



**SAHLGRENSKA AKADEMIN**  
**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA**

# **ÄLDRES UPPLEVELSER AV NÄRINGSINTAG**

Sjukdomars och åldrandets påverkan på aptit

**Roland Hasan & Lucas Schander**

---

Uppsats/Examensarbete:	15 hp Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot vård av äldre/Examensarbete i omvårdnad OM5390 GEV
Program och/eller kurs:	äldre/Examensarbete i omvårdnad OM5390 GEV
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht-18/Vt-19
Handledare:	Helle Wijk
Examinator:	Hanna Falk Erhag

Titel (svensk): Äldres upplevelser av näringsintag: sjukdomars och åldrandets påverkan på aptit

Titel (engelsk): Elderly patients' experiences of nutritional intake: how illness and aging impact appetite

Uppsats/Examensarbete: 15 hp

Program och/eller kurs: Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot vård av äldre/Examensarbete i omvårdnad OM5390 GEV

Nivå: Avancerad nivå

Termin/år: Ht-18/Vt-19

Handledare: Helle Wijk

Examinator: Hanna Falk Erhag

Nyckelord: Äldre personer, undernäring, personcentrerad vård, egenvård, kvalitativ metod

---

## Sammanfattning

Bakgrund: Många äldre personer är undernärda vilket kan orsakas av naturligt åldrande samt sjukdomstillstånd. Med stigande ålder kan näringsintaget påverkas av många faktorer som orsakar ett ökat energibehov vilket kan vara svårt för äldre att tillgodose. Undernäring kan leda till sämre livskvalitet, ökad risk för komplikationer, samt förhöjda vårdkostnader och längre vårdtider. Som sjuksköterska har man ett ansvar att identifiera patienter med lågt näringsintag och stötta dem genom att sätta in åtgärder och öka egenvårdsförmåga

Syfte: Att beskriv äldre undernärda personers upplevelser av måltider, deras kunskap om näring samt inställning till nutritionsbehandling efter höftoperation.

Metod: I studien har en kvalitativ ansats med semistrukturerade intervjuer använts. Sju personer mellan över 65 år som var undernärda eller hade risk för undernäring intervjuades. Därefter analyserades intervjuerna med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Analysen av intervjuerna gav upphov till tre kategorier; *Kroppsliga faktorer som påverkar aptit och näringsintag* visar hur näringsintag och aptit påverkas av sjukdomar, besvärande symptom, livsstil och sinnesupplevelser, *Hur den sociala tillvaron påverkar aptit och näringsintag* visar hur stöd från närstående, ekonomi, ensamhet, och social miljö påverkar näringsintaget, och till sist *Med en positiv inställning och kunskap om kost kan näringsintag öka* visar att de äldre hade låg kunskap om kosten och många upplevde sig inte som undernärda, men såg ätandet som positivt och viktigt.

Slutsats: Studien visar hur flera faktorer såsom sjukdom, ensamhet och kunskap påverkar näringsintag och aptit, men även att upplevelserna av näringsintag varierar mellan olika patienter vilket förstärker vikten av att ha ett personcentrerat förhållningssätt i mötet med patienter för att förstå den unika individens upplevelser. Många upplever sig inte undernärda trots ett lågt näringsintag som kan försämra livskvaliteten. Dessa patienter är i behov av undervisning, stöd, och åtgärder för att öka näringsintaget och få ökad livskvalitet.

Nyckelord: Äldre personer, undernäring, personcentrerad vård, egenvård, kvalitativ metod

## Abstract

**Background:** Many elderly are malnourished which may be caused by natural aging as well as diseases. As age increases the food intake can be affected by many factors that can lead to an increased need for nourishment which might be hard to satisfy. Malnourishment can lead to lower quality of life, increased risk of complications, increase health care costs as well as increased length of stay. Nurses have a responsibility to identify malnourished patients and support them by initiating treatment and increasing their ability of self-care.

**Aim:** The aim of this study was to explore elderly malnourished patients' experiences of meals and food intake, their knowledge about food and their attitude towards treatment after hip fracture surgery.

**Method:** This study has a qualitative approach and semi-structured interviews were used. Seven patients above 65 years of age that were malnourished or at risk of malnourishment were interviewed. The analysis was performed with a qualitative content analysis.

**Results:** The analysis yielded three major categories; *Bodily factors that affect appetite and food intake* shows how food intake is affected by illness, symptoms, lifestyle and taste, *How social aspects affect appetite and food intake* shows how support from family, economics, loneliness or the social environment can affect food intake, and lastly *With a positive view and knowledge about food the food intake can improve* shows that elderly patients lack knowledge about nutrition, and they didn't see themselves as malnourished, but food intake was believed to be positive and important.

**Conclusion:** This study shows that many dimensions such as illness, loneliness and knowledge can affect food intake, but it also shows how experiences of food intake can vary between patients which shows the importance of a person-centered approach when meeting patients to better understand them. Many elderly believed they were not malnourished despite low food intake. These patients are in need of education, support, and treatment to improve food intake and improve ability of self-care.

**Key words:** Elderly, malnutrition, person-centered care, self-care, qualitative method

## Förord

Vi vill tacka de patienter som ville delta i studien och för att vi fick ta del av deras upplevelser. Vi har fått en större insikt i hur måltider upplevs av äldre och hur åldrandet kan påverka många olika faktorer. Vi vill även tacka vår underbara handledare Helle Wijk som bidragit med ett fantastiskt stöd.

Jag, Roland vill tacka min dåvarande enhetschef Anna Hildesson som trodde på mig och valde mig att gå Specialistsjuksköterskeprogrammet, vård av äldre. Jag vill även tacka min fru Dalal och våra barn Amanda, Alexander, Gabriel och Jennifer. Jag vill rikta ett stort tack till mina vänner Cengiz Savran och Yeliz Savran vilka ofta tog hand om våra barn när min fru och jag inte räckte till.

Jag, Lucas vill tacka min före detta chef Eva Schäder. Jag vill även tacka min fru Sofia och vår underbare son Noel som föddes under examensarbetet.

Än en gång vill vi tacka våra familjer som har stöttat oss och visat tålamod och förståelse.

Roland Hasan & Lucas Schander

# Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund.....	1
Nutrition och metabolism.....	1
Åldersrelaterade förändringar.....	2
Undernäring.....	3
Höftfraktur och undernäring.....	4
Sjuksköterskans roll.....	5
Patientdelaktighet.....	6
Teoretisk referensram.....	7
Problemformulering.....	7
Syfte.....	8
Metod.....	8
Studiedesign.....	8
Studiemiljö.....	8
Urval.....	9
Datainsamling.....	9
Dataanalys.....	10
Resultat.....	11
Kroppsliga faktorer som påverkar aptit och näringsintag.....	11
Aptiten hos äldre minskar vid låg aktivitetsnivå och sjukdomar.....	11
För en bra måltidsupplevelse bör sinnen tillfredsställas.....	11
Hur den sociala tillvaron påverkar aptit och näringsintag.....	11
Att känna sig ensam och nedstämd minskar aptit och näringsintag.....	11
En förändring i miljö och rutiner kan vara svår att anpassa sig till.....	11
Måltidsmiljön och sällskapet spelar en viktig roll vid näringsintag.....	11
Näringsintaget påverkas av inställning och motivation.....	11
Kroppsliga faktorer som påverkar aptit och näringsintag.....	12
Aptiten hos äldre minskar vid låg aktivitetsnivå och sjukdomar.....	12
För en bra måltidsupplevelse bör sinnen tillfredsställas.....	12

Hur den sociala tillvaron påverkar aptit och näringsintag .....	13
Närståendes och hemtjänstens stöd vid handling och matlagning kan öka näringsintag .	13
Att känna sig ensam och nedstämd minskar aptit och näringsintag .....	13
Måltidsmiljön och sällskapet spelar en viktig roll vid näringsintag .....	14
En förändring i miljö och rutiner kan vara svår att anpassa sig till .....	14
Med en positiv inställning och kunskap om kost kan näringsintag öka .....	15
Näringsintaget påverkas av inställning och motivation .....	15
Kunskapsnivån om kost påverkar näringsintag .....	15
Diskussion .....	16
Metoddiskussion .....	16
Resultatdiskussion .....	18
Slutsats .....	22
Implikation.....	22
Vidare forskning .....	23
Referenslista .....	24
Bilagor.....	i

# Inledning

Höftfraktur är en ledande orsak till slutenvård och för äldre är incidensen för höftfrakturer hög. Likaså är många äldre idag undernärda, ett tillstånd som kan leda till försämrad livskvalitet, funktionsförmåga och en ökad risk för komplikationer postoperativt samt ökad dödlighet i samband med operation.

Författarna arbetar som sjuksköterskor med geriatriska patienter och har uppmärksammat ett nedsatt näringsintag trots ett ökat energibehov pga. sjukdom. Energiförbehovet hos äldre är generellt lägre pga. minskad muskelmassa och massa hos metabolt aktiva organ. Samtidigt är många äldre multisjuka, och flera sjukdomstillstånd leder till ett ökat behov av energi och protein (Deutz, Bauer, Barazzoni, Biolo, Boirie, Bony-Westphal, Calder, 2014; Ellegård, 2015; Livsmedelsverket, 2017; Socialstyrelsen [SOS], 2011). Måltider är multidimensionella och ätandet är en komplex process som ofta försvåras för äldre pga åldersrelaterade förändringar och sjukdomar som oftast leder till nedsatt aptit (Livsmedelsverket, 2017; SOS, 2011). Enligt SOS (2018) ligger det i specialistsjuksköterskans ansvar att upptäcka undernäring i tid, ombesörja behandling samt ge stöd till undernärda patienter med syfte att öka deras egenvård, alltså praktiska handlingar utförda av patienten för att upprätthålla liv, hälsa och välbefinnande (Orem, 2001).

## Bakgrund

### Nutrition och metabolism

En god nutritionsstatus är en viktig förutsättning för att hålla sig frisk och för att tillfriskna i samband med sjukdom. Alla människor har rätt att få en lämplig näringstillförsel vilken är anpassad till människans och dennes eventuella sjukdomstillstånd (SOS, 2000).

Utgångspunkten för en god nutritionsstatus är att kroppen tillförs de nödvändiga näringsämnen vilka gör det möjligt för kroppscellerna att fungera. Proteiner, kolhydrater, fett, mineraler, vitaminer och vatten är grundläggande komponenter vilka behövs i processer för att bygga upp och underhålla kroppens celler, och ett jämt intag i förhållande till förbrukning är viktigt för att inte rubba kroppens balans (Ellegård, 2014; Hommel & Bååth, 2013).

Det finns olika sätt att beräkna kroppens sammansättning och nutritionstillstånd. BMI, body mass index (vikt i kg/längd i m<sup>2</sup>), kan ge en snabb men ibland överklig bild av nutritionsstatus. Med antropometriska mått kan man få en uppfattning om mängd fett- och muskelmassa. (Ellegård, 2015; Hommel & Bååth, 2013).

Kroppens energibehov kan beräknas på flera sätt. För äldre med en lägre aktivitetsnivå och ofta mindre muskelmassa kan man räkna med 20 kcal/kg kroppsvikt/dygn, men det finns formler för att räkna ut ett mer exakt värde (Ellegård, 2015 & Faxén Irving, Karlström & Rothenberg, 2016). Av denna energi skall 15–20 E% bestå av protein som ger 4 kcal/g, 25–40



E% skall bestå av fett som ger 9 kcal/g, och till sist skall 45–60 E% bestå av kolhydrater som ger 4 kcal/g (Ellegård, 2015 & Faxén et al., 2016).

## Åldersrelaterade förändringar

Med stigande ålder följer en del kroppsliga förändringar. Sammansättning av kroppsmassan förändras, organ får försämrade funktion, sinnen blir påverkade och risk för multisjuklighet ökar. Det har visat sig att dödligheten minskar hos äldre med lite högre BMI än vad yngre har. Kvinnor bör ha BMI mellan 23–25 och män 26–28 (Ellegård, 2015; Faxén et al., 2016).

Ofta försämras synen, hörseln samt lukt- och smaksinnet (Faxén et al., 2016, & Westergren & Andersson, 2017). Vid måltider är matkvaliteten, smaken, värmen och presentationen av maten viktig för tillfredsställelse (Wright, Capra & Connelly, 2010). Försämringen av sinnen kan påverka personens vardag och försämma såväl sociala och kulturella delar av personens liv vilket kan förknippas med upplevelser av skam och obehag. Att se och höra dåligt kan många gånger leda till att personer drar sig undan situationer som känns obekväma (Westergren & Andersson, 2017).

Kroppen består till stor del av vatten, 50–60%, vilket lagras bäst i muskelmassa och sämst i fettmassa. Med stigande ålder ökar fettmassan och muskelmassan minskar vilket gör att reservkapaciteten blir mindre.

Multisjuklighet bland de äldre är inte ovanligt, och sjukdom kan påverka nutritionsstatus genom försämrade aptit, mag-tarmfunktion, sämre tuggförmåga eller sväljproblem, och kan även leda till försvagning (Stubberud, Almås & Kondrup, 2011).

Läkemedelseffekter hos äldre personer kan vara påverkade pga. förändrad absorptionsförmåga, påverkad eliminationsförmåga samt förändring i komposition av fett- och muskelvävnad (Kragh, 2013). Detta kan göra att äldre har lättare att utsättas för biverkningar, såsom vid smärtbehandling med opioider som kan orsaka obstipation och illamående. Vidare kan opioider påverka kognitiv funktion samt orsaka yrsel och sederig (Faxén et al. 2016; Kragh, 2013; Stubberud, et al., 2011). Det finns även risk att drabbas av biverkningar såsom muntorrhet och svampinfektioner i munnen vid behandling med inhalationer (FASS, 2018; Norlén & Lindström, 2009). Behandling med läkemedel kan minska aptiten, smak och lukt samt förmågan att smälta maten och är troligen den mest betydelsefulla orsaken till äldres förlust av lukt och smak (Holst, Rasmussen & Laursens, 2011; McGinley, 2017; Schiffman, 2009).

Med åldrandet följer negativa livshändelser såsom att närstående dör, risken för fler upplevelser av negativa än positiva händelser ökar vilket kan leda till känslor av ensamhet (Larsson & Rundgren, 2010). Ensamstående har störst risk för ohälsa, och ensamhet ökar risken för undernäring och kan ge ett ökat vårdbehov (Boulos, Salameh & Barberger-Gateau, 2017; Dehlin & Rundgren, 2014; Larsson & Rundgren, 2010; SOS, 2000; Söderhamn, Christensson, Idwall, Johansson & Bachrach-Lindström, 2012). Att ha någon som gör den

äldre sällskap genom att stanna, sitta ner och prata gör att den äldre får ett ökat näringsintag (Söderström, Thors-Adolfsson, Rosenblad, Frid, Saletti, & Bergkvist, 2013).

## Undernäring

Balansen mellan intag och förbrukning av näringsämnen kan störas och därmed bli negativ och leda till undernäring (Dehlin & Rundgren, 2014). SOS (2018) definierar undernäring som ett tillstånd där brist på eller obalans av energi, protein eller andra näringsämnen har orsakat mätbara och ogynnsamma förändringar i kroppens sammansättning, funktion eller av en persons sjukdomsförlopp. Näringsbristen kan förekomma ensam eller i kombination med inflammationsdriven katabolism. Enligt SOS (2018) är det viktigt att ha i åtanke att undernäring inte alltid är synlig, utan den kan även förekomma vid övervikt, fetma och ödem som kan dölja eventuella muskelförluster. Vid undernäring ökar risken för komplikationer efter operation, och dödligheten inom ett år är mellan 10–27%, men nära hälften av de äldre som lider av dessa problem är inte oroliga, vilket leder till att de inte tar kontakt med sjukvården om detta (Geurden, Franck MPsych, Lopez Hartmann, Weyler, & Ysebaert, 2015; Helminen, Luukkaala, Saarnio, Nuotio, 2017; Helminen, Luukkaala, Saarnio, Nuotio, 2018; SBU, 2015; Tannen, Scütz, Smoliner, Dassen & Lahmann, 2011; Van Wissen, Van Stijn, Doodeman, & Houdijk, 2016; Wyers, Reijven, Breedveld-Peters, Denissen, Schotanus, Van Dongen, Orthopedie, 2018). Sarkopeni är vanligt hos äldre och innebär nedsatt funktion, låg muskelmassa och muskelfunktion vilket leder till ett ökat beroende av andra, och ökar risk för fall och död (Deutz et al., 2014; Faxén et al., 2016; Fried, Ferrucci, Darer, Williamson & Anderson, 2004; Hommel & Bååth, 2013; Livsmedelsverket, 2017).

Vid sjukdom förändras energibehovet. Flera sjukdomar bidrar till så kallad sjukdomsrelaterad undernäring och ett ökat energi- samt proteinbehov, exempelvis njursvikt, hjärtsvikt, KOL, samt neurologiska sjukdomar. Även socioekonomi, personlighet och miljö kan påverka energiintaget (Ellegård, 2015; Faxén et al., 2016).

Kroppen kan befinna sig i olika faser, den anabola fasen, kroppens uppbyggnadsfas, samt den katabola fasen, nedbrytningsfasen. I den katabola fasen börjar kroppen bryta ner aminosyror från musklerna, exempelvis skelettmuskulatur, diafragma, samt organ såsom hjärtat. När depåerna blir tömda går kroppen in i en terminal fas som ofta leder till infektion eftersom immunförsvaret försämras (Ellegård, 2015).

Vid trauma såsom vid operation efter fraktur förskjuts kroppen in i en katabol fas vilket blir ohållbart i längden eftersom kroppens reserver används. Samma effekt uppstår vid inflammation, och flera sjukdomar såsom KOL och hjärtsvikt orsakar ett konstant lågradigt inflammationstillstånd (Ellegård, 2015). Vid sjukdom måste alltså näringsintaget regleras och vid tillstånd där kroppen är mer aktiv, såsom andningsarbetet vid KOL eller tremor hos personer med Parkinsons, behöver proteinintaget ökas från cirka 1,1–1,3 g protein/kg/dygn till 1,2–1,5 g protein/kg/dygn (Ellegård, 2015).

Undernäring är vanligt bland äldre, framförallt hos kvinnor, och med den förväntade ökningen av den äldre befolkningen de närmsta 10–15 åren är det sannolikt att undernäring som ett problem kommer att öka bland äldre (Dehlin & Rundgren, 2014; Johansson, Bachrach-Lindström, Carstensen, & Ek, 2009b; Söderhamn, et al., 2012). Enligt Söderhamn, et al. (2012) identifieras ofta inte undernäring inom vården, vilket kan påverka de äldres hälsa negativt. Kirkevold, Brodtkorb, och Ranhoff (2010) menar att utöver sjukdom är möjliga orsaker till malnutrition hos äldre är ensidig kost och små portioner. Exempel på ospecificerade tecken på undernäring kan vara trötthet, apati, muskelsvaghet, depression och upprepade infektioner (Burton-Shepherd, 2013). Äldre har bristande kunskap om kost och näringslära, om äldre får individuell undervisning i detta får de bättre kunskap och insikt i sina matvanor som kan leda till förbättrade värden av exempelvis vitaminer och mineraler (Ahn, Park & Kim, 2017).

Att upptäcka undernäring i tid är viktigt för att kunna sätta in behandling. Hälso- och sjukvårdspersonal, personal i hemsjukvården och på särskilda boenden har kontinuerlig kontakt med omsorgstagaren och har därför en central roll i utvärdering av näringsintaget (SOS, 2018). SOS (2011) betonar vikten av att ur ett patientsäkerhetsperspektiv erbjuda den enskilda patienten rätt typ av näring. En studie har visat att administrering av näringsdrycker hos äldre patienter på sjukhus ledde till viktuppgång och ökad handmuskelstyrka redan efter åtta veckor (Price, Daly, Pennington, och Mcmurdo, 2005).

## Höftfraktur och undernäring

Årligen drabbas omkring 18 000 personer i Sverige av höftfraktur vilket är en av de vanligaste och den allvarligaste komplikationen till osteoporos och fall (Rikshöft, 2017). Osteoporos kan bero på många orsaker och är oftast ett resultat av flera riskfaktorer, bl. a. stigande ålder, menopaus och bristfällig näring (Hommel & Bååth, 2013). Medelårsåldern vid höftfrakturer har ökat ständigt och uppgår nu till 82 år. Fördelningen mellan kvinnor och män som drabbas av höftfrakturer är 67% kvinnor och 33% män. Nära hälften (44%) av de drabbade är ensamstående vid höftskadan (Rikshöft, 2017).

Idag är höftfrakturer en av de viktigaste orsakerna till funktionsnedsättning och immobilisering hos äldre och medför en betydande vårdkonsumtion. Vid 80 årsålder har var femte kvinna drabbats av höftfraktur och vid 90 årsålder nästan varannan (Dehlin och Rundgren, 2014). Det finns olika sorters frakturer, och de två vanligaste är cervikala frakturer och trokantära frakturer. Frakturtypen är avgörande för smärtintensiteten som lokaliserar i ljumske, lår och ibland knä, och påverkar därför det postoperativa förloppet (Hommel & Bååth, 2013).

Omkring 50% av alla äldre som ådrar sig en höftfraktur är undernärda och sarkopena (SOS, 2011). Enligt SOS (2018) kan undernäring leda till vårdskador då kroppen ofta är pga. låg reservkapacitet eller sjukdom har minskad ork och muskelmassa. Vanliga skador som följd av undernäring är fallskador, trycksår, nedsatt munhälsa, fördröjd sårhäkning, infektionsrisk, dehydrering som kan leda till konfusion, trötthet och svaghet. Undernäring leder även till

förlängda vårdtider och ökade vårdkostnader (Aldebeyan, Nooh, Aoude, Weber & Harvey, 2017; Geurden et al., 2015; Helminen et al., 2017; Helminen et al., 2018; Naithani, Whelan, Thomas, Gulliford, Morgan, 2008; Van Wissen et al., 2016, Wyers et al., 2018). Dessa komplikationer kan bli mindre om den opererade erhåller proteinberikade måltider och proteinrika drinkar efter operationen. (Olofsson, Stenvall, Lundström, Svensson och Gustafsson, 2007).

Många äldre är undernärda redan innan de läggs in på sjukhus och tillståndet kan förvärras postoperativt (Helminen et al., 2018; Wyers et al., 2018). Det tar cirka 5–7 dagar för människor att förbättra sin nutritionsstatus och kroppen att återhämta sig, men för äldre med en nedsatt reservkapacitet ökar återhämtningstiden varför åtgärder snabbt bör sättas in postoperativt, men även innan patienter drabbas av fraktur (SBU, 2015; Van Wissen et al., 2016).

Nutritionsmålet för patienter med sjukdom eller skada är att förebygga eller minska förlust av cellmassa, säkra snabbast möjliga återuppbyggnad av förlorad vävnad, samt skapa de bästa förutsättningarna för tillfrisknande och ge optimala möjligheter för att krafter och livskvalitet skall kunna återvinnas (Stubberud, et al., 2011).

## Sjuksköterskans roll

Som sjuksköterska har vi som ansvar att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande (Svensk Sjuksköterskeförening [SSF], 2017). Att arbeta med patienters näringsintag kan påverka dessa fyra områden. Nutrition är en komponent i all sjukdomsbehandling och rehabilitering, och kan vid vissa tillstånd vara den viktigaste komponenten (Stubberud, et al., 2011). Därför behöver man som sjuksköterska ha kunskaper om patientens näringsbehov, konsekvenser vid fel- och undernäring samt kunskaper kring komponenter i patientens näring. I arbetet med patienter behöver sjuksköterskan bilda sig en uppfattning om personens nutritionsstatus och kartlägga dennes behov och i vissa fall utforma en plan (Stubberud, et al., 2011). För en patient med nutritionsproblem ansvarar sjuksköterskan även för att upptäcka eventuell egenvårdsbrist, som enligt Orem (2001) kan bero på kunskapsbrist, bristfällig självkänedom, miljön samt en nedsatt kognitiv och psykisk förmåga att genomföra egenvård.

Personer i hög ålder har ofta multipla sjukdomstillstånd eller nedsatt kognitiv förmåga, och löper större risk att drabbas av undernäring (SSF, 2018). Som specialistsjuksköterska inom vård av äldre ställs krav på att bedöma, planera och åtgärda komplexa omvårdnadsbehov, och en stor del i yrket innefattar att kontinuerligt uppmärksamma och förebygga risker. För att lyckas behöver sjuksköterskan ha fokus på den äldre personen och utforma omvårdnaden efter personens behov grundat i en helhetssyn på den äldres livssituation och tillstånd (SSF, 2012). Som en del i specialistsjuksköterskans arbete med den äldre skall sjuksköterskan utbilda, vägleda och handleda den äldre och dennes anhöriga (SSF, 2012).

## Patientdelaktighet

Delaktighet har ingen tydlig definition utan kan anta flera synonymer, som t.ex. involvering, medverkan och partnerskap samt kan gälla olika händelser såsom delaktighet i den egna vården genom beslutstagande, självmedicinering eller självövervakning. Vidare kan delaktighet också beskrivas som patientens engagemang i den beslutsprocess som handlar om hälsa eller att vara involverad i en livssituation istället för att endast tala om delaktighet i beslut (Edberg, Ehrenberg, Friberg, Wallin, Wijk & Öhlén, 2017; Eldh, 2009; Longtin, Sax, Pittet, Leape, Sheridan & Donaldson, 2010; SOS, 2015). En förutsättning för delaktighet är att en vårdande relation etableras mellan sjuksköterska och patient och att sjuksköterskan har ett genuint engagemang i patientens hälsotillstånd (Sahlsten, Larsson, Sjöström & Plos, 2008).

Vidare beskrivs fördelarna med patientdelaktighet att vid aktiv medverkan hos patienten kan vårdhandlingar och mål åstadkommas och säkerhetsrisker förebyggas (SOS, 2015). Enligt svensk lag har patienter rättigheten att vara delaktig för att kunna delta i utformningen av sin vård och behandling, och sjuksköterskan har skyldigheten att agera för att gynna patientdelaktighet i vårdandet. Vidare skall vården byggas på respekt för patientens självbestämmande och integritet där patienten får information om sitt hälsotillstånd, sin vård, eventuella risker samt förebyggande åtgärder (Eldh, 2009; SFS 2014:821; SFS 2017:30).

Med ett personcentrerat perspektiv kan sjuksköterskan skapa ett partnerskap med patienten och dennes närstående som främjar relationen mellan parterna. Detta är viktigt för att kunna ta tillvara på patientens erfarenheter och kunskap. Närstående besitter ofta kunskap om patienten och dennes livsvärld och kan i vissa situationer hjälpa till att fatta beslut kring behandling istället för patienten, men trots att patienten är passiv och inte själv fattar beslutet innebär detta delaktighet för patienten (Eldh, 2009). Den personcentrerade vården har som syfte att ta vården från att se på en sjuk kropp objektivt med fokus på sjukdomen, medicinsk intervention, symtom och tecken till att skaffa en helhetssyn på vården och sambandet mellan livsstil, hälsa och sjukdom, samt ta vara på patientens resurser och preferenser (Edberg et al., 2017; Ekman, 2014; Vårdhandboken, 2018).

Det personcentrerade förhållningssättet öppnar upp för ett partnerskap mellan vårdpersonal och patient vilket är en förutsättning för att etablera en patientberättelse som kan leda till en personlig hälsoplan där patienten får legitimitet för sitt perspektiv. Processen avslutas med dokumentation i patientjournalen så att information om planerad och genomförd vård är tillgänglig för vårdteamet (Ekman, 2014).

Enligt Dale, Söderhamn och Söderhamn (2012) kommer personer som klarar av vardagen bättre att se mer positivt på egenvård och förmågan till självständighet och ha ett större näringsintag jämfört med personer som kräver hjälp från exempelvis familjemedlemmar för att utföra vardagliga aktiviteter.

## Teoretisk referensram

Den teoretiska referensramen utgår från den amerikanska omvårdnadsteoretikern Dorothea Orems egenvårdsteori som består av tre olika delar: *egenvård*, *egenvårdsbristen* och *omvårdnadssystemet* (Orem, 2001). I Orems omvårdnadsteori beskrivs människan som en handlingsinriktad individ med genetiska premisser för grundläggande kapacitet att utföra generella handlingar. Teorin understryker vikten av individens eget engagemang och egenvård för hens hälsa och välbefinnande. Enligt teorin ligger det i människans natur att klara av sina livsaktiviteter så långt som möjligt.

Med *egenvård* menar Orem det initiativ patienten tar själv och utför medvetna handlingar för att upprätthålla liv, hälsa och välbefinnande (Orem, 2001).

*Egenvårdsbristen* syftar på när patienten drabbas av begränsningar, såsom sjukdom, mindre kunskap, hög ålder eller olycka vilka leder till att egna behov av egenvård inte kan tillgodoses. Vid egenvårdsbrist råder obalans mellan patientens egenvårdskapacitet och hens egenvårdskrav. Egenvårdsbristen måste helt eller delvis kompenseras av andra människor som närstående, och om inte det funkar ingriper professionell vårdpersonal (Orem, 2001).

*Omvårdnadssystem* handlar om omvårdnadssituationer som är nödvändiga vid obalanser när egenvårdskapaciteten är mindre än egenvårdskravet. Patientens egenvårdsbehov styr utformningen av omvårdnadssystem som är beroende av sjuksköterskans förmåga att bedöma, planera och genomföra omvårdnadsåtgärder (Orem, 2001).

SOS (2018) beskriver egenvård som en hälso- och sjukvårdsåtgärd som en person själv kan utföra med eller utan hjälp från andra, utefter bedömning av legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården. Bedömning sker i samråd med patienten och dennes närstående utifrån patientens förutsättningar, fysisk och psykisk hälsa med hänsyn till personens livssituation, och egenvården omprövas och följs upp eftersom förutsättningar kan förändras (SOS, 2018).

Orems omvårdnadsteori betonar betydelsen av sjuksköterskans medverkan vid patientens bristande förmåga till egenvård där omvårdnadsmålet är att så långt som möjligt hjälpa patienten till självständighet. Teorin beskriver vidare att sjuksköterskan kan stötta patienten till en ökad förståelse om egenvård genom att hon nyttjar de fem generella hjälpmetoder som att utföra handlingar, stödja, undervisa, vägleda och tillhandahålla en utvecklande miljö för patienten (Orem, 2001).

## Problemformulering

Många äldre är undernärda eller tillhör en riskgrupp för undernäring, och anledningen kan bero på ett samspel mellan flera faktorer. Undernäring kan leda till en rad tillstånd som påverkar patientens livskvalitet. Risken för fallolycka ökar med försämrat näringsintag och tillslut kan fallet leda till fraktur, ett allvarligt tillstånd hos äldre med hög dödlighet. Vid operation för höftfraktur och samtidig undernäring finns en ökad risk för komplikationer i det postoperativa förloppet som förlänger vårdtiden och ökar vårdkostnaderna.

Författarna av föreliggande studie arbetar som sjuksköterskor och har uppmärksammat ett nedsatt näringsintag hos många äldre, trots att många är multisjuka och har ett förhöjt behov av energi och protein. Många patienter äter små portioner och tycker att det räcker. Genom äldres upplevelser i samband med måltid och deras syn på näringsintag kan sjuksköterskan öka förståelsen för den äldre patientens måltidssituation, och tillsammans med ett personcentrerat arbetssätt förbättra nutritionsarbetet.

Det finns en begränsad mängd kvalitativ forskning kring äldre som är undernärda eller tillhör en riskgrupp och har opererats pga. en höftfraktur, likaså finns det. Det verkar även finnas ett kunskapsgap kring äldres kunskap om nutrition och hur sköra äldre ser på sitt näringsintag.

## Syfte

Syftet med studien är att beskriva äldre undernärda personers upplevelser av måltider, deras kunskap om näring samt inställning till nutritionsbehandling i samband med slutenvård pga. höftfraktur.

## Metod

### Studiedesign

Studien utfördes som en intervjustudie med kvalitativ forskningsansats. Eftersom studiens syfte var att beskriva äldre höftpatienters upplevelser valdes intervju som metod, då den anses av Polit och Beck (2016) vara lämplig. Polit och Beck (2016) menar att en induktiv forskningsansats används när ett fenomen ska synliggöras, förklaras och ges en djupare förståelse. Semistrukturerad intervju med öppna frågor användes. Insamlat datamaterial analyserades genom kvalitativ innehållsanalys efter Lundman och Hällgren Graneheim (2017).

Innan studien påbörjades togs mailkontakt med verksamhetschefen för godkännande att genomföra intervjustudien.

### Studiemiljö

Studien utfördes på två geriatriska avdelningar på Mölndals sjukhus, avdelning 234 och 235. Avdelningarna tar emot patienter som är  $\geq 65$  år. Den vanligaste anledningen till vård är höftfraktur. De personer som inkommer med höftfraktur förbereds inför operation och målet för dessa patienter är att de skall opereras inom 24 timmar. Efter operation återkommer patienterna till avdelningen för postoperativ vård som innefattar rehabilitering, smärtlindring och social planering. På avdelningen serveras frukost, lunch, middag och kvällsfika på särskilda tider. Maten serveras i matsalen men kan även ätas på rummet. Det finns enkelrum, dubbelrum, och rum med fyra sängar. Intervjutiderna var tvungna att anpassas så att det inte skulle störa rutinerna på avdelningen vad gäller läkemedelsadministrering, ronder, fysioterapi, men framför allt måltiderna.

## Urval

Inklusionskriterier för deltagande i studien var ålder >65, att ha genomgått en höftoperation, att enligt MNA-SF (Mini Nutritional Assessment-Short Form), (Faxén et al., 2016; Rubenstein, Harker, Salva, Guigoz & Vellas, 2001), vara undernärld eller ligga i riskzonen för att utveckla undernäring, att kunna delge upplevelser samt att vara villig att delta.

Exklusionskriterier för studien blev därför demensdiagnos enligt journal, akut postoperativ konfusion eller personer som inte talar svenska. Konfusion utvärderades med SPMSQ (The Short Portable Mental Status Questionnaire), (Pfeiffer, 1975). Att utvärdera kognitiv förmågan är redan en rutin som sker på avdelningarna vid ankomst.

MNA är ett frågeformulär i kortversion som är anpassat för äldre för att utvärdera nutritionsstatus. Att få 7 poäng eller mindre indikerar undernäring medan 8-11 poäng indikerar risk för att bli undernärld (Faxén et al., 2016). SPMSQ kan ge som mest 10 poäng där 8-10 är normal kognitiv funktion och 6-7 är lätt kognitiv svikt. Personer med  $\geq 6$  poäng inkluderades i studien då lätt kognitiv svikt inte förväntades påverka resultatet.

Ett brev skickades till utvalda kollegor på avdelningarna (Bilaga 1) som skrev in patienterna. Målet var att hitta relevanta kandidater som passade studiens syfte och metodval. Variation i urvalet avseende ålder och kön var önskvärt av författarna för att få en bred svarsvariation. Alla patienter som hade SPMSQ  $\geq 6$  poäng före eller efter den planerade höftoperationen screenades med hjälp av MNA. Alla patienter som fick 11 poäng eller mindre ansågs som lämpliga kandidater att inkludera i studien. Kollegorna meddelade författarna successivt för sammanlagt tolv lämpliga kandidater vilka fick både muntlig och skriftlig information kring studien genom en broschyr med forskningspersonsinformation (Bilaga 2) som utformats utifrån gällande lagar och etikprövningsmyndighetens rekommendationer (Datainspektionen, 2016; Etikprövningsmyndigheten, 2018; SFS, 1998:204; SFS, 2003:460). Deltagarna fick information om att deltagandet var frivilligt och att de när som helst utan att behöva förklara varför fick avbryta sitt deltagande i studien. Vidare fick deltagarna veta vilka personer som skulle få tillgång till materialet, att uppgifter hålls konfidentiella, samt att det inte fanns direkta fördelar med deltagande i studien. Alla deltagare gav muntligt informerat samtycke, och deltagarna fick ta tid på sig att besluta om de ville delta i studien innan de gav informerat samtycke (Cöster, 2014; Henricson, 2017). Fem intervjuer uteblev då en kandidat avböjde, en kandidat ångrade sig medan tre kandidater åkte hem innan intervjun. Av sammanlagt sju deltagare var två män och fem kvinnor. Deltagarna var mellan 69-100 år.

## Datainsamling

Semistrukturerade intervjuer hölls med hjälp av en intervjuguide (bilaga 3) bestående av öppna frågor för att få deltagarna att tala fritt och med egna ord om områden som forskaren vill studera (Polit & Beck, 2016). För att skapa en relevant intervjuguide bearbetades aktuell kunskap för det område som undersöks, och därefter formulerades öppna frågor (Kvale & Brinkmann, 2014). Den ordning som frågorna i guiden ställdes kunde kastas om utifrån forskarens prioritering. Innan intervjuerna utfördes med deltagarna gjordes pilotintervjuer av



forskarna med vänner och familjemedlemmar för att pröva intervjuguiden. Polit och Beck (2016) menar att en pilotintervju behöver göras för att testa validiteten i intervjuguiden. Intervjuguiden ansågs av författarna vara fullständig och handledaren hade inga anmärkningar på den varför inga förändringar behövde göras.

Intervjuerna utfördes i enkelrum för att skapa en ostörd miljö för att lättare skapa en känsla av förtroende så att deltagarna kunde prata mer fritt och delge sina erfarenheter, samt undvika bakgrundsljud för att förbättra kvaliteten på ljudinspelningen. Då det valda forskningsämnet kunde uppfattas som känsligt att diskutera strävade forskarna efter att informanten kände sig trygg under intervjun vilket underlättades genom småprat innan intervjun påbörjades.

Den ena forskaren som arbetade som sjuksköterska på avdelning 234 intervjuade deltagarna på avdelning 235 medan intervjuerna på avdelning 234 hölls av den andra forskaren.

Intervjuernas längd varade från 20 minuter till 52 minuter. Datainsamlingen utfördes med intervjuer som spelades in digitalt med mikrofonen ZOOM H4n och överfördes sedan till två USB-minnen för att ha kopior på ljudfilerna.

## Dataanalys

En kvalitativ innehållsanalys valdes för att systematiskt kunna kartlägga mönster i deltagarnas upplevelser. Analysprocessen inleddes genom att lyssna på det inspelade intervjumaterialet vilket sedan transkriberats ordagrant. Det finns inga regler eller för hur transkribering skall utföras (Kvale & Brinkmann, 2014), men enligt Polit och Beck (2016) är ordagrann transkribering att föredra vid innehållsanalys. Vid induktiv ansats sker analysen datastyrt, alltså utvecklas koder efter att data samlats in och analyseras. Texten sorterades med hänsyn till dess innehåll genom att välja ut meningar och stycken vilka kallas för meningsbärande enheter som var relevanta för studiens syfte. De meningsbärande enheterna kondenserades vilket innebär att de reducerades för att plocka ut det centrala innehållet vilket gjorde dem mer lätthanterliga. De kondenserade enheterna kodades sedan och fick då en etikett som bestod av ett ord eller en kort mening som speglade innehållet. De koder som representerade samma områden och ämnen bildade slutligen kategorier och underkategorier. Lundman och Hällgren Graneheim (2017) menar att data endast får passa in i en underkategori.

Det transkriberade materialet lästes av författarna flera gånger i syfte att få en känsla för helheten. Båda författarna analyserade den första intervjun enskilt genom att läsa innehållet och sedan plocka ut meningsbärande enheter och därefter skriva ut koder. Efter att ha kodat den första intervjun träffades författarna för att stämma av med varandra. Sedan lästes intervjun och dess analys igenom av handledaren som jämförde koderna med vad som stod i texten. Resterande intervjuer delades upp pga. tidsbristen så att en författare analyserade jämna intervjuer (2, 4, 6) och den andra författaren analyserade ojämna intervjuer (3, 5, 7). Koderna som skapades fick ett ID-nummer, numret från den intervju som analyserats. Efter att allt material kodats träffades författarna för att gemensamt placera in koderna i kategorier

och underkategorier. Detta gjordes genom att förse liknande koder med en färg, där en färg bildar en kategori.

Kvalitativ innehållsanalys är en tolkning av en text och analysen kan vara mer eller mindre djup (Lundman, & Hällgren Graneheim, 2017). Manifest analys användes för att analysera textmaterialet från alla sju transkriberade intervjuerna. I varje text finns ett manifest innehåll och ett latent budskap. Både den manifesta och den latent analysen innebär att tolka text och lägger betoning på likheter och skillnader inom de koder och de kategorier som uppstår i dataanalysen. Medan manifest analys inriktar sig på det som är textnära och beskriver det som är tydligt i texten fokuserar sig latent analys på att tolka det subjektiva och kontexten samt fokuserar på textens underliggande innebörd (ibid). Då måltidsupplevelsen är subjektiv och kan variera från person till person, ansågs kvalitativ innehållsanalys som en lämplig analysmetod för denna studie.

## Resultat

Analysen resulterade i tre olika kategorier med tillhörande subkategorier som svarade på uppsatsens syfte (tabell 1).

Tabell 1: Kategorier och subkategorier

Kategori	Subkategori
Kroppsliga faktorer som påverkar aptit och näringsintag	Aptiten hos äldre minskar vid låg aktivitetsnivå och sjukdomar
	För en bra måltidsupplevelse bör sinnen tillfredsställas
Hur den sociala tillvaron påverkar aptit och näringsintag	Närståendes och hemtjänstens stöd vid handling och matlagning kan öka näringsintag
	Att känna sig ensam och nedstämd minskar aptit och näringsintag
	En förändring i miljö och rutiner kan vara svår att anpassa sig till
	Måltidsmiljön och sällskapet spelar en viktig roll vid näringsintag
Med en positiv inställning	Näringsintaget påverkas av inställning och motivation

och kunskap om kost kan näringsintag öka	
	Kunskapsnivån om kost påverkar näringsintag

## Kroppsliga faktorer som påverkar aptit och näringsintag

### **Aptiten hos äldre minskar vid låg aktivitetsnivå och sjukdomar**

Aptiten upplevdes minskad på grund av tidigare frakturer och operation som orsakade både smärta och orkeslöshet. Att ha opererats för höftfraktur kunde även orsaka en känsla av nedstämdhet vilket ledde till minskad aptit. Ett mönster som visade sig var hur en låg aktivitetsnivå pga. stigande ålder, operationer och sjukdom kopplades till minskad aptit.

*”När jag är själv så är det inte så mycket faktiskt men å andra sidan så behöver man ju inte så mycket om man inget gör. Jag går ju inte omkring hungrig precis, absolut inte. ... Det är brist på aptit och brist på att man inte rör på sig. Hade jag tagit en promenad på 5 km och kommit hem så hade varit en annan femma”. Kvinna, 69 år.*

När ätandet upplevdes besvärande minskade aptiten, detta kunde orsakas av smärta i munhålan, smärta i halsen och svårigheter vid sväljning vilket kunde orsaka rädsla, antingen för att sätta i halsen eller drabbas av tarmvred, vilket ledde till att näringsintag ibland undveks.

*”Ja det är implantat va så dem sitter ju fast va, så att. ... Men en gång i tiden hade jag ... Så jag hade svårt för att äta va, så jag gick ju ner en tio tolv kilo. Och nu när vi var hemma eller, jag var hemma innan ... så vägde jag mig, och då var jag nere ... ja ett tag så var jag mitt emellan 70 och 78 var det... Men sen så fick jag se det att jag gick ner under 65 kg. Oj, då vågade jag inte titta på vågen nästan, jag tänkte herregud tänkte jag”. Man, 71 år.*

Andra faktorer som kopplades till minskat näringsintag kunde vara intag av flertalet läkemedel eller att inte få någon lindring vid illamående. Upplevelser av att maten växte i munnen och en känsla av att vara äcklad uppstod då. I vissa fall upplevdes inte aptiten minska trots kraftiga smärtor i exempelvis knä eller rygg som gjorde det svårt att stå upp för länge.

### **För en bra måltidsupplevelse bör sinnena tillfredsställas**

Upplevelsen av maten som serverades på vårdavdelningen varierade. Smaken ansågs påverkas av tidigare erfarenheter, ens uppväxt och influenser tidigare i livet. Några deltagare tyckte det var synd att klaga medan deltagare med lång erfarenhet av att laga mat, privat eller som tidigare profession, upplevde maten på sjukhuset som smaklös och dåligt tillagad jämfört med hemlagad mat. Konsistensen på exempelvis grönsaker upplevdes för hård. Liksom dålig smak och fel konsistens kunde lukten påverka aptiten då illaluktande rätter upplevdes som avstötande.

*”Om jag köper mat ute. Och den sen kommer hem, jag ställer in den i kylan och så ... och ska ta fram den och värma den. Och så ska den stå lite grann så man inte rör på den, folien,*

*så kommer där en doft. Och den tycker jag inte om. Då är det precis som att nu är matlusten slut". Kvinna, 91 år.*

## Hur den sociala tillvaron påverkar aptit och näringsintag

### **Närståendes och hemtjänstens stöd vid handling och matlagning kan öka näringsintag**

Förmågan att klara av vardagliga aktiviteter som att handla och laga mat påverkades av funktionsförmåga. Vid mindre påverkad funktionsförmåga kunde handling och matlagning utföras ensamt, tillsammans med sambo eller närstående, eller med hjälp av hjälpmedel som permobil. När funktionsförmågan var försämrad som vid orkeslöshet efter operation och sjukdom, eller när förmåga och intresse för att laga mat saknades, kunde vardagliga aktiviteter vara svåra att sköta själv, och för att få hem varor eller lagad mat krävdes hjälp från närstående eller hemtjänst. Med det stöd som fanns i hemmet upplevdes det aldrig vara problem med tillgång till mat.

*"Nej. Om jag inte handlar själv så handlar mina söner. ... Ja och han har fått handla när det börjar bli tungt och släpa hem maten. Jag vet ju vid tillfällena som jag fick ... mina söner kom hem och kunde hjälpa mig ibland om det var någonting som var mer avancerat. Nej ... bara för att man var så skakis". Kvinna, 91 år.*

Under intervjuerna uppstod det varierande beskrivningar av den mat som lagades hemma, men övervägande var portionerna små. Den förändrade livssituationen efter pensionering, amputation eller frakturer gjorde att måltiderna hölls på en lättlagad nivå vilket blev på bekostnad av att det istället blev enahanda. I vissa fall åts varken frukost eller lunch, oavsett stöd eller inte, men minst en varmrätt åts och övriga mål bestod av kaffe och en smörgås, eventuellt yoghurt.

*"Ja, jag är inte hungrig förrän klockan är runt ... tre, fyra kan jag känna att jag blir sugen på något men det är ju små mängder. Ja det ... när man ... om man inte är hungrig så är det ingen idé att försöka äta. Det bara växer i munnen". Man, 71 år.*

Ekonomiska aspekter av näringsintag visade sig också vara viktiga. Att inte själv ha tillgång till tillräckligt med pengar kunde skapa ett beroende av en närstående för att kunna handla hem matvaror eller lagad mat.

*"Nu vet jag inte hur länge han (sambon) skall vara borta men denna veckan är han kvar så får vi höra om det där med maten. Jag kan beställa mat också utifrån men det har jag inte råd med att göra längre". Kvinna, 69 år.*

Några deltagare beskrev däremot en större matlust och intog oftast normalstora portioner frukost, lunch och middag.

### **Att känna sig ensam och nedstämd minskar aptit och näringsintag**

Ett område som alla deltagare menade påverkade aptit och näringsintag var ensamhet. Flera deltagare var ensamboende och hade blivit det med stigande ålder då anhöriga och närstående gått bort med tiden. Att ha sjuka anhöriga orsakade oro och nedstämdhet, och att mista sin

partner associerades med kraftigt minskad aptit. Om anledningen till att man lagade mat, var för att ens partner skulle få äta, försvann anledningen till att laga mat och måltiderna tappade sin mening när ens partner gick bort. Matlagningen förknippades med att ens partner skulle få äta. Om partnern saknades försvann anledningen till matlagningen och måltider tappade sin mening. Ensamhet gjorde att måltidsupplevelsen blev tråkig, och ätandet var inte något att se fram emot, utan det hade endast funktionen att upprätthålla liv.

*”Men det är ju en jäkla skillnad att bo ensam och. ... Ja ... jag har varit ensam, min man gick bort 1968 redan så har jag varit ensam väldigt, väldigt länge. Men ... som sagt. Det är ju så att jag är ju över hundra år gammal. Och alla mina (harklar sig) mina jämnåriga dem är ... är borta för länge sedan. Så jag är ganska ensam med min ... min genre”. Kvinna, 100 år.*

Samtidigt som vänner och närstående bidrog till ökat välbefinnande var det lätt att vänja sig vid ensamheten som ansågs då inte påverka näringsintag längre.

### **Måltidsmiljön och sällskapet spelar en viktig roll vid näringsintag**

Att vistas i dagrummet eller matsalen på vårdavdelningen undveks av vissa patienter. När man inte längre kunde utföra vardagliga handlingar på ett sätt som upplevdes normalt, som att inte kunna gå själv efter en höftoperation eller att ha svårt att äta pga. skakningar, kunde känslor av skam, otillräcklighet, och känslan av att vara beroende av andra uppstå. För att minska de negativa känslorna undveks sociala situationer genom att stanna kvar och äta på patientrummet. Samtidigt upplevdes det egna rummet på vårdavdelningen lugnare eftersom miljön på sjukhuset kunde skapa en negativ stämning. Sällskap under måltid upplevdes som roligt och positivt då man kunde föra konversationer vilket förhöjde stämningen under måltiderna och ökade matlusten, men trots att sällskap alltid fanns på sjukhuset i form av andra patienter kunde medpatienterna upplevas som dåligt sällskap. Medpatienter beskrevs som tysta eller personer som inte förstod vad de gjorde, som personer med nedsatt kognitiv funktion, och sådant sällskap kunde minska matlusten. Även personalen bidrog ibland till den dåliga miljön då de upplevdes stressade och inte verkade ha tid att hjälpa till när hjälp behövdes under måltiderna.

*”Ja eller som inne på rummet som jag har varit idag men nu sitter jag ju inte ensam och äter utan vi är några stycken. ... Nej det tycker jag inte, snarare så är det för tyst. Många äldre människor säger inte för mycket. Sedan har man ju en del och de är gamla och det kan man ju inte hjälpa och det är jag också men som inte förstår vad man säger när man pratar. De sitter och pillar och pillar med papper så det är inget större sällskap”. Kvinna, 69 år.*

### **En förändring i miljö och rutiner kan vara svår att anpassa sig till**

Deltagarna berättade att de levde olika liv beroende på om man var i sin hemmiljö där man lever på sitt sätt, medan man på vårdavdelningen tvingas in i avdelningens rutiner vilket var svårt att anpassa sig till. Många menade att det var svårt att gå upp så tidigt på morgonen samt att det var för tätt mellan frukost och lunch.

*”För jag menar om man går upp klockan åtta och får morgonmål där så är man ju inte hungrig klockan tolv. Så att man äter ... det kunde gott dröjt en timme till”. Kvinna, 100 år.*

Det var viktigt att få en anpassad portionsstorlek då många upplevde det skamligt att lämna kvar mat på tallriken. Ibland var portionerna som serverades på vårdavdelningen för stora, vilket tillsammans med minskad aptit gjorde att man blev tvungen att lämna kvar mat.

*”Jag ville helst inte lämna någon mat va men, nej, och sen, nu får ju inte jag några sådana jättestora portioner, utan dem har frågat mig hur mycket jag vill ha och sådär va så att dem vet, men det var mycket gröt faktiskt (till frukost), mer än vad jag hade tagit normalt själv va”. Man, 71 år.*

På vårdavdelningen kunde deltagarna oftast fråga personalen om ett mellanmål om man kände sig hungrig, även sent på kvällen eller natten, dock kunde personalen upplevas som stressad vilket gjorde att man avstod från att be om något extra att äta.

Med en positiv inställning och kunskap om kost kan näringsintag öka

### **Näringsintaget påverkas av inställning och motivation**

Näringsintag upplevdes som något positivt, dock påverkade synen på en lämplig vikt och kroppsform inställningen till näringsintag. När kroppsvikten sjönk under en önskad vikt uppstod oro vilket skapade ett ökat intresse för nutritionsbehandling och viktuppgång medan en stor mage eller en högre kroppsvikt än önskat kunde resultera i upplevelser av att inte vara undernärd, vilket gav tankar om att ett lägre näringsintag var positivt för kroppen.

*”Ingen aning, och jag är inte undernärd. Jag väger ju för fan 103 kg (Skrattar). Det finns ingen undernäring här”. Man, 70 år.*

Nutritionsbehandling, exempelvis med näringsdrycker, upplevdes onödigt om man ansåg att man åt tillräckligt mycket mat samtidigt som näringsdrycker inte gav en märkbar snabb och positiv effekt på funktionsförmåga. Dock upplevdes behandling med näringsdrycker som positivt när aptiten var låg eftersom drycken var mättande vilket underlättade näringsintaget då man slapp äta större mål men samtidigt inta tillräckligt med näring.

### **Kunskapsnivån om kost påverkar näringsintag**

Deltagarna saknade kunskap kring nutrition och konsekvenser vid lågt näringsintag, det saknades ett intresse för kunskapen och det ansågs inte nödvändigt att ha kunskap om kosten eftersom man antingen fick färdigportioner levererade av hemtjänsten, och att man då litade på att de som levererar mat till äldre, eller fick hjälp av sin sambo eller närstående, samtidigt som det upplevdes viktigare att kunna njuta av maten än att tänka på dess innehåll och funktion.

*”Nej jag är inte särskilt intresserad. Nej jag vet inte så mycket, jag har hört det (benämningen på kostens byggstenar), jag... jag är lite trött på det där (Skrattar) tjatet. Nej, Det får inte vara för krångligt”. Kvinna, 70 år.*

# Diskussion

## Metoddiskussion

Författarna utförde en kvalitativ studie med induktiv ansats utförd med semistrukturerade intervjuer. För att fånga personers upplevelser är kvalitativ metod lämplig, och intervjuer öppnar upp för djupa dialoger mellan forskare och patient vilket kan föra upplevelserna till ytan. Det finns inget standardiserat sätt att genomföra en kvalitativ intervju på, alltså påverkas kvaliteten på intervjun av forskarens skicklighet som intervjuare (Kvale & Brinkmann, 2014).

Det positivistiska synsättet på vetenskap förespråkar vikten av kvantifierbara resultat. Att använda en kvantitativ ansats i föreliggande studie, exempelvis med hjälp av enkäter som deltagarna själva fick svara på, hade många flera deltagare kunnat inkluderas men studien hade inte kunnat lyfta fram deras upplevelser på ett djupare plan.

Inklusions- och exklusionskriterier formulerades för att hitta relevanta patienter att delta i studien. Inför en kvalitativ studie är det viktigt att reflektera över forskningspersonens förmåga att förmedla upplevelser av något som upplevts i det förflutna (Kvale & Brinkmann, 2014). Patienter med demens, kognitiv svikt eller konfusion valdes därför att exkluderas. Efter att ha identifierat patienter med höftfraktur granskades patienternas journaler för att identifiera patienter med känd demens eller kognitiv svikt. Konfusion identifierades med mätinstrumentet SPMSQ då det är ett validerat mätinstrument och som används rutinmässigt på de två geriatriska avdelningarna. Dock kan mätinstrumentets validitet diskuteras. En patient med 8 poäng hade grav minnessvikt trots att 8 poäng motsvarar intakt kognitiv funktion samtidigt som den kognitiva funktionen var mycket olika för två patienter, båda med 7 poäng.

MNA-SF användes för att hitta patienter som var undernärda eller tillhörde en riskgrupp då mätinstrumentet är validerat, tillgängligt på svenska, lättanvänt och anpassat för äldre, dock hade andra mätinstrument som mäter nutritionsstatus kunnat ge varierande resultat (Ellergård, 2015; Helminen et al., 2018). Anledningen till att inte bara undernärda patienter inkluderades var för att antalet patienter som hamnar under kategorin undernärmd är relativt låg, medan patienter som tillhör en riskgrupp för undernäring är betydligt större (Helminen et al., 2018).

Studien inkluderade endast patienter som fick slutenvård pga. höftfraktur, och exempel på bakgrundssjukdomar var förmaksflimmer, hypertoni och diabetes, vilket kan ses som en svaghet. Hade andra orsaker till inläggning inkluderats såsom kotkompression, Parkinsons och försämrat tillstånd vid hjärtsvikt och KOL, hade andra upplevelser kunnat lyftas fram.

För att få delta i studien krävdes informerat samtycke. Det ansågs inte nödvändigt att kräva ett skriftligt informerat samtycke.

Intervjuguiden kan anses vara ganska detaljerad och innehålla många frågor varav flera var väldigt lika varandra. Anledningen var att författarna inte hade någon erfarenhet av att

utforma en intervjuguide. Därför skulle intervjuguiden kunna omformuleras och frågor förkortas eller tas bort för att öka intervjuguidens validitet. Utifrån författarnas erfarenhet ansågs en intervjuguide vara viktig då äldre personer kan ha svårt att prata öppet och fritt vilket ökar risken att samtalen hade blivit korta och då inte genererat mycket kunskap. Några av frågorna i guiden var slutna vilket inte tillåter några beskrivande svar från patienterna, däremot kan svaret på en slutna fråga leda till en öppen följdfråga som öppnar upp för längre, beskrivande svar från patienten (Kvale & Brinkmann, 2014).

När intervjuer utförs av personer med låg erfarenhet av intervjuer kommer skickligheten att intervjua öka med antalet intervjuer som utförs vilket kan påverka resultatet (Kvale & Brinkmann, 2014). Trots att flera intervjuer utfördes av författarna, inklusive pilotintervjuer, ändrades inte intervjuguiden. Däremot fick intervjuerna ett bättre flyt och fler följdfrågor ställdes under de sista intervjuerna. Detta är anledningen till att en intervju tog närmare 50 minuter. Resultatet påverkades även av att författarna utförde tre respektive fyra intervjuer var. Olika personer påverkas av sin förförståelse, därför kunde intervjuerna sett olika ut beroende på vem som utförde dem, dock minskas påverkan på resultatet genom att en intervjuguide användes.

Intervjuerna spelades in digitalt vilket kan medföra att tekniska fel uppstår (Kvale & Brinkmann, 2014). Detta inträffades då en inspelning blev uppdelad i två ljudfiler. Den andra ljudfilen blev skadad och inspelningen kunde inte transkriberas. Vid användning av två mikrofoner kan risken för sådana problem minskas.

Datamättnad uppnås inte då inkludering av flera patienter med olika sjukdomar och levnadsförhållanden kan tänkas delge annorlunda upplevelser.

Transkriberingen av intervjuerna utfördes ordagrant. I de fall som intervjuerna hölls i patientrummen kunde ibland störande ljud från en luftmadrasspump höras vilket försvårade transkriberingen. Likaså kunde det vara svårt att höra vad patienterna sa pga. att de pratade otydligt, andra gånger pratade författaren och deltagaren samtidigt.

Kvalitativ innehållsanalys valdes som analysmetod för att systematiskt identifiera mönster i deltagarnas upplevelser. Som forskare har man alltid en förförståelse inför ämnet som studeras i form av förväntningar och antaganden som bygger på tidigare erfarenhet och fördomar. Förförståelsen kan ses som en tillgång i den subjektiva processen som analysarbetet innebär och framhäva bredare analyser (Kvale & Brinkmann, 2014).

Analysmättnad har eftersträvat, och all data har analyserats manifest och latent. Författarna analyserade tre respektive fyra intervjuer var. Möjligtvis kan ett bredare resultat framstå och flera upplevelser identifieras och belysas om flera personer analyserar samma text.

För att kunna ge informerat samtycke krävs att forskningspersonen får adekvat information och förstår informationen för att kunna överväga deltagandet. Problem kan uppstå då patientens förväntningar utifrån informationen som ges inte motsvarar det som faktiskt kommer att hända (Henricson, 2017).



Deltagande i studien förväntades inte medföra några risker utöver möjligt obehag pga. samtalet och de känslor som kan komma fram. Vanliga konsekvenser med intervjustudier är exempelvis av emotionell karaktär och kan bestå av rädsla, skam eller uttråkning, samtidigt som privatlivet kan kränkas (Henricson, 2017; Cöster, 2014). Under intervjuerna förekom en del dystra toner från patienterna efter samtal kring närstående, och detta analyserades som skam, ensamhet eller nedstämdhet och har mycket möjligt orsakat ett tillfälligt obehag för deltagarna som deltog. Under intervjuerna avvek samtalet ibland till att prata om vädret vilket kan vara en reaktion på obehag eller maktasymmetri.

Maktasymmetri förekommer mellan författarna och deltagarna där intervjun fungerar som ett instrument för att generera berättelser om upplevelser som sedan tolkas av författarna som då har tolkningsmonopol (Kvale & Brinkmann, 2014). Under intervjuerna försökte författarna aktivt att minska klyftan mellan författarna och deltagarna genom empati och förståelse, och genom att se deltagaren som en medskapare av kunskap istället för ett rent objektivt redskap.

Intervjuerna utfördes på plats på avdelningen där deltagarna var inskrivna varför ingen extra tid eller pengar för transport krävdes från dem, och endast ett tillfälle för intervju krävdes.

## Resultatdiskussion

I resultatet framkom att deltagarnas aptit huvudsakligen minskade pga. tidigare frakturer och operation vilka orsakade smärta och orkeslöshet. Det framkom vidare att smärta i munhålan och halsen, sväljsvårigheter samt låg aktivitetsnivå pga. hög ålder ledde till minskat näringsintag. Ätandet kan påverkas av lusten och viljan att äta vilka kan förändras pga. ålders- och sjukdomsrelaterade inflammationer och smärttillstånd (SOS, 2011). Saletti (2007) menar att den äldres förmåga till fysisk aktivitet kan sättas i relation till hur god aptit personen har. Matlusten påverkas alltså negativt genom en låg aktivitetsnivå vilket går i linje med vad Johansson et al. (2009b) kom fram till, att låg fysisk funktionsstatus är en riskfaktor för undernäring. Att deltagarna upplever minskad aptit pga. minskad aktivitetsnivå stämmer alltså överens med aktuell kunskap.

Författarna anser att det ligger i sjuksköterskans ansvar att uppmärksamma patientens smärta, fysisk funktionsstatus och näringstillstånd då enligt (SOS, 2018) ska personer med risk för undernäring identifieras innan undernäring uppstår och att personer som lider av undernäring tillförsäkras en behovsanpassad näringstillförsel.

I resultatet framkom att upplevelsen av den serverade maten på vårdavdelningen varierade. Å ena sidan upplevdes maten inte smaka tillräckligt och att smaken tycktes vara dålig. Förutom generella försämringar med ökad ålder kan sinnesintrycken via hörsel, syn och doft påverkas av olika sjukdomstillstånd och medicinska behandlingar (Livsmedelsverket, 2018). Enligt Westergren och Andersson (2017) kan mer sött och surt förhöja smakupplevelsen hos äldre. Författarna tolkar dock deltagarnas missnöje med maten på vårdavdelningen med att den maten som serverades inte stämde med deltagarnas vanor och förväntningar då dessa hade en lång erfarenhet av att laga mat privat och professionellt.

Å andra sidan framkom även upplevelser av att maten uppskattades med tanke på smaken och hur den serverades. Wright et al., (2010) visade i sin studie att matkvaliteten, såsom smaken på maten, värmen, variationen och presentationen samt att få njuta av maten var viktigt för att känna belåtenhet med måltidsservicen.

I resultatet framkom att deltagarnas funktionsförmåga påverkade dagliga aktiviteter som att handla och laga mat. En del deltagare fick hjälp av sin partner som de bodde tillsammans med medan andra ensamboende fick hjälp av hemtjänst. Det framkom vidare i resultatet att deltagarna inte åt många måltider om dagen och när de gjorde det blev det oftast små portioner samt att måltiderna hölls på en lättlagad nivå. Många studier visar att äldre som bor ensamma har ökad risk för att utveckla undernäring (Johansson, Sidenvall, Malmberg & Christensson, (2009a) och att ensamboende äldre som även har hjälp med matinköp löper större risk för undernäring (Keller & Hedley, 2002; Söderhamn et al., 2012). Geurden et al. (2015) visade att 25% av de hemmaboende äldre inte äter minst en varm maträtt om dagen trots att över 80% av dessa äldre hade dagliga besök av vårdpersonal.

Resultatet visade även att ekonomin spelade en avgörande roll för näringsintaget hos äldre. Åldrande är associerat med bl. a. ekonomiska förändringar vilka påverkar de äldres kostvanor och näringsstatus negativt (Ahn et al., 2018). Medan oberoende äldre som har tillgång till adekvat kostintag och vid frånvaro av depression löper ingen risk att drabbas av undernäring (Johansson et al., 2009b). Detta kunde ses i föreliggande studie då några deltagare beskrevs äta normalstora portioner till frukost, lunch och middag.

I sin hemmiljö lever man på sitt sätt medan på en vårdavdelning råder det andra rutiner kring måltider. Resultatet visar att vissa deltagare hade svårt att infinna sig till frukost medan andra tyckte att det var för tätt mellan måltiderna. Det kan vara svårt att säga att tiderna som maten serveras på påverkar näringsintaget om man jämför över ett helt dygn. Deltagarna var antingen undernärda eller tillhörde en riskgrupp för undernäring vilket tyder på att de redan innan hade ett otillräckligt näringsintag. Att jämföra hur tiderna och rutinerna på sjukhus påverkar matintaget krävs exakta uppgifter om hur ofta och vad patienterna äter hemma. Exempelvis om man bara äter en liten frukost och sedan ett mål på kvällen kan detta jämföras med matintaget på sjukhuset, för att se om det faktiskt är negativt med tidig frukost och lunch tätt inpå. Å andra sidan kan vårdavdelningens rutiner, normer och den kultur som råder bland personalen påverka måltiden (SOS, 2011), men egentligen äter patienterna mer än vad de gjorde hemma vilket är positivt från en behandlande ståndpunkt.

Med mat och måltider uttrycker vi kulturell tillhörighet, livsstil och identitet (Livsmedelsverket, 2018). En äldres val av mat och måltidsmönster påverkas av kulturellt och/eller religiöst kontextuella vanor. Även medicinering, sjukdomar, sväljningssvårigheter och allergier är exempel på faktorer som påverkar val av mat och måltid inte minst för den som är undernärmd eller som riskerar att drabbas av undernäring (SOS, 2018). Dock för att den äldre ska nå upp till sitt energi- och näringsbehov ska antalet måltider fördelas under flera delar av dygnet samt anpassas till den äldres situation och preferenser. Två huvudmål per dag,

lunch och middag, täcker vanligtvis endast halva energi- och näringsbehovet, vilket gör att frukost och mellanmål är minst lika viktiga (Livsmedelsverket, 2018).

Resultatet av denna studie visade att deltagarna upplevde att matlusten ökade om man satt med ett sällskap och kunde föra konversationer. Deltagarna som bodde tillsammans med en sambo fanns alltid sällskapet hemma medan för de deltagarna som var ensamboende kunde vårdavdelningen skapa en positiv miljö där man till skillnad från hemmiljön fick någon att prata med. Dock ansågs sällskapet vara viktigt med vilka men inte med hur många personer som ingick i sällskapet på vårdavdelningen. Då en del äldre sitter bara där och inte utgör ett större sällskap valdes att stanna och äta vid sin säng. I en intervjustudie beskrev äldre hur viktigt det var att få välja var man vill äta, ensam på sitt rum eller tillsammans med andra boende (SOS, 2011). I föreliggande studie framkom att vårdpersonalen upplevdes stressad och gav uttryck av att inte ha tid för att hjälpa under måltiderna. Att ändra rutiner vid måltider på en vårdavdelning var fullt möjligt och det medverkade till att framsteg sågs i patienternas upplevelser vid måltider då de försäkrades att få den hjälp de behövde (Dickinson, Welch & Ager, 2008). Många studier har visat att olika åtgärder i måltidsmiljön har positiva effekter på patientens näringsintag, vikt, funktionsförmåga och välbefinnande. En positiv måltidsupplevelse är kopplad till många olika faktorer under måltiden som bl. a. social situation och sällskap. Om sällskapet är frivilligt eller inte har likaså visat sig vara viktigt för måltidsupplevelsen (Saletti, 2007 & SOS, 2011).

Resultatet visade att de flesta deltagarna uttryckte att de uppskattade måltider och ätande, och några njöt fortfarande av måltiderna. Deltagarna var antingen positiva till nutritionsbehandling med exempelvis näringsdrycker, eller hade en mer neutral inställning.

Enligt Sandman, Ågren Blomsjö och Westergren (2008) finns det etiska överväganden att göra när en behandling skall sättas in, och det handlar om att överväga patientens livskvalitet och hur den kommer att utvecklas framöver. Det är också viktigt att göra patienten delaktig i beslutsfattandet kring behandling. Att få information kring risker vid undernäring ökar patientens förståelse för ämnet och hjälper patienten att fatta ett rimligt beslut. Det är också viktigt att patienten är införstådd i sin situation, och för att kunna fatta beslut är det viktigt att patienten är kompetent och kan överväga de val som finns. Vårdpersonal måste visa respekt för patientens autonomi, en patient som inte anser sig ha god livskvalitet kan därför välja att motsäga sig behandling vilket måste respekteras. Ofta kan det handla om hur prognosen ser ut, exempelvis kommer en äldre patient med kroniska sjukdomar som progressivt försämrar livskvaliteten ha en sämre föreställning om livskvaliteten i framtiden än en yngre patient utan kroniska sjukdomar (Sandman et al., 2008). En av deltagarna motsatte sig inte nutritionsbehandling och trodde inte att hon behövde det i nuläget men att hon inte visste vad hennes värden visade, och syftade då på om värdena som indikerar undernäring. Eftersom sambon reser mycket samt att när han är bortrest äter hon nästan ingenting skulle hon kunna gagnas av en tillfällig nutritionsbehandling.

Ett intressant område som dök upp under intervjuerna var att flera deltagare uttryckte att de var feta och inte alls var undernärda, och flera var förvånade efter screeningen att de antingen var undernärda eller tillhörde en riskgrupp för undernäring. Odencrants och Theander (2013) skriver att många ofta har en skev uppfattning av sin nutritionsstatus, och att patienters måltider kan vara dåligt sammansatta. Detta visar att många patienter saknar kunskap och insikt, och som vårdpersonal behöver man utvärdera patienternas näringsintag.

Resultatet visade att det fanns ett intresse för ökad förståelse för sitt näringsintag och nutritionsbehandling. Likaså uttryckte deltagaren som tappat i vikt pga. rökning ett intresse för viktuppgång. Under sjukhusvistelsen gick han upp fem kilo i vikt och var mycket glad, och berättade hur han önskade få stöttning med näringsintaget genom att vårdpersonalen påminde honom om näringsdrycker. Behandling av undernäring kan komma i olika former. En studie av Wallin, Carlander, Sandman, och Håkanson, (2015) visade att patienter kunde uppleva en viss lättnad av att få nutritionsbehandling då patienterna kunde känna trygghet i att det dagliga näringsbehovet blev uppfyllt. I en annan studie av Price et al. (2005) undersöktes effekten av näringsdryck hos äldre patienter över 75 år inlagda på sjukhus vilka följdes upp i 12 veckor efter utskrivningen. Redan efter 8 veckor kunde ökad vikt ses. Personerna som fick näringsdryck hade även ett större energiintag, och deras handstyrka ökades jämfört med patienterna som inte fick behandlingen.

Som även nämnts ovan krävs det information för att öka förståelse och fatta beslut vilket kan påverka behandling och egenvård. Egenvård är en del av det dagliga livet, men för vissa patienter kan egenvårdsbrist uppstå pga. kunskapsbrist eller bristfällig självkänedom (Orem, 2001). Som vårdpersonal är det därför viktigt att anpassa informationen till patienten. Genom egenvård skulle patienter kunna förbättra sitt näringsintag och därmed öka livskvalitet och funktionsnivå. I föreliggande studieresultat framkommer att många deltagare var ensamma vilket påverkar egenvården negativt då egenvård innebär att en person själv kan utföra en handling själv eller med hjälp av någon annan, exempelvis en närstående (Orem, 2001). När resultatet sammanställdes framkom, till författarnas förvåning, att alla deltagarna knapphändiga kunskaper om nutrition och kroppens behov av dagligt energi- och proteinintag. Det saknades även ett intresse för kunskapen som inte ansågs vara nödvändig då antingen färdigportioner levererades av hemtjänsten och att man då litade på att de som levererade mat till äldre, eller fick hjälp av sin sambo eller närstående. Författarna anser att grupp- och individanpassad information om kost och näring kan vara nödvändigt att erbjuda patienter vilka är undernärda eller ligger i riskzonen för att bli undernärda. Vidare kan det vara angeläget att även närstående som utför egenvård för sina nära att få ta del av kostinformationen som erbjuds.

Att använda ett personcentrerat förhållningssätt i bemötandet med patientern kan hjälpa utforska patientens sätt att hantera och uppleva måltidssituationen (Wallin et al., 2015). Om sjuksköterskan har kunskap, intresse och medvetenhet om nutritionsfrågor är det lättare att göra en korrekt nutritionsbedömning. En extra vårdpersonal som resurs och med ansvar för nutritionsfrågor anställdes på ett sjukhus i Danmark i syfte att förbättra kvaliteten gällande

nutrition hos äldre patienter med risk för undernäring. Det framkom att patienterna uppskattade denna resurs då de fick individanpassad nutritionsvård, hjälp och uppmuntran för att hindra viktnedgång (Lassen, Grinderslev & Nyholm, 2008).

Ett multidisciplinärt team kan förbättra det geriatriska arbetet (Kirkevold et al., 2010). Vid upptäckt eller misstänkt undernäring hos en patient kan en dietist kopplas in. En behandling av nutrition skulle kunna innebära anpassade mål och antal mål per dag vilket skulle kunna utformas i en plan för patienten tillsammans med en sjuksköterska. Likaså kan näringsdrycker stötta upp det behov patienten har om flera eller större mål är svåra att äta, men även fysioterapi skulle kunna öka aptiten liksom optimal behandling av flera symptom och påverkande aspekter samtidigt.

Genom att hjälpa patienter med egenvård för ett bättre näringsintag redan innan inläggning på sjukhus eller vid debut av kronisk sjukdom skulle livskvalitet kunna bevaras längre, och vårdtider och vårdkostnader minska pga. ökad funktionsnivå hos patienten. Det är här väldigt viktigt med uppföljning av patienterna för att se om de följer rekommendationerna eller den plan som utarbetats, eller om deras upplevelser av näringsintaget försämras med tiden.

## Slutsats

Äldres måltider och näringsintag är mångdimensionella och förändras i ogynnsam riktning med stigande ålder i form av färre mål respektive mindre intag. Trots detta upplever sig de äldre inte undernärda eller ligga i riskzonen för att utveckla undernäring. Studien visade att aptit upplevs mindre pga. låg fysisk aktivitet eller tidigare frakturer som orsakar smärta och orkeslöshet. Likaså påverkade munhälsan liksom intag av många läkemedel aptiten negativt, men även ekonomiska aspekter. Att vara ensam eller att ha sjuka anhöriga kopplades också till minskad aptit då flera äldre inte såg fram emot ätandet. Vidare visade studien hur det var svårt att anpassa sig till rutinerna på sjukhuset samt att det upplevdes skamligt att vistas bland folk i samband med fraktur och kraftig smärta. Intressant var också hur låg kunskapsnivå de äldre hade gällande behovet av kostvariation och näringsintag. I vissa fall upplevdes varken smärta eller ensamhet påverka aptiten negativt vilket förstärker vikten av att ha ett personcentrerat förhållningssätt i mötet med patienter för att ta reda på vad den enskilde individen har för önskemål och behov. Resultatet visar att upplevelserna av måltider och näringsintag varierar bland patienterna. Lågt näringsintag är ett stort problem bland äldre och flera är undernärda eller tillhör en riskgrupp men upplever sig inte undernärda vilket gör det mer angeläget att fånga dessa äldre och kartlägga deras nutritionsstatus.

## Implikation

Studien visar hur varierande upplevelserna kan vara i samband med näringsintag vilket stärker vikten av att använda ett personcentrerat förhållningssätt i mötet med patienten. Kunskapen som studien bidrar med kan öka förståelsen för äldres näringsintag och genom personcentrerad vård kan specialistsjuksköterskan öka de äldres näringsintag genom att anpassa vården till den specifika individen och därmed minska risken för undernäring.

Studiens resultat kan användas av vårdgivare både i öppenvård och slutenvård för att påverka patientens näringsintag och utforma vårdplaner. Vidare visar resultatet hur viktigt det är med information om nutrition till äldre och deras närstående för att förebygga undernäring och öka livskvalitet.

## Vidare forskning

Undernäring är vanligt hos äldre vilket motiverar till vidare forskning inom området. Eftersom många äldre är undernärda redan när de kommer till sjukhuset är det viktigt att påbörja arbetet med nutrition i tidigt skede av sjukdom och vård. Det hade därför varit intressant att utforska hur stor del nutritionen får i behandling av olika diagnoser och hur väl patienter och anhöriga informeras om nutritionsbehandling. Vidare hade det varit intressant att ta reda på hur olika vårdpersonal, såsom läkare, sjuksköterskor och undersköterskor, ser på nutritionsarbetet samt vilken kunskap vårdpersonalen har inom ämnet, både på vårdcentraler, i kommunen, samt på sjukhus.

## Referenslista

- Ahn, J., Park, J., & Kim, C. (2018). Effects of an individualised nutritional education and support programme on dietary habits, nutritional knowledge and nutritional status of older adults living alone. *Journal of Clinical Nursing*, 27(9-10), 2142-2151.
- Aldebeyan, Nooh, Aoude, Weber, & Harvey. (2017). Hypoalbuminaemia—a marker of malnutrition and predictor of postoperative complications and mortality after hip fractures. *Injury*, 48(2), 436-440.
- Burton-Shepherd, A. (2013). Preventing malnutrition in home-dwelling elderly individuals. *British Journal of Community Nursing, Suppl Nutrition*, S25-31.
- Cederholm, Bosaeus, Barazzoni, Bauer, Van Gossum, Klek, . . . Singer. (2015). Diagnostic criteria for malnutrition - An ESPEN Consensus Statement. *Clinical Nutrition*, 34(3), 335-340.
- Cöster, H. (2014). *Forskningsetik och ömsesidighet*. Liber: Stockholm.
- Dale, Bjørg, Söderhamn, Ulrika, & Söderhamn, Olle. (2012). Self-care ability among home-dwelling older people in rural areas in southern Norway. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1), 113-122.
- Datainspektionen. (2016). *Dataskyddsförordningen*. Hämtad 2018-11-19, från <https://www.datainspektionen.se/lagar--regler/dataskyddsförordningen/>
- Dehlin, O. & Rundgren, Å. (2014). *Geriatrik*. Lund: Studentlitteratur.
- Deutz, Bauer, Barazzoni, Biolo, Boirie, Bony-Westphal, . . . Calder. (2014). Protein intake and exercise for optimal muscle function with aging: Recommendations from the ESPEN Expert Group. *Clinical Nutrition*, 33(6), 929–936.
- Dickinson, A., Welch, C., & Ager, L. (2008). No longer hungry in hospital: Improving the hospital mealtime experience for older people through action research. *Journal of Clinical Nursing*, 17(11), 1492-1502.
- Edberg, A. (red.) (2017). *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Ekman, I. (red.) (2014). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.
- Eldh, A. C. (2009). *Delaktighet och gemenskap*. I A-K. Edberg, & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder – Hälsa och ohälsa* (s. 45-62). Lund: Studentlitteratur.
- Ellegård, L. (2015). *Klinisk nutrition*. Lund: Studentlitteratur.

- Etikprövningsmyndigheten. (2018). *Stödmodell forskningspersonsinformation*. Uppsala: Etikprövningsmyndigheten. Hämtad 2018-11-20, från <https://etikprovning.se/wp-content/uploads/2018/12/stoedmall-forskningspersonsinformation-med-gdpr.docx>
- FASS. (2018). *Bricanyl Turbuhaler*. Hämtad 2019-02-02, från <https://www.fass.se/LIF/product?userType=2&nplId=19920214000024>
- Faxén Irving, G., Karlström, B., & Rothenberg, E. (2016). *Geriatrisk nutrition*. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Fried, L. P., Ferrucci, L., Darer, J., Williamson, J. D., & Anderson, G. (2004). Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care. *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES* (59) 255-263.
- Geurden, B., Franck MPsych, E., Lopez Hartmann, M., Weyler, J., & Ysebaert, D. (2015). Prevalence of 'being at risk of malnutrition' and associated factors in adult patients receiving nursing care at home in Belgium. *International Journal of Nursing Practice*, 21(5), 635-644.
- Helminen, H., Luukkaala, T., Saarnio, J., Nuotio, M. S. (2017). Comparison of the mini-nutritional assessment short and long form and serum albumin as prognostic indicators of hip fracture outcomes. *Injury, Int. J. Care Injured*. 48. 903-908. Doi 10.1016/j.injury.2017.02.007
- Helminen, H., Luukkaala, T., Saarnio, J., Nuotio, M. S. (2018). Predictive value of the mini-nutritional assessment short form (MNA-SF) and nutritional risk screening (NRS2002) in hip fracture. *European Journal of Clinical Nutrition*. Doi 10.1038/s41430-018-0267-y
- Henricson, M. (Red.). (2017). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Hommel, A. & Bååth, C. (red.) (2013). *Ortopedisk vård och rehabilitering*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Holst, M., Rasmussen, H., & Laursen, B. (2011). Can the patient perspective contribute to quality of nutritional care? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(1), 176-84.
- Hughes, Bamford & May. (2008). Types of centredness in health care: Themes and concepts. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 11(4), 455-463.
- Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30). Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 2019-02-27 från, [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30)



- Johannsen, Annsofi, Westergren, Albert, & Johannsen, Gunnar. (2012). Dental implants from the patients perspective: Transition from tooth loss, through amputation to implants – negative and positive trajectories. *Journal of Clinical Periodontology*, 39(7), 681-687.
- Johansson, Sidenvall, Malmberg, & Christensson. (2009a). Who will become malnourished? A prospective study of factors associated with malnutrition in older persons living at home. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 13(10), 855-861.
- Johansson, Y., Bachrach-Lindström, M., Carstensen, J., & Ek, A. (2009b). Malnutrition in a home-living older population: Prevalence, incidence and risk factors. A prospective study. *Journal of Clinical Nursing*, 18(9), 1354-1364.
- Keller, H., & Hedley, H. (2002). Nutritional Risk Needs Assessment of Community-Living Seniors: Prevalence of Nutrition Problems and Priorities for Action. *Journal of Community Health*, 27(2), 121-132.
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Hylén Ranhoff, A. (Red.). (2010). *Geriatrisk omvårdnad: god omsorg och vård till den äldre*. Stockholm: Liber
- Kragh, A. (Red.). (2013). *Äldres läkemedelsbehandling – orsaker och risker vid multimedicingering*. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. 3 uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, M., & Rundgren, Å. (2010). *Geriatriska sjukdomar*. 3 uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Lassen, Karin O., Grinderslev, Edvin, & Nyholm, Ruth. (2008). Effect of changed organisation of nutritional care of Danish medical inpatients. (Research article). *BMC Health Services Research*, 8(168), 168.
- Lindholm, C. (2012). *Sår*. 3 uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Livsmedelsverket. (2017). *Mat och måltider i äldreomsorgen - vetenskapliga underlag om måltidsmiljö och verksamhetsstruktur, fysiologiska och sensoriska aspekter av åldrandet samt särskilda näringsbehov hos sköra äldre*. Uppsala: Livsmedelsverket.
- Livsmedelsverket. (2018) *Måltider i äldreomsorgen*. Uppsala: Livsmedelsverket.
- Longtin, Y. L., Sax, H. E., Pittet, D., Leape, L., Sheridan, S., & Donaldson, L. (2010). Patient participation: Current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clin Proc.* 2010;85(1): 53-62. doi:10.4065/mcp.2009.0248

- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2017). *Kvalitativ innehållsanalys*. B. Höglund
- Naithani, S., Whelan, K., Thomas, J., Gulliford, M., & Morgan, M. (2008). Hospital inpatients' experiences of access to food: A qualitative interview and observational study. *Health Expectations*, *11*(3), 294-303. Doi: 10.1111/j.1369-7625.2008.00495.x
- Norlén, P., & Lindström, E. (Red.). (2009). *Farmakologi*. 2 uppl. Stockholm: Liber.
- Odenocrants, S., & Theander, K. (2013). Assessment of nutritional status and meal-related situations among patients with chronic obstructive pulmonary disease in Primary health care - obese patients; a challenge for the future. *Journal Of Clinical Nursing*, *22*(7-8), 977-985.
- Olofsson, B., Stenvall, M., Lundström, M., Svensson, O., & Gustafson, Y. (2007). Malnutrition in hip fracture patients: An intervention study. *Journal of Clinical Nursing*, *16*(11), 2027-2038.
- Orem, D. (2001). *Nursing concepts of practice*. (6th ed.). St Louis: Mosby.
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of American Geriatrics Society*. *23*, 433-41.
- Polit, D., & Beck, C. (2016). *Nursing research : Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Price, R., Daly, F., Pennington, C., & Mcurdo, M. (2005). Nutritional Supplementation of Very Old People at Hospital Discharge Increases Muscle Strength: A Randomised Controlled Trial. *Gerontology*, *51*(3), 179-185.
- Riksföreningen för Sjuksköterskan inom Äldrevård & Svensk Sjuksköterskeförening. (2012). Kompetensbeskrivning Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning vård av äldre. Stockholm
- Rikshöft. (2017). *Rikshöft*. Hämtad 2018-11-14 från <https://rikshoft.se/arsrapporter/>
- Rubenstein, L. Z., Harker, J. O., Salva, A., Guigoz, Y. & Vellas, B. (2001). Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J. Geront* 2001;56A: M366-377.
- Sahlsten, Monika J.M., Larsson, Inga E., Sjostrom, Bjorn, & Plos, Kaety A.E. (2008). An Analysis of the Concept of Patient Participation. (Author abstract)(Report). *Nursing Forum*, *43*(1), 2-11.
- Saletti, A. (2007). Nutritional status and mealtime experiences in elderly care recipients. Stockholm.

- Sandman, L., Ågren Bolmsjö, I., & Westergren, A. (2008). Ethical Considerations of Refusing Nutrition After Stroke. *Nursing Ethics*, 15(2), 147-159.
- SBU. (2015). Rehabilitering av äldre personer med höftfrakturer - interdisciplinära team. Stockholm.
- Schiffman, S. (2009). Effects of Aging on the Human Taste System. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 11701(1), 725-729.
- SFS 2003:460. Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 1998:204. *Personuppgiftslagen*. Stockholm: Justitiedepartementet L6.
- Socialstyrelsen. (2000). Näringsproblem i vård och omsorg - Prevention och behandling. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen. (2011). Näring för god vård och omsorg – en vägledning för att förebygga och behandla undernäring. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen. (2015). Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig – Handbok för vårdgivare, chefer och personal. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2018). Att förebygga och behandla undernäring. Kunskapsstödet - i hälso- och sjukvård och socialtjänst. Stockholm: Socialstyrelsen
- Stubberud, D-G., Almås, H. & Kondrup, J. (2011). *Nutrition vid sjukdom*. I H. Almås, D-G. Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2018). *Äldre har rätt till god och säker omvårdnad*. Stockholm
- Söderström, L., Thors-Adolfsson, E., Rosenblad, A., Frid, H., Saletti, A., & Bergkvist, L. (2013). Mealtime habits and meal provision are associated with malnutrition among elderly patients admitted to hospital. *Clinical Nutrition*, 32(2), 281-288.
- Söderhamn, U., Christensson, L., Idvall, E., Johansson, A., & Bachrach-Lindström, M. (2012). Factors associated with nutritional risk in 75-year-old community living people. *International Journal of Older People Nursing*, 7(1), 3-10.
- Tannen, Schütz, Smoliner, Dassen, & Lahmann. (2012). Care problems and nursing interventions related to oral intake in German Nursing homes and hospitals: A descriptive mulitcentre study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(4), 378-385.

- Van Wissen, J., Van Stijn, M., Doodeman, F., & Houdijk, H. (2016). Mini nutritional assessment and mortality after hip fracture surgery in the elderly. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 20(9), 964-968.
- Vårdhandboken. (2018). *Personcentrerad vård*. Hämtad 2018-12-14, från: <https://www.varldhandboken.se/arbetsatt-och-ansvar/bemotande-i-varld-och-omsorg/bemotande-i-varld-och-omsorg-vardegrund/personcentrerad-varld/>
- Wallin, V., Carlander, I., Sandman, P., & Håkanson, C. (2015). Meanings of eating deficiencies for people admitted to palliative home care. *13(5)*, 1231-1239.
- Westergren, A., & Andersson, P. (2017). *Att äta och dricka*. K. Blomqvist, A-K. Edberg, M E. Bravell, H. Wijk (Red.), *Omvårdnad & äldre* (s. 253–275). Lund: Studentlitteratur.
- Wright, O., Capra, R., & Connelly, L. (2010). Foodservice satisfaction domains in geriatrics, rehabilitation and aged care. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 14(9), 775-780.
- Wyers, C. E., Reijven, P. L. M., Breedveld-Peters, J. J. L., Denissen, K. F. M., Schotanus, M. G. M., Van Dongen, M. C. J. M., Orthopedie. (2018). Efficacy of Nutritional Intervention in Elderly After Hip Fracture: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences and Medical Sciences*, 73(10), 1429-1437.

# Bilagor

## Bilaga 1 – Brev till verksamheten

### Screening med MNA-SF vid inskrivning av äldre personer med höftfraktur

Magisteruppsats i specialistutbildning för vård av äldre

Som del av specialistutbildningen för vård av äldre skall studenterna skriva en magisteruppsats. Vi är två studenter som har valt att utföra en intervjustudie på avdelning 234 och 235.

För att hitta lämpliga personer att intervjua behöver vi Er hjälp att utföra SPMSQ samt MNA-SF (Mini Nutritional Assessment – Short Form) på alla höftfrakturer som skrivs in på avdelningarna.

Alla personer som får  $\geq 6$  poäng på SPMSQ skall sedan screenas med MNA-SF för att hitta personer som är undernärda eller riskerar att bli undernärda.

Studiens syfte är att utforska äldre personers upplevelser och erfarenheter av ätandet och måltider i samband med höftfraktur.

Inklusionskriterier är att personerna som deltar skall vara  $\geq 70$  år, dem skall tala svenska och ha SPMSQ  $\geq 6$  poäng samt få 11 poäng eller mindre på MNA-SF.

Exklusionskriterier är kognitiv svikt eller demens-diagnoser samt personer som inte talar svenska.

MNA-SF finns att hämta på [www.mna-elderly.com](http://www.mna-elderly.com) men kommer att finnas utskrivna. Vi beräknar att 6-8 personer kommer vara tillräckligt för datainsamling.

Alla personer som uppfyller kraven att delta i studien noteras och meddelas till ansvariga för studien. Vi kommer då själva att informera om studien och tillfråga patienterna om de vill delta. Skriv patientens namn och personnummer på frågeformuläret MNA-SF och lämna i Lucas fack på avdelning 234. Facket finns i förrådet mittemot A-sidan sjuksköterskeexpedition, märkt med blå lapp.

Vid frågor, tveka inte att kontakta oss:

Lucas Schander

Telefonnummer: 0736-36 11 64

Epost: [lucas.schander91@gmail.com](mailto:lucas.schander91@gmail.com)

Roland Hasan

Telefonnummer: 0737-35 14 13

Epost: [hasanroland@hotmail.com](mailto:hasanroland@hotmail.com)

## **Bilaga 2 - Forskningspersonsinformation**

### **Vad är det för projekt?**

Vi är två legitimerade sjuksköterskor som studerar till specialistsjuksköterskor med inriktning ”Vård av äldre” vid institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa vid Göteborgs Universitet. Vi planerar att utföra en intervjustudie om äldres kunskap och inställning till mat, måltid och ätande och vänder oss till Dig som patient på en geriatrisk avdelning på Mölndals sjukhus.

En balanserad kost är nödvändig för kroppens uppbyggnad och underhåll samt för att en person ska hålla sig frisk. Vid vissa kroniska sjukdomstillstånd och efter en operation befinner sig kroppen i ett utsatt läge och en bra kost är då särskilt viktigt för sårhäkning, fysisk träning (rehabilitering), och välbefinnande. Ett otillräckligt energiintag har en negativ påverkan på välbefinnandet och försvårar återhämtning efter operation. Vi vill i vår intervjustudie undersöka hur Du ser på ätandet och vikten av en balanserad kost samt hur Du upplever måltidssituationen.

### **Varför skall jag delta i studien?**

Vid ankomst till avdelningen ställs frågor utifrån ett frågeformulär till alla patienter för att se vilka som är undernärda och vilka som riskerar att bli undernärda. Personer som enligt frågeformuläret är undernärda eller ligger i en riskzon ombeds delta i denna studie. Detta är anledningen till att Du nu får denna skriftliga information som förklarar vad det innebär att delta.

### **Hur går studien till?**

För att undersöka Dina upplevelser och erfarenheter kommer vi att intervjua Dig. Inför intervjun kommer uppgifter om hälsotillstånd och social situation hämtas ur journalen. Vi planerar endast hålla intervjun vid ett tillfälle som beräknas ta 30–40 minuter och kommer att äga rum på avdelningen i ett avskilt rum, på en tid som passar Dig. Vid behov kan intervjun delas upp i flera tillfällen. En av de två ansvariga sjuksköterskorna kommer att vara med vid intervjun. Under intervjun kommer vi ta upp frågor angående Dina måltider och hur Du ser på ätandet. Intervjuerna kommer att spelas in.

### **Möjliga följder och risker med att delta i studien**

Det finns inga risker att delta i studien, men frågorna kan väcka oro och upplevas som besvärande och orsaka känslor av otrygghet och intrång på privatliv. Du väljer själv vilka frågor Du vill svara på och om Du efter intervjun skulle vilja prata med någon om funderingar som intervjun gett upphov till kan vårdpersonalen erbjuda samtalsstöd. Det finns inga direkta fördelar för Dig som deltagare att medverka i studien, men resultatet av studien avser att tillföra kunskap och förståelse inom nutritionsområdet som kan hjälpa patienter i framtiden.

### **Deltagandet är frivilligt**

Att delta i studien är helt frivilligt och Du kan när som helst under studiens gång välja att avbryta Din medverkan. Du behöver inte heller berätta varför Du vill avbryta Ditt deltagande. Att avbryta sitt deltagande kommer inte påverka den fortsatta vården.

Om Du vill avbryta Ditt deltagande ska Du kontakta en av de ansvariga för studien.

### **Vad händer med mina uppgifter?**

Dina svar kommer enligt den europeiska dataskyddslagen (GDPR) att behandlas så att inga obehöriga kan ta del av dem. Endast vi och vår handledare vid Göteborgs Universitet kommer att ha tillgång till intervjuerna. Bearbetningen av Dina svar innebär att intervjumaterialet avidentifieras, kodas och därmed inte kan härledas till Dig som person. Intervjumaterial och kodlista förvaras separat och åtskilt från varandra. Efter avslutad studie kommer alla ljudinspelningar och utskrivna intervjuer att sparas i tio år för att garantera möjlighet till eftergranskning.

Enligt EU:s dataskyddslag har Du rätt att kostnadsfritt ta del av Dina uppgifter i studien och att få eventuella fel rättade. Göteborgs Universitet är ansvarigt för behandlingen av Dina personuppgifter som sker inom universitetets verksamhet. Om Du är missnöjd med hur Dina personuppgifter behandlas har Du rätt att vända Dig till Datainspektionen som är ansluten till Göteborgs universitet. Dataskyddsombud heter Kristina Ullgren [dataskydd@gu.se](mailto:dataskydd@gu.se).

### **Hur får jag information om resultatet av studien?**

Om Du är nyfiken kan Du som deltagare i studien enskilt få ta del av den information Du bidragit med till studien och även av det sammanställda examensarbetet genom att ta kontakt med oss

### **Försäkring och ersättning**

Som patient på sjukhuset omfattas Du av patientskadeförsäkringen.

## **Äldre patienters upplevelser och erfarenheter av ätande och måltider i samband med höftfraktur**

Information till forskningspersoner



## **Kontaktinformation**

### **Specialistsjuksköterskestudenter Vård av Äldre**

Lucas Schander

Telefonnummer: 0736-36 11 64

Epost: [lucas.schander91@gmail.com](mailto:lucas.schander91@gmail.com)

Roland Hasan

Telefonnummer: 0737-35 14 13

Epost: [hasanroland@hotmail.com](mailto:hasanroland@hotmail.com)

### **Handledare:**

Helle Wijk

Telefonnummer: 0733-70 34 62

Epost: [helle.wijk@fhs.gu.se](mailto:helle.wijk@fhs.gu.se)

### **Bilaga 3 - Intervjuguide**

Texten inom parantes som följer frågorna är eventuella följdfrågor som kan behöva ställas för att få en tillräckligt detaljerad bild av personens situation och upplevelse och frågorna kommer inte nödvändigtvis ställas eller uttryckas såsom dem är skrivna i detta dokument.

#### **1 Hemsituation**

- Kan du beskriva hur din vardag ser ut?

(Ge konkreta ledtrådar, exempelvis ”Hur såg det ut för en vecka sedan eller två? Fråga efter platser, tider, eventuella personer som är delaktiga)

- Hur upplever du dina tillgångar till mat i hemmet och möjligheter att skaffa mat?

(Saknar du någonsin något hemma? Hur skaffar du mat? Kan du handla eller får du hjälp av anhöriga eller kommunen?)

- Vill du beskriva hur dina måltider ser ut under dagen?

(Hur måltiderna ser ut, upplägg, vad består dem olika målen av, tider på dygnet, platser, eventuella personer som är delaktiga under måltiderna).

- Kan du beskriva hur du upplever måltiderna under dygnet?

(Börja gärna från morgonen (frukost) och avsluta med kvällsmålet. Upplever du en smakrik måltidsupplevelse?).

- Tycker du att måltidsupplevelsen har försämrats med åren?

(Har du uppmärksammat skillnad eller försämring vad gäller smak och lukt? När började dessa försämringar uppträda?).

- Vill du berätta hur det känns att äta?

(Själva processen från olagad mat till att föra mat till munnen till att svälja. Upplever du svårigheter eller problem\* under måltiden?).

- Om du någonsin har upplevt \*, hur påverkar \* dig och din vardag?

(Träffa vänner, ta sig hemifrån, sociala sammanhang, känslor av skam eller otillräcklighet).

#### **2 Vårdavdelningen**

- Hur upplever du måltidsservicen på sjukhuset?

- Hur upplever du tillgången till mat på sjukhuset?

(Är det lätt att få rätt sorts mat vid rätt tillfälle? Har du någonsin under vårdtillfället känt att du önskat äta något men haft svårt att få detta?).

- Hur upplever du sjukhusets rutiner vid måltider?

(Skiljer dem sig från dem rutiner du har hemma? Tid på dygnet, typ av mat).

- Hur upplever du kvaliteten på maten på sjukhuset?

(Smak? Upplägg? Konsistens? Upplever du skillnader i kvaliteten på maten på sjukhuset jämfört med maten du äter hemma?).

- Kan du beskriva måltiderna här på sjukhuset?

(Beskriv gärna den fysiska miljön, upplägg på tallrik, social miljö, hjälpbehov såsom att skära maten).

- Hur upplever du ätandet efter höftoperationen?

(Upplever du skillnader? Har det tillkommit svårigheter? Upplever du att det som tidigare besvärat dig förvärrats? Isolering?).

- Upplever du dig tillfredsställd när maten serverats?

(Mätt, hungrig, upplevelsen av matintaget).

- Upplever du skillnader på måltiderna och servicen beroende på vilken tid på dygnet det är?

- Har du tidigare måltids-erfarenheter från andra vårdavdelningar eller andra sjukhus?

(Är måltiderna vid dessa tillfällen likvärdiga med måltiderna under detta vårdtillfälle?)

### **3 Sammansättning av kost**

- Upplever du måltider som något positivt eller negativt?

(Upplever du matintag som något viktigt? Upplever du dig hungrig någon gång under dagen?)

- Vad har du för tankar om kostens uppbyggnad och näringsvärden?

(Att maten består av olika beståndsdelar?).

- På vilket sätt tror du kosten påverkar dig?

### **4 Komplikationer som följd av nedsatt näringsintag**

- Jag som forskare har haft tillgång till din journal och har därför uppmärksammat att du har (eventuell sjukdom eller symptom \*).

- Har du funderat på hur kosten påverkar eventuell sjukdom eller symptom \*\*?

- Har du funderat på hur kosten påverkar vården som följer efter operation av höften?
- Har du någonsin funderat på vad som kan hända om man får i sig för lite näring?

(Fall, orkeslöshet, trötthet, ökad infektionsrisk, osteoporos, \*)

### **5 Inställning till intervention**

- Vad tror du en behandling av undernäring kan bestå av?
- Vad skulle behandling av undernäring innebära för dig?
- Ser du några positiva eller negativa aspekter med en sådan behandling?

\* Svårigheter och problem hos äldre som kan uppstå vid åldrande eller sjukdomstillstånd i samband med måltider: Tremor, nedsatt syn, orkeslöshet, illamående, smärta, dyspné, nedstämdhet.