamma matvanor (Socialstyrelsen, 2011c). Socialstyrelsens index för ohälsosamma matvanor har utvecklats inom ramen för de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. Kostindexet består av fyra grundfrågor som är baserade på Svenska näringsrekommendationer (2005) och Svenska näringsrekommendationer översatta till livsmedel (Barbieri Enghardt & Lindvall, 2003). Frågorna är poängsatta från 0-3 poäng vardera och maxpoängen är 12. Poängen är inte synlig för individen som fyller i kostindexet. De personer som får 0-4 poäng bedöms ha betydande ohälsosamma matvanor och de som erhåller 9-12 poäng anses följa Livsmedelsverkets kostråd (2013a) i stort. Av den vuxna

befolkningen utgör de som får 0-4 poäng, och alltså har ohälsosamma matvanor, drygt 20 % och de som får 9-12 poäng cirka 10 % (Becker, 2009).

Antalet frågor i Socialstyrelsens kostindex är få och tar inte hänsyn till mängden livsmedel som har konsumerats utan endast frekvensen av dessa. Undersökningar av matvanor innefattar många olika dimensioner, bland annat energiintag, näringsintag, måltidsordning och tillagningsform, vilket är svårt att undersöka med få och enkla frågor (Socialstyrelsen, 2011b). Det har diskuterats att indexet inte alltid fångar dem som har stora behov av en förändring av sina matvanor eftersom att det är möjligt att en person som får höga poäng på indexet ändå har ohälsosamma matvanor (Socialstyrelsen, 2010). Det har även föreslagits att kostindexet kan kompletteras med en kostanamnes för att med större exakthet beskriva kosthållningen hos deltagaren vid kostundersökningen (Region Skåne, 2013).

Ytterligare en fråga om frekvensen av frukostintag lades till i indexet då man funnit vetenskapligt stöd för att ett regelbundet intag av frukost kan leda till att personer inte överäter i lika stor utsträckning och väljer mindre energitäta mat (Socialstyrelsen, 2011b). I en studie av sekundärdata från en undersökning där 15 747 aktiva militärer deltog fastställdes det att de som hoppade över frukosten mer än två gånger i veckan signifikant åt mindre grönsaker, frukt och kostfiber än vad som rekommenderades (Smith et.al., 2013). En annan studie, bland schweiziska barn, som undersökte betydelsen av att äta frukost visade att de barn som åt frukost nästan varje dag hade ett signifikant lägre BMI jämfört med de som endast åt frukost ibland eller nästan aldrig (Baldinger, Krebs, Müller & Aeberli, 2012). Barnen som åt frukost varje dag hade även bättre motorisk funktion.

2.3.2 Syfte med Socialstyrelsens index för ohälsosamma matvanor

Målet är att kostindexet ska fånga de personer med störst förbättringspotential när det gäller matvanor (Socialstyrelsen, 2011b). Förhoppningarna med frågorna i indexet är att de ska ge en uppskattning av näringskvaliteten på den kost individen äter (Socialstyrelsen, 2011a). Frågorna berör hur ofta man äter grönsaker och rotfrukter, frukt och bär, fisk och skaldjur, samt utrymmesmat så som godis, kaffebröd, chips och läsk, med mera. Syftet med indexet är att frågorna ska identifiera de personer som har mest ohälsosamma matvanor och ligger i riskzonen för att drabbas av kostrelaterade sjukdomar och som därmed skulle kunna hjälpas av ytterligare insatser i vården. Indexet är därmed tänkt att vara underlag för vilka som bör få rådgivning för att förbättra sina matvanor. Frågorna i indexet ska även ge möjlighet att följa upp matvanorna över tid både på individ- och gruppnivå.

Indexet tar inte hänsyn till energiintag, vilket innebär att frågorna ställs endast utifrån frekvens och inte kvantitet (Socialstyrelsen, 2011a). Anledningen till detta är att en ohälsosam sammansättning av en persons kost ofta även indikerar ett för högt energiintag. Målet med Socialstyrelsens framarbetade frågor är att de ska vara enkla att besvara och samtidigt fånga de kostvanor som anses vara relevanta ur folkhälsosynpunkt. Frågorna ska kunna användas rutinmässigt, journalföras och vara självinstruerande för de som ska besvara dem (Socialstyrelsen, 2011b).

Värderingarna av svaren på kostfrågorna bör enligt Socialstyrelsen (2011b) fokusera på möjliga förbättringar. Det behöver inte innebära att risken för ohälsa ökar om man äter frukt sällan. Vidare anser Socialstyrelsen att enskilda kostfaktorer inte kan värderas enskilt och föreslår därför att en riskvärdering bör grunda sig på den totala riskvärderingen av samtliga frågor. Personer som har låga poäng i indexet, sällan äter frukost och dessutom har övervikt eller fetma bör uppmärksammas särskilt. Detta då ohälsosamma matvanor innebär en större hälsorisk för personer med fetma, övervikt, diabetes eller stort bukomfång, och att de personerna därför är i större behov av stöd för att äta mer hälsosamt (Socialstyrelsen, 2011a).

2.3.3 Åtgärder

Samverkan mellan olika aktörer i samhället krävs för att med ett tillfredställande resultat påverka och förebygga ohälsosamma levnadsvanor. I riktlinjerna beskrivs tre olika åtgärder vid ohälsosamma matvanor hos vuxna: rådgivande samtal, rådgivande samtal med särskild uppföljning och kvalificerat rådgivande samtal.

För vuxna som har ohälsosamma matvanor enligt kostindexet är kvalificerat rådgivande samtal den åtgärd som får högst rekommendation (se tabell 1) (Socialstyrelsen, 2011c). Vid ohälsosamma matvanor hos vuxna leder kvalificerat rådgivande samtal till en större ökning av frukt- och grönsakskonsumtion, samt en större minskning av fettintag och mättat fett än vid traditionell vård. Rådgivande samtal och rådgivande samtal med särskild uppföljning som åtgärd har däremot fått en låg prioritering av Socialstyrelsen eftersom de har en liten eller odokumenterad positiv effekt på ohälsosamma matvanor. Det är av stor vikt att sjukhuspersonalen har kunskap om hur de ska identifiera, behandla och följa upp det som kommer fram under samtalen med patienter (Nilsson Carlsson, u.å.). Vid samtalen bör även kroppsmått som vikt, längd och midjemått mätas samt en uträkning av BMI genomföras (Region Skåne, 2013). Att fettintaget minskade vid kvalificerat rådgivande samtal har undersökts i fyra randomiserade kontrollerade studier inkluderade i en systematisk översikt där man studerade vilka effekter kostråd jämfört med inga kostråd alls hade på förändring av matvanor (Brunner, Rees, Ward, Burke & Thorogood, 2007). Sammanlagt 18 175 personer var med i kartläggningen där man såg att serumkolesterol och LDL-kolesterol minskade hos de personer som fick kostrådgivning, dessutom ökade deras intag av kostfiber med 6,5 g/dag. Det totala fettintaget minskade med nästan 5,5 % dag.

De nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder rekommenderar att hälso- och sjukvården erbjuder kvalificerat rådgivande samtal men tar inte ställning till hur detta arbete ska organiseras (Nilsson Carlsson, u.å.). Om de kvalificerat rådgivande samtalen ersätter andra åtgärder eller leder till hälsoförbättringar, kan det bidra till lägre kostnader inom vården och minskad vårdkonsumtion (Socialstyrelsen, 2011d). Kostnadsminskningarna väntas dock inte ha någon större betydelse på kort sikt, om inte åtgärder för att stödja en förändring av levnadsvanor ersätter förskrivning av läkemedel. De beräknade kostnaderna för åtgärder mot ohälsosamma matvanor så som kvalificerat rådgivande samtal baserar Socialstyrelsen på ett antal antagande. Ett exempel på ett sådant antagande är att andelen personer med ohälsosamma levnadsvanor i befolkningen är konstant över tid och att de personer som har en ohälsosam levnadsvana men inte blivit hjälpt av åtgärderna erbjuds förnyad hjälp varje år. Då

beräkningarna endast är gjorda på antagande så som detta är kostnaderna för åtgärderna för ohälsosamma matvanor mycket osäkra. Kostnaderna för åtgärderna som riktlinjerna föreskriver kommer troligtvis även skilja sig mellan olika regioner och landsting, och i vissa fall kanske även inom regioner och landsting. Kostnaderna för åtgärderna kommer även att vara beroende av vilken yrkeskategori som utför samtalen. De kvalificerat rådgivande samtalen som utförs av specialistläkare är uppskattningsvis dubbelt så kostsamma som de som ges av personer inom andra yrkeskategorier. Enligt Socialstyrelsen kan kostnadsökningen för dessa åtgärder reduceras om regioner och landsting organiserar åtgärderna i grupprådgivningar. På lång sikt finns det stora möjligheter att göra besparingar genom att patienter förbättrar sina levnadsvanor. För att detta ska ske är det viktigt att levnadsvanorna förbättras på befolkningsnivå.

I ett förslag från Socialstyrelsens projektgrupp, inom nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder, föreslås det att kvalificerat rådgivande samtal ska vara strukturerade och teoribaserade, och genomföras av särskilt utbildad personal inom metoden (Nilsson Carlsson, u.å). Samtalet kan med fördel innehålla motiverande strategier och kompletteras med särskild uppföljning. Kvalificerat rådgivande samtal är oftast mer tidskrävande än rådgivande samtal och kan pågå vid flera tillfällen. Samtalen ska vara hälsofrämjande för att stödja patienternas möjlighet känna kontroll över sin egen hälsa. Detta ska uppnås med hjälp av stödjande samtal där patienterna erbjuds kunskap, verktyg och stöd i sin hälsoutveckling, samt genom att ta hänsyn till patienternas motivation till förändring.

2.4 Regionalt arbete

De nationella riktlinjerna är tänkta att agera som stöd för styrning och ledning av arbetet på lokal nivå. Region Skånes vårdprogram (2013) för ohälsosamma levnadsvanor fastställdes i mars 2013 och är tänkt att konkretisera de nationella riktlinjerna på regional nivå. Vårdprogrammet är tänkt att användas som stöd och vägledning för hälso- och sjukvårdens arbete med förändringar av ohälsosamma levnadsvanor hos vuxna. De levnadsvanor som åsyftas är tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Ohälsosamma matvanor definieras i Region Skånes vårdprogram som: "Matvanor där energiintag, näringsintag, livsmedelsval, tillagningsform eller måltidsmönster inte motsvarar individens behov". Det kan innebära både ett för stort eller ett för litet intag av livsmedel eller näringsämnen i förhållande till individens behov. Socialstyrelsens kostindex eller motsvarande instrument bör enligt vårdprogrammet användas för att identifiera de personer som har ohälsosamma matvanor. Sedan 00-talet har Region Skåne arbetat med att ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande förhållningssätt ska implementeras och genomföra hälso- och sjukvården. I vårdprogrammet har man förutom att konkretisera de rekommenderade metoderna och tillvägagångssätten för rådgivning kring de olika levnadsvanorna, även tydliggjort personalens kunskapsnivå och kompetens. Vid identifiering av ohälsosamma matvanor hos individer rekommenderar Region Skåne kvalificerat rådgivande samtal som åtgärds metod i linje med Socialstyrelsens rekommendationer.

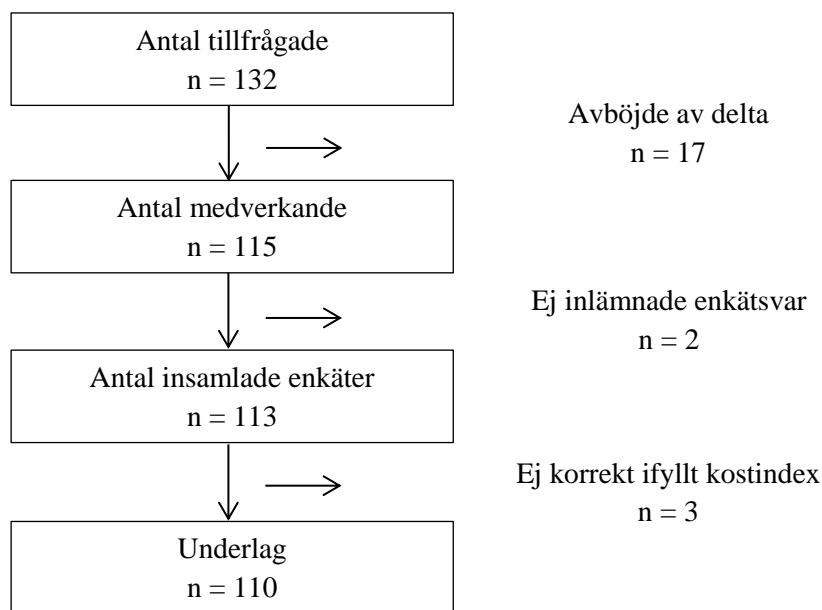
3. Metod

3.1 Design

Undersökningen är en punktprevalensstudie av just de som var inskrivna på sjukhuset under den specifika dagen då undersökningen genomfördes. Studien är en kvantitativ undersökning där en utvärdering av Socialstyrelsens index för ohälsosamma matvanor gjorts. Studien har haft sin teoretiska utgångspunkt i kostundersökningsmetodik och har en deskriptiv design, vilket innebär att data samlades in och systematiserades samt att värden för variabler och samband bestämdes (Wallén, 1996). De data som utgör undersökningsmaterialet i denna studie var redan insamlad data i form av olika enkäter som samlades in under denna specifika dag i samband med projektet nutritionDay. Det insamlade datamaterialet har tidigare använts för andra syften men inte med syfte att studera kostindexet. Svaren på Socialstyrelsens kostindex för ohälsosamma matvanor har fram tills denna studies början varit obehandlade. NutritionDay är ett internationellt projekt med ett samordnande center i Österrike (nutritionDay, 2013). Projektets mål är att öka kunskapen och medvetenheten kring undernäring med hjälp av en enkel screening över näringsmässiga risker. Undersökningen nutritionDay sker under en bestämd dag över hela världen och de deltagande sjukhusen utvärderar resultatet efteråt. Förhoppningarna är att enkäterna kan bli ett verktyg för utvärdering av liknande frågor kring undernäring inom Europa. Projektet nutritionDay är i linje med beslut som samarbetsorganisationen Europarådet, Council of Europe, fattat kring mat och näring inom vården.

3.2 Urval

Urvalet för studien var ineliggande patienter från nio av elva avdelningar på ett sjukhus i södra Sverige under nutritionDay den 8 november 2012. Olika orsaker låg bakom beslutet att utesluta de tre avdelningar som inte medverkade. Den första avdelningen uteslöts på grund av att det fanns många ineliggande barn och den andra avdelningen var en intensivvårdsavdelning där majoriteten av patienterna inte hade möjlighet att delta på grund av sitt hälsotillstånd. Den tredje avdelningen uteslöts då detta var en vårdavdelning för patienter i behov av palliativ vård och att det på grund av detta ansågs oetiskt att dessa skulle medverka. Inklusionskriterierna för att delta i undersökningen var att personen skulle vara 18 år eller äldre och vara ineliggande på sjukhuset. Definitionen av ineliggande var att personen har varit eller ska vara inskriven på sjukhuset i minst 24 timmar. Totalt tillfrågades 132 patienter på sjukhuset att svara på enkäterna under undersökningsdagen. Av de tillfrågade registrerades 17 stycken som bortfall då de av olika anledningar avböjde att delta. Ytterligare 2 bortfall registrerades på grund av att dessa enkätsvar inte återlämnades till personalen. Två personer exkluderades från studien då de inte hunnit svara på kostindexet, medan en tredje person uteslöts på grund av att en enstaka fråga på kostindexet inte besvarats. De tre sistnämnda räknades bort då respons på kostindexet är ett inklusionskriterie för att delta i vår studie då det är så centralt i undersökningen. Det totala deltagarantalet blev 110 stycken (n=110) och bortfallet blev totalt 22 personer (n=22) (se figur 1).



Figur 1. Beskrivning av bortfallet i studien.

3.3 Datainsamling

3.3.1 Instrument

Studien är en kvantitativ enkätundersökning innehållande följande fyra enkäter: nutritionDay, nutritionDay-översikt, Socialstyrelsens kostindex och DUNÄT (se tabell 2). NutritionDay och kostindexet fylldes i av patienterna medan nutritionDay-översikt och DUNÄT fylldes i av hälso- och sjukvårdspersonal. Enkäterna som tillhör undersökningen nutritionDay är enkäter som används i en världsomfattande undersökning. Från enkäten nutritionDay undersöktes frågan om upplevt hälsotillstånd. Samtliga frågor i Socialstyrelsens kostindex om frekvens av olika livsmedelsintag analyserades. Från nutritionDay-översikt undersöktes kön, födelseår, vikt och längd för deltagarna. Ur enkäten DUNÄT analyserades frågorna kring civilstånd och bedömning av risk för undernäring. Risken för undernäring i denna enkät är gjord av hälso- och sjukvårdspersonal utifrån MEONF som är ett instrument för bedömning av undernäring (Westergren, 2012).

Tabell 2. Översikt över studiens enkäter.

	Namn	Antal frågor	Konstruktör	Bilagor
Internationell	nutritionDay	19	Hiemayr och Schindler	Bilaga 2
	nutritionDay-översikt	24	Hiemayr och Schindler	Bilaga 3
Nationell	Kostindex	5	Socialstyrelsen	Bilaga 1
Regional	DUNÄT	32	Albert Westergren	Bilaga 4

3.3.2 Patientdata

Enligt en dietist vid det sjukhus där undersökningen genomfördes (personlig kontakt, 23 april 2013) var det tre dietister som tillsammans ansvarade för datainsamlingen. Till sin hjälp hade de en sjuksköterska och en undersköterska från respektive avdelning (nio avdelningar). Förutom dessa fanns även två andra anställda med som stöd under dagen samt ett antal studenter som praktiserade på avdelningarna. Innan undersökningen genomfördes 8 november 2012 i samband med nutritionDay hölls två informationsmöten för sjuksköterskor och undersköterskor på de avdelningar som deltog. Några dagar innan undersökningen skickades det ut ett pressmeddelande som informerade om att undersökningen skulle äga rum. Under dagen för datainsamlingen sattes affischer upp på sjukhuset för att upplysa patienter och anhöriga om varför olika frågor ställdes och enkätdata samlades in löpande under dagen.

Under undersökningdagen kunde personalen, om de hade frågor, kontakta de ansvariga för undersökningen. Datainsamlingen tog mellan 5-8 timmar beroende på avdelning. Efter datainsamlingen delades de olika enkäterna upp efter typ av enkät. Enkäter tillhörande nutritionDay förvarades i pärmar på sjukhuset i en månads tid. Därefter gjordes en uppföljning utifrån journaldata där man tittade på om patienten låg kvar på sjukhuset, återinlagts, skrivits ut eller avlidit. Sedan matades data in via nutritionDays hemsida och rapporter för varje avdelning kunde fås.

3.4 Undersökning av personalresurser

Hur sjukhuspersonalens resurser för att genomföra kvalificerat rådgivande samtal ser ut undersöktes genom att två dietister på sjukhuset kontaktades genom telefonsamtal. Samtal hölls kring hur Socialstyrelsens kostindex används på sjukhuset i dagsläget. Även personalresurserna för att utföra kvalificerat rådgivande på sjukhuset undersöktes. Frågorna som ställdes var ostrukturerade och inte bestämda på förhand.

3.5 Databearbetning och analys

Då enkäterna innehöll persondata fick dessa inte lämna sjukhusområdet vilket innebar att vi under två dagar var på plats på sjukhuset för att mata in de data från enkätundersökningar som vi hade intresse av för vår studie. Enkätsvaren från samtliga frågor i Socialstyrelsens kostindex inkluderades, samt de frågor från de övriga enkäterna som ansågs vara relevanta för studien, bland annat ålder, vikt, längd, civilstånd och hälsotillstånd. Innan datainmatningen genomfördes skapades en mall i dataprogrammet Excel. Svaren kodades till numeriska värden och enkätdata matades därefter in manuellt i flera Excelfiler. Uppgifterna från DUNÄT-enkäten fick vi från undersökningens ansvarige, Albert Westergren, och dessa uppgifter var redan sammanställda i datorprogrammet SPSS.

Utifrån deltagarnas beräknade BMI klassificerades deltagarna in enligt följande kategorier: undervikt ($\leq 18,49$), normalvikt ($18,50-24,99$), övervikt ($25,00-29,99$), fetma grad I ($30,00-34,99$), fetma grad II ($35,00-39,99$) och fetma grad III (≥ 40) (WHO, 2013).

Socialstyrelsen har i och med poängsättningen av kostindexet namngett kategorierna för de lägsta och högsta poängen (se tabell 3). Vad vi har sett så finns det ingen officiell benämning på kategorin för de med totalsumman 5-8. Denna kategori har vi valt att i denna studie benämna som "Matvanor med förbättringspotential".

Tabell 3. Kategorier utifrån kostindexets totalsumma.

Poängintervall	Kategorisering
0-4	Ohälsosamma matvanor
5-8	Matvanor med förbättringspotential
9-12	Hälsosamma matvanor

I studien har vi valt att benämna fråga fyra i Socialstyrelsens index för ohälsosamma matvanor för utrymmesmat (se Bilaga 1). Frågan innefattar en mängd olika livsmedel som alla kan betecknas som utrymmesmat då de är livsmedel som innehåller mycket energi eller fett och socker, samt lite av andra näringsämnen.

De sammanställda enkätdata analyserades sedan i det databaserade programmet SPSS version 18.0. All data från Excel exporterades till SPSS. Där analyserades insamlad data med hjälp av beskrivande statistik i form av frekvenstabeller samt jämförande korstabeller. Både absoluta och relativa frekvenstabeller förekommer utifrån vilken typ av resultat som redovisas. Vid dataanalysen i SPSS delades många av variablerna in i kategorier för att underlätta avläsandet av resultatet när vi tittade på fördelningen. Fördelen med att göra kategorier är att studiens resultat blir mer överskådligt och att det underlättar när samband studeras närmare. Statistiska samband mellan olika variabler beräknades genom att ta reda på oddskvoten som är ett vanligt förekommande riskmått (Andersson, 2006). Oddskvoten uttrycker hur stor den ökade risken är att råka ut för det som undersöks.

3.6 Metodologiska övervägande

Denna studie baserades på data som redan var insamlad vid studiens start. Därför har möjligheterna att påverka valet av kostundersökningsmetod varit begränsade. Däremot har vi formulerat syfte och frågeställningar, samt valt ut och satt gränser för vilka variabler som har analyserats. Med andra ord har vi själva tagit ställning till studiens utformning och vilka delar av det insamlade datamaterialet som har bearbetats och analyserats. Förutom data insamlad via Socialstyrelsens index för ohälsosamma matvanor valde vi att fokusera på de variabler i de övriga enkäterna som behandlade sådant som för studien ansågs relevanta utifrån syftet, exempelvis ålder, längd, vikt, självskattat hälsotillstånd, och civilstånd. Kriterierna för exkludering valdes delvis med hänsyn av det aktuella sjukhusets förutbestämda studiedesign. Valet att exkludera ett antal individer på grund av ofullständigt ifyllda frågeformulär baserades på det faktum att dessa frågor hade en betydande roll i undersökningen. En inkludering av dessa deltagare hade kunnat ge ett missvisande resultat.

I figur 8 som visar en jämförelse över hur stor vikt de enskilda frågorna har valde vi att redovisa resultatet i antal istället för procent för att tydliggöra och belysa att det är individer som åsyftas. Detta ger en större förståelse kring att det är verkliga personer som kan komma att drabbas av eventuella fel i detta kostindex.

Vid analysen av enkätdata delades respondenterna in i samma ålderskategorier som i kostundersökningen Riksmaten 2010-11 (2012): 18-30, 31-44, 45-64, 65-80 och 81-100 år. Detta för att möjliggöra jämförelser mellan denna studies resultat och tidigare matvaneundersökning. Då det i den första indelningen i åldersintervall visade sig att flertalet av studiedeltagarna var äldre än 65 gjorde vi ytterligare en åldersindelning med två grupper, en för de deltagarna mellan 18-64 år och en för de mellan 65-100 år. Vi valde att dra gränsen vid 65 år för att få någotsånär storleksmässigt lika grupper då detta ansågs vara en lämplig ålder i avseende att jämföra de olika åldersgrupperna. Detta för att kunna göra jämföra de olika gruppernas kostvanor.

3.6.1 Etik

Några av de grundläggande etikkraven i en studie av denna karaktär är att försökspersonens integritet ska respekteras och att ingen ska ta skada av undersökningen (Vetenskapsrådet, 2011). För att undvika att bryta mot de fyra forskningsetiska principerna, sekretess, tystnadsplikt, anonymitet och att data hanteras konfidentiellt nämns inte det medverkande sjukhuset vid namn i studien. När personuppgifter, som ibland kan vara känsliga, hanteras i studier innebär det att forskningen riskerar att kränka deltagarnas integritet (CODEX, 2013a). Av denna anledning avidentifierades de insamlade data helt redan vid inmatningen för att inte riskera att deltagarnas personuppgifter skulle nås av obehöriga, eller kopplas ihop med undersökningsdata. De som utför studien ansvarar för inriktningen av sin undersökning och tänkbara följder av resultaten (Wallén, 1996). I detta fall har studien inte givits något etiskt godkännande, och det har inte heller ansökt om något sådant. Att inte ansöka om etiskt godkännande är ett beslut taget av chefsläkare och sjukhuschefen på sjukhuset där datainsamlingen utfördes. Beslutet är grundat på att undersökningen värderades vara en kvalitetsuppföljning av verksamheten på det aktuella sjukhuset, och därför inte en studie per definition. Enligt vår bedömning av Vetenskapsrådets rapport ”God forskningssed” (2011) har inte ett etiskt godkännande för denna studie varit nödvändig då ämnet för studien inte ligger inom ramarna för forskning som kräver etiskt godkännande.

Wallén (1996) och CODEX (2013b) belyser att det vid studier som involverar människor är viktigt att deltagarna informeras om forskningen och därefter ger sitt samtycke. Ett samtycke får när som helst tas tillbaka med omedelbar verkan (Wallén, 1996). Detta är något som vi anser har skett med god etisk sed i denna studie. Vid datainsamlingen fick alla patienter ett papper med patientinformation och en samtyckesblankett där det gick att utläsa syftet med undersökningen, hur datainsamlingen skulle gå till samt hur insamlad data och personuppgifter skulle hanteras (se Bilaga 5). Deltagarna blev på så sätt väl informerade om vad deras medverkan i studien skulle innebära. De patienter som valde att medverka i studien men som av olika anledningar inte själva kunde fylla i enkäterna erbjöds att få hjälp med detta av sjukvårdspersonal eller anhörig.

4. Resultat

4.1 Bakgrundsdata

Det totala deltagarantalet i studien var 110 stycken, varav 48,2 % var kvinnor (n=53) och 51,8 % var män (n=57). Åldersspridningen bland deltagarna i studien varierade mellan 18 och 98 år. Medelåldern bland deltagarna är 73,2 år för kvinnor och 71,2 år för män. Av de deltagande var 71,8 % 65 år eller äldre (n=79). I studien var 2,8 % underviktiga, 36,7 % normalviktiga, 38,5 % överviktiga och 22 % har ett BMI som var 30 eller högre. Bland deltagarna i studien var 63 % samboende och 37 % var ensamboende. En översikt av studiedeltagarnas bakgrundsdata går att se i tabell 4.

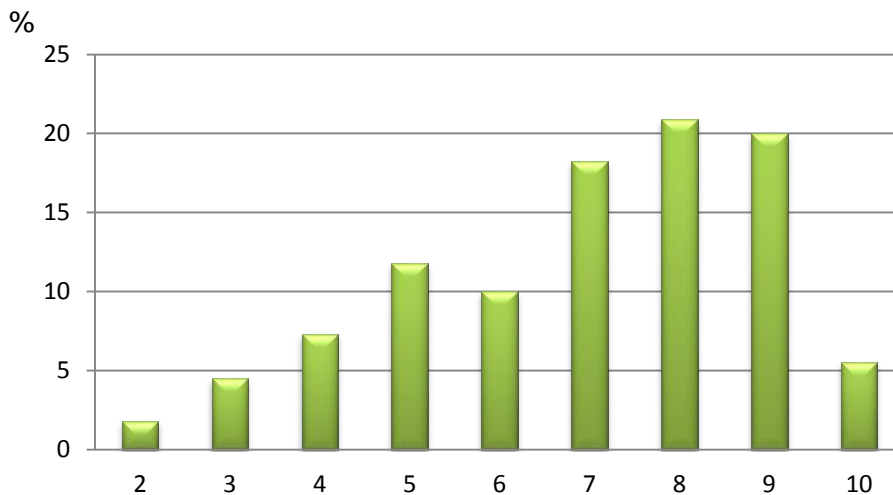
Tabell 4. Studiedeltagarnas bakgrundsfaktorer.

Bakgrundsfaktorer	Antal	Procent (%)
<i>Kön (n=110)</i>		
Män	57	51,8
Kvinnor	53	48,2
<i>Ålder (n=110)</i>		
18-30	1	0,9
31-44	6	5,5
45-64	24	21,8
65-80	40	36,4
81-100	39	35,5
<i>BMI (n=109)</i>		
≤18,49	3	2,8
18,50-24,99	40	36,7
25,00-29,99	42	38,5
30,00-34,99	18	16,5
35,00-39,99	5	4,6
≥40	1	0,9
<i>Civilstånd (n=108)</i>		
Samboende	68	63
Ensamboende	40	37

4.2 Deltagarnas matvanor

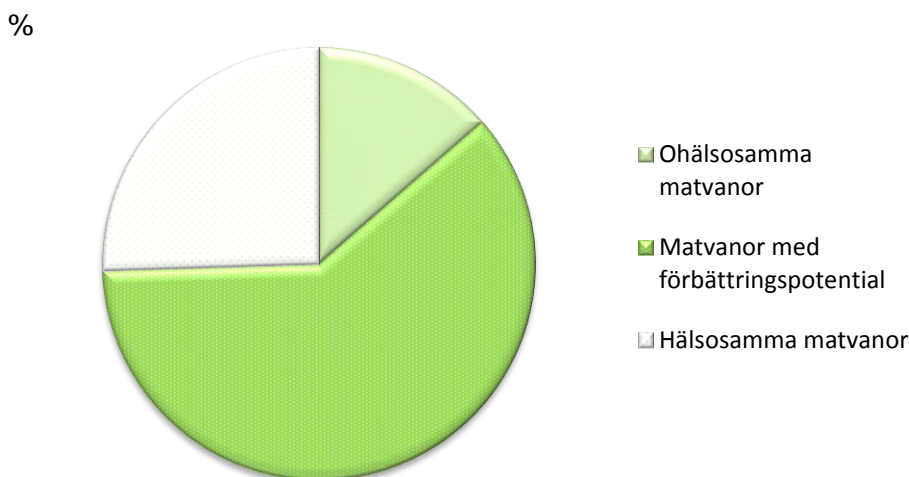
4.2.1 Kostindexet

I figur 2 kan ses hur många poäng deltagarna fick på Socialstyrelsens index för ohälsosamma matvanor. Flest deltagare (20,9 %) har 8 poäng som slutsumma. Drygt hälften av deltagarna hamnar inom intervallet 7-9 poäng som totalsumma. Inga deltagare har fått de två högsta eller lägsta totalsummorna på kostindexet.



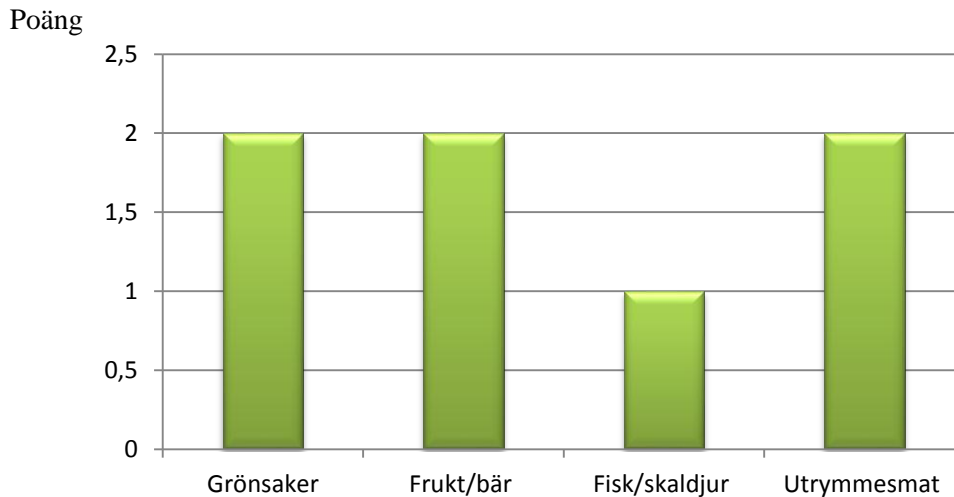
Figur 2. Fördelning av deltagarnas svar i Socialstyrelsens kostindex med 0-12 möjliga poäng (n=110).

Enligt Socialstyrelsens index hamnar 13,6 % inom kategorin för ohälsosamma matvanor och 25,5 % av deltagarna hamnar inom kategorin för hälsosamma matvanor (se figur 3). Resterande 60,9 % hamnar däremellan och kan klassificeras att ha matvanor med förbättringspotential.



Figur 3. Fördelning av studiedeltagare utifrån kategorier av matvanor ut hälsosynpunkt baserat på svaren i kostindexet.

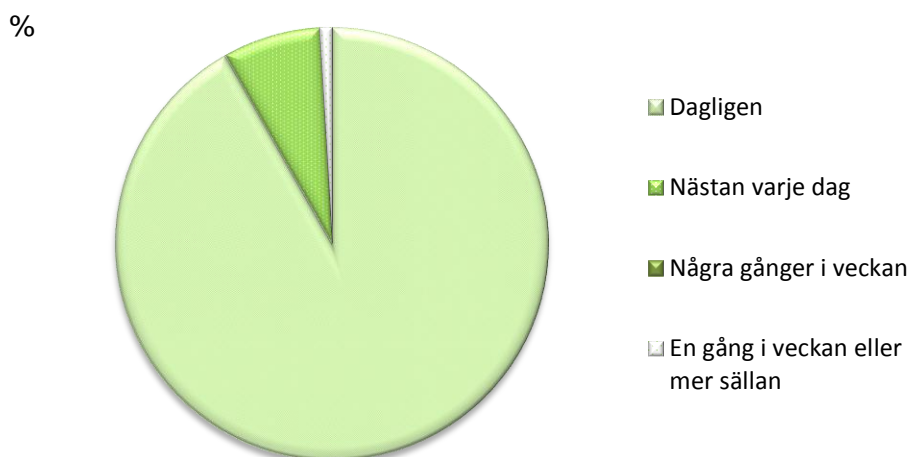
I figur 4 kan studiedeltagarnas median av svaren i de poängsatta frågorna i kostindexet ses. Poängsättningen av frågorna går att se i Bilaga 1. Tre poäng är det högsta och mest önskvärda som kan fås i varje fråga i kostindexet. På frågorna om intag av grönsaker, frukt och bär samt utrymmesmat var medianen bland deltagarna två, vilket motsvarar en gång per dag. På frågan kring intag av fisk och skaldjur var medianen ett, vilket motsvarar en gång i veckan. Medianen för totalsumman i kostindexet var sju poäng.



Figur 4. Medianvärde för varje komponent i kostindexet.

4.2.1 Frukostintag

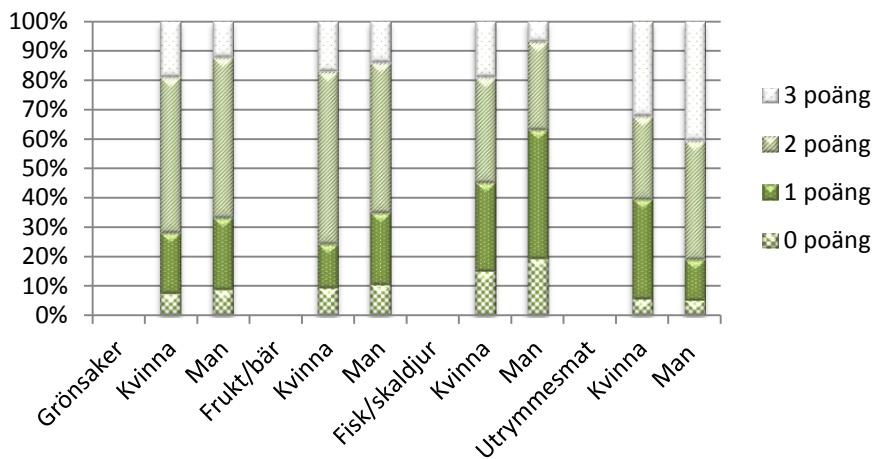
Den femte frågan i Socialstyrelsens index för ohälsosamma matvanor är kring hur ofta frukost intas. På denna fråga svarade 91,8 % att de äter frukost dagligen. Bland övriga deltagare är det 7,3 % som svarade att de äter frukost nästan varje dag och 0,9 % svarade att de åt frukost en gång i veckan eller mer sällan. Ingen deltagare svarade att de åt frukost några gånger i veckan (se figur 5).



Figur 5. Redogörelse över hur deltagarna svarade i frågan om hur ofta de äter frukost.

4.3 Samband mellan matvanor och demografiska variabler

I figur 6 kan en jämförelse mellan män och kvinnors svar på kostindexet ses. Kvinnorna i denna studie svarade på alla frågor att de intog livsmedlena i en högre frekvens än männen. I alla frågor förutom i frågan om utrymmesmat är det ur hälsosynpunkt positivt att ha en hög frekvens. På frågorna kring intaget av grönsaker samt frukt och bär får 71,7 % respektive 75,5 % av kvinnorna två eller tre poäng, vilket motsvarar en gång per dag samt en gång i veckan eller mer sällan. Motsvarande siffror är för männen 66,7 % respektive 64,9 %. På frågan kring intaget av fisk och skaldjur får 54,7 % av kvinnorna två eller tre poäng, vilket motsvarar två gånger i veckan samt tre gånger i vecka eller oftare, medan samma siffra hos männen är 36,8 %. På frågan kring hur ofta utrymmesmat intas är det 80,8 % av männen som får två eller tre poäng, vilket motsvara några gånger i veckan samt en gång i veckan eller mer sällan, medan samma siffra hos kvinnorna är 60,4 %.



Figur 6. Jämförelse mellan män och kvinnors svarsfrekvens i kostindexet.

I tabell 5 går prevalensen av ohälsosamma matvanor inom olika kategorier att se. Respondenter med ohälsosamma matvanor har jämförts med övriga deltagare, det vill säga både de som har hälsosamma matvanor samt de som har matvanor med förbättringspotential. Prevalensen av ohälsosamma matvanor var högre ibland deltagare i åldern 18-64 (19,4 %) än hos de mellan 65-100 år (11,4 %). Detta innebär att det i denna studie var 1,9 gånger så hög risk att ha ohälsosamma matvanor om man var 18-64 år jämfört med om man var 65-100 år. Bland kvinnorna i denna studie hade 9,4 % ohälsosamma matvanor medan samma siffra hos männen var 17,5 % vilket innebär 2 gånger så hög risk för ohälsosamma matvanor bland männen. Bland de deltagare som var ensamboende är prevalensen för ohälsosamma matvanor nästintill dubbelt så stor jämfört med det som är samboende. Risken för ohälsosamma matvanor bland ensamboende var 2,2 gånger så hög jämfört med samboende.

Tabell 5. Samband mellan ohälsosamma matvanor och demografiska respektive hälsomässiga faktorer.

Kategori	Prevalens ohälsosamma (%)	Odds Ratio (95 % konfidensintervall)
<i>Ålder (n=110)</i>		
65-100	11,4	Referens
18-64	19,4	1,9 (0,6-5,8)
<i>Kön (n=110)</i>		
Kvinna	9,40	Referens
Man	17,5	2,0 (0,6-6,4)
<i>Civilstånd (n=108)</i>		
Samboende	8,8	Referens
Ensamboende	17,5	2,2 (0,7-7,1)
<i>BMI-övervikt(n=109)</i>		
<24,99	9,3	Referens
>25	16,7	2,0 (0,6-6,6)
<i>BMI-fetma (n=109)</i>		
<29,99	12,9	Referens
>30	16,7	1,3 (0,4-4,7)
<i>Undernäring (n=108)</i>		
Hög/måttlig risk	11,1	Referens
Ingen/låg risk	14,8	1,4 (0,4-5,4)
<i>Självskattad hälsa (n=109)</i>		
Utmärkt-bra	10,9	Referens
Acceptabel-dålig	16,7	1,6 (0,5-5,0)

I tabell 6 går prevalensen av hälsosamma matvanor inom olika kategorier att se. Respondenter med hälsosamma matvanor har jämförts med övriga deltagare, det vill säga både de som har ohälsosamma matvanor samt de som har matvanor med förbättringspotential. Prevalensen av hälsosamma matvanor var signifikant högre hos personerna mellan 18-64 år. Det är 2,5 gånger så stor chans att ha hälsosamma matvanor om man är mellan 18-64 år jämfört med om man är 65-100 år. Bland deltagarna i studien var det 28,3 % av kvinnorna och 22,8 % av männen som hade hälsosamma matvanor. Bland de deltagare som var samboende var det 29,4 % som hade hälsosamma matvanor medan denna siffra hos de ensamboende var 20 %. Observera att referensen för kön, civilstånd och självskattad hälsa är bytt jämfört med tabell 5 för att kunna redovisa ett Odds Ratio över 1.

Tabell 6. Samband mellan hälsosamma matvanor och demografiska respektive hälsomässiga faktorer.

Kategori	Prevalens hälsosamma (%)	Odds Ratio (95 % konfidensintervall)
<i>Ålder (n=110)</i>		
65-100	20,3	Referens
18-64	38,7	2,5 (1,004-6,2)
<i>Kön (n=110)</i>		
Man	22,8	Referens
Kvinna	28,3	1,3 (0,6-3,2)
<i>Civilstånd (n=108)</i>		
Ensamboende	20,0	Referens
Samboende	29,4	1,7 (0,7-4,2)
<i>BMI-övervikt (n=109)</i>		
<24,99	16,3	Referens
>25	31,8	2,4 (0,9-6,3)
<i>BMI-fetma (n=109)</i>		
<29,99	24,7	Referens
>30	29,2	1,3 (0,5-3,4)
<i>Undernäring (n=108)</i>		
Hög/måttlig risk	14,8	Referens
Ingen/låg risk	29,6	2,4 (0,8-7,8)
<i>Självskattad hälsa (n=109)</i>		
Acceptabel-dålig	18,5	Referens
Utmärkt-bra	32,7	2,1 (0,9-5,2)

4.4 Samband mellan matvanor och hälsoindikatorer

Prevalensen av ohälsosamma matvanor var högre hos både de som var överviktiga och hade fetma än bland de som var normalviktiga (se tabell 5). I studien var det 2 gånger så hög risk att ha ohälsosamma matvanor vid ett BMI högre än 25. Bland de som låg inom en hög till måttlig risk för undernäring hade 11,1 % ohälsosamma matvanor. Ser man till den självskattade hälsan bland de deltagare med ohälsosamma matvanor skattade 10,9 % sin hälsa som utmärkt till god medan 16,7 % skattade sin hälsa som acceptabel eller dålig. I studien var det 1,6 gånger högre risk att deltagaren hade ohälsosamma matvanor om den skattade sin hälsa som acceptabel eller dålig än för de som skattade till hälsa högre.

Prevalensen av hälsosamma matvanor enligt kostindexet var högre hos både de som hade ett BMI över det som klassas som övervikt och fetma (se tabell 6). I studien kan även ses att chansen till hälsosamma matvanor var 2,4 gånger högre om ingen eller låg risk för undernäring fanns. Den självskattade hälsan är bättre hos de som har hälsosamma matvanor. Det var i studien 2,1 gånger så stor chans till hälsosamma matvanor hos de personer som skattade sin hälsa som bra till utmärkt jämfört med de som skattade sin hälsa som acceptabel till dålig.

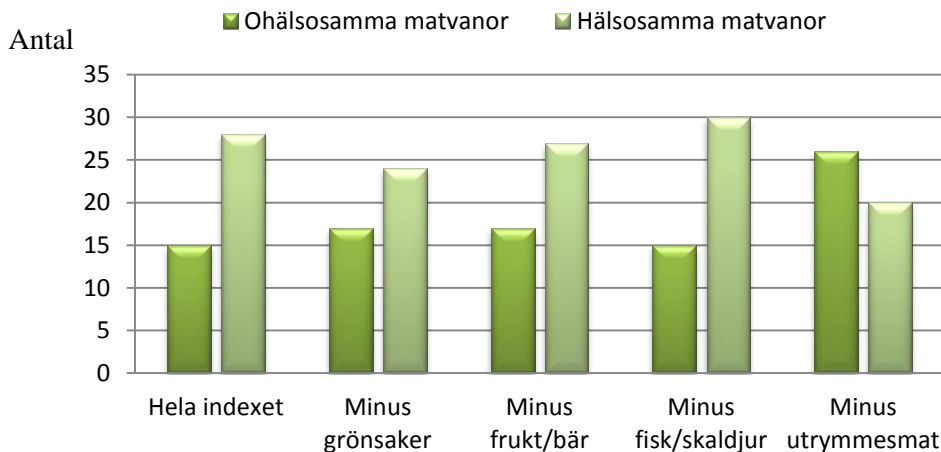
4.5 Betydelsen av indexets utformning för klassificering

I studiens syfte ingår att undersöka eventuella begränsningar i Socialstyrelsens index för ohälsosamma matvanor. Därav har vi undersökt hur några olika faktorer kan påverka kostindexets resultat. Några potentiella svagheter som har upptäckts är olika begränsningar i poängsättningen och kategoriseringen utifrån totalsumman av frågorna (se Bilaga 1). En hypotes har varit att personer potentiellt kan komma att missa chansen att erbjudas kvalificerat rådgivande samtal på grund av poängsättningen, se exempel i figur 7 nedan.

En person anger att denne på både frågan om grönsaker och frukt intar dessa livsmedel en gång i veckan eller mer sällan och får på båda dessa frågor noll poäng. Fisk och skaldjur anger personen att denne äter två gånger i veckan och får på denna fråga två poäng. På frågan kring utrymmesmat uppger personen att denne äter detta en gång i veckan eller mer sällan och får därmed tre poäng. Totalsumman för denna person blir fem poäng och därmed hamnar personen i kategorin för matvanor med förbättringspotential. Inget kvalificerat rådgivande samtal skulle därför hållas med personen utifrån kostindexets resultat.

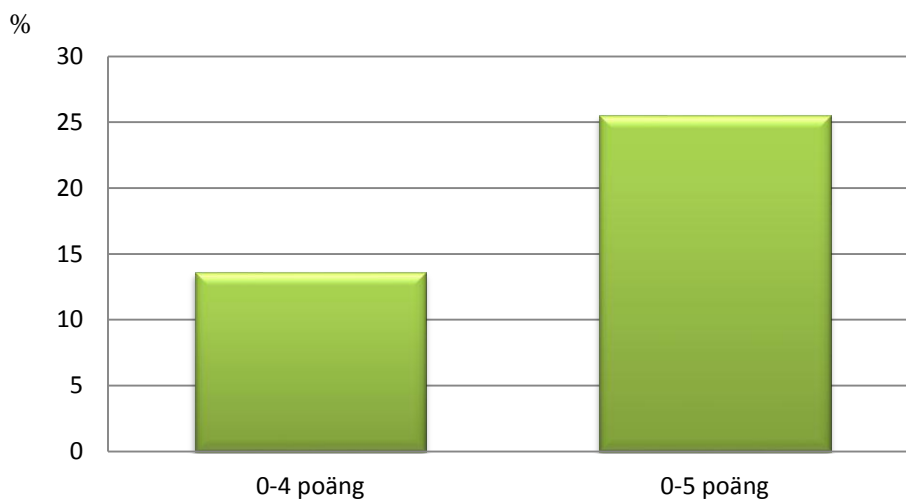
Figur 7. Exempel över en fiktiv persons svar på kostindexet.

I figur 8 kan en jämförelse över hur stor vikt de olika frågorna i kostindexet har utläsas. Tas frågan om utrymmesmat bort ur beräkningen av kostindexets totalsumma ökar antalet personer inom kategorin för ohälsosamma matvanor från 15 till 26 och antalet inom kategorin för hälsosamma matvanor minskar från 28 till 20. Detta visar att ett antal personer har ohälsosamma matvanor men äter utrymmesmat sällan och får höga poäng för det. För de övriga frågorna är inverkan något mindre.



Figur 8. Jämförelse över hur stor vikt de olika frågorna i kostindexet har. Poängen av de poängsatta frågorna har en och en tagits bort från totalsumman vilket visar på de enskilda frågornas tyngd för den slutliga poängsumman som ligger till grund kategoriseringen.

En redogörelse över hur många personer som ligger ett poäng över gränsen på totalsumman för vad som kategoriseras som ohälsosamma matvanor i kostindexet kan ses i figur 9. Ökar man gränsen för vad som anses som ohälsosamma matvanor med ett poäng ökar antalet som hamnar inom denna kategori från 13,6 % till 25,5 %.



Figur 9. Andel som skulle kategoriseras att ha ohälsosamma matvanor om gränsen för totalpoäng ökades med ett poäng.

4.6 Resurser och arbetsätt

Enligt en dietist vid det sjukhus där undersökningen genomfördes (personlig kontakt, 18 april 2013) arbetar sjukhuset i nuläget inte med Socialstyrelsens index för ohälsosamma matvanor på de avdelningar som deltagit i undersökningen. Kostindexet används på vissa enheter inom öppenvården. Exempelvis får en del av de patienter med hjärtproblematik fylla i kostindexet för att ha som underlag vid samtal om eventuella kostförändringar för att öka hälsan och undvika komplikationer. Några enheter har även detta kostindex liggande i väntrum som kan fyllas i av de patienter som vill. På det aktuella sjukhuset finns det två dietister och en

hälsopedagog. Dessa tre anställda är de som för närvarande genomför samtal om kost med patienter på sjukhuset. I dagsläget finns det ingen specifik tid avsatt endast för kvalificerat rådgivande samtal på sjukhuset. De patienter som kommer till sjukhuset och får sådana samtal tillhör det "normala flödet" och har ofta nutritionsproblem i samband med övervikt, fetma, diabetes och hjärt-kärlsjukdom. Vanligtvis får dietisterna på sjukhuset antingen en remiss från någon annan vårdpersonal som uppmärksammat ohälsosamma matvanor hos en patient, eller så har en remiss sänts gällande något annat, som till exempel glutenintolerans eller IBS, men där det även är av betydelse att ge råd om ohälsosamma matvanor.

Därmed är det oftast patienter inom öppenvården som får dessa samtal, men det förekommer även bland patienter som är inlagda på avdelning. Enligt personal på sjukhuset skulle en anställd som har kompetens att genomföra kvalificerade rådgivande samtal uppskattningsvis ha möjlighet att utföra ungefär sju samtal på en dag som mest. Förutsättningarna är att den anställda då genomför endast denna typ av samtal under arbetsdagen och att tidsåtgången till varje samtal är cirka en timmes arbetstid, varav 45 minuter är samtal och 15 minuter går åt till dokumentation.

5. Diskussion

5.1 Metoddiskussion

En av studiens styrkor är att urvalet bestod av majoriteten av de inläggande patienterna under en dag på ett helt sjukhus. Då studiens undersökningsmetod inte valdes eller utformades av oss själva har vi haft begränsat inflytande över detta metodval, vilket innebär att vi endast kan spekulera i vad som kan ha gått fel eller hade kunnat förbättras. Då vi inte heller har konstruerat eller varit närvarande vid datainsamlingen, har detta lett till mindre insyn och kontroll över denna process. Möjliga felkällor som kan ha uppkommit är exempelvis att respondenterna inte känt sig tillräckligt informerade om hur frågorna ska besvaras och därför misstolkat dem eller blivit påverkade av personalen. Även sjukdom och sjukhusmiljön kan ha påverkat respondenternas sinnestämning och i sin tur även svaren i undersökningen

5.1.1 Urval

Studiens urval var redan bestämt utifrån inklusionskriterierna från den största undersökningen (nutritionDay) som gjordes vid datainsamlingstillfället. Det hade kunnat vara till studiens fördel om urvalet hade varit större, då urvalet alltid bör vara så stort som möjligt (Hassmén & Hassmén, 2008). Å andra sidan är urvalet för denna studie representativt för detta sjukhus och denna dag, då det innefattande i princip alla inlagda på ett sjukhus. En stor andel av respondenterna, 71,9 % (n=110), var 65 år eller äldre vilket ger oss möjlighet att i större grad dra slutsatser som är representativa för denna grupp. För att göra en jämförelse kan det nämnas att i undersökningen Riksmaten 2010-11 (2012) var deltagarantalet mellan 65-80 år utgjorde endast 20,4 % av det totala deltagarantalet. Därför skulle resultat i denna studie kunna vara mer tillförlitliga för grupper med individer i dessa ålderskategorier.

5.1.2 Rapportering

Eftersom vår studie består av undersökningar med fyra olika enkäter och under ledning av olika personer kan felkällor uppstå vid ett flertal tillfällen. Ett sådant exempel kan vara att personalen som arbetade vid insamlingstillfällena kan ha olika och/eller bristande kunskaper om innebörden av enkätfrågorna. Exempelvis kan personalen ha olika uppfattningar om hur frukost definieras och därför ge olika förklaringar av denna fråga till respondenterna. Databinsamlingen i denna studie utfördes delvis av personal på sjukhusets olika avdelningar. För de personer som av olika anledningar fick hjälp med att fylla i sina enkäter kan svaren ha påverkats av hur personalen ställde frågorna. Även det faktum att både personalen och respondenterna som fyllt i kostindexet kan ha uppfattat frågorna olika är en möjlig felkälla. Ett tydligt exempel är frågan om intaget av frukt och bär där juice finns med som ett exempel på livsmedel i denna kategori. Då juice inte är definierat är det som respondent svårt att veta hur mycket juice man ska ha druckit för att det ska räknas som "en gång" och även uppfattningen av vad juice är kan skilja sig. Detta gör att kostindexet enligt oss inte riktigt når målet om att vara självinstruerande då det kan leda till tolkningsfel.

Vidare var det enligt en dietist vid sjukhuset där undersökningen genomfördes (personlig kontakt, 23 april 2013) många individer med varierad utbildningsbakgrund och erfarenheter som arbetade med insamlingen av enkätmaterial under undersökningdagen. Det kan antas att det finns risk att personer utför samma steg i arbetet på olika sätt, trots instruktioner om hur en enhetlig insamling och inmatning skulle gå till. Detta kan i sin tur leda till fel vid insamling och inmatning av data. Att det är viktigt att insamlingen av data går till på samma sätt för alla studiedeltagare för att resultatet ska bli så tillförlitligt som möjligt är något som Hassmén och Hassmén (2008) belyser. Vid undersökningar med enkäter som innehåller frågor om matvanor är det också viktigt att informera om deltagarnas anonymitet för att de ska svara så sanningsenligt som möjligt.

5.1.3 Databinsamling och analys

För att undvika fel vid databinsamlingen kontrollerades inmatningen som gjorts genom stickprov. Vi utarbetade en systematisk metod för inmatning för att undvika felinmatningar i den mån det gick. Det totala bortfallet i studien var 22 personer. Möjligen hade bortfallen kunnat reduceras men då vi saknar vetskap om vilka anledningar som ligger bakom uteblivandet av medverkan så är det svårt att spekulera om databinsamlingen hade kunnat göras på ett annat sätt för att minimera detta. Anledningarna kan ha varit av sådan karaktär att en annan metod för databinsamling inte hade kunnat påverka så att bortfallet blivit mindre. Sådana anledningar kan vara bland annat att personen var på operation, förflyttades mellan avdelningar, inte var kontaktbar eller på grund av dödsfall. En alternativ studiedesign där sjukvårdspersonalen haft en större roll i databinsamlandet hade kunnat leda till att de frågor som bygger på egna upplevelser inte kunnat besvaras med en objektiv bedömning. Detta innebär att i de fall där respondenterna inte var kontaktbara eller vid medvetande hade en större assistans av personalen inte gynnat undersökningen. Vad det gäller vårt bortfall kan vi bara spekulera i om det är så att fler hade hamnat i kategorin för ohälsosamma matvanor. Om så hade varit fallet hade detta lett till att än fler hade varit i behov av kvalificerat rådgivande

samtal och mer personal behövs. Statistiskt sett om mönstret följer resultatet i studien hade tre individer av bortfallet på 22 kommit i kategorin ohälsosamma matvanor. De statistiska test som utförts vid analys av studiens data kräver egentligen ett slumpmässigt urval. Dock ger studiens resultat en indikation på att resultatet går att generalisera till detta sjukhus i stort.

BMI hos yngre och medelålders bör ligga inom gränsen 20-25 för optimal hälsa (Socialstyrelsen, 2011e). Att definiera en individs hälsostatus genom att beräkna BMI har vissa begränsningar när detta används på äldre (Mahan & Escott-Stump, 2008). WHO's referensintervaller (2013) för idealvikt, BMI 18.5–25, som har använts i denna studie är möjligen för snäva i bedömningen av äldres BMI. Istället föreslås det att högre BMI-gränser används för den äldre befolkningen, då BMI mellan 25 och 30 anses vara det optimala intervallet för långt liv (Socialstyrelsen, 2011e). BMI beräknas utifrån en individs längd och vikt och därför det blir svårt att få ett korrekt BMI hos äldre då dessa faktorer ändras med åldern. Efter 70 års ålder sjunker vikten vanligtvis med i genomsnitt 0,5 % per år och längden påverkas av osteoporos. Då många deltagare i denna studie är äldre hade det kunnat vara en fördel att använda en specifik BMI-klassificering för äldre för de berörda deltagarna. Om ett sådant BMI-intervall hade valts vid analys av denna åldersgrupp hade kanske resultatet sett något annorlunda ut. Eftersom att det bedömdes att det inte fanns några vedertagna BMI-gränser eller riktlinjer om vart gränsen för äldre bör dras ansågs det inte vara nödvändigt att göra en indelning utifrån en annan BMI-klassificering för denna åldersgrupp. Detta underlättade även analysen av materialet.

5.2. Resultatdiskussion

Syftet med Socialstyrelsens kostindex är att det ska identifiera de personer som har ohälsosamma matvanor för att kunna ge dem råd för att förbättra dessa, och det beräknas kunna fånga 20 % av de i den svenska befolkningen med störst förbättringspotential vad det gäller matvanor. Resultatet i denna studie indikerar att 13,6 % av deltagarna har ohälsosamma matvanor inom slutenvården. Detta lägre resultat skulle kunna vara ett resultat av att många i studien var äldre och att det har visats att dessa generellt har bättre matvanor än lägre ålderskategorier (Riksmaten 2012). Det kan ge en indikation på att slutenvården inte är en optimal arena för att identifiera de individer med ohälsosamma matvanor.

5.2.1. Metodval vid matvaneundersökningar

Vilken metod som är bäst lämpad för att undersöka matvanor på individnivå har tidigare varit forskningsobjekt i ett flertal studier. Enligt Livsmedelsverket (2011a) har frekvensformulär som undersökningsverktyg en del brister, bland annat tycks de inte kunna spegla alla kostens dimensioner. I andra studier har man dock kommit fram till att frekvensformulär har hög respektive relativt hög validitet jämfört med 24-timmars-recall (Loy & Mohamed 2013; Liu et al., 2013). Frekvensformulären i dessa två studier innehöll dock fler och mer omfattande frågor om vilka livsmedel och drycker som konsumerats än Socialstyrelsens kostindex. Dessutom undersöker frekvensformulären i dessa två undersökningar både frekvens och portionsstorlekar av de olika livsmedlen. Med vetskapen om denna information bör man vara medveten om att matvaneundersökningar där Socialstyrelsens index för ohälsosamma

matvanor används troligtvis kan resultera i bristfälliga resultat. Detta på grund av att kostindexet är ett mycket litet frågeformulär som dessutom enbart tar hänsyn till frekvens av ett fåtal livsmedel. För att få en så bred och sanningsenlig bild av en individs kost som möjligt finns det därför skäl att anta att en kombination av ett frågeformulär och en 24-intervju är att föredra. Ett liknande förslag är något som Region Skåne (2013) har rekommenderat, då de föreslår att Socialstyrelsens kostindex kan kompletteras med en kostanamnes. Förslag av denna karaktär bidrar till ett mer tidskrävande arbete och är därför mer kostsamt. Därför skulle sådana typer av kompletteringar av kostindexet kunna leda till att den ursprungliga tanken med hur Socialstyrelsens kostindex ska användas inte uppfylls. Detta då kostindexet är tänkt att användas som ett enkelt och kostnadseffektivt verktyg för att identifiera personer med ohälsosamma matvanor.

För att vid matvaneundersökningar identifiera vilka personer som är i behov av rådgivning skulle en övervägning av vad som bör prioriteras kunna göras. Antingen kan kostindexet användas så som det är tänkt det vill säga att effektivt nå ut till en större del av befolkningen. Dock är risken med detta att de individer som har ett stort behov av adekvat rådgivning inte erbjuds detta om indexet ger missvisande resultat. Ett annat alternativ är att med hjälp av ett frågeformulär om kost kombinerat med en kostanamnes/24-timmars recall intervju nå färre personer men samtidigt fånga deras kostvanor bättre och därmed erbjuda en mer precis rådgivning.

5.2.2 Vad karakteriserar de personer som enligt kostindexet har ohälsosamma matvanor?

De sambandsanalyser som har gjorts i denna studie indikerar att deltagarna med övervikt och fetma i större utsträckning kategoriserades till ohälsosamma matvanor. Även bland de individerna med självskattad ohälsa är enligt kostindexet ohälsosamma matvanor förekommande i högre frekvens. Detta kan ge en indikation på att indexet fångar de personer som det avser det vill säga de med ohälsosamma matvanor. Bland de i studien som har hög eller måttlig risk för undernäring är frekvensen av ohälsosamma matvanor lägre än hos de med ingen eller låg risk för undernäring. Detta kan visa på att personer som har denna typ av felnutrition inte fångas av indexet. Det är inte heller något som Socialstyrelsens kostindex är menat att göra. Vilket innebär att personal som arbetar med kostindexet bör ha ett brett synsätt på ohälsosamma matvanor och att ha kunskap om att det kan finnas en mängd olika orsaker till att kvalificerat rådgivande samtal bör sättas in trots att kostindexet inte visar på detta.

När det gäller deltagare som hade hälsosamma matvanor är det fler som är överviktiga eller feta enligt sitt BMI än normalviktiga. Att en person har övervikt eller fetma behöver inte vara synonymt med ohälsosamma matvanor. Däremot kan kostindexet luras av att en person äter livsmedlen i mycket hög frekvens och mängd och att de på så sätt blir onyttiga då energiintaget blir för högt. Det kan även vara så att ett frekvent intag av de livsmedel som i kostindexet anses vara nyttiga kombineras med stora intag av andra livsmedel med exempelvis hög energitäthet. Både tillagningssätt och tillhör till de nyttiga livsmedlen kan också påverka att matvanorna inte är så hälsosamma som kostindexet kan ge sken av.

Exempelvis kan både olika typer av matfett och ost tillsammans med grönsaker göra att intaget inte blir lika hälsosamt. Ännu en orsak till att överviktiga kommer inom kategorin för hälsosamma matvanor kan vara att de försöker gå ner i vikt och har därför börjat äta hälsosammare och då även rapporterar att det äter hälsosamt.

Systematiska fel kan uppkomma när deltagarna svarar på enkätfrågor om sina kostvanor (Hassmén & Hassmén, 2008). Ett sådant systematiskt fel kan vara till exempel att respondenterna medvetet eller omedvetet svarar på frågor på ett sådant sätt som de tror att det förväntas, eller för att de vill framstå på ett visst sätt. Detta beskrivs som ett problem vid mätningar av matvanor då det är vanligt förekommande att deltagare i kostundersökningar rapporterar att de ätit mindre än vad de i själva verket gjort (Livsmedelsverket, 2011a). Felrapporteringar kan få stora konsekvenser i ett så pass litet instrument för undersökning som Socialstyrelsens kostindex är. I denna undersökning av Socialstyrelsens kostindex kan det möjligen vara så att personer har felrapporterat intaget av olika livsmedelsgrupper på grund av sociala normer om vad som är "bra" samt önskvärt att äta. Detta skulle kunna leda till att intaget av livsmedel som anses vara nyttiga, som exempelvis grönsaker och frukt, överrapporteras (överskattas) medan intaget av utrymmesmat underrapporteras (underskattas). Ofta underrapporteras livsmedel som anses vara onyttiga, exempelvis godis, läsk och kakor. Att underrapportering av energiintag var mer vanligt än överrapportering är något som kan ses i en studie där iranska kvinnors självrapporterade matvanor undersöktes (Shaneshin, Rashidkhani & Rabiei, 2012). De som underrapporterade hade i större utsträckning högre vikt, BMI och ålder.

I en annan studie där deltagarna var norska män och kvinnor mellan 16-79 år, visade det sig att färre män än kvinnor underrapporterade sitt energiintag (Johansson, Solvoll, Bjørneboe & Drevon, 1998). Fler av de som underrapporterade var överviktiga än de som överrapporterade. De som underrapporterade åt dessutom mindre fet- och sockerrik mat, samtidigt som de även var äldre, hade en lägre grad av fysisk aktivitet och ett högre BMI än de som inte underrapporterade. Att underrapportering kan vara vanligare bland personer med högt BMI indikerar även resultatet i vår studie då en stor andel av de personerna med BMI över 25 hamnade i kategorin hälsosamma matvanor utifrån sina svar på kostindexet. Detta kan innebära att dessa personer av någon anledning uppgett att de ätit mindre av exempelvis utrymmesmat än vad de i själva verket gjort. Överviktiga tenderar att överrapportera sitt intag av "nyttig" mat för att ge sken av att äta bättre än vad man egentligen gör (Livsmedelsverket, 2011a). Detta kallas "impression management" och är en form av social önskvärdhet som är viktigt att försöka eliminera i dessa typer av undersökningar (Hassmén & Hassmén, 2008). För att minimera detta i den mån det går kan det vara av betydelse att betona för respondenten att det inte finns några rätta och felaktiga svar, samt att det i slutändan är mest fördelaktigt för respondenten att ge ärliga svar.

Rothenberg (2009) jämförde äldres (medelålder 70-80 år) självrapporterade kostintag mot deras uppmätta faktiska intag i tre olika undersökningar. Där upptäcktes både under- och överrapportering, och i en av studierna tenderade många av deltagarna att rapportera vad de hade ätit tidigare i livet istället för att redovisa sin nuvarande kosthållning. Då deltagarnas

medelålder i vår studie är hög kan risken för att sådana systematiska fel förekommit inte uteslutas. Ett antagande är att de äldre kan ha en förmåga att uppge att de intagit vissa livsmedel mer frekvent än vad de i själva verket gjort om det är så att de gjorde detta i yngre ålder. Detta då det är vanligt förekommande att äldre äter mat i mindre mängd och frekvens än vad yngre personer gör (Livsmedelsverket, 2011b).

5.2.3 Resultat av undersökta matvanor i jämförelse med nationella studier

Utifrån studien går det att se resultat som kan jämföras med andra undersökningar av matvanor. Åldern på deltagarna i denna studie är relativt hög. Majoriteten av patienterna (71,9 %) som var inlagda på sjukhuset under dagen för datainsamlingen var 65 år eller äldre. Detta indikerar att det troligtvis främst är en äldre befolkning som nås när man undersöker vilka personer som behöver kostråd bland dem som är inlagda på sjukhus. I jämförelse med tidigare kostundersökningar, till exempel den senaste Riksmaten från 2011-10 (2012) kan samband och skillnader utläsas. I Riksmaten var 57 % av männen och 42 % av kvinnorna överviktiga eller feta. I denna studie var 60,5 % av samtliga deltagare överviktiga eller feta (se tabell 4). Något som dock bör nämnas är att Riksmaten 2010-11 grundas på relativt få deltagare (n=2268). Detta innebär att det kan vara felaktigt att hävda att Riksmaten speglar Sveriges befolknings matvanor när urvalet är så pass litet. Urvalet i vår studie motsvarar en tjugondel av deltagarna i senaste Riksmaten vilket innebär att underlaget i vår studie är relativt stort. I denna studie var exempelvis 36,4 % av deltagarna 65-80 år medan de i Riksmaten endast var 20,4 % inom samma ålderskategori.

Ett antagande som gjordes vid studiens start var att det skulle finnas ett samband mellan kön och olika ålderskategorier i svaren, då tidigare studier har visat att kvinnor äter hälsosammare än män och att äldre äter hälsosammare än yngre (Riksmaten, 2012). Denna studie visar dock på delvis motsatta förhållanden då det finns signifikanta skillnader mellan de två ålderskategorierna 18-64 år och 64-100 år. Det är 2,5 gånger så stor chans att kategoriseras för att ha hälsosamma matvanor om man är 18-64 år än om man är 65-100 år. Samtidigt indikerar resultatet att de mellan 18-64 år i större utsträckning har ohälsosamma matvanor. Detta tyder på att många i den äldre ålderskategorin kommer inom kategorin för matvanor med förbättringspotential. En möjlig förklaring till detta kan vara att åldersspannen inom ålderskategorierna är mycket stora. Detta kan innebära att det finns många olika variationer inom dessa. En annan möjlig förklaring till detta är att åldrandet ökar risken för sjukdom och undernäring (Livsmedelsverket, 2013b) och för att äldre ska få i sig tillräckligt mycket näring kan de rekommenderas att äta mer energirika livsmedel (Livsmedelsverket, 2011b). Det är vanligt förekommande att äldre förlorar eller minskar aptiten och då har svårt att få i sig tillräckligt stor mängd mat för att täcka sitt energibehov. De kan därför uppmuntras att ibland äta exempelvis en kaka eller dricka saft för att få i sig mer energi. Detta är dock något som kan speglas som mindre bra matval i resultatet av kostindexet. Detta kan tyda på att kostindexet inte ger ett korrekt resultat när det används för den äldre populationen som är sjuka samt inlagda på sjukhus. Vilket i sin tur kan innebära att undersökningar med Socialstyrelsens index för ohälsosamma matvanor inte kan eller bör användas inom

slutenvården då majoriten där är äldre. Ett alternativ kan vara att sätta en åldersgräns för vilka som kan undersökas med detta kostindex. Underförstått kan det vara en yngre ålderskategori då det är mer relevant att förebygga folkhälsosjukdomar hos dessa, något som är svårare att göra inom de högre åldersgrupperna. Studiens resultat skulle även kunna indikera att matvanorna hos de personer som är inneliggande på sjukhus skiljer sig från befolkningen i stort.

Bland de män och kvinnor som deltog i vår undersökning var det flest personer med ohälsosamma matvanor i den förstnämnda gruppen. Riksmaten (2012) visade att kvinnorna åt frukt och bär, grönsaker samt fisk flera gånger i veckan än männen. Detta är i linje med vårt studieresultat som indikerar att kvinnor äter mer grönsaker, frukt och fisk än män sett till frekvens. Däremot visar vår studie att kvinnorna äter utrymmesmat i högre frekvens än männen, i Riksmaten är intaget av utrymmesmat lika för män och kvinnor. Studieresultatet visar även på skillnader mellan kvinnor och män vad det gäller de hälsosamma matvanorna. Kvinnorna har i större utsträckning hälsosamma matvanor.

5.2.4 Sjukhusets resurser att förebygga ohälsosamma matvanor

Det är relevant att undersöka hur personalen på ett sjukhus kan använda sig av Socialstyrelsens kostindex för att följa riktlinjerna om att arbeta förebyggande och genomföra kvalificerat rådgivande samtal. I vår studie kan vi se att utifrån Socialstyrelsens index för ohälsosamma matvanor hamnar 15 personer inom kategorin för ohälsosamma matvanor. Detta är inneliggande personer under en dag på det specifika sjukhuset vi har gjort denna studie hos. Kvalificerat rådgivande samtal för dessa 15 personerna skulle innebära personalresurser på 15 timmar då varje samtal beräknas ta 45 minuter plus 15 minuter för dokumentation. Detta innebär att det uppskattningsvis behövs drygt två heltidstjänster för att kunna erbjuda kvalificerat rådgivande samtal för dessa personer. Då ett kvalificerat rådgivande samtal inte ska ses om en engångsåtgärd utan som en process där en eller flera uppföljningar behövs bör även detta tas med i beräkningen (2011a). Det bör även tas med i beräkningen att siffran för antalet personer med ohälsosamma matvanor skulle komma att öka om även patienter inom mottagningsvården skulle fylla i kostindexet, vilket är tanken. Alla som klassificeras att ha ohälsosamma matvanor behöver inte ta erbjudandet till rådgivning men samtidigt bör resurser finnas samt möjlighet för flera återbesök av majoriteten av de som väljer samtal.

Det inte är meningen att alla som kategoriseras för ohälsosamma matvanor enligt kostindexet per automatik bör få rådgivning, och framförallt är det inte uttalat hur stor andel som ska fylla i indexet. Denna beräkning kan ge en uppfattning om vilka resurser som behövs. Beräkningen skulle innebära att det i dagsläget saknas resurser på sjukhuset för att ta hand om alla de personer som hamnar inom kategorin för ohälsosamma matvanor då det endast finns två anställda som är kvalificerade att utföra kvalificerat rådgivande samtal. I dagsläget finns det två dietister och en hälsopedagog som genomför samtal kring kost med patienter på sjukhuset. Sedan Region Skånes nya "Vårdprogram - Levnadsvanor för vuxna" (2013) publicerades är dock en av dessa tre inte längre behörig att utföra kvalificerat rådgivande samtal. Detta då det enligt Region Skånes vårdprogram endast är legitimerad personal som har rätt att ge

kvalificerat rådgivande samtal. Hälso pedagogen som arbetar med kostsamtal på sjukhuset idag är inte legitimerad.

Vi anser att det kan finnas fler personer som skulle kunna utföra dessa samtal. Kvalificerat rådgivande samtal är en åtgärd som innebär att förebygga sjukdomar snarare än att behandla, vilket är centralt inom hälsopromotion. De studenter som har läst Hälsopromotionsprogrammet med inriktning kostvetenskap har en bred kunskap inom kost och hälsa och skulle kunna utföra denna typ av samtal men faller utanför ramarna enbart på grund av att de inte är legitimerade. Dessa studenter har goda kunskaper inom näringslära och många andra bitar inom kostens olika dimensioner. Då de även har läst kurser som berör olika motiverande samtalstekniker och coaching har de god kompetens att arbeta med förändringsprocesser och beteendetekniker. Utbildningen innefattar även pedagogik och olika perspektiv inom folkhälsoarbete vilket är en stor fördel gentemot de utbildningar som den legitimerade sjukvårdspersonalen har läst. Med detta som bakgrund anser vi att personer med denna utbildningsbakgrund är väl meriterade för att hålla kvalificerat rådgivande samtal om ohälsosamma matvanor. Man ska dock även vara medveten om att legitimeringen innebär att en del krav ställs på personen i fråga som innehar legitimationen. Men att enbart tillåta legitimerad personal att utföra kvalificerat rådgivande samtal exkluderar en stor grupp personer som i själva verket är väl lämpade att utföra dessa.

5.2.5 Begränsande poängsättning ger snäva kategorier i Socialstyrelsens kostindex

Många (60,9 %) av respondenterna kategoriserades utifrån sina svar på kostindexet in i den mellersta kategorin som vi valt att kalla matvanor med förbättringspotential. En fråga som är relevant att undersöka är vad som händer med dessa respondenter. Så många som 11,7 % av deltagarna i denna studie får 5 poäng som slutsumma, vilket pekar på att felrapportering av endast en fråga skulle kunna resultera i att respondenten inte erbjuds den rådgivning som denne kan vara i behov av. Detta indikerar att kostindexets snäva kategorier gör att många inte erbjuds rådgivning trots att de kan vara i behov av detta. Förslagsvis bör även de erbjudas någon form av rådgivning för att möjligtvis förebygga ohälsosamma matvanor hos dem. Detta är något som skulle kunna ingå i satsningen på det hälsopromotiva arbetet inom hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen anser att frågorna i kostindexet ska värderas som en enhet och inte enskilt (Socialstyrelsen, 2011b). Dock har vi i denna studie ansett att i utvärderingen av indexet är det relevant att undersöka vad de enskilda frågorna bidrar med till helheten. Exempelvis kan man se att några av de i studien som svarade att de åt utrymmesmat sällan och intog övriga livsmedel i mycket låg frekvens fick hög poäng. Därmed hamnade de i en högre kategori på grund av poängsättningen av frågan kring utrymmesmat. I studien kan ses att 11 personer eventuellt inte erbjuds kvalificerat rådgivande samtal trots att de i övrigt har ohälsosamma matvanor och kan vara i behov av detta (se figur 8). Resultatet tyder på att frågan om utrymmesmat är högt poängsatt och kan därför bidra till ett felaktigt resultat kring ohälsosamma matvanor.

Frågor kring utrymmesmat är även något som det finns mycket sociala normer kring vilket i sin tur kan bidra till en felaktig rapportering (Livsmedelsverket, 2013b). Resultat i vår studie visar på att en överskattning på endast en fråga kan innebära att ett stort antal personer hamnar inom fel kategori. Genom att i indexet uppge att man äter något livsmedel lite mer (överrapportera) än vad man egentligen gör, t.ex. grönsaker, får man 5 poäng istället för 4 och kategoriseras därmed som en person som har matvanor med förbättringspotential och erbjuds därför inte rådgivning. I själva verket borde denna person dock, utifrån sitt faktiska grönsaksintag, fått 4 poäng och därmed identifierats som en person med ohälsosamma matvanor och erbjudits kvalificerat rådgivande samtal. Detta tyder på att felkällorna i kostindexet kan innebära att många personer som är i behov av hjälp hamnar utanför den grupp som erbjuds rådgivning.

För att förtydliga innebär det att ett lågt rapporterat intag av utrymmesmat kan bidra till att personen hamnar i kategorin för matvanor med förbättringspotential och inte kategorin för ohälsosamma matvanor trots att de har angivit att de intagit grönsaker, frukt och bär samt fisk och skaldjur i mycket låg frekvens. Detta innebär att personal som hanterar kostindex måste se till individens enskilda svar på frågorna istället för att se på totalsumman. I och med detta anser vi att Socialstyrelsens kostindex inte är tillräckligt tillförlitligt. En möjlig förbättring av kostindexet för att undvika fel som detta skulle kunna vara att poängsätta frågan om utrymmesmat annorlunda. Detta anser vi eftersom lågt intag utrymmesmat inte är en bidragande faktor för att ha en hälsosam kost i stort. Medan ett lågt intag av de övriga livsmedlen som finns representerade i kostindexet kan indikera ett lågt vitamin- och mineralintag.

Att det ger en relativt hög poäng för att äta utrymmesmat några gånger i veckan känns även felaktigt vid jämförelse av poängsättningen av övriga frågor. Exempelvis ger svaret ”Två gånger i veckan” på frågan om hur ofta fisk och skaldjur intas 2 poäng (se Bilaga 1). Detta är samma poäng som fås vid intag av utrymmesmat några gånger i veckan. Om man ser till vad utrymmesmat ger kroppen (lite näringsämnen, mycket energi) så är det enligt oss orimligt höga poäng medan man måste ha mycket hög frekvens på sitt fisk- och skaldjursintag för att få bra poäng. Det kan också upplevas ”lättare” att äta utrymmesmat några gånger i veckan än att äta fisk två gånger i veckan. Ännu en brist i svarsalternativet ”Några gånger i veckan” på frågan om intag av utrymmesmat är att det är en definitionsfråga om hur många gånger detta är. En annan tanke kring svarsalternativen är att det är ett större glapp mellan svaralternativ ”Några gånger i veckan” och ”En gång i veckan eller mer sällan” än vad det är mellan de övriga svarsalternativen (se Bilaga 1). Detta kan vara en begränsning när en individs kostvanor ska speglas.

5.2.6 Problematik på grund av frågornas utformning

Det är meningen att kostindexets frågor ska vara enkla att besvara (Socialstyrelsen, 2011a). De brister som kan uppkomma till följd av att förenkla frågorna är att de inte blir tillräckligt tydliga, och att definitionerna av vad som exempelvis är utrymmesmat eller frukost inte fastställs på enkäten. Detta gör att kostindexet kan ha svårigheter att nå målet om att vara

självinstruerande då det kan leda till tolknings- och definitionsfel. Respondenternas tolkning av frågan om utrymmesmat som lyder "Hur ofta äter du kaffebröd, choklad/godis, chips eller läsk/saft?" kan se olika ut. Olika definitioner av exempelvis kaffebröd, godis och läsk kan leda till icke jämförbara svar. Något som en person kan kategorisera som godis kanske en annan person inte räknar till denna kategori, ett exempel på detta kan vara naturgodis, olika sorters kex, proteinbars med mera. Detta kan leda till att samma intag av utrymmesmat rapporteras olika beroende på person.

Ett antagande bakom denna kartläggning är att på grund av att Socialstyrelsens kostindex innehåller få frågor uppkommer en begränsning i arbetet med att effektivt identifiera de personer som faktiskt har ohälsosamma matvanor. Anledningen till detta är att det finns en stor risk att felaktiga slutsatser dras, exempelvis speglar kostindexet troligen inte hela bilden av respondenternas kosthållning eftersom det inte tar hänsyn till mängden livsmedel som har konsumerats. Från början var det tänkt att en fråga om fettkvalitet skulle ingå i Socialstyrelsens kostindex, men den fråga ratades då den ansågs vara för svår att förstå för den allmänna befolkningen (Socialstyrelsen, 2011c). I andra undersökningar kring hur kostkvalitet bäst bör undersökas har man kommit fram till att en fråga om fettkvalitet bör ingå för att få en korrekt bild av kosten (Sepp, Ekelund & Becker, 2004). Då en förhoppning med användandet av Socialstyrelsens index för ohälsosamma matvanor är att det ska bidra till att öka kunskaperna om bra matvanor i befolkningen (Socialstyrelsen, 2011c), kan det vara en god idé att inkludera en fråga kring fettkvalitet i indexet. Det kan framkalla funderingar om vad man väljer för matfett i dagsläget och väcka nyfikenhet att ta reda på mer om olika fettkvaliteter och vad som är bra att äta ur hälsosynpunkt. Båda dessa aspekter motiverar till att kostindexet bör kompletteras med en fråga om fettkvalitet för att ge en mer sanningsenlig bild av individens kostvanor. För att det ska bli tydligt att förstå frågans innebörd och för att den ska uppfattas korrekt bör förslagsvis en lättförståelig förklaring tilläggas.

Behovet av en matvaneförändring kan gälla olika saker som mängder, tillagningsval, energiintag och livsmedelval vilka inte alltid fångas via Socialstyrelsens indikatorfrågor. Även om Socialstyrelsen har motiverat att bara ha med frekvens och inte kvantitet i indexfrågorna med att det skulle bli för komplicerat (Socialstyrelsen, 2011c) anser vi att svaren skulle bli mer tillförlitliga om man skulle inkludera både kvantitet och frekvens. Att äta grönsaker ofta behöver inte betyda att det är en tillräckligt stor mängd för att det ska anses hälsosamt. Exempelvis kan man äta två gurkskivor på frukostsmörgåsen varje dag och på detta sätt få en relativt hög poäng (2 poäng). Detta innebär att även om det uppgivits att respondenten ätit grönsaker en gång per dag är denna mängd inte likställt med att ha ett tillfredställande intag av grönsaker ur ett hälsoperspektiv. Ett förslag är att istället formulera en fråga som på något sätt kombinerar både frekvens och kvantitet, till exempel: Hur många dagar i veckan äter du 500g frukt och/eller grönsaker?

Enligt studien åt 91,8 % av deltagarna frukost dagligen vilket är ett mycket bra resultat ur hälsoperspektiv. Detta då det tidigare visats att de som äter frukost sällan eller nästan aldrig tenderar att även äta mindre grönsaker och kostfiber (Smith et al., 2013). Dock kan man diskutera om vad som är en bra frukost ur hälsoperspektiv och vad olika personer anser vara

en frukost. Olika exempel på vad som kan definieras som frukost kan vara en kopp kaffe, en knäckebrödsskiva, en frukt eller ett glas chokladdryck. Dessa olika alternativ kan alla vara en frukost för någon men samtidigt varken ge den energi eller mättnadskänsla som gör frukostintaget fördelaktigt ur ett hälsoperspektiv. Ännu en fundering kring frågan om frukostintaget är hur svaren på denna fråga kommer att användas då den inte är poängsatt. Eftersom att vad frukost är inte heller är definierat finns det en del oklarheter om vad för slags information som svaret på denna fråga ger. Därför föreslår vi att denna fråga kan utvecklas med en definition och då kanske även poängsättas eller alternativt utveckla en annan fråga som kan ge mer information om personens kostvanor.

5.3 Slutsatser och implikationer

Sammanfattningsvis visar resultatet i studien på signifikanta skillnader för prevalensen av hälsosamma matvanor avseende ålder. Det är 2,5 gånger så stor chans att enligt kostindexet ha hälsosamma matvanor om man är 18-64 år än om man är 64-100 år. Denna beräkning förutsätter egentligen ett slumpmässigt urval men ger en indikation på att resultatet går att generalisera till detta sjukhus i stort. Det finns tendenser i studien som visar att kvinnorna har hälsosamma matvanor i större utsträckning jämfört med männen. Resultatet tyder även på att de som kategoriseras att ha ohälsosamma matvanor skattar sin hälsa lägre än de som har hälsosamma matvanor. För deltagare med BMI över 25 indikerar resultatet att de har en ökad risk för att ha ohälsosamma matvanor. I studien var det 13,6 % som hamnade inom kategorin för ohälsosamma matvanor vilket indikerar på att deltagarna i studien hade hälsosammare matvanor än befolkningen i stort. Detta om man jämför med Socialstyrelsens förhoppning om att kostindexet ska fånga de 20 % i den svenska befolkningen med störst förbättringspotential vad det gäller matvanor. Hela 60,9 % av respondenterna i studien hamnade inom den mellersta kategorin matvanor med förbättringspotential, något som antingen kan tyda på att majoriteten av deltagarna har varken bra eller dåliga matvanor eller tyda på att det finns begränsningar i utformningen av kostindexet

Det största problemet med Socialstyrelsens kostindex verkar ligga i utformningen av frågorna samt poängsättningen av dessa. Det faktum att frågorna i indexet är så få samt att de endast berör frekvens och inte mängd begränsar möjligheterna att få en helhetsbild av kostens olika dimensioner. Frågornas poängsättning bidrar inte alltid till ett resultat som motsvarar personens matvanor. Ett tydligt exempel på detta är frågan kring utrymmesmat som är högt poängsatt i jämförelse med de övriga frågorna. Poängintervallet för att kategoriseras att ha ohälsosamma matvanor skulle med fördel kunna höjas med en poäng, från 0-4 till 0-5 poäng. Detta för att undvika att svaret på endast en fråga ska ha allt för stor inverkan på resultatet. Socialstyrelsens index för ohälsosamma matvanor anses vara trubbigt då det finns många komponenter i detta verktyg som kan bli fel. För att vässa frågorna i kostindexet och göra dem mer självinstruerande behövs tydligare definitioner av vissa begrepp så som frukost och juice då dessa i nuläget lätt kan feltolkas. Socialstyrelsens index för ohälsosamma matvanor kan även vara trubbigt att använda på befolkningen i stort. Detta då exempelvis äldres matvanor av olika anledningar kan skilja sig ifrån de yngre ålderskategoriernas. Då det inom slutenvården ofta finns en stor del äldre patienter är detta kanske inte en lämplig arena för att

göra undersökningar med hjälp av kostindexet. En möjlig förbättring vore att införa någon form av åldersgräns för vilka som bör undersökas med hjälp av Socialstyrelsens kostindex.

Något som hälso- och sjukvården bör arbeta vidare med är hur de patienter som hamnar i mittenkategorin utifrån indexet bör hanteras. Att införa någon form av insats i form av förebyggande samtal för dessa individer skulle på lång sikt kunna medföra att både pengar och resurser sparas. Förhoppningen är att resultatet i denna studie kan komma till användning för hälso- och sjukvården samt visa på hälsopromotionsstudenters kompetens inom området kost med fokus på förebyggande av ohälsosamma matvanor. Personer med denna utbildningsbakgrund har god kompetens att arbeta med olika förändringsprocesser och har god kunskap inom både pedagogik och folkhälsa. Hälsopromotionsstudenter med utbildning inom kostvetenskap bör därför vara kvalificerade att utföra kvalificerat rådgivande samtal. Detta skulle öka arbetsresurserna och därmed möjligheterna för att man inom vården kan ta hand om och erbjuda alla de personer som har ohälsosamma matvanor förebyggande åtgärder och på sikt förbättra folkhälsan.

Dessa påpekanden tyder på att indexet i stor grad behöver komplettering för att bättre uppnå målet att vara ett enkelt och effektivt instrument för matvaneundersökning. Framtida forskning där liknande utvärderingar av Socialstyrelsens kostindex görs skulle därför vara av nytta för att kunna utveckla och förbättra indexet. Förslagsvis skulle frågorna med fördel kunna utökas och i viss mån bör indexet även involvera frågor om kvantitet av intagna livsmedel.

6. Referenser

- Andersson, I.(2006). *Epidemiologi för hälsovetare - en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Baldinger, N., Krebs, A., Müller, R., & Aeberli, I. (2012). Swiss children consuming breakfast regularly have better motor functional skills and are less overweight than breakfast skippers. *Journal of The American College of Nutrition*, 31(2), 87-93.
- Barbieri Enghardt, H., & Lindvall, C. (2003). *De svenska näringsrekommendationerna översatta till livsmedel – underlag till generella råd på livsmedels- och måltidsnivå för friska vuxna*. (Livsmedelsverkets rapportserie, 2003:1). Uppsala: Livsmedelsverket.
- Becker, W. (2009). *Indikatorer för bra matvanor- resultat från intervjuundersökningar 2008*. (Livsmedelsverkets rapportserie, 2009:22). Uppsala: Livsmedelsverket.
- Brunner, E.J., Rees. K., Ward, K., Burke, M., & Thorogood, M. (2007). Dietary advice for reducing cardiovascular risk. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12 (4). doi: 10.1002/14651858.
- CODEX. (2013a). *Regler och riktlinjer för forskning. Personuppgifter*. Hämtad 2013-04-10 från <http://codex.vr.se/manniska3.shtml>
- CODEX. (2013b). *Regler och riktlinjer för forskning. Informerat samtycke*. Hämtad 2013-04-10 från <http://codex.vr.se/manniska2.shtml>
- European Heart Network & European Society of Cardiology. (2012). *European Cardiovascular Disease Statistics 2012*. Belgien och Frankrike: European Heart Network & European Society of Cardiology.
- Freedman, L.S., Potischman, N., Kipnis, V., Midthune, D., Schatzkin, A., Thompson, F.E., Troiano, R.P., Prentice, R., Patterson, R., Carroll. R., & Subar, A.F. (2006). A comparison of two dietary instruments for evaluating the fat-breast cancer relationship. *International Journal of Epidemiology*, 35(4), 1011-21. doi: 10.1093/ije/dyl085.
- Hassmén, N., & Hassmén, P. (2008). *Idrottsvetenskapliga forskningsmetoder*. SISU Idrottsböcker: Stockholm.
- He, F.J., Nowson, C.A., Lucas, M., & MacGregor, M.A. (2007). Increased consumption of fruit and vegetables is related to a reduced risk of coronary heart disease: meta-analysis of cohort studies. *Journal of Human Hypertension*, 21, 717–728. doi:10.1038/sj.jhh.1002212.
- Johansson, L., Solvoll, K., Bjørneboe, G.E., & Drevon, C.A. (1998). Under- and overreporting of energy intake related to weight status and lifestyle in a nationwide sample1–3. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 68, 266–74.

Liu, L., Wang, P.P., Roebathan, B., Ryan, A., Tucker, C.A., Colbourne, J.,Sun, G. (2013). Assessing the validity of a self-administered food-frequency questionnaire (FFQ) in the adult population of Newfoundland and Labrador, Canada. *Nutrition Journal*, 12 (49). doi:10.1186/1475-2891-12-49.

Livsmedelsverket. (2005). *Svenska näringsrekommendationer- rekommendationer om näring och fysisk aktivitet. Fjärde upplagan*. Uppsala: Livsmedelsverket.

Livsmedelsverket. (2007). *Hur undersöks matvanor- Validerade- enkätfrågor om kost och fysisk aktivitet*. Hämtad 2013-04-16 från <http://www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/Matvanor---undersokningar/Hur-undersoks-matvanor/Validerade-enkatfragor-om-kost-och-fysisk-aktivitet/>

Livsmedelsverket. (2011a). *Matvanor- undersökningar- Att mäta matvanor*. Hämtad 2013-04-16 från <http://www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/Matvanor---undersokningar/Att-mata-matvanor/>

Livsmedelsverket. (2011b). *Vetenskapligt underlag till råd om bra mat i äldreomsorgen*. (Livsmedelsverkets rapportserie, 2011:3). Uppsala: Livsmedelsverket.

Livsmedelsverket. (2012). *Riksmaten- vuxna 2010-11. Livsmedels- och näringsintag bland vuxna i Sverige*. Uppsala: Livsmedelsverket.

Livsmedelsverket. (2013a). *Mat och näring- kostråd*. Hämtad 2013-04-15 från <http://www.slv.se/grupp1/Mat-och-naring/Kostrad/>

Livsmedelsverket. (2013b). *Måltider i vård, skola och omsorg- måltider i äldreomsorgen*. Hämtad 2013-05-17 från <http://www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/Maltider-i-var-d-skola-omsorg/Maltider-i-aldreomsorgen/>

Loy, S.L., & Jan Mohamed, H.J. (2013). Relative validity of dietary patterns during pregnancy assessed with a food frequency questionnaire. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*. doi:10.3109/09637486.2013.787398.

Mahan, L.K., & Escott-Stump, S. (2008). *Krause's Food and Nutrition Therapy*. St. Louis: Saunders Elsevier.

Nilsson Carlsson, I. (u.å). *Nationella riktlinjer om sjukdomsförebyggande metoder- Tillkomst och tankar om implementering*. Socialstyrelsen.

nutritionDay. (2013). *About nutritionDay*. Hämtad 2013-04-15 från <http://www.nutritionday.org/index.php?id=10>

Prop. 2007/08:110. En förnyad folkhälsopolitik. Hämtad 2013-04-20 från <http://www.regeringen.se/sb/d/9251/a/100978>

Region Skåne (2013). *Vårdprogram Levnadsvanor för vuxna*. Region Skåne. Hämtad 2013-04-19 från <http://www.skane.se/Upload/Webbplatser/Halsoinriktad/Levnadsvanor/Mars%202013%20V%C3%A5rdprogram%20Levnadsvanor%20f%C3%B6r%20vuxna%201.1.pdf>

Rothenberg, E-M. (2009). Experience of dietary assessment and validation from three Swedish studies in the elderly. *European Journal of Clinical Nutrition*, 63, 64-68. doi: 10.1038/ejcn.2008.67.

Sepp, H., Ekelund, U., & Becker, W. (2004). *Enkätfrågor om kost och fysisk aktivitet bland vuxna – underlag till urval av frågor i befolkningsinriktade enkäter*. (Livsmedelsverkets rapportserie, 2004:21). Uppsala: Livsmedelsverket.

Shaneshin M., Rashidkhani B., & Rabiei, S. (2012). Accuracy of energy intake reporting: comparison of energy intake and resting metabolic rate and their relation to anthropometric and sociodemographic factors among Iranian women. *Archives of Iranian Medicine*, 15(11), 681-7. doi: 0121511/AIM.007.

Smith, T.J., Dotson, L.E., Young, A.J., White, A., Hadden, L., Bathalon, G.P., Funderburk, L., & Marriott, B.P. (2013). Eating Patterns and Leisure-Time Exercise among Active Duty Military Personnel: Comparison to the Healthy People Objectives. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 113. doi: 10.1016/j.jand.2013.03.002.

Socialstyrelsen. (2010). *Indikatorer- till preliminär version av Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2010. Bilaga 2*. Västerås: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2011a). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor- stöd för styrning och ledning*. Västerås: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2011b). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Indikatorer. Bilaga*. Västerås: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2011c). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Vetenskapligt underlag. Bilaga*. Västerås: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2011d). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Metod för beräkning av ekonomiska konsekvenser. Bilaga*. Västerås: Socialstyrelsen.

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

Socialstyrelsen. (2013). *Om Socialstyrelsen- våra uppdrag*. Hämtad 2013-04-25 från <http://www.socialstyrelsen.se/omsocialstyrelsen/varauppdrag>

Soerjomataaram, I., Oomen, D., Lemmens, V., Oenema, A., Benetou, V., Trichopoulou, A., Coebergh, J-W., & de Vries, E. (2010). Increased consumption of fruit and vegetables and future cancer incidence in selected European countries. *European Journal of Cancer*, 46 (14). doi: 10.1016/j.ejca.2010.07.026

Wallén, G. (1996). *Vetenskapsteori och forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningssed*. (Vetenskapsrådets rapportserie, 2011:1). Stockholm: Vetenskapsrådet.

Westergren, A. (2012). *MEONF-II (Minimal Eating Observation and Nutrition Form – Version II)*. Kristianstad.

World Health Organization. (2013). *About the BMI Database- BMI Classification*. Hämtad 2013-05-01 från http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html.

World Health Organization. (2002). *The World Health Report 2002- Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2003). *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation*. (WHO Technical Report Series, 916). Geneva: World Health Organization.

Sjukhuskod: **** Avdelningskod:

Patientnummer _____ Patientens initialer:

Datum 8 november 2012

Vänligen besvara de 5 frågorna nedan utifrån hur din situation var innan du blev inlagd på sjukhus

1. Hur ofta äter du grönsaker och/eller rotfrukter (färska, frysta eller tillagade)?

- 3p** Två gånger per dag eller oftare.
- 2p** En gång per dag.
- 1p** Några gånger i veckan.
- 0p** En gång i veckan eller mer sällan.

2. Hur ofta äter du frukt och/eller bär (färska, frysta, konserverade, juice etc.)?

- 3p** Två gånger per dag eller oftare.
- 2p** En gång per dag.
- 1p** Några gånger i veckan.
- 0p** En gång i veckan eller mer sällan.

3. Hur ofta äter du fisk eller skaldjur som huvudrätt, i sallad eller som pålägg?

- 3p** Tre gånger i veckan eller oftare.
- 2p** Två gånger i veckan.
- 1p** En gång i veckan. 1p
- 0p** Några gånger i månaden eller mer sällan. 0p

4. Hur ofta äter du kaffebröd, choklad/godis, chips eller läsk/soft?

- 0p** Två gånger per dag eller oftare.
- 1p** En gång per dag.
- 2p** Några gånger i veckan.
- 3p** En gång i veckan eller mer sällan.

5. Hur ofta äter du frukost?

- Dagligen.
- Nästan varje dag.
- Några gånger i veckan.
- En gång i veckan eller mer sällan.

Tack för din medverkan!

OBS, poängsättning och kategorier är ej synliga för respondenten!

0-4 poäng ohälsosamma matvanor
5-8 poäng
9-12 poäng hälsosamma matvanor



Patientformulär 3a

nutritionDay

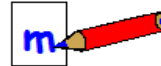
Patient Nr.⁵ DATUM¹ _ _ / _ _ / _ _ _ _Avdelning³

Kära patient,

Vi skulle vilja att du svarade på detta frågeformulär, för utvärdering av näringsbehandlingen på avdelningen. Vi skulle vilja veta vad du äter, hur du mår och hur aktiv du är.

Vänligen sätt kryss i cirkлана

och fyll i tomma rutor



TACK FÖR HJÄLPEN!

Initialer Förnamn⁴ Efternamn Födelseår⁷ Kön (k/m)⁶ Din vikt för 5 år sedan²⁷ kg vet inteHar du ofrivilligt gått ned i vikt under de senaste tre månaderna?¹¹ JA NEJ NEJ, jag har ökat i vikt vet inteOm JA, hur många kilo i vikt har du minskat?¹¹

1-2 kg 4-5 kg 7-8 kg 10-11 kg 13-14 kg Jag är osäker

2-3 kg 5-6 kg 8-9 kg 11-12 kg 14-15 kg

3-4 kg 6-7 kg 9-10 kg 12-13 kg mer än 15 kilo

Hur har du ätit under senaste veckan?¹²

normalt

något mindre än normalt

mindre än hälften av det normala

mindre än en fjärdedel

Jag äter mindre för att:⁸

jag har ingen aptit jag är illamående


jag har problem med att svälja/tugga annat (beskriv) _____

Kan du gå utan stöd?¹² JA NEJ, endast med stöd NEJ, jag är sängliggandeHur många tabletter och/eller flytande mediciner tar du varje dag (totalt antal)?²⁸ inga en till två tre till fem mer än 5 vet inteHur skulle du bedöma ditt hälsotillstånd generellt?¹² utmärkt mycket bra bra acceptabel dåligtHjälpte någon dig att fylla i frågeformuläret?⁹ JA NEJ


Markera i rätt cirkel hur mycket du åt vid en måltid (se exempel). Markera till vänster hur mycket du drack till måltiden:


Exempel


~ 200ml




nutritionDay

allt 

ca 50% 

ca 25% 

ingenting 

Jag åt lite/ingenting för att (Vänligen kryssa i):

- Jag var inte hungrig
- Jag var illamående/kräktes
- Jag hade inte tillåtelse att äta
- Jag kan inte äta utan hjälp
- Jag var på undersökning/operation och missade måltiden
- Jag beställde en mindre portion

Antal³¹

Drycker


Näringsdrycker





Vad drack du?¹⁰

- Vatten
- mjölk
- fruktjuice
- the, kaffe
- läskedrycker

Rapportera beträffande en måltid²⁹

allt 

ca 50% 

ca 25% 

ingenting 

Denna måltid var³⁰

- Lunch
- Middag

Jag åt lite/ingenting för att (Vänligen kryssa i)¹²:

- Jag var inte hungrig
- Jag var illamående/kräktes
- Jag hade inte tillåtelse att äta
- Jag var på undersökning/operation och missade måltiden
- Jag beställde en mindre portion
- Jag var trött
- Jag äter mindre i vanliga fall
- Jag tyckte inte om lukten
- Jag tyckte inte om smaken

Har du normal aptit idag?⁹

Om NEJ⁸

- Jag är inte hungrig
- Jag är illamående

JA

NEJ

- Jag har problem att tugga/svälja
- annat (beskriv) _____

Äter du någonting annat än sjukhusmat?⁹

JA

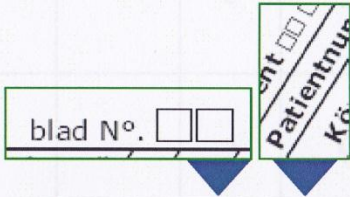
NEJ,

Om JA, vad äter du?¹⁰


- kakor, kex
- färsk frukt
- smörgås
- mejeriprodukter (mjölk, fil, yoghurt)
- mat som du tycker om
- godis
- fruktjuice
- annat (beskriv) _____

Översikt av patienter och resultat
(samtliga patienter i studien)

**behåll
detta
lokalt**




UTSKRIVNING + Datum:
A = kvar på sjukhuset
B = flyttad till annat sjukhus
C = flyttad till rehab-avdelning
D = rehabilitering
F = utskrivning till hemmet
G = avliden
H = andra

 **Sjukhuskod²**


Avdelningskod³

Utskrivning datum³²
 . .

Förnamn Efternamn födelsedatum eller patientbricka ³³	initialer ⁴ valfritt	rum N ^o ³⁴ valfritt	Blad 2 N ^o	Blad 2 patient N ^o ⁵	Resultat utskrivning + datum (dd/mm/år) ³⁵	Resultat utskrivning A, B, C... ³⁶	Återinläggning? (Vänligen sätt kryss i cirkelna JA eller NEJ) ⁹	Kommentarer ³⁷
Exempel  Max Muster W 10 01 1948 A I3101 I3M/Statistik 2011 Pat. 2	Ma Mu	5	1	1	17.02.08	B	<input type="radio"/> JA <input checked="" type="radio"/> NEJ	
			1	1			<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEJ	
			1	2			<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEJ	
			1	3			<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEJ	

Betydelsen av respektive markering ges under "förklaringar".

© Hiesmayr/Schindler (ESPEN/AKE Austria)_v/2010

"avdelning alla patienter"																	
																	
initialer	N°	k/m	P	ÅÅÅÅ	kg	cm	=↑↓	N°	dagar	J/N	J/N	dagar	1,2,3,...	infarter/ access	PO	B	Komorbiditet ²⁶

<p>Vätskeretention: = normal ↑ övervätskad ↓ dehydrerad/uttorkad</p> <p>Patient kod 1 H= behöver hjälp för att fylla i dokumenten NA= Patienten kan inte inkluderas i undersökningen C= Ger ej samtycke</p> <p>Patient kod 2 t = terminal n = ej terminal</p>	<p>Nutritionskod</p> <p>1= enteral 2= parenteral 3= enteral + parent. 4= special kost 5= protein/energirik näringsdryck 6= sjukhusmat 7= annat</p>	<p>Kod infarter/access</p> <p>CV =_central infart NG = nasogastrisk sond NJ = nasojejun. sond ES = enterostoma PEG = percutan endoskopisk gastrostomi PEJ = percutaneous endosk. jejunostomi PVK= ven kateter O = annat</p>	<p>Påverkade organ</p> <p>1= neuro 2= ögon/öron 3= näsa/hals 4= hjärta/cirkulation 5= lungor 6= lever 7= gastrointestinal 8= njurar/urinvägar/kvinnliga genitalia</p>	<p>9= endokrinssystemet 10= ben/skelett/muskel 11= blod/benmärg 12= hud 13= ischemi 14= cancer/malignitet *) 15= infektion 16= graviditet 17= andra *) vänligen fyll i onkologiblad 1-3</p>	<p>Komorbiditet</p> <p>1= Diabetes I/II 2= Stroke 3= KOL 4= hjärtinfarkt 5= hjärtsvikt 6= andra</p>
--	---	--	--	---	--

Betydelsen av respektive markering ges under "förklaringar". ©Hiesmavr/Schindler ESPEN/AKE Austria v 2012

DUNÄT

Nutritionsprojekt MEONF- I I

Sjukhuskod: ■■■ Avdelningskod : ■■■■

Patientnummer _____ Patientens initialer: □□□□

BAKGRUND

1. Född _____ År _____
2. Kön Kvinna Man
- 3a Bor i vanliga fall i Ordinärt/eget boende Särskilt boende/gruppboende
- 3b Om ordinärt boende Har matdistribution (från kommunen, sk. matlåda) Har ej matdistribution
4. Civilstånd Bor tillsammans med någon Bor ensam
5. Markera sjukdom som föranlett vårdtillfället. Notera både huvudgrupp (t.ex. neurologisk sjukdom) och i fall då det finns möjlighet även undergrupp (t.ex. Parkinsons sjukdom).
- Andningsorganens sjukdomar
- Cirkulationsorganens sjukdomar t.ex. hjärtinfarkt stroke
- Endokrin sjukdom t.ex. diabetes
- Hematologisk sjukdom
- Hudsjukdom
- Infektionssjukdom
- Mag-tarm-, lever-, bukspottkörtels- och/eller gallvägssjukdom
- Neurologisk sjukdom t.ex. Parkinsons sjukdom
- Njursjukdom
- Ortopedisk sjukdom inkl fraktur t.ex. höftfraktur
- Psykisk sjukdom t.ex. demens depression
- Reumatologisk sjukdom
- Trauma
- Sjukdomar i urin- och könsorgan
- Öron-näsa-halssjukdom
- Annan orsak:
- Vet ej
6. Malignitet (cancer) Ja Nej Vet ej
7. Ingår kirurgisk åtgärd i vårdtillfället? Ja Nej Vet ej
8. Inskrivningsdatum denna sjukhusvistelse (inklusive annan avdelning/annat sjukhus) År _____ Månad _____ Dag _____
9. Inskriven Akut Elektivt (planerat)

STATUS

10. Aktuell vikt _____ kg Kan ej vägas, ange orsak: _____
11. Vikt vid inskrivning _____ kg Finns ej
12. Ofrivillig viktförändring? Vikt-ökning Vikt-minskning Ingen viktförändring Vet ej
13. Längd _____ cm Kan ej mätas, ange orsak: _____
14. BMI (Body Mass Index) finns dokumenterat: Alternativt vadmokrets Ja Nej
15. Förekommer ödem eller ascites? (vätskeansamling i ben/buk) Ja Nej Vet ej

ÅTGÄRDER

16. Har energibehovet beräknats? Ja Nej
17. Registreras matintaget (förs matlista)? Ja Nej
18. Registreras vätskeintaget (förs vätskelista)? Ja Nej
19. Typ av kost/dryck SNR-kost (Kost för friska)
 A-kost (Allmän kost för sjuka)
 E-kost (Energi- och Proteinrik kost)
 Önskekost
 Annan specialkost, vilken *: _____

* Exempel på andra kosten: **Fettreducerad, Glutenfri, Laktosreducerad, Proteinreducerad, Vegetarisk eller Vegansk kost.**

20. Typ av konsistens på maten (ett alternativ) Hel kost ("normal") Gelékost
 Hackad/lättuggad (findelad) Flytande
 Sufflé/timbal (slät konsistens)
21. Typ av konsistens på drycken (ett alternativ) Tunnflytande ("normal") Förtjockad dryck Gelé
22. Portionsstorlek Liten (ca 200 Kcal) Mellan (ca 420 Kcal) Stor (ca 600 Kcal)
23. Assistans vid måltid? (ett alternativ) Klarar självständigt Delvis hjälp, t.ex. bre smörgås/öppna förpackning Matas

24. Intas näringsdrycker? (även calogen, nutrical, näringskräm eller calshake) Ja Nej Ibland

25. Enteral/parenteral nutrition Ja, total enteral nutrition (all näring via sond)
 Ja, total parenteral nutrition (all näring via dropp)
 Ja, enteral stödnutrition (viss näring via sond)
 Ja, parenteral stödnutrition (inklusive glukos, viss näring via dropp)
 Pre- och/eller postoperativ stödnutrition (före och/eller efter operation)
 Nej (intar mat enbart via munnen)

26. Har kontakt tagits med dietist under den aktuella sjukhusvistelsen? Ja Nej Vet ej

MEONF-II (Minimal Eating Observation and Nutrition Form – Version II)

Längd i meter:		
Vikt i kilo:		
BMI, vikt (kg)/längd i kvadrat (m ²):		
		POÄNG
1	Har ofrivillig vikt förlust (oavsett tid & omfattning) Ja, vikt förlust = 2 Ingen vikt förlust = 0 Vet ej – lämna tomt och fortsätt med nedanstående	
2a	BMI är mindre än 20 (69 år eller yngre) BMI är mindre än 22 (70 år eller äldre) <i>Längd/vikt kan ej erhållas, mät vadmokrets (2b)</i>	Har lågt BMI <i>eller</i> kort vadmokrets = 1 Annars = 0
2b	Vadmokretsen är mindre än 31 centimeter	
Ätproblem (kryssa till vänster och ge poäng enligt instruktion till höger)		
3	Matintag <input type="checkbox"/> Svårt att upprätthålla bra sittställning vid måltid <input type="checkbox"/> Svårt att hantera maten på tallriken <input type="checkbox"/> Svårt att transportera maten till munnen	En/ flera svårigheter = 1 Inga svårigheter = 0
4	Sväljning/mun <input type="checkbox"/> Svårt att tugga <input type="checkbox"/> Svårt att hantera maten i munnen <input type="checkbox"/> Svårt att svälja	En/ flera svårigheter = 1 Inga svårigheter = 0
5	Energi/Aptit <input type="checkbox"/> Äter mindre än ¼ av serverad mat <input type="checkbox"/> Nedsatt ork att fullfölja en hel måltid <input type="checkbox"/> Nedsatt aptit	Ett/ flera problem = 2 Inga problem = 0
6	Kliniska tecken indikerar att risk för undernäring föreligger. Bedöm t.ex. kropps-konstitution, underhudsfett, muskelmassa, handgreppsstyrka, ödem (vätskeansamling i kroppen), blodprover (t.ex. S-Albumin).	Kliniska tecken indikerar risk = 1 Annars = 0
Summera observationerna 1-6 (min = 0, max = 8)		SUMMA:
RISK FÖR UNDERNÄRING		
<input type="checkbox"/> 0-2 poäng, ingen eller låg risk <input type="checkbox"/> 3-4 poäng, måttlig risk <input type="checkbox"/> 5 poäng eller mer, hög risk		
Gradering av högt BMI		
Övervikt: 25-29.9 (69 år eller yngre) 27-31.9 (70 år eller äldre) <input type="checkbox"/>	Fetma: 30-39.9 (69 år eller yngre) 32-41.9 (70 år eller äldre) <input type="checkbox"/>	Svår/sjuklig fetma: >40 (69 år eller yngre) >42 (70 år eller äldre) <input type="checkbox"/>

© Westergren A. All rights reserved. No part of MEONF-II may be reproduced in any form or by electronic or mechanical means, including information storage and retrieval systems without permission in writing from Westergren A.

Patentinformation och samtyckesblankett

Undersökning om mat och näring

Den 8 november medverka XXXXXX i en internationell undersökning om mat och näring. Syftet med undersökningen är att få en uppfattning om hur patienter äter när det är inlagda på sjukhus samt om och hur näringsbehandling ges till dem som behöver under vårdtiden. Informationen som vi samlar kan förhoppningsvis bidra till att förbättra patienters omhändertagande och behandling vad gäller mat och näring på sjukhus.

Hur går undersökningen till?

Vårdpersonal kommer att be dig om att fylla i några olika frågeformulär, som handlar om din aptit, vad du äter och hur du mår.

Om du inte önskar delta har du full rätt att tacka nej.

Detta påverkar inte din vård eller ditt omhändertagande. Fråga gärna vårdpersonalen på din avdelning om du önskar mer information om undersökningen.

Dina uppgifter omfattas av sekretess

Dina uppgifter i undersökningen omfattas av sekretess enligt Offentlighets- och sekretesslagen och behandlas på samma sätt som journaluppgifter.

Registrering/behandling av dina uppgifter

För att utveckla och säkra vården vad gäller mat och näring kommer uppgifter som ditt personnummer att registreras på ett pappersprotokoll. Uppgifter om ditt näringsintag, din vikt och orsaken till att du är inlagd kommer att föras in i en databas. Informationen i databasen kan kopplas till pappersprotokollet så länge protokollet finns kvar. Pappersprotokollet kommer att sparas tills resultaten har analyserats därefter förstörs det.

Personuppgiftslagen

Region Skåne är personuppgiftsansvarig enligt Personuppgiftslagen för uppgifterna som registreras om dig i undersökningen. Genom denna lag har du rätt att ansöka om utlämnande av din information i undersökningen. Du kan göra det genom att vända dig direkt till de ansvariga för undersökningen på avdelningen. Du har också rätt att få eventuella felaktiga personuppgifter rättade. Broschyren "Hur Dina personuppgifter behandlas i Region Skåne" lämnar allmän information och ska finnas på avdelningen.

Jag har läst ovanstående information och jag

Samtycker ___ till att delta i detta projekt

Samtycker ___ inte till att delta i detta projekt

Namn-teckning: _____

Namn-förtydligande: _____