

EXAMENSARBETE

Nattfastans påverkan på äldres vikt

- Ett pilotprojekt på särskilt boende

**The weight of elderly in relation to the
duration of the night fast period**

- A pilot project in a nursing home

Examensarbete inom ämnet omvårdnad
D-nivå 15 högskolepoäng
Hösttermin 2009
Författare: Wall, Barbro
Handledare: Kylberg, Elisabeth
Bäck-Pettersson, Siv
Examinator: Hellstöm Muhli, Ulla

TACK!

Denna studie är genomförd inom ramen för ett Kompetensförsörjningsprogram för forskande sjuksköterskor inom Fyrbodal. Stort tack till alla inom vetenskapliga rådet som bidragit till att möjliggöra studien.

Tack även till socialchef och MAS i berörd kommun som initierade idén, samt till min närmaste chef som gjort sitt yttersta för att förverkliga denna studie.

Mina varmaste tankar till de äldre på det särskilda boendet som så tacksamt tog emot mat och dryck som erbjöds under kvällar och nätter. Tack vare Er kan jag redovisa ett positivt resultat om hur ofrivillig viktförlust kan minimeras! Detta projekt vore inte möjligt om inte vårdpersonalen på det särskilda boendet ställt upp med både glädje och engagemang i omvårdnadsarbetet kring ämnet nutrition! Ni är bäst!

För värdefull korrekturläsning och korrespondens med kommentarer och röda streck tackar jag handledarna Elisabeth Kylberg och Siv Bäck-Pettersson. Utan Er hjälp hade denna uppsats varit likt ett spretigt Plocke-Pin spel! Är oerhört tacksam för Er kunskap som ni förmedlat vilket jag bär med mig i framtiden i kommande förändringsarbete.

Processen i att skriva en uppsats kan liknas vid en upptäcksresa, fylld av både uppför- och nedförsbackar - Tack till min kollega och vän Ingela Rödström som varit med mig på hela denna resa.

Sist men inte minst stor kram till min familj som stöttat mig även i de djupaste dalarna. Ni anar inte hur tacksam jag är!

Denna uppsats tillägnar jag mina barn med uppmaningen: ”se till att jag får kort nattfasta den dagen jag tillhör gruppen sköra äldre på särskilt boende!”

SAMMANFATTNING

Titel:	Nattfastans påverkan på äldres vikt - Ett pilotprojekt på särskilt boende
Institution:	Institutionen för vård och natur, Högskolan I Skövde
Kurs:	Examensarbete i omvårdnad, 15 högskolepoäng
Författare:	Wall Barbro
Handledare:	Kylberg, Elisabeth; Bäck-Pettersson, Siv
Sidor:	19
Månad och år:	Oktober, 2009
Nyckelord:	Äldre, särskilt boende, nutrition, nattfasta, ofrivillig viktförlust

Nutritionspromblem är vanligt hos äldre på särskilt boende. Trots att problemet varit känt sedan länge så fortsätter de äldre att minska ofrivilligt i vikt. Nattfastan på särskilt boende är längre än riktlinjerna från Livsmedelsverket och Socialstyrelsen, vilket är 11 timmar.

Syftet med studien var att belysa betydelsen av nattfastans längd i relation till de äldres viktdifferens före och efter intervention som genomfördes i två steg. Interventionen utmynnade i en ökad tillgänglighet av dryck/mat för de äldre under kväll och natt.

Den långa nattfastan minskade efter intervention 1, de äldre blev mer viktstabla. Intervention 2 medförde ytterligare förkortning av nattfastans längd, fler äldre ökade i vikt. Intervention 2 hade effekt över tid.

Urvalet är selektivt och litet i förhållande till kvantitativ ansats, studien ska därför ses som en förberedande pilotstudie som i liten skala prövade en arbetsrutin. Konklusion: Studien har genererat hypotesen att en förkortad nattfasta kan minimera ofrivillig viktförlust hos äldre på särskilt boende.

ABSTRACT

Title: The weight of elderly in relation to the duration of the night fast period
- A pilot project in a nursing home

Department: School of life Sciences, University of Skövde

Course: Thesis in Nursing Care, 15 ECTS

Author: Wall Barbro

Supervisor: Kylberg, Elisabeth; Bäck-Pettersson Siv

Pages: 19

Month and year: October, 2009

Keywords: Elderly, nursing home, nutrition, night fasting period, unintentional weight loose

Elderly with nutritional problems are relatively common in nursing homes. Though the problem has been known for years, elderly continue to lose weight unintentionally. The period of night fasting has shown to be longer than 11 hours, which is exceeding the recommended minimum limit in the guidelines from the National Food Administration and the National Board of Health and Welfare.

The aim of this study was to illuminate the duration of the night fasting period in relation to weight changes, before and after a two-step intervention. The intervention resulted in an increased availability of drink/food for the elderly during the evening and night.

Intervention 1 decreased the duration of the night fasting period and the elderly became more stable in weight. During and after the intervention 2 the duration of the night fast period was further decreased. An additional number of elderly had a weight-increase. Intervention 2 also showed to be effective over time.

For a quantitative approach the sample in this study is relatively small and selective. The study should therefore be seen as an exploratory pilot study in order to examine a work routine. Conclusion: This study has generated the hypothesis that a shorter duration of the night fasting period in nursing homes could minimize elderly's unintentional weight reduction.

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Särskilt boende och måltiden	1
Bedömning av nutritionsstatus hos äldre	2
Äldre och undernäring	2
Förbättra nutritionsstatus.....	3
Nattfasta	3
Sjuksköterskans ansvar	4
Teoretisk referensram	4
Problemformulering	5
SYFTE	5
Frågeställning.....	5
METOD	5
Urval.....	6
Genomförande.....	7
Nattfasta	7
Vikt.....	8
Fas 1:.....	8
Fas 2:.....	8
Fas 3:.....	8
Fas 4:.....	8
Analys	9
Etiska övervägande	9
RESULTAT	9
Fas 1	9
Fas 2	10
Fas 3	10
Fas 4.....	10
Nattfasta i relation till vikt	11
Nattfasta och viktdifferens hos enskilda patienter	11
Nattfasta och viktökning efter intervention	12
Stabil vikt efter intervention	12
Nattfasta och viktminskning efter intervention.....	13
DISKUSSION	13
Metod	13
Resultat.....	14
Fas 1	14
Intervention 1 och 2	15
Skillnad i interventionsgruppen	15
Nattfasta och viktdifferens hos enskilda patienter	15
Sidoeffekt.....	16
Konklusion	16
REFERENSLITTERATUR	17

INLEDNING

Ofrivillig viktförlust drabbar många äldre både i hemmet och på sjukhus, men framförallt är problemet vanligt hos dem som bor på särskilt boende inom den kommunala verksamheten. Tillståndet kan obehandlat leda till immobilitet, nedsatt livskvalité, ökad sjuklighet och dödlighet (Persson, 2002; Saletti, 2007; Ödlund, 2004).

Trots att mycket forskning rörande diagnostik och behandling av nutritionsproblem har presenterats de senaste decennierna, fortsätter många äldre att gå ner i vikt eftersom kunskapen sällan når ända ut till organisationen och till de som vårdar de äldre på särskilt boende (Saletti, 2007). På indikation om dålig aptit, låg vikt och/eller ofrivillig viktförlust ska behandling sättas in. Vanlig energiberikad mat med tillgång till spridda mellanmål över dygnet, är basen i själva behandlingen. Måltiderna ska vara spridda så att hänsyn tas till att nattfastan inte överskrider 11 timmar (Livsmedelsverket, 2003; SoS-rapport 2000:11). Detta uppfylls inte alltid möjligen på grund av organisatoriska problem då måltiderna komprimeras under dagen när flest vårdpersonal arbetar (Engelheart, Lammes & Akner, 2006).

I detta arbete presenteras en pilotstudie där försök har genomförts för att med enkla åtgärder förkorta nattfastan längd för äldre på särskilt boende. Vikten på de äldre har registrerats under projektets gång. Studien förväntas synliggöra hur vårdpersonalen, genom att införa en enkel arbetsrutin, tidigt kan upptäcka och reducera risken för ofrivillig viktförlust.

BAKGRUND

Särskilt boende och måltiden

Särskilt boende är samlingsnamnet på olika former av vård- och omsorgsboende så som servicehus, ålderdomshem, gruppboende för dementa och sjukhem (Socialstyrelsen, 2007a). Antalet platser för personer på särskilt boende minskade under perioden 2001 - 2006 från 118 000 till 98 000, (a.a.). Eftersom platserna minskat har detta inneburit att de äldre har ett allt mer omfattande omvårdnadsbehov både dag och natt redan vid inflyttning till särskilt boende (Socialstyrelsen, 2006). Det särskilda boendet har allt mer utvecklats mot att få karaktären av ett boende där de äldre vistas allt kortare tider. Inte sällan slutar äldre sina dagar i äldreboendet (SoS-rapport, 2000:4).

För äldre som bor på särskilt boende är måltiden och samvaron vid matbordet ofta höjdpunkten på dagen och miljön anses ha stor betydelse för upplevelsen av själva måltiden (Sidenvall, 2003a). Miljön och måltidssituationen påverkas av sällskapet runt matbordet, menyn och den fysiska utformningen (Saletti, 2007, Westergren, 2003). Det är både personal och andra äldre på boendet som bidrar till att själva måltiden kan upplevas som rofylld eller orolig för den enskilde (Sidenvall, 2003b), ett upplevt missnöje kan påverka aptiten negativt. En negativ upplevelse av måltiden kan leda till att de äldre äter mindre under dagen (Saletti, 2007; Westergren, 2003).

Äldre har ofta olika fysiska och/eller psykiska funktionshinder på grund av ålder, sjukdom och skörhet, vilket ytterligare kan påverka måltidssituationen negativt (Socialstyrelsen, 2000). Till det kommer att många av de äldre inte vill vara till besvär, de har ett starkt behov av att

klara sig själv, känslan av att vara oberoende är starkt kopplat till personens frihet och integritet (Westergren, 2003). Följden av att vara beroende leder till att de som behöver hjälp vid måltiden äter färre kompletta måltider än de som klarar sitt födointag självständigt (Beck & Ovesen, 2004; Saletti, Yifter-Lindgren, Johansson & Cederholm, 2000). Således bidrar faktorer som ålder, sjukdom, skörhet, beroende av hjälp och nedsatt aptit till nutritionsproblem inom särskilt boende (Saletti, 2007), vilket kan förklara varför denna grupp är i stor risk för att drabbas av undernäring.

Bedömning av nutritionsstatus hos äldre

Det finns en allmän uppfattning att äldre naturligt minskar i vikt genom att muskelmassan minskar och därmed även muskelstyrkan vid åldrande, sjukdom, inaktivitet och svält (Cederholm, 2008). H70-studien som startade 1971-72 och genomfördes i Sverige, studerade bl.a. vikt och längd hos äldre över 70 år. Syftet var att studera det normala åldrandet och förekomst av sjukdom vid stigande ålder. Under de 25 år som studien pågick sågs en viktnedgång i medelvärde på -3,2 kg för män och -5,1 kg för kvinnor (Dey, Rothenberg, Sundh, Bosaeus & Steen, 1999). Beck (1998) har granskat fyra stora studier om en eventuell naturlig viktnedgång, genomförda i Sverige, Finland, Europa och Mexico, resultatet visar en naturlig viktnedgång orsakad av ålder på mindre än en procent per år.

Nutritionsstatus kan bedömas med Body Mass Index (BMI, kg/m²), vilket betyder vikt i förhållande till längd (Livsmedelsverket, 2003). Mini Nutritional Assessment, (MNA), är ett annat sätt att mäta äldres nutritionsstatus. Syftet med MNA är att upptäcka undernäringen hos äldre innan symtom uppkommer och ska därför utföras var tredje månad (Vellas, et al., 2006). Ett lågt BMI/MNA eller viktförlust anses öka risken att dö i förtid, medan viktuppgång har en skyddande effekt (Dey, Rothenberg, Sund, Bosaeus & Steen, 2001). Risken för död gäller oavsett annan medicinsk diagnos (Persson, 2002), äldre bör därför ha ett högre BMI än de riktlinjer som gäller för vuxna (Saletti, et al., 2005).

Viktnedgång är vanligt förekommande hos äldre på särskilt boende men upptäcks inte på grund av att det saknas rutiner för viktkontroll (Arvanitakis, et al., 2008). Rutiner bör därför upprättas som innebär att alla ska erbjudas regelbunden vägning, en gång per månad (Cowan, Roberts, Fitzpatrick, While & Baldwin, 2004; Elia, Zellipour & Stratton, 2005; Ödlund Olin, Koochek, Cederholm & Ljungqvist, 2008). Ju tidigare viktminskning uppmärksammas desto bättre förutsättningar att finna orsaken och åtgärda densamma (Westergren, 2003).

Ett observandum hos äldre är ofrivillig viktnedgång på mer än fem procent under en till tre månader eller tio procent under de senaste sex månaderna oavsett om BMI/MNA var lågt eller högt innan viktminskningen (Livsmedelsverket, 2003; Socialstyrelsen, 2009). Andra menar att ingen viktminskning hos äldre ska accepteras, utan ska alltid utredas och åtgärdas (Beck & Ovesen, 1998).

Äldre och undernäring

Undernäring innebär att förbrukningen av energi och/eller andra näringsämnen under en längre period är större än intaget (Bosaeus, 2008). Konsekvenserna av undernäring ökar risken för sjuklighet, immobilitet depression, trycksår (Saletti, et al., 2000) och ger sämre ADL-förmåga och kognitiv förmåga (Ödlund-Olin, Koochek, Ljungqvist & Cederholm, 2005). Upplevelsen av nedsatt livskvalitet tycks också vara vanlig (Arvanitakis, et al., 2008).

Specifika kostnader på grund av undernäring finns inte redovisade men enligt Socialstyrelsen (2000:11) är det möjligt att spara en miljard kronor med förbättrade nutritionsrutiner som förhindrar komplikationer. Även internationellt diskuteras undernäring som en ekonomisk börda för många i-länder (Arvanitakis, et al., 2008).

Trots att Sverige har många riktlinjer både från Livsmedelsverket och Socialstyrelsen angående nutrition för äldre visar forskning att dessa inte är implementerade i den kommunala verksamheten. Svenska studier på särskilt boende visar på hög förekomst av undernäring, från 30 till 71 procent (Saletti, et al., 2000, Ödlund Olin, et al., 2005). I en annan studie av äldres nutritionsstatus visade en uppföljning efter ett år att många hade försämrats (Mamhidir, Ljunggren, Kihlgren, Kihlgren & Wimo, 2006). Christensson (2002) menar att var tredje äldre person redan är undernärd vid själva inflyttningen, vilket bekräftas av en annan svensk studie (Wikby, Ek & Christensson, 2006). Även internationell forskning visar att nutritionsproblemen inom äldreomsorgen är mest frekvent inom särskilt boende. Problemet har varit ett faktum under minst 25 år (Arvanitakis, et al., 2008; Cowan, et al., 2004; Elia, et al., 2005).

Förbättra nutritionsstatus

Ett förbättrat nutritionsstatus kan uppnås genom insatser i form av ökat energiinnehåll i kosten (Ödlund Olin, 2004), genom intag av näringsdryck (Akner & Cederholm, 2001; Milne, Avenell & Potter, 2006) och genom att det totala energiintaget ökar med fler måltider och/eller mellanmål (Engelheart, et al., 2006; Livsmedelsverket, 2003; Persson, 2002). Ett ökat energiintag förbättrar också ADL-funktionen hos de äldre (Akner & Cederholm, 2001; Ödlund Olin, Armyr & Soop, 2003). Andra anser att det är svårt att återfå eller öka ADL-förmågan när undernäring är ett faktum och att det är preventivt nutritionsarbete som är nyckeln till att bibehålla ADL-funktionen (Edington, et al., 2004).

Nattfasta

På det särskilda boendet är måltiderna komprimerade under dagen av organisatoriska skäl (Engelheart, et al., 2006). Det totala födointaget intogs av 97 procent, hos de äldre på särskilt boende, under nio timmar på dagen (Persson, 2002). En lång nattfasta förlänger ett katabolt tillstånd, vilket innebär att kroppens vävnader bryts ner (SoS-rapport 2000:11; Livsmedelverket, 2003). Enligt Socialstyrelsen och Livsmedelverkets rekommendationer bör nattfastan inte överstiga 11 timmar. Dessa rekommendationer följs inte ute i den kommunala verksamheten utan nattfastans längd ökar då personen flyttar till ett särskilt boende (Engelheart, et al., 2006).

En undersökning som gjordes på uppdrag av Socialstyrelsen (2007b), visade att 59 procent av de äldre i särskilt boende inom kommunal vård och omsorg hade en nattfasta som överskred 11 timmar. Detsamma visade Ebrahimi & Wijk (2008) i sin studie, där 87 procent hade en nattfasta på mer än 11 timmar. Andra studier visar en median på 14-15 timmars nattfasta (Ödlund Olin, et al., 2005; Persson, 2002). Det fanns ett samband mellan lång nattfasta och undernäring, ju längre nattfasta, desto större risk för att utveckla undernäring (a.a.).

De äldre som hade en lång nattfasta i kombination med undernäring skattade sin livskvalité lägre jämfört med normalviktiga och kort nattfasta (Ebrahimi & Wijk, 2008). Två andra studier visade ingen korrelation mellan nattfastans längd och energiintag (Engelheart, et al.,

2006; Ödlund Olin, et al., 2008). Å andra sidan innebar de studierna att nattfastan låg över Socialstyrelsens riktlinjer på 11 timmar.

Sjuksköterskans ansvar

Omvårdnad ska bedrivas utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Sjuksköterskan har en kvalificerad utbildning i både allmän och specifik omvårdnad varför han/hon är mest lämpad för ansvarsområdet inom den specifika omvårdnaden. I detta område ingår att utvärdera den egna verksamheten och bedriva systematiskt kvalitetssäkringsarbete (SOSFS 1993:17). Ett systematiskt och fortlöpande kvalitetsarbete tillgodoser säkerheten, kvaliteten och kan dessutom främja kostnadseffektiviteten för verksamheten. Sjuksköterskan, som hälso- och sjukvårdspersonal, är given att delta i dessa arbeten, för att säkra att den enskildes behov tillgodoses (SOSFS 2005:12). Ett utvecklat kvalitetssystem kan dessutom underlätta för verksamheten att fördjupa förbättringssystemet inom omvårdnaden och upptäcka svagheter i de dagliga rutinerna (Saletti, 2007)

Nutrition utgör en kvalitetsindikator, som syftar till att kunna presentera mått för kvalitetsuppföljning på nationell nivå (Socialstyrelsen, 2009). Vilket innebär att undernäring ska identifieras och förebyggas. Nutrition uppfyller därmed kraven på validitet, relevans, mätbarhet och tolkningsbarhet för att spegla kvaliteten i insatsen inom området nutrition (a.a.). Dessa riktlinjer ger underlag för utvecklandet av ett kvalitetssäkringsarbete inom nutritionsområdet på det lokala planet inom den kommunala verksamheten.

Teoretisk referensram

I början av 50-talet i USA diskuterades omvårdnadens innehåll och mål. Virginia Henderson var en av de första omvårdnadsforskare som kom att beskriva yrkets unika funktion (Rooke, 1995). Hendersons (1991) omvårdnadsteoretiska struktur betecknas som en behovsteori utifrån 14 komponenter, som ses som grundläggande behov. Vid sjukdom ska sjuksköterskan se till att de grundläggande behoven identifieras och blir tillfredsställda så att optimal hälsa kan uppnås.

Innebörden i de 14 komponenterna är att hjälpa människor, som är i behov, i denna studie äldre, att: andas, äta och dricka, få hjälp med uttömningen, inta lämplig kroppsställning, vila och sova, välja lämpliga kläder samt med av- och påklädning, hålla kroppstemperaturen, hålla sig ren och välvårdad samt skydda huden, undvika faror, meddela sig med andra och ge uttryck för sina önskemål och känslor, utöva sin religion, utföra arbete, ge möjlighet till förströelse och avkoppling och slutligen att lära (a.a.).

Vissa patologiska tillstånd kan påverka behoven i de 14 komponenterna. Sjuksköterskan ska därför ha kompetens att identifiera nutritionsproblem. Grundbehoven påverkas även av ålder, sinnestillstånd, social och kulturell ställning, fysisk konstitution och intellektuell kapacitet (Henderson, 1991).

Enligt Henderson (1991) innebär sjuksköterskans yrkesmässigt självständiga funktion inom omvårdnad att han/hon ska själv ta initiativ och bära ansvaret för de vårdåtgärder som initieras och genomförs samtidigt som sjuksköterskan utgör viktig resurs i lagarbetet kring de äldre på särskilt boende.

Omvårdnadsteorin förefaller användbar som teoretisk referensram för ett kvalitetssäkringsarbete inom ämnet nutrition på särskilt boende där måltidsordningen är ojämn fördelad över dygnet och de äldre ofta är påverkade av ålder, sinnestillstånd, social ställning och fysisk och intellektuell kapacitet. Den andra komponenten, som innebär att hjälpa de äldre att äta och dricka, utgör en utgångspunkt för denna studie.

Problemformulering

Optimal nutritionsstatus utgör således en förutsättning för att undvika sjukdom och bibehålla hälsa. Genom förbättrade nutritionsrutiner finns stora möjligheter att minska de äldres lidande inom vård- och omsorgsverksamheterna. Trots detta har näringsfrågorna hittills haft en undanskymd roll i omhändertagandet av de äldre både i sjukvården och inom kommunernas särskilda boendeformer (SoS-rapport 2000:11). Nattfastans längd är riktlinjer som endast finns i Sverige vilket kan förklara varför området inte studerats i samma grad.

I Hendersons omvårdnadsteori (1991) diskuteras vikten av en god måltidsordning och adekvat näringsintag. Hon menar att de äldre som bor på särskilt boende har sällan möjlighet att äta när de är hungriga, måltiderna är ojämnt fördelade under dygnet med tidig kvällsmat och sen frukost. I en sådan situation är det sjuksköterskans uppgift att ändra på måltidsrutinerna för de äldres bästa (a.a.).

Under 2007 utsågs nutrition av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och socialchef som ett område för kvalitetssäkring inom ett särskilt boende i en liten ort i Västsverige. Uppdraget från MAS till patientansvarig sjuksköterska (PAS) på boendet var att kartlägga nattfastans längd samt att sätta in åtgärder för att förkorta densamma. Det bedömdes vara av intresse att undersöka om en ofrivillig viktförlust kunde förhindras genom att förkorta nattfastans längd och därmed minimera förekomsten av undervikt. De äldres viktförändring eller viktstabilitet benämns i detta arbete som viktdifferens. Den kliniska betydelsen av studien betraktades som ett kvalitetssäkringsprojekt inom området nutrition för de äldre på detta särskilda boende.

SYFTE

Belysa betydelsen av nattfastans längd i relation till de äldres viktdifferens före och efter en intervention i två steg.

Frågeställning

Hur påverkar intervention 1 respektive intervention 2 nattfastans längd?

Hur påverkar nattfastans längd de äldres vikt?

METOD

I föreliggande studie har utgångspunkten varit befintlig teori om nutrition och nattfastans längd, forskaren har försökt följa den väg som redan är bevisad för att utvärdera befintlig kunskap, en deduktiv ansats (Polit & Beck, 2008). Studien är experimentell, vilket innebär att åtgärder implementerades i form av en intervention och dess effekter mättes kvantitativt.

Urvalet i studien är selektivt och begränsat vilket innebär att kvalitetssäkringen skall ses som en pilotstudie (a.a.). I analysen har fokus varit om nattfastan har förkortats och på de äldres viktdifferens. På så sätt kunde interventionen utvärderas för att se om det fanns något samband mellan variablerna (a.a.) förkortad nattfasta och de äldres vikt på just detta boende. Studien var longitudinell vilket innebar att effekterna mättes vid ett flertal tillfällen och interventionen pågick under en längre tid (a.a.). Studien pågick från maj -07 till november -08.

Hendersons omvårdnadsteori har legat till grund för kvalitetssäkringen. Omvårdnadsteorin visar på hur ett basalt omvårdnadsarbete kan hjälpa de äldre att få sina grundläggande behov tillfredsställda (Henderson, 1991). Teorin har varit till hjälp att, i det basala praktiska arbetet, höja och värdesätta omvårdnadsarbetet. Teorin har på så sätt varit ett förhållningssätt i det praktiska arbetet i syfte att tillfredsställa de äldres behov. Den andra komponenten, att hjälpa de äldre att äta och dricka och sjuksköterskans ansvar att ändra på måltidsordningen mer jämnt över dygnet (Henderson, 1991) låg till grund för de valda interventionerna i denna studie.

Två interventioner genomfördes under 2007, varje intervention utvärderades efter sex månader. Studien presenteras i fyra faser.

Fas 1: Som utgångspunkt, för att kunna utvärdera nattfastans längd i relation till vikt, togs de äldres viktdifferens ett år bakåt i tiden som utgångsvärde.

Fas 2: För att förkorta nattfastans längd genomfördes intervention 1, som pågick från maj -07 till november -07. Intervention 1 innebar att vårdpersonalen fick uppdraget att alla äldre som någon gång vaknade under natten skulle erbjudas dryck/mat. Om de äldre tackade ja fick vårdpersonalen gå ut i köket och hämta det som önskades.

Fas 3: För att se om nattfastans längd kunde förkortas ytterligare genomfördes intervention 2, som pågick från november -07 till maj -08. Intervention 2 innebar att vårdpersonalen fick uppdraget att ha med sig dryck/mat redan då de gick in till de äldre. Extraarbete minimerades, för vårdpersonalen, vid denna andra intervention och de äldre behövde inte känna att de besvärade om de önskade någon dryck/föda.

Fas 4: För att utvärdera om intervention 2 haft effekt över tid gjordes en uppföljning från maj -08 till november -08.

Urval

Studien genomfördes på ett särskilt boende med 19 permanenta boendeplatser. De äldre och deras anhöriga informerades om kvalitetssäkringen, som skulle ske i form av en pilotstudie, vid en anhörigträff av PAS. De äldre som flyttade in under tiden studien pågick, informerades tillsammans med anhöriga i samband med inflyttningen. Samtliga äldre och anhöriga gav sitt samtycke till att studien genomfördes. Resultatet redovisades på en anhörigträff av PAS och MAS.

Samtliga äldre deltog i interventionen, men endast de som kunde utvärderas efter sex månader ingick i studiens analys. Gränsen för perioden då utvärdering skedde av viktförändring sattes till sex månader för att kunna utvärdera viktens förändring över tid.

Då de äldre avled tillkom nya under studiens gång, nio stycken. Dessa äldre definierades som inflyttningsgrupp. Av denna orsak var gruppens sammansättning inte densamma vid de olika mätningarna.

Åtta äldre har varit med under hela studien, från ett år innan start till studiens slut. Interventionsgruppen bestod av 20 äldre, 17 kvinnor och tre män. Medelåldern var 89 år, spridningen 81–97 år. Nio äldre exkluderades i interventionsgruppen på grund av att boendetiden var kortare än sex månader.

Tabell 1: Interventionsgrupp, exkludering och inkludering i analys

Mätning	Antal äldre	Varav nyinflyttade	Exklud.	Inklud. äldre från ett år innan start	Inklud. äldre i inflyttningsgrupp	Totalt inklud. äldre
Interv. 1	18	5	3	13	2	15
Interv. 2	18	7	2	11	5	16
Uppföljning	17	9	4	8	5	13

Deltagarna i interventionsgruppen, utom inflyttningsgruppen, utgjorde sin egen kontroll. Denna grupp inkluderade 15 äldre, 14 kvinnor och en man. Medelåldern var 90 år, spridningen 82 – 97 år. Fyra av 19 äldre exkluderades på grund av att boendetiden var för kort.

Urvalsgruppen är inte randomiserad utan är mer att betrakta som ett selektivt urval, det vill säga gruppen utgjordes av de äldre som bodde på det särskilda boendet där interventionsstudien gjordes (Olsson, 2008).

Genomförande

Nattfasta

Nattfastans längd mättes, under sex efterföljande dygn, med sex månaders mellanrum. Fyra mättillfällen gjordes, ett mättillfälle i slutet av varje fas. PAS initierade varje mätning.

Nattfastan definieras som tiden från sista måltiden på kvällen/natten till första måltiden på morgonen. Dryck och/eller föda som intogs under dessa timmar dokumenterades. Personalen informerades muntligt hur detta skulle dokumenteras på en lista med namn och personnummer på de äldre som bodde på det särskilda boendet. Dokumentationen kunde vara: ett glas nyponsoppa, en halv smörgås, en banan etc. samt när de äldre ätit, under kvällen och/eller natten. Informationen överlämnades därefter till PAS.

Nattfastans längd delades in i tre kategorier: 11 timmar eller mindre, 11,5 till 14,5 timmar och 15 timmar eller mer. I resultatet presenteras de som 11, 12,5 och 15 timmar. Varje äldres sex nätter delades in i de olika kategorierna: om de äldre inte ätit mellan ordinarie middagsmål på kvällen och frukost blev nattfastan på 15 timmar. Om de äldre ätit efter ordinarie middagsmål innan klockan 21.00, blev nattfastan 12,5. Om de äldre ätit under natten innan klockan 4.00

blev nattfastan 11 timmar efter klockan 4.00 blev den 12,5. Om de äldre ätit både under kvällen och natten blev nattfastan 11 timmar. En kategori fick på så sätt en ”pinne” för varje patient per natt. När alla äldres sex nätter delats in i de tre kategorierna, 15, 12,5 och 11, summerades varje kategori för sig och andelen räknades ut i procent för varje fas.

Vikt

De äldres vikt följdes kontinuerligt även innan studien på det särskilda boendet, enligt lokal rutin. Denna rutin har varit väl etablerad och vikter är registrerade i omvårdnadsjournalerna sedan fem år tillbaka. De äldre vägdes på morgonen efter frukost, med kläder, av vårdpersonal vid ett tillfälle under första veckan i varje ny månad. Vikten avrundades till närmaste 0,5 kg. Vågen är en elektronisk digital sittvåg på hjul av märket Tanita, tillverkad av Tillqvist LabMed. Vikterna rapporterades till PAS som registrerade värdena i omvårdnadsjournalen.

I denna studie ansågs en viktdifferens, över sex månader, på plus/minus två kg som stabil, eftersom vikt kan påverkas av klädsel, hur mycket de äldre har ätit till frukost och hur de sitter på vågen.

Viktökning definierades som en ökning på mer än två kg, viktninskning definierades som ofrivillig viktförlust på mer än två kg. De äldres viktdifferens delades in i tre kategorier: viktökning, stabil och viktninskning utifrån definitionen +/- två kg.

Fas 1:

Det första mättillfället av nattfastans längd gjordes i maj -07 innan intervention 1 startade och representerar hur lång nattfastan var vanligtvis på detta särskilda boende. För att beskriva hur viktdifferens vanligtvis var hos de äldre på detta särskilda, hämtades viktuppgifter från omvårdnadsjournalerna ett år bakåt i tiden. Vikten från maj -06 jämfördes med vikten i maj -07 innan intervention 1 startade, dessa retrospektiva värden utgjorde de äldres viktdifferens innan studiens start.

Fas 2:

Nattfastans längd mättes i slutet av fas 2, november -07, sex månader efter att intervention 1 infördes och representerar resultatet av intervention 1. För att beskriva de äldres viktdifferens av intervention 1 jämfördes vikten från maj -07 med vikten i slutet av fas 2, november -07.

Fas 3:

Nattfastans längd mättes i slutet av fas 3, maj -08, sex månader efter att intervention 2 infördes och representerar resultatet av densamma. För att beskriva de äldres viktdifferens av intervention 2 jämfördes vikten från november -07 med vikten i slutet av fas 3, maj -08.

Fas 4:

Nattfastans längd mättes i slutet av fas 4, november -08, ett år efter att intervention 2 startade, för uppföljning om interventionen haft effekt över tid. För att beskriva de äldres viktdifferens under uppföljningen jämfördes vikten från maj -08 med vikten november -08. I denna sista mätning inkluderades endast de äldre som varit med sex månader efter intervention 2.

Analys

Genom att jämföra resultatet, av fördelningen över de tre kategorierna av nattfastans längd mellan faserna, kunde en analys ske hur interventionerna påverkade nattfastans längd. Genom att analysera de äldres viktdifferens i relation till nattfastans längd, mellan de olika faserna kunde en utvärdering ske hur nattfastans längd påverkade de äldres vikt. En individuell analys gjordes på varje äldre som hade någon form av viktförändring under studiens gång eller under året innan studien startade, den äldres individuella viktdifferens jämfördes med individens egen längd på nattfasta.

I hela analysen har hänsyn tagits till om de äldre varit med ett år innan studiens start eller om inflyttning har skett under studiens gång, inflyttningsgrupp. Det insamlade materialet presenteras i resultatet med hjälp av deskriptiv statistik i form av diagram, tabell och beskrivande text.

Etiska övervägande

Studentarbete omfattas inte av lagen om etikprövning av forskning som avser människor och behöver därmed inte forskningsetiskt prövas (SFS 2003:460). Studien är ett kvalitetssäkringsarbete, alla äldre samt anhöriga blev informerade om syftet och hade möjlighet att avsäga sig besök under kväll/natt, och/eller att säga nej till utökad födointag. Deltagandet kunde när som helst avbrytas utan negativa konsekvenser. Viktkontroll och nattfastans längd kontrollerades inte hos äldre i livets slutskede. Allt datamaterial har förvarats i låst journalskåp. Vid presentation avidentifieras personuppgifterna så att enskilda individer inte kan kännas igen. Studien medför ingen förutsägbar komplikation, kunskapsvinsten övervinner eventuella risker.

Därmed uppfyller denna studie utgångspunkterna för etikprövning enligt SFS 2003:460 avseende respekt för människovärdet, bevakning av mänskliga rättigheter och frihet, uteslutande av risk för skador och deltagarnas hälsa, säkerhet och integritet, och försäkran om direkt nytta för deltagande.

RESULTAT

Fas 1

Ett år före interventionen fram till studiens start var andelen nätter med en nattfasta på 15 timmar eller mer, 52 procent. 35 procent låg inom ramen för 12,5 timma medan endast 13 procent hade en nattfasta som följde Livsmedelsverket och Socialstyrelsens riktlinjer på 11 timmar.

Av de 15 äldre som inkluderades i analysen gick en upp i vikt under året medan åtta var stabila och sex hade minskat i vikt. Den äldre person som gick upp i vikt hade en viktökning på sex kg, avled innan uppföljningen av intervention 1. Viktminskningen hade en spridning mellan minus tre kg till minus 15 kg. Av de äldre som gick ner i vikt hade hälften en viktminskning på tio procent eller mer från utgångsvikten. Den andra hälften hade en viktminskning på fem procent eller mer.

Fas 2

Intervention 1, som innebar att vårdpersonalen erbjöd dryck/föda och fick gå och hämta till de som tackade ja, medförde att den längsta andelen av nattfastan på 15 timmar eller mer minskade med över hälften, från 52 procent året innan intervention till 23 procent. 12,5 timma ökade till 51 procent och andelen med en nattfasta på 11 timmar dubblades från 13 procent till 26 procent.

Intervention 1 medförde att viktnedgången minskade till fördel för viktstabilitet jämfört med hur de äldres viktdifferens varit ett år innan start. Viktuppgången ökade från en till två äldre medan 11 var stabila. Viktnedgången minskade från sex till två.

De äldres viktdifferens efter intervention 1 hade en spridning mellan plus tre kg till minus sju kg. Viktökningen var på 2,5 och tre kg. De äldre som gick upp i vikt tillhörde gruppen som varit med ett år innan studiens start, ingen i inflyttningsgruppen. Viktminskningen var minus 2,5 kg och minus sju kg. Den äldre som hade en ofrivillig viktförlust på sju kg, vilket var över tio procent från utgångsvikten, kan förklaras av att patienten avled efter två månader. Individerna tillhörde gruppen som varit med ett år innan studiens start. Den äldre som gått ner 2,5 kg hade en ofrivillig viktförlust som var mindre än fem procent från utgångsvikten, avled efter sex månader och tillhörde inflyttningsgruppen.

Fas 3

Efter intervention 2, som innebar att vårdpersonalen redan från början hade med sig dryck/föda in till de äldre, fanns ingen förändring av andelen nattfasta på 15 timmar eller mer, den låg kvar på samma nivå, 23 procent, som efter intervention 1. Andelen nattfasta på 12,5 timma minskade från 51 procent, efter intervention 1, till 37 procent efter intervention 2. Intervention 2 medförde att andelen nattfasta på 11 timmar ökade från 26 procent till 40 procent jämfört med förändringen vid intervention 1. Således medförde intervention 2 en större påverkan för att minska nattfastans längd, än intervention 1.

Jämfört med de äldres viktdifferens innan studiens start och efter intervention 1 har viktminskningen upphört, ingen gick ner i vikt. Viktuppgången ökade från en äldre innan studiens start till två efter intervention 1, till fyra efter intervention 2. Dessa fyra var inte samma äldre som hade en viktökning efter intervention 1. Viktökningen hade börjat efter intervention 1 hos tre av de äldre men låg inom gränsen av två kg. Övriga 12 var stabila efter intervention 2. De äldres viktdifferens efter intervention 2 hade en spridning från plus 2,5 till plus sex kg. Alla äldre som gick upp i vikt tillhörde gruppen som varit med ett år innan studiens start.

Fas 4

Vid uppföljning, av de äldre som varit med sex månader efter intervention 2 implementerades, visade det sig att nattfastans längd låg kvar på samma nivå som sex månader efter intervention 2.

De flesta äldre fortsatte att bibehålla sin vikt, tio förblev stabila. Av de fyra äldre som hade en viktökning, sex månader efter intervention 2, hade två fortsatt att gå upp i vikt vid uppföljningen. Viktökningen, från sex månader efter intervention 2 till studiens slut, var på plus tre kg för båda två. De hade båda bott på det särskilda boendet ett år innan studiens start.

En äldre hade viktnedgång på tre kg, vilket var mindre än fem procent från utgångsvikten och kan förklaras av att patienten avled efter en månad, tillhörde inflyttningsgruppen.

Nattfasta i relation till vikt

Under hela studien minskade andelen nattfasta i procent på över 15 timmar med hälften, medan andelen nattfasta på 11 timmar tredubblades, vilket illustreras i tabell 2. Viktnedgången avstannade och vikten blev mer stabil i takt med att nattfastan förkortades. Intervention 1 medförde att de äldre blev viktstabla, medan resultatet av fas 2, som ytterligare förkortade nattfastan, gjorde att fler äldre hade en viktökning. Vid uppföljning visade det sig att arbets sättet i intervention 2 hade effekt över tid.

Tabell 2: Andel lång och kort nattfasta i relation till vikt, före och efter intervention 1 och 2

	Fas 1 n 15	Fas 2 n 15	Fas 3 n 16	Fas 4 n 13
Andel 15 timmar nattfasta	52 %	23 %	23 %	23 %
Andel 11 timmar nattfasta	13 %	26 %	40 %	40 %
Viktökning	1 patient	2 patienter	4 patienter	2 patienter
Viktstabilitet	8 patienter	11 patienter	12 patienter	10 patienter
Viktnedgång	6 patienter	2 patienter	0 patienter	1 patient

Nattfasta och viktdifferens hos enskilda patienter

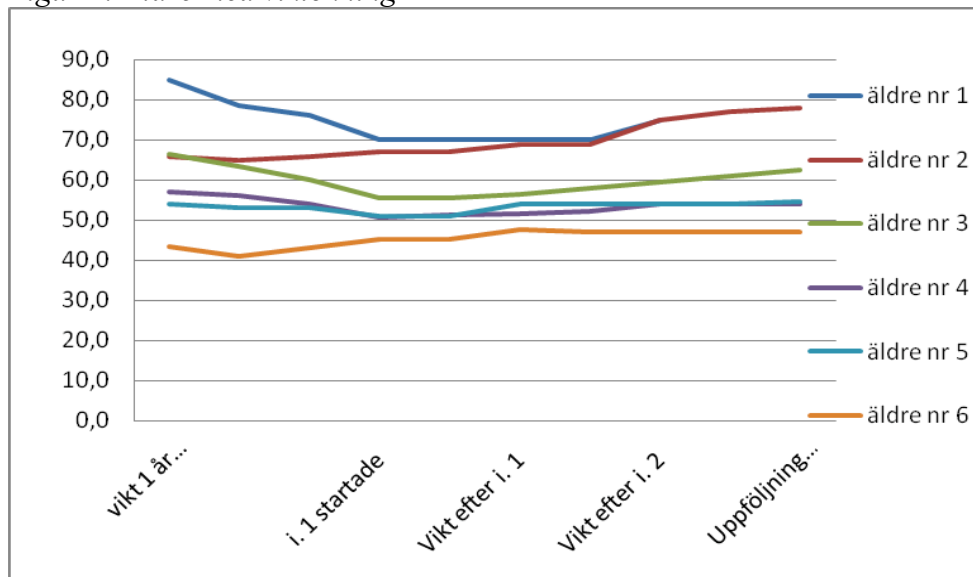
12 äldre hade någon form av viktförändring under kontrollåret och under studiens gång. En hade viktökning under kontrollåret men avled innan uppföljningen av intervention 1 och redovisas inte enskilt. Av de sex äldre som hade en viktnedgång året innan studien startade hade fyra av dem en viktökning efter interventionerna medan två blev stabila. Tre äldre hade en viktnedgång trots de båda interventionerna.

Nattfasta och viktökning efter intervention

De äldre som numrerats 1 till och med 4, i tabellen nedan, förkortade sin nattfasta från 15 till 11 timmar. Nattfastan hos de äldre med nummer 5 och 6 minskade från 15 till 12,5 timma.

De sex äldre som under studiens gång hade en viktökning, hade alla bott på det särskilda boendet ett år innan studiens start och alla hade en föregående viktminskning utom den äldre med nummer 6, vilket framgår av figur 1. Den äldre med nummer 2 hade ingen viktminskning under kontrollåret men hade haft en ofrivillig viktförlust på 11 kg två år före studiens start och hade gått upp lika mycket vid uppföljning, två kg efter intervention 1 och nio kg vid uppföljning av intervention 2.

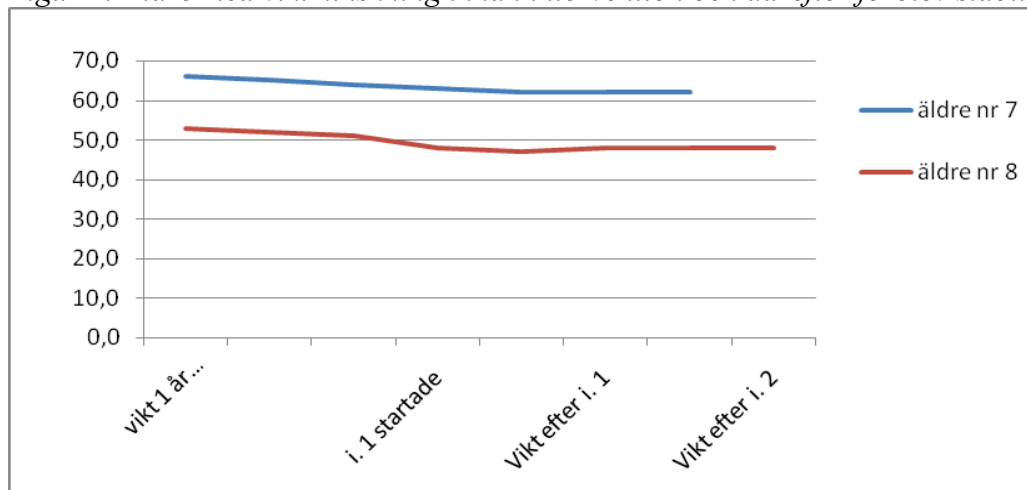
Figur 1: Äldre med viktökning



Stabil vikt efter intervention

Nattfastans längd förkortades mer till förmån av 12,5 timma än 11 timmar hos dessa äldre. Figur två illustrerar två äldre som varit med ett år innan studiens start och haft en långsam viktminskning, efter intervention 1 förblev de stabila, viktminskningen avstannade.

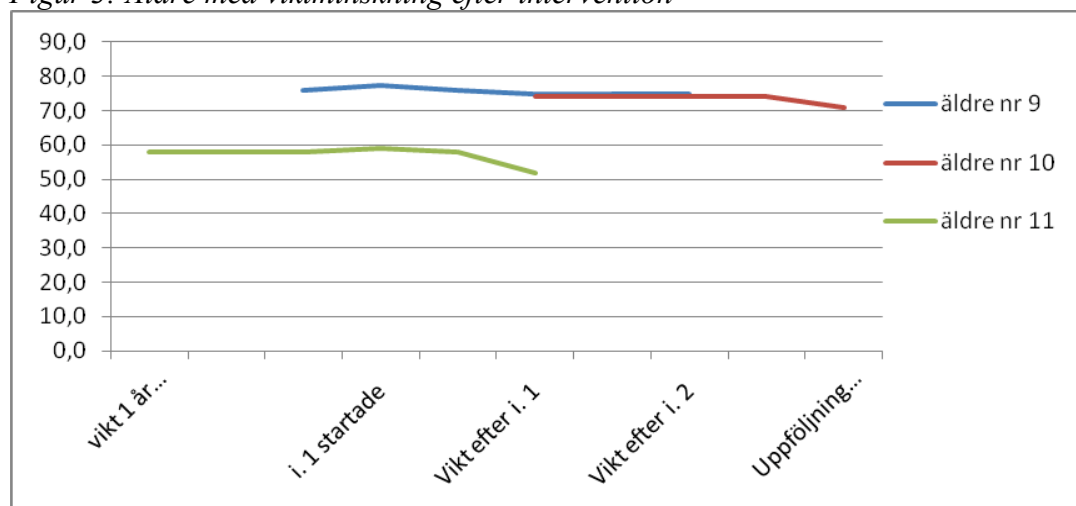
Figur 2: Äldre med viktminskning innan intervention och därefter förblev stabila



Nattfasta och viktminskning efter intervention

Av figur 3 framgår hur tre äldre minskade i vikt en kort tid innan de avled. Den äldre med nummer 9 minskade nattfastans längd från 15 till 12,5 timmar efter intervention 1. Den äldre med nummer 10 låg kvar på samma längd av nattfasta, hälften av nätterna på 12,5 timmar och den andra hälften på 11 timmar, under tiden intervention 2 pågick. Den äldre med nummer 11 ökade längden från 11 timmar före studien startade till 12,5 timmar efter intervention 1, minskade mest i vikt.

Figur 3: Äldre med viktminskning efter intervention



DISKUSSION

Metod

En interventionsstudie innebär vanligtvis att två, eller flera, grupper ges olika åtgärder, en kontrollgrupp och en interventionsgrupp. Grupperna jämförs och slutsatser kan dras om vilken åtgärd som gett effekt. En interventionsstudie kan också innebära att forskaren testar innan åtgärd, interventionen utförs och därefter testas igen, vilket är gjort i föreliggande studie. En pilotstudie är en mindre studie, med en liten population, för att prova metoden inför en större forskningsstudie, men kan också vara ett sätt att utvärdera nya riktlinjer i arbetssättet (Polit & Beck, 2008).

Utifrån den grupp med äldre som fanns just då på det särskilda boendet kom populationen att innebära ett selektivt urval, det vill säga de som bodde på boendet under studiens gång. Svagheten i urvalet är att dessa människor inte kan anses som representativa för alla som bor på särskilt boende på grund av ett selektivt urval och att populationen är för liten i förhållande till en kvantitativ studie. Med utgångspunkt från detta urval kan därför inte slutsatser dras om hela populationen av äldre på särskilt boende (Olsson, 2008).

En studie utan kontrollgrupp gör det svårt att avgöra effekten av interventionen. Studier som använder sig av historisk egen kontroll har ett lägre bevisvärde än de studier där kontrollgruppen följer parallellt med interventionsgruppen. En historisk kontroll kräver dessutom att forskaren har tillgång till all data bakåt i tiden som påverkar studien, vilket kan

vara svårt att avgöra i efterhand (Olsson, 2008). Nattfastans längd bedömdes vara, bakåt i tiden, ungefär såsom vid den första mätningen. Tillgång till ytterligare data finns inte, vilket är en stor brist. Valet av sex månader mellan varje mätning grundade sig på att arbetssättet skulle hinna implementeras och att resultatet skulle hinna ge effekt på vikten. Att mäta nattfastans längd varje natt, både före studien startade och under studiens gång hade varit det mest optimala.

Det har varit svårt att göra en longitudinell studie då medelåldern på de äldre varit hög. Dessutom har de äldre ofta en eller flera sjukdomar vilket har medfört att flera äldre har avlidit under tiden studien pågick. Nyinflyttade har inkluderats under studiens gång, populationen har därför inte varit homogen vilket är en svaghet (Olsson, 2008). De två grupperna har skilts åt i analysen för att klargöra om det fanns någon skillnad mellan dessa.

Analys har endast skett utifrån kategorierna viktökning, stabil vikt och viktninskning. Ingen analys har skett om orsaken, mer än hos de äldre där orsakerna var uppenbara. Finns många hälsotillstånd till varför en äldre person kan gå upp eller ner i vikt såsom hjärtsvikt, infektion med mera. Det har inte funnits utrymme att analysera dessa data inom ramen för detta arbete.

Studien bygger på och knyter an till redan befintlig kunskap, visar på en kvalitetssäkring inom området nutrition, en förhoppning om förbättring av redan existerande system. Vilket utvecklingsarbete ofta syftar till att göra (Olsson, 2008). Urvalet är väldigt litet i förhållande till kvantitativ ansats, studien ska därför ses som en förberedande pilotstudie som i liten skala prövar en arbetsrutin. Några generaliserbara slutsatser kan inte dras, studien ger dock en inblick i hur en ofrivillig viktförlust kan minimeras. Pilotstudien med den deduktiva ansatsen har därmed ett värde. En ny större studie är en förutsättning för att avgöra om arbetssättet har evidens för omhändertagandet inom området nutrition hos äldre på särskilt boende.

Resultat

Resultatet visade att bland de äldre som ingick i studien medförde en förkortad nattfasta en minskning av ofrivillig viktförlust, se tabell 2.

Fas 1

Den långa nattfastan som fanns på det särskilda boendet innan studien start stämmer väl överens med Henderson (1991) då hon påpekar att måltiderna är ojämnt fördelade med för lång nattfasta för äldre på särskilt boende. Även nationell forskning visar på förekomst av lång nattfasta. Måltiderna är komprimerade under dagen på bekostnad av en lång katabol nattfasta för den enskilde äldre på särskilt boende (Ebrahimi & Wijk, 2008; Engelheart, et al., 2006; Persson, 2002; Socialstyrelsen, 2007b & Ödlund Olin, et al., 2005).

Viktninskning är inte specifikt för just detta särskilda boende utan är vanligt förekommande (Arvanitakis, et al., 2008). Detta kan förklaras av annan tidigare forskning som visat att 85 procent av de äldre på särskilt boende hade ett energiintag som understeg beräknat energibehov. Knappt 1/3 hade födointag som understeg den basala metabolismen, 62 procent understeg det individuella beräknade energibehovet (Persson, 2002). Ytterligare studier har bekräftat att det är vanligt med lågt energiintag hos äldre på särskilt boende (Lammes & Akner 2006).

Intervention 1 och 2

Intervention 2 hade större betydelse för att minska nattfastans längd jämfört med intervention 1, fler nådde upp till på en nattfasta på 11 timmar eller mindre enligt riktlinjerna från Livsmedelsverket och Socialstyrelsen. Möjligen medförde arbetssättet under intervention 2 att de äldre inte kände att det innebar extraarbete för vårdpersonalen att ge dem något att äta under natten, de äldres hjälpbehov blev inte så tydligt. Arbetssättet i enlighet med intervention 2, skulle kunna förändra vad tidigare forskning visat: att de äldre äter mindre, eller inte alls, på grund av känslan av att vara beroende av annan person för att klara sin matsituation (Beck & Ovesen, 2004; Saletti, et al., 2000).

Viktstabilitet inträffade redan efter intervention 1, viktminskningen avstannade. Viss forskning pekar på att det inte finns någon naturlig viktnedgång hos äldre och om en viktminskning sker ska den inte accepteras utan behandlas (Beck, 1998). Resultatet tyder på att om de äldre får tillräckligt med energi så kan vikten bibehållas. Den största viktökningen skedde efter intervention 2. Även några av de som flyttade in under studiens gång kom ner till riktlinjerna på 11 timmar eller mindre men de behöll sin vikt och låg inom viktstabilitet. En berättigad fråga är vad som hänt med vikten på dessa äldre om inte interventionen implementerats?

Skillnad i interventionsgruppen

Det finns en skillnad mellan de äldre som bott på det särskilda boendet ett år innan studiens start och de som flyttat in under studiens gång. Alla viktökningar har skett hos de äldre som varit med från ett år innan studiens start. Viktökningen kan vara en slump eftersom det är få äldre, men är ändå intressant eftersom ingen av de nyinflyttade hade någon viktökning. Kan det vara så att de äldre vid inflyttning på särskilt boende socialiseras in i ett beteende där vårdpersonalens arbetsrutiner styr? Är det orsaken till att det var de äldre som bott på det särskilda boendet innan studiens start, som hade möjlighet att öka i vikt vid ett förändrat arbetssätt? Friheten att kunna påverka när man vill äta försvann vid inflyttningen (Saletti, 2007; Westergren, 2003) då denna arbetsrutin inte fanns.

De äldre i inflyttningsgruppen var mer stabila. Resultatet tyder på att de inflyttade äldre tidigare fångades upp av både intervention 1 och 2 och motverkade på så sätt en eventuell viktminskning. Även denna studie tyder på att ett preventivt arbete tycks vara nyckeln inom ämnet nutrition hos äldre vilket andra forskare gjort gällande (Edington, et al., 2004). Det preventiva arbetet tycks bli ännu viktigare idag och i framtiden eftersom platser på särskilda boende minskar (Socialstyrelsen, 2007a) och de äldre har allt större omvårdnadsbehov redan vid inflyttningen. Att det preventiva nutritionsarbete ska prioriteras borde vara givet då det är visat att äldre med stort hjälpberoende oftare minskar i vikt än de som klarar sig själva (Beck & Ovesen, 2004; Saletti, et al., 2000).

Nattfasta och viktdifferens hos enskilda äldre

Alla äldre som hade en viktökning minskade sin nattfasta. Fyra av de äldre minskade sin nattfasta till 11 timmar, tre av dem hade den största viktökningen. Av dessa tre hade den äldre med nummer 1 en viktminskning på 15 kg under kontrollåret, blev därefter stabil i vikt och ökade 5 kg efter intervention 2. Den äldre med nummer 2 kom upp i samma vikt som vid inflyttning två år tidigare, en viktökning på 11 kg. Den äldre med nummer 3 minskade 11 kg i vikt under kontrollåret, efter intervention 2 ökade vikten med 6,5 kg. Det tycks inte vara omöjligt att hämta in ofrivillig viktörlust genom förkortad nattfasta. Resultatet går emot

tidigare forskning som inte kunnat visa på något samband mellan vikt och nattfasta hos äldre på särskilt boende (Engelheart, et al., 2006; Ödlund Olin, et al., 2008).

Hos de äldre som fortsatte att gå ner i vikt, trots intervention, finns det indikatorer på att viktförlusten kan minskas. Viktminskningen hos de äldre ett år innan studiens start var hälften på 10 procent eller mer och hälften på fem procent eller mer från utgångsvikten. Ingen ofrivillig viktförlust på mindre än fem procent. Efter studiens start hade en äldre en viktminskning på 10 procent eller mer och två äldre en viktminskning på mindre än fem procent. Vid viktförlust så har de stora viktnedgångarna minskat efter det nya arbetssättet. Till skillnad mot året innan studiens start, har alla viktminskningar efter intervention representerats av äldre som avlidit. Faktorer som ålder, sjukdom och skörhet gör att de äldre inte sällan slutar sina dagar på äldreboendet (SoS-rapport, 2000:4). En försämring av en grundläggande sjukdom kan många gånger ses innan ett dödsfall, ämnesomsättningen stiger och energiförlusterna ökar (Bosaeus, 2008). Av denna orsak kommer förmodligen en ofrivillig viktförlust att ses hos enstaka äldre oavsett vilka åtgärder som sätts in. Men det kan ändå noteras att ju kortare nattfasta desto mindre viktförlust.

Sidoeffekt

Speciellt nattpersonal har fått tänka om sitt arbetssätt. Dock har all vårdpersonal varit engagerad i kvalitetssäkringsarbetet, kunskapen och medvetenheten om födointagets betydelse för de äldre har ökat. Detta har visat sig genom att vårdpersonalen dagligen började rapportera om de äldre ätit kväll och natt genom dokumentation på arbetsblad vid personalskifte från kväll till natt och natt till dag.

En annan sidoeffekt av studien medförde att de äldre sov bättre och kände sig mer utvilade dagtid. Sex patienter stod på läkemedel för sömn samt lugnande bensodiazepiner kontinuerligt. Dessa kunde sättas ut på alla äldre utom hos en där både den äldre och dennes anhöriga avböjde erbjudandet. Läkemedlen fick stå kvar som vid behovs ordination. Slutresultatet blev att en äldre fick 1-2 gånger/vecka, de övriga ingenting. Orsaken till detta kan inte analyseras i denna studie. En orsak skulle kunna vara att de äldre inte var hungriga och därmed sov bättre. En annan orsak skulle kunna vara att de äldre kände sig trygga på grund av ett annat bemötande, de blev bekräftade och därmed infann sig ett lugn för den enskilde. Fler studier behövs för att finna evidens.

Konklusion

Henderson är en användbar teoretisk referensram för ett kvalitetssäkringsarbete inom ämnet nutrition med fokus på att fördela måltiderna jämnt över dygnet. Små förändringar i arbetssättet, med befintliga resurser, har stor betydelse för att minska ofrivillig viktförlust hos de äldre på detta särskilda boende. En enkel arbetsrutin, nära de äldre, som implementerats hos vårdpersonalen har gett resultat. Kvalitetssäkringsarbetet har dessutom haft effekt över tid.

Studien har genererat hypotesen att en förkortad nattfasta kan minimera ofrivillig viktförlust hos äldre på särskilt boende. Arbetsmetoden i enlighet med intervention 2 är värt att testas i större sammanhang i syfte att finna hög evidens. Ytterligare åtgärder för att förkorta nattfastans längd och dess effekter bör studeras vidare. Kvalitativa studier om äldres upplevelse av en förkortad nattfasta skulle också ha stort värde inom omvårdnadsforskningen.

REFERENSLITTERATUR

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

Arvanitakis, M., Beck, A., Coppens, P., De Man, F., Elia, M., Hebuterne, X., Henry, S., Kohl, O., Lesourd, B., Lochs, H., Pepersack, T., Pichard, C., Planas, M., Schindler, K., Schols, J., Sobotka, L., & Van Gossum, A. (2008). Nutrition in care homes and home care: How to implement adequate strategies (report of the Brussels Forum (22-23 November 2007)). *Clinical Nutrition*, 27(4), 481-88.

Beck, AM., & Ovesen, L. (1998). At which body mass index and degree of weight loss should hospitalized elderly patients be considered at nutritional risk? *Clinical Nutrition*, 17(5), 195-98.

Beck, AM., & Ovesen, L. (2004). Skipping of meals has a significant impact on dietary intake and nutritional status of old (65+ Y) nursing home residents. *The Journal of Nutrition Health & Aging*, 8(5), 390-94.

Bosaeus, I. (2008). Sjukdomsrelaterad undernäring – mekanismer och behandling. *Nordisk geriatrik*, 11(1), 20-23.

Cederholm, T. (2008). Sarkopeni – ett “nytt” begrepp med klinisk betydelse för den äldre. *Nordisk geriatrik*, 11(1), 30-32.

Christensson, L. (2002). *Malnutrition in Elderly People In Need of Municipal Care. Assessment and Intervention*. (Diss.). Linköping: Linköping University.

Cowan, D., Roberts, J., Fitzpatrick, J., While, A., & Baldwin, J. (2004). Nutritional status of older people in long term care settings: current status and future directions. *International Journal of Nursing Studies*, 41(3), 225-37.

Dey, D., Rothenberg, E., Sundh, V., Bosaeus, I., & Steen, B. (1999). Height and body weight in the elderly. A25-year longitudinal study of a population aged 70 to 95 years. *Eur Journal Clinical Nutrition*, 53(12), 905-14.

Dey, D., Rothenberg, E., Sundh, V., Bosaeus, I., & Steen, B. (2001). Body Mass Index, weight change and mortality in the elderly. A 15 Y longitudinal population study of 70 y olds. *Eur Journal Clinical Nutrition*, 55(6), 482-92.

Ebrahimi, Z., & Wijk, H. (2008). En hypotesgenererande studie av nattfastans längd, undernäring och hälsorelaterad livskvalitet hos äldre. *Nordisk geriatrik*, 11(1), 34-38.

Edington, J., Barnes, R., Bryan, F., Dupree, E., Frost, G., Hickson, M., Lancaster, J., Mongia, S., Smith, J., Torrance, A., West, R., Pang F., & Coles, S.J. (2004). A Prospective randomized controlled trial of nutritional supplementation in malnourished elderly in the community: clinical and health economic outcomes. *Clinical Nutrition*, 23, 195-204.

- Elia, M., Zellipur, L., & Stratton, R.J. (2005). To screen or not to screen for adult malnutrition? *Clinical Nutrition*, 24(6), 867-884.
- Engelheart, S., Lammes, E., & Akner, G. (2006). Elderly people's meals. A comparative study between elderly living in a nursing home and frail, self-managing elderly. *The Journal of Nutrition Health & Aging*, 10(2), 96-102.
- Henderson, V. (1991). *Grundprinciper för patientvårdande verksamhet*. Borås: Almqvist & Wiksell.
- Lammes, E., & Akner, G. (2006). Repeated assessment of energy and nutrient intake in 52 nursing home residents. *The Journal of Nutrition Health & Aging*, 10(3), 222-30.
- Livsmedelsverket (2003). *Mat och näring för sjuka inom vård och omsorg*. Ödeshög: Danagårds Grafiska.
- Mamhidir, A.G., Ljunggren, G., Kihlgren, M., Kihlgren A., & Wimo, A. (2006). Underweight, weight loss and related risk factors among older adults in sheltered housing – a Swedish follow-up study. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 10(4), 255-62.
- Milne, A. C., Avenell, A., & Potter, J. (2006). Meta-Analysis: Protein and Energy Supplementation in Older People. *Annals of Internal Medicine*, 144, 37-48.
- Olsson, H & Sörensen, S. (2008). *Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.
- Persson, M. (2002). *Aspects of nutrition in geriatric patients – Especially dietary assessment, intake and requirements (Diss.)*. Lund: Lund University.
- Polit, D.E., & Beck, C.T. (2008). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (Eight Ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rooke, L. (1995). *Omvårdnad. Teoretiska ansatser i praktisk verksamhet*. Stockholm: Liber.
- Saletti, A. (2007). *Nutritional status and mealtime experiences in elderly care recipients. (Diss.)*. Stockholm: Karolinska institutet.
- Saletti, A., Yifter-Lindgren, F., Johansson, L., & Cederholm, T. (2000). Nutritional Status According to Mini Nutritional Assessment in an Institutionalized Elderly Population in Sweden. *Gerontology*, 46, 139-45.
- Saletti, A., Johansson, L., Yifter-Lindgren, E., Wissing, U., Österberg, K., & Cederholm, T. (2005). Nutritional status and a three-year follow-up in elderly receiving support at home. *Gerontology*, 51, 192-98.
- Sidenvall, B. (2003a). Inledning – ätandet under livets olika skeden. I: A. Westergren (Red.), *Svårigheter att äta*. (sid. 17-26). Lund: Studentlitteratur.
- Sidenvall, B. (2003b). Äldres måltidsvanor. I: A. Westergren (Red.), *Svårigheter att äta*. (sid. 27-36). Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen (2000). *Slutrapport om äldreuppdraget*. SoS-rapport: 2000:4, Stockholm: Fritzes.

Socialstyrelsen (2000). *Näringsproblem i vård och omsorg, prevention och behandling*. SoS-rapport: 2000:11, Stockholm: Fritzes.

Socialstyrelsen (2006). *Äldre – vård och omsorg år 2005. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Fritzes.

Socialstyrelsen (2007a). *Vård och omsorg om äldre: lägesrapport 2006*. Stockholm: Fritzes.

Socialstyrelsen (2007b). *Öppna jämförelser inom vården och omsorgen om äldre*. Stockholm: Fritzes.

Socialstyrelsen (2009). *Nationella kvalitetsindikatorer – Vården och omsorgen om äldre personer*. Stockholm: Fritzes.

SoS 1993:17. *Allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SoS 2005:12. *Föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Vellas, B., Villars, H., Abellan, G., Soto, M.E., Rolland, Y., Guigoz, Y., Morley, J.E., Chumlea, W., Salva, A., Rubenstein, L.Z., & Garry, P. (2006). Overview of the MNA – It's history and challenges. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 10(6), 456-65.

Westergren, A. (2003). Påverkan på ätandet när man blir äldre. I: A. Westergren (Red.), *Svårigheter att äta*. (sid. 47-54). Lund: Studentlitteratur.

Wikby, K., Ek, A-C., & Christensson, L. (2006). Nutritional status in elderly people admitted to community residential homes: Comparisons between two cohorts. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 10(3), 232-38.

Ölund Olin, A. (2004). *Nutritional and functional effects of energy-dense food in the elderly*. (Diss.). Stockholm: Karolinska Universitetssjukhuset.

Ödlund Olin, A., Armyr, I., Soop, M., Jerström, S., Classon, I., Cederholm, T., Ljunggren, G., & Ljungqvist, O. (2003). Energy-dense meals improve energy intake in elderly residents in a nursing home. *Clinical Nutrition*, 22(2), 125-31.

Ödlund Olin, A., Koochek, A., Cederholm, T., & Ljungqvist, O. (2008). Minimal effect on energy intake by additional evening meal for frail elderly service flat residents – a pilot study. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 12(5), 295-301.

Ödlund Olin, A., Koochek, A., Ljungqvist, O., & Cederholm, T. (2005). Nutritional status, well-being and functional ability in frail elderly flat residents. *Eur Journal Clinical Nutrition*, 59(2), 263-70.