



PRO-CARE (Clinical Assessment Research & Education)
Rapport 29

Förebyggande och uppsökande verksamhet Osby kommun

December 2010
(delrapport III)

Albert Westergren, leg. sjuksköterska, doktor i medicinsk vetenskap, professor i
omvårdnad

Gita Hedin, folkhälsopedagog, forskningsassistent

Sektionen för Hälsa och Samhälle, Högskolan Kristianstad

Inledning

PRO-CARE (Clinical Assessment Research & Education), tidigare ”Forskargruppen för Klinisk Patientnära Forskning – med Studentmedverkan i Fokus” bedriver sedan år 2004 forskning med inriktning mot patientsäkerhet och har sin bas på Högskolan Kristianstad, Sektionen för Hälsa och Samhälle.

Målsättning

Att med Klinisk Patientnära Forskning, verka för och underlätta arbetet med patientsäkerhet, och samtidigt bereda väg för en bättre vetenskaplig förståelse och vetenskaplig förankring i den verksamhetsförlagda utbildningen för sjuksköterskestudenter. Metodiken förenar högskolans tre primära uppgifter; forskning, utbildning och samverkan.



School of Health and Society



Tack

Ett särskilt tack till Carolina Axelsson, Adjunkt Biomedicinsk Laboratorievetenskap, Högskolan Kristianstad som bearbetat, analyserat och tagit fram delrapporterna I och II inom ramen för den uppsökande verksamheten i Osby Kommun. Bakgrunden i föreliggande rapport baseras i huvudsak på de två tidigare rapporterna.

2010-12-31

Albert Westergren, Professor i Omvårdnad
Gita Hedin, Forskningsassistent

Kontakt forskargruppen:

gita.hedin@hkr.se

Högskolan Kristianstad

Sektionen för Hälsa och Samhälle

291 88 Kristianstad +46 (0) 44-20 85 54

SAMMANFATTNING

Syftet med rapporten är att redovisa de svar som framkommit vid uppsökande verksamhet för äldre i ordinärt boende i Osby kommun.

Genomförande: Hösten 2007 inleddes en undersökning då distriktssköterskor i Osby kommun besökte och kartlade äldre i ordinärt boende med avseende på deras uppfattning om sin hälsa, medicinering, boendesituation och sociala aktiviteter. Samtidigt genomgicks en checklista för förebyggande av fallrisk, en trötthets/rörlighetsskala användes samt en fallriskbedömning utfördes. Från och med 2010 infördes även ett instrument för bedömning av risken för felnäring.

Resultat: Totalt har 1203 förebyggande hembesök genomförts till äldre personer (medelålder på 81.7 år), varav 56% kvinnor och 44% män.

Vid jämförelser mellan män och kvinnor framkom att män var mer beroende i hanteringen av tvätt, laga mat och med att städa. Kvinnor upplevde sitt hälsotillstånd som sämre, hade mer synproblem och mer smärta än männen. Kvinnorna motionerade mer. Männen hade mer hörselproblem än kvinnorna. Kvinnorna var mindre nöjda med tillvaron, tröttare, oftare nedstämda, upplevde mer oro/ångest och sov sämre. Kvinnor hade mer besök eller att andra ringde till dom. Vidare hade kvinnorna mer problem med mobilitet-trötthet och fler hade fallrisk (46.5%, män 39.8%). Fler kvinnor hade följaktligen också vidtagit fallförebyggande åtgärder i hemmet. Totalt hade 218 personer bedömts angående risken för felnäring och signifikant fler kvinnor hade risk för felnäring (82.8% jfr. med män 58.4%). Fler åtgärdsbehov identifierades också hos kvinnor än hos män.

Vid jämförelser mellan yngre (79 år eller yngre) och äldre (80 år eller äldre) sågs större hjälpbehov i aktiviteter i dagligt liv, sämre upplevt hälsotillstånd, mer syn- och hörselproblem, mindre nöjdhet med tillvaron, och mer trötthet i den äldre gruppen. Däremot hade de äldsta bättre sömn och mer besök från andra alternativt att fler ringde till dom.

Färre av de äldsta hade fast läkarkontakt, fler använde mediciner och fler hade problem med mobilitet-trötthet, hade tidigare fallit och hade fallrisk (34.7% i yngre och 51.0% i äldre åldersgruppen). Följaktligen var det vanligare att fallförebyggande åtgärder vidtagits hemma hos den äldsta åldersgruppen. Fler åtgärdsbehov identifierades i den äldre åldersgruppen än i den yngre.

Av de 218 äldre (samtliga var 79 år eller yngre) som bedömts angående risk för felnäring var det 70.5% som hade sådan risk.

Totalt önskade flertalet att de, om behovet skulle uppstå, fick fortsatt vård och omsorg i det egna hemmet.

Sammanfattning: Generellt sätt har kvinnor och de äldsta (80 år eller äldre) mer fysiska och psykiska hälsoproblem än män och de yngsta (79 år eller yngre). Således utgör kvinnor och de som är 80 år och äldre särskilda riskgrupper. Det var också i dessa grupper som flest åtgärdsbehov identifierades. Risk för felnäring tycks utgöra ett omfattande problem bland hemmaboende äldre vilket särskilt behöver uppmärksammas.

SUMMARY

Aim: The aim with this report is to explore differences between home living men and women, younger (79 years or younger) and older elderly (80 years or older) that got a preventive home visit.

Methods: In the fall 2007 one municipality started up with preventive home visits. Elderly persons are visited by district nurses to register and discuss the elderly persons perceived health, medications, living circumstances and social activities. At the same time a checklist is used to assess preventive measures taken with respect to fall risk. From year 2010 also a form is used to assess the risk for malnutrition.

Results: In total 1203 preventive home visits has been made to older persons with a mean age of 81.7 years, 56% women, and 44% men.

In comparisons between men and women it was found that men were more dependent in washing, cooking and cleaning. Women perceived their state of health as worse, they had more problems with vision and more pain than men. Women were more physically active than men. More men had problems hearing. Women were less satisfied with their situation, more tired, more often dejected, felt more worries/anxiety, and had poorer sleep. But, women had more contact with others (by visits/by phone) than men had. Women had more difficulties with mobility-tiredness and more had risk for falling (46.5%, men 39.8%). More women had also made adjustments in their homes to prevent falls. In total 218 persons had been assessed regarding the risk for malnutrition and significantly more women were at risk (82.8% versus men 58.4%). More needs were also identified during the preventive home visits for the women than for the men.

In comparison between the younger and the older persons there were more needs for help in daily activities, poorer health, more vision- and hearing problems, less satisfaction with their circumstances, and more tiredness among the older persons. But, the oldest persons had better sleep and more visits from others (or that people called them).

It was less persons in the older group that had a permanent contact with a doctor, more used medications and more had problems with mobility-tiredness, and more had fall risk (34.7% among the youngest and 51.0% in the oldest age group). Accordingly more preventive actions had been taken among the oldest persons to prevent falling. More needs were also identified during the preventive home visits for the oldest age group than for the youngest.

Out of the 218 persons (all of whom were 79 years or younger) that had been assessed regarding the risk for malnutrition it was 70.5% that had such a risk. In total more persons wanted to, if the need arise, to get continued care and service in their own home.

Conclusion: In general women and the oldest (80 years or over) had more physical and psychological health problems than men and the youngest (79 years or under). Thus, women and the oldest are special risk groups. It was also in these groups most needs were identified during the preventive home visits. Risk for malnutrition seems to be an extensive problem among the home living elderly, this needs special attention during the preventive home visits.

Innehåll

Inledning	2
SAMMANFATTNING	3
BAKGRUND.....	7
Hemtjänst.....	7
Uppsökande förebyggande verksamhet.....	7
Målet med uppsökande verksamhet är att.....	7
SYFTE	8
METOD	8
Statistiska analyser.....	9
RESULTAT	10
Tabell 1.....	10
Tabell 2.....	11
Tabell 3.....	12
Tabell 4.....	13
Tabell 5.....	14
Tabell 6.....	15
Tabell 7.....	16
Tabell 8.....	17
Tabell 9.....	18
Tabell 10.....	19
Tabell 11.....	20
Tabell 12.....	21
Tabell 13.....	22

Tabell 14.....	23
Tabell 15.....	24
Tabell 16.....	25
Tabell 17.....	26
Tabell 18.....	27
Tabell 19.....	28
Tabell 20.....	29
DISKUSSION.....	30
REFERENSER.....	32

BAKGRUND

I Osby kommun är omsorg, stöd och hjälp till äldre och funktionshindrade en viktig uppgift och socialförvaltningen ansvarar för verksamheten.

I kommuner regleras stödinsatserna som erbjuds främst utifrån nedanstående lagstiftning:

- * Socialtjänstlagen (SoL 2001:453) [1]
- * Hälso- och sjukvårdslagen (HsL 1982:763) [2]
- * Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS 1993:387) [3]
- * Lag om färdtjänst (1997:736) [4]
- * Lag om riksfärdtjänst (1997:735) [5]

Hemtjänst

Hemtjänstens insatser syftar till att öka möjligheterna att bo kvar i det ordinära boendet. Hemtjänsten omfattar hjälp i hemmet bestående av serviceinsatser och personlig omvårdnad, matdistribution och uppsökande verksamhet. Insatser i hemmet ges efter behov och bedöms i varje enskilt fall. Det är biståndshandläggarna som tillsammans med den äldre kommer fram till vilken hjälp som behövs, och dessa insatser skall utföras med ett rehabiliterande synsätt som innebär hjälp till självhjälp. Målet är att den äldre ska kunna leva ett så självständigt och aktivt liv som möjligt.

Uppsökande förebyggande verksamhet

Hösten 2007 inledde "Forskargruppen för Patientnära Forskning – med fokus på studentmedverkan" ett samarbete med Osby kommun gällande uppsökande förebyggande verksamhet för kommunens pensionärer boende i ordinärt boende.

Syftet verksamheten var att bevara alternativt förbättra hälsan och bibehålla förmågan till att fungera aktivt och självständigt så länge som möjligt.

Arbetsgruppen i Osby kommun bestod initialt av ansvarig verksamhetschef samt en biståndsbedömare, en sjuksköterska/distriktssköterska, en anhänginspiratör, en arbetsterapeut och en sjukgymnast vid behov. En heltidstjänst (2 st ½ tid) arbetar aktivt med undersökningen.

Målet med uppsökande verksamhet är att

- * Kartlägga hälsotillståndet och anhörigas hjälpinsatser samt vilka behov de äldre har för att tryggt kunna bo kvar under längre tid i sitt ordinära boende.
- * Förbättra kunskapen om vart den äldre vänder sig i olika situationer inom kommunens och landstingets vård och omsorg.
- * Förbättra kunskapen om betydelsen av fysisk aktivitet, goda matvanor, social gemenskap, meningsfull sysselsättning och rätt medicinering.
- * Förbättra förutsättningarna för egenansvar och genomförande av olika skadeförebyggande och hälsobefrämjande åtgärder.

SYFTE

Syftet med rapporten är att redovisa de svar som framkommit vid uppsökande verksamhet av äldre i Osby kommun samt att undersöka om eventuella skillnader kan härledas till kön eller ålderskategorier.

METOD

En distriktssköterska kontaktade de över 75 år i ordinärt boende i Osby kommun och bad om möjlighet till ett hembesök. I samband med detta hembesök gavs information om kommunal vård och omsorg samt, i samband med besöket, kartlades och registrerades den äldres uppfattningar utifrån:

- * Ett enkätformulär om den äldres uppfattning om sin hälsa, medicinering, boendesituation och sociala aktiviteter som utformats av projektgruppen.
- * En checklista för förebyggande av fallolyckor.
- * En trötthets-/rörlighetsskala användes för undersökning av trötthet/rörlighet.
- * En enkät för utvärdering av besöket samt kuvert gavs till de undersökta i samband med besöket.
- * Från och med 2010 en enkät för att bedöma risk för felnäring (SCREEN-II, Seniors in the Community: Risk Evaluation for Eating and Nutrition, Version II) [6]

Vass, Hendriksen och Avlund har utarbetat och använt ett av formulären som används i undersökningen, vilket bedömer trötthet/rörlighet [7-14]. Svaren genererar en poäng där 12 poäng indikerar minst trötthet/mest rörlighet medan noll poäng indikerar mest trötthet/minst rörlighet. Downtons Fallrisk Index används i undersökningen för att bedöma fallrisk och detta har kategorier kring tidigare fall, medicinering, sensoriska funktioner, gångförmåga och kognitiv nedsättning [15]. Downton Fall Risk Index visar en ökad risk att falla om poängen blir tre eller mer. SCREEN-II använde för att bedöma felnäring/risk för felnäring. Lägre poäng indikerar högre risk och om poängen är mindre än 50 föreligger hög risk, mellan 50 och 53 måttlig risk och om den är 54-64 föreligger ingen risk [6].

Förutom den muntliga informationen av sjuksköterskan/distriktssköterskan, ges även den äldre möjlighet att erhålla informationsmaterial:

- * Hälso- och sjukvård i hemmet
- * Goda vanor i långa banor
- * Håll dig på benen
- * Broschyr Säkerhet i vardagen (samarbete med räddningstjänsten) [16]
- * Broschyr om Matdistribution med mera

Distriktssköterskorna, som i huvudsak genomför hembesöken, samarbetar förutom med kommunens vård- och omsorgspersonal också med sjukhus, vårdcentral, olika föreningar, frivilligorganisationer, kyrkan, lokala folkhälsorådet, apoteket med flera vid behov. Besöket varar cirka en timme och är kostnadsfritt.

Samarbete mellan Osby kommun och Högskolan Kristianstad är etablerat sedan tidigare, kommunen har många av högskolans sjuksköterskestudenter i verksamhetsförlagd utbildning. Högskolans kliniska lärare, Birgitta Johansson, Universitetsadjunkt, förmedlade kontakten och behovet av samarbete mellan projektgruppen och forskargruppen på högskolan. Kommunen behövde hjälp och råd med rapportering av fynd samt att kunna skapa och underhålla en databas som lagrade uppgifter som framkommit vid kartläggningen och undersökningen. Dessa data ska kunna bearbetas och presenteras samt utgöra grund för

framtidsprognoser samt eventuella strategiska och politiskt lokala beslut för verksamheten. Två rapporter har tidigare sammanställts av Carolina Axelsson vid Högskolan Kristianstad.

I november 2010 hade Forskargruppen tillgång till 1203 genomförda genomförda förebyggande hembesök ifrån Osby kommun. Behovet av en delrapport för Osby kommun var stort och det beslutades att Forskargruppen åtog sig att sammanställa det material som inkommit.

Statistiska analyser

Till databearbetning användes mjukvaran PASW Statistics 18.0 (tidigare SPSS). Då variabler som analyserades var på nominalskalenivå, användes Chi-två (χ^2) test och om de var på ordinalskalenivå användes Mann-Whitney *U*-test för analys mellan grupperna. T-test användes om variabeln var på intervallskalenivå. Signifikansnivån sattes till 5%, det vill säga om P-värdet är mindre än 0.05 anses det föreligga en signifikant, statistiskt säkerställd, skillnad mellan grupperna. I de fall skillnaderna är signifikanta anges p-värdet med fet stil i tabellerna.

RESULTAT

Flertalet som ingått i undersökningen är kvinnor (56.2%) och medelåldern för hela gruppen är 81.7 år och flest ingår i gruppen 80 år och äldre (54.1%) (Tabell 1).

Tabell 1. Köns- och åldersfördelning.

		n=1203	
Kön			
Man, %		43.8	
Kvinna, %		56.2	
Ålder			
Medelålder (standarddeviation)		81.7 (4.8)	
Medianålder (första och tredje kvartilen)		80.0 (78.0-84.0)	
Ålder kategoriserat			
79 år och yngre, %		45.9	
80 år och äldre, %		54.1	
Antal personer i respektive ålder			Antal personer där nutritionsbedömning genomförts (startade 2010), n=217
74 år och yngre	20		6
75 år	19		3
76 år	57		32
77 år	89		61
78 år	126		55
79 år	241		59
80 år	79		
81 år	73		
82 år	74		
83 år	64		
84 år	61		1
85 år	44		
86 år	20		
87 år	57		
88 år	41		
89 år	42		
90 år	26		
91 år och äldre	67		

Signifikant fler män än kvinnor behövde hjälp för att tvätta, laga mat och städa. Det var en tendens till att fler kvinnor än män behövde hjälp med matinköp (icke signifikant)(Tabell 2).

Tabell 2. Beroende av hjälp i dagliga aktiviteter (ADL, Aktivieter i Dagligt Liv) och analys av skillnader mellan män och kvinnor.

Behöver hjälp med ADL-aktivitet:	Man, n=527, %	Kvinna, n=676, %	P-värde (X^2)	Totalt, n=1203
Tvätta	47.1	12.6	0.000	27.7
Matlagning	37.9	10.9	0.000	22.8
Städa	26.7	19.3	0.002	22.6
Matinköp	17.3	21.5	0.072	19.6
Bada/duscha	6.4	7.6	0.410	7.1
Av- och påklädning	2.5	2.1	0.657	2.3
Stiga upp/lägga sig i sängen	2.3	1.1	0.087	1.6
Toalettbesök	1.6	0.9	0.313	1.2

Kvinnor upplevde sitt hälsotillstånd signifikant sämre än männen. Fler kvinnor motionerade dagligen. Hörselproblem och användning av hörselhjälpmedel var signifikant vanligare bland männen medan kvinnorna oftare hade synproblem. Det var också vanligare med smärta ofta/ständigt hos kvinnorna jämfört med hos männen (Tabell 3).

Tabell 3. Allmänt hälsotillstånd och fysisk hälsa, analys av skillnader mellan män och kvinnor.

	Man, n=527, %	Kvinna, n=676, %	P-värde *	Totalt, n=1203
Allmänt hälsotillstånd			0.001	
Mycket dåligt	1.0	1.5		1.3
Ganska dåligt	8.1	16.1		12.6
Ganska gott	70.9	65.3		67.7
Mycket gott	20.0	17.1		18.4
Motionerar			0.001	
Aldrig	5.0	2.5		3.6
Mindre än en till två gånger/månad	0.8	0.4		0.6
Flera gånger i månaden	0.6	0.7		0.7
Flera gånger i veckan	9.1	5.4		7.0
Dagligen	84.6	90.9		88.1
Fysisk hälsa				
Upplever hörselproblem	60.3	44.3	0.000	51.3
Använder hörselhjälpmedel	34.6	22.0	0.000	27.5
Upplever synproblem	44.1	57.9	0.000	51.9
Använder synhjälpmedel	94.3	96.1	0.163	95.3
Smärta			0.000	
Nästan aldrig	38.6	30.2		33.9
Ibland	36.6	34.8		35.6
Ofta	14.1	17.3		15.9
Ständigt	10.7	17.7		14.6

* Chi-två och Mann-Whitney *U*-test

Kvinnorna var signifikant mindre nöjda med tillvaron, upplevde mer trötthet, nedstämdhet, oro/ångest och sov sämre än männen. Kvinnorna hade något oftare besök alternativt att de ringde oftare till andra än männen (Tabell 4).

Tabell 4. Psykisk hälsa och sociala kontakter, analys av skillnader mellan män och kvinnor.

	Man, n=527, %	Kvinna, n=676, %	P-värde *	Totalt, n=1203
Nöjd med tillvaron			0.015	
Mycket nöjd	39.7	33.5		36.2
Ganska nöjd	55.9	59.9		58.1
Ganska missnöjd	4.0	5.6		4.9
Mycket missnöjd	0.4	0.9		0.7
Trött			0.007	
Nästan aldrig	32.2	26.4		29.0
Ibland	49.6	49.8		49.7
Ofta	12.3	16.1		14.4
Ständigt	5.9	7.7		6.9
Nedstämd			0.000	
Nästan aldrig	76.2	62.7		68.6
Ibland	20.9	30.3		26.2
Ofta	2.1	5.8		4.2
Ständigt	0.8	1.2		1.0
Oro och ångest			0.000	
Nästan aldrig	83.4	75.3		78.8
Ibland	14.9	20.4		18.0
Ofta	1.7	3.9		2.9
Ständigt	0.0	0.4		0.3
Sover gott, ja	84.6	74.2	0.000	78.8
Du får besök, andra ringer till dig			0.007	
Aldrig/nästan aldrig	1.9	0.3		1.0
En gång i månaden	1.7	2.1		1.9
En gång i veckan	45.5	39.2		41.9
Dagligen	50.9	58.4		55.1
Du hälsar på, du ringer till andra			0.532	
Aldrig/nästan aldrig	2.1	2.9		2.5
En gång i månaden	3.5	5.7		4.7
En gång i veckan	50.2	43.4		46.4
Dagligen	44.2	48.0		46.3

* Chi-två och Mann-Whitney *U*-test

Det var inga skillnader mellan män och kvinnor avseende fasta läkarkontakter, användande av mediciner och önskemål om framtida vård och omsorg (Tabell 5).

Totalt sett var det fler som önskade vård och omsorg i sitt nuvarande boende (80.1%) och därefter var alternativet att flytta till särskilt boende vanligast (14.8%)(Tabell 5).

Tabell 5. Läkarkontakter och önskemål om omsorg, analys av skillnader mellan män och kvinnor.

	Man, n=527, %	Kvinna, n=676, %	P-värde (χ^2)	Totalt, n=1203
Har fast läkarkontakt	94.7	92.8	0.195	93.6
Använder mediciner	87.4	88.7	0.494	88.1
Önskemål om framtida vård och omsorg – för egen del			0.115	
Få vård och omsorg i ditt nuvarande boende	84.6	76.6		80.1
Få vård och boende i servicelägenhet	3.2	4.9		4.2
Få hjälp av barn / anhöriga / vänner	0.6	1.0		0.8
Flytta till särskilt boende	11.6	17.3		14.8

Kvinnor hade signifikant större problem med mobilitet-trötthet än männen. I individuella variabler hade kvinnorna mer problem med att ta sig ut, promenera ute i fint och även i dåligt väder samt att gå i trappor (Tabell 6).

Tabell 6. Mobilitet och trötthetsskala (Avlunds Mob-T-skala), analys av skillnader mellan män och kvinnor.

	Man, n=527, %	Kvinna, n=676, %	P-värde *	Totalt, n=1203
Kan du gå omkring inomhus i din bostad			0.236	
Nej	1.0	1.2		1.1
Ja, men det tar på krafterna	0.6	1.4		1.0
Ja	98.4	97.4		97.9
Kan du ta dig ut? (endast att komma ut, t.ex. på gården)			0.001	
Nej	1.2	3.5		2.5
Ja, men det tar på krafterna	1.0	2.7		1.9
Ja	97.9	93.8		65.6
Kan du resa dig från stolen/sängen?			0.623	
Nej	0.8	2.0		1.4
Ja, men det tar på krafterna	1.4	0.6		0.9
Ja	97.9	97.4		97.6
Kan du promenera utomhus i fint väder? (en timme)			0.025	
Nej	15.0	20.2		18.0
Ja, men det tar på krafterna	7.0	7.2		7.1
Ja	78.0	72.6		74.9
Kan du promenera utomhus i dåligt väder? (t.ex. i ishalka, regn, blåst, värmebölja – en timme)			0.001	
Nej	20.4	27.4		24.4
Ja, men det tar på krafterna	8.8	11.1		10.1
Ja	70.8	61.5		65.6
Kan du gå i trappor? (en trappa upp)			0.003	
Nej	5.2	8.1		6.9
Ja, men det tar på krafterna	11.3	15.3		13.6
Ja	83.5	76.5		79.6
Mobilitets-trötthetsskala totalt			0.001	
Medelvärde	10.9	10.5		10.8
(standardeviation)	(1.9)	(2.2)		(3.2)
Medianvärde	12.0	12.0		12
(första och tredje kvartilen)	(10.0-12.0)	(9.0-12.0)		(19-12)

* Mann-Whitney U-test samt T-test

Det var signifikant vanligare att kvinnor tog lugnande/sömnmedel/neuroleptika, läkemedel mot högt blodtryck och att de hade synnedsättning. Hörselnedsättning var signifikant vanligare hos männen. Sammantaget var det fler kvinnor som hade fallrisk enligt Downton fallrisk index än män (Tabell 7).

Tabell 7. Fallriskbedömning enligt Downton fallrisk-index, analys för skillnader mellan män och kvinnor.

	Man, n=527, %	Kvinna, n=676, %	P-värde (χ^2)	Totalt, n=1203
Har fallit tidigare	30.5	33.8	0.230	32.4
Intar något/flera av följande läkemedel				
Lugnande/sömnmedel/neuroleptika	8.7	20.7	0.000	15.5
Diuretika	24.0	27.5	0.179	26.0
Antihypertensiva (annat än diuretika)	51.6	59.0	0.013	55.8
Läkemedel för Parkinsons sjukdom	0.6	0.3	0.447	0.4
Antidepressiva läkemedel	4.3	4.2	0.937	4.2
Funktionsnedsättningar				
Synnedsättning	40.7	51.8	0.000	47.0
Hörselnedsättning	43.1	31.1	0.000	36.3
Nedsatt motorik	3.0	2.2	0.348	2.5
Kognitiv funktionsnedsättning	2.2	2.9	0.464	2.6
Osäker gångförmåga/saknas	9.5	11.9	0.169	10.9
Har risk för att falla enligt Downton	39.8	46.5	0.024	43.6

Det var signifikant vanligare att kvinnor hade vidtagit följande fallförebyggande åtgärder:

- fäst lösa sladdar
- använde inneskor med bakkappa
- hade halkmatta i dusch/bad
- sitter ner vid på-/avklädning
- undvek att klättra på stolar etc.

Tabell 8. Förebyggande av fallrisk, har brandvarnare i hemmet, fall senaste året – jämförelser mellan män och kvinnor.

	Man, n=527, %	Kvinna, n=676, %	P-värde (χ^2)	Totalt, n=1203
Har halkskydd under mattor	49.9	54.2	0.149	52.4
Har tagit bort (onödiga) mattor	40.4	43.7	0.271	42.3
Har fäst lösa sladdar	95.0	97.4	0.031	96.4
Torkar genast upp vid spill på golvet	96.9	95.5	0.358	96.1
Stadiga inneskor med bakkappa	19.4	28.7	0.002	24.7
Har halkmatta i badkar/dusch	48.2	57.8	0.004	53.6
Har handtag på vägg i bad/duschutrymme	35.3	41.8	0.084	39.0
Sitter ner vid på-/avklädning	40.3	51.8	0.001	46.8
Har telefon vid sängen	65.9	71.8	0.062	69.2
Föremål som används ofta är lättillgängliga	92.6	93.4	0.581	93.1
Undviker att klättra på stolar, pallar etc.	45.3	57.7	0.000	52.3
Har mediciner lättillgängliga	98.6	98.8	0.785	98.8
Har god belysning i bostaden	97.0	97.1	0.899	97.0
Trappor har stabila handtag	93.3	94.0	0.636	93.7
Har god belysning i trappan	98.9	98.8	0.857	98.8
Använder halkfria skor ute	95.9	97.2	0.232	96.6
Använder käpp och vid halka har den isdubb	35.7	39.6	0.228	37.9
Har brandvarnare i bostaden	93.8	93.0	0.559	93.4
Har fallit det senaste året?	28.0	27.6	0.892	27.8

Sammantaget var det fler kvinnor som hade måttlig/hög risk för felnäring (82.8%) än män (58.4%). Det var vanligare att kvinnor drog ner på/undvek viss mat och att de åt ensamma. Männerna åt mindre frukt och grönsaker än kvinnorna (Tabell 9).

Vanligt förekommande problemområden (fler än hos 40% och med poängen 2 eller mindre) var: att man inte ansåg sig väga "lagom mycket", att man åt för lite frukt och grönt, för lite kött/fisk/fågel, intog för lite mjölk/mjölksprodukter och att man drack mindre än 1000 ml/dag (Tabell 9).

Tabell 9. Näringstillstånd enligt instrumentet SCREEN-II, analys av skillnader mellan män och kvinnor. Siffrorna anger andelen som har fått två poäng eller mindre (indikerar risk) gällande specifik fråga.

	Man, n=113, %	Kvinna, n=105, %	P-värde *	Totalt, n=218
Nedsatt aptit	5.3	9.6	0.338	7.4
Hoppar över måltider	8.7	12.5	0.297	10.6
Drar ner på/undviker viss mat	9.7	24.8	0.011	17.0
Jag vet inte hur mycket jag väger eller om min vikt förändrats	1.0	2.2	0.530	1.6
Jag har gått upp i vikt	8.8	8.6	0.277	8.7
Jag har gått ner i vikt	8.8	6.6	0.574	7.3
Vikten förändrades fast jag inte ville det	1.8	2.0	0.939	1.9
Jag väger inte lagom mycket	45.0	49.0	0.561	46.9
Äter för lite frukt och grönt	92.0	92.4	0.028 §	92.2
Äter för lite kött/fisk/fågel	46.0	50.5	0.763	48.2
Intar för lite mjölk/mjölksprodukter	63.9	67.7	0.957	65.8
Dricker mindre än 1000 ml/dag	55.8	54.3	0.561	55.0
Har svårt för att svälja	10.7	18.1	0.426	14.3
Har svårt för att tugga	4.4	6.7	0.737	5.5
Använder måltidsersättning (näringdryck)	0.0	3.0	0.197	1.4
Äter ofta ensam	18.0	47.1	0.000	32.1
Har problem med att införskaffa matvaror	0.9	2.0	0.381	1.5
	n=51	n=90		n=141
Jag lagar själv maten och det är jobbigt	33.3	26.6	0.268	29.1
	n=70	n=14		n=84
Andra lagar maten, jag är inte nöjd med den	2.9	14.3	0.067	4.8
Risk för felnäring enligt SCREEN-II			0.000	
Ingen risk (54-64 poäng)	41.6	17.1		29.8
Måttlig risk (50-53 poäng)	30.1	31.4		30.7
Hög risk (mindre än 50 poäng)	28.3	51.4		39.4
Poäng på SCREEN-II				
Medelvärde (SD)	52.1 (5.5)	48.8 (5.5)	0.000	50.5 (5.7)
95% Konfidensintervall	51.1-53.1	47.7-49.9		49.7-51.3

* Chi-två och Mann-Whitney *U*-test

§ Vid detaljgranskning visar det sig att kvinnorna äter mer frukt och grönt än männen.

Fler kvinnor än män uppgav att uppväxtförhållandena präglade deras nuvarande förhållningssätt till mat och måltider. Det var även fler kvinnor som föredrog att äta eller fika ensamma än män (Tabell 10).

Tabell 10. Näringsrelaterade frågor, analys av skillnader mellan män och kvinnor.

	Man, n=113, %	Kvinna, n=105, %	P-värde *	Totalt, n=218
Uppväxtförhållanden har ganska mycket/mycket påverkat mitt nuvarande förhållningssätt till mat	20.7	36.6	0.019	28.3
Vilket anser/tror du är bra för personer som är 70 år eller äldre?			0.570	
Att ha lite övervikt	19.0	24.5		21.6
Varken ha över- eller undervikt	80.0	73.4		76.8
Vara mager/ha undervikt	1.0	2.2		1.5
Jag föredrar att äta ensam	7.2	17.3	0.024	12.0
Jag föredrar att fika ensam	6.3	15.3	0.034	10.5
Jag har under senaste året drabbats av sjukdom/sjukhusvistelse	24.5	15.8	0.117	20.4
Jag har under senaste året haft episoder av nedstämdhet	9.2	12.1	0.511	10.6
I allmänhet – hur är din hälsa				
Utmärkt	9.3	8.1	0.655	8.7
Mycket god	19.4	25.3		22.2
God	43.5	36.4		40.1
Någorlunda	19.4	24.2		21.7
Dålig	8.3	6.1		7.2
Vilket påstående passar bäst in på din situation?				
Jag har alltid tillgång till tillräckligt med bra och hälsosam mat för att orka vara så aktiv som jag klarar av att vara.	98.1	98.0	0.512	98.1
Jag har ibland en begränsad eller osäker tillgång till bra och hälsosam mat för att orka vara så aktiv som jag egentligen skulle klara av att vara.	1.9	1.0		1.4
Jag upplever ofta hunger eftersom jag inte har tillräcklig tillgång till bra och hälsosam mat för att orka vara så aktiv som jag egentligen skulle klara av att vara.	0.0	1.0		0.5
Jag får i mig tillräckligt med mat och dryck			0.239	
Alltid/ofta	100.0	95.1		97.6
Ibland	0.0	2.0		1.0
Sällan/aldrig	0.0	3.0		1.5

* Chi-två och Mann-Whitney *U*-test

Flertalet hade ingen insats för inköp av mat eller leverans av matlåda (Tabell 11).

Tabell 11. Nöjd med service, analys av skillnader mellan män och kvinnor.

	Totalt, n=218
Jag har hjälp från kommunen med inköp av mat och är...	
Alltid nöjd	1.1
Ofta nöjd	0.5
Aldrig nöjd	2.2
Har ej sådan insats	96.2
Jag har leverans av ”matlåda” och är...	
Alltid nöjd	2.2
Ibland nöjd	1.1
Ofta nöjd	0.6
Aldrig nöjd	1.1
Har ej sådan insats	95.0

Behov av insats/hjälp upptäcktes oftare hos kvinnor avseende psykisk funktion och hjälpmedel än hos männen i samband med det förebyggande hembesöket (Tabell 12).

Tabell 12. Behov uppmärksammades inom vissa områden, analys av skillnader mellan män och kvinnor.

Behov avseende	Man, n=527, %	Kvinna, n=676, %	P-värde (χ^2)	Totalt, n=1203
Hälsa	8.0	10.1	0.217	9.2
Social funktion	1.0	3.8	0.004	2.6
Psykisk funktion	0.8	2.5	0.032	1.8
Praktiska åtgärder	12.3	18.3	0.006	15.7
Hjälpmedel	8.4	12.7	0.026	10.8
Hjälp i hemmet	3.6	3.0	0.598	3.2
Färdtjänst	1.8	3.6	0.072	2.9
Bostadsanpassning	0.7	0.8	0.770	0.8
Behov som inte kan tillgodoses p.g.a. resursbrist	1.5	2.4	0.270	2.0

Fördelningen av män och kvinnor i de båda ålderskategorierna var lika (dvs. icke-signifikant skillnad). I den äldsta åldersgruppen var det signifikant större hjälpbehov avseende: att tvätta, matlagning, städa, matinköp och bad/dusch (Tabell 13).

Tabell 13. Beroende av hjälp i dagliga aktiviteter (ADL, Aktiviteter i Dagligt Liv) och analys av skillnader mellan ålderskategorier.

	≤79 år, n=552	≥80 år, n=650	P-värde (X ²)	Totalt, n=1202
Kön			0.688	
Man	44.4	43.2		43.8
Kvinna	55.6	56.8		56.2
Behöver hjälp med ADL-aktivitet:				
Tvätta	22.8	31.7	0.001	27.6
Matlagning	16.3	28.0	0.000	22.6
Städa	12.8	31.0	0.000	22.6
Matinköp	9.5	28.3	0.000	19.6
Bada/duscha	2.8	10.7	0.000	7.1
Av- och påklädning	1.5	3.0	0.092	2.3
Stiga upp/lägga sig i sängen	1.5	1.7	0.749	1.6
Toalettbesök	0.7	1.6	0.194	1.2

Att man upplevde sitt allmänna hälsotillstånd som dåligt, använde hörselhjälpmedel och hade synproblem var signifikant vanligare i den äldre åldersgruppen (Tabell 14).

Tabell 14. Allmänt hälsotillstånd och fysisk hälsa, analys av skillnader mellan ålderskategorier..

	≤79 år, n=552	≥80 år, n=650	P-värde *	Totalt, n=1202
Allmänt hälsotillstånd			0.000	
Mycket dåligt	1.5	1.1		1.3
Ganska dåligt	11.5	13.6		12.6
Ganska gott	62.1	72.4		67.7
Mycket gott	25.0	12.9		18.4
Motionerar			0.204	
Aldrig	2.4	4.7		3.6
Mindre än en till två gånger/månad	0.2	1.0		0.6
Flera gånger i månaden	0.4	0.9		0.7
Flera gånger i veckan	7.7	6.2		6.9
Dagligen	89.3	87.2		88.2
Fysisk hälsa				
Upplever hörselproblem	48.0	53.8	0.059	51.2
Använder hörselhjälpmedel	23.8	30.2	0.019	27.4
Upplever synproblem	45.0	57.1	0.000	51.9
Använder synhjälpmedel	96.2	94.6	0.230	95.3
Smärta			0.747	
Nästan aldrig	34.6	33.2		33.8
Ibland	35.8	35.6		35.7
Ofta	13.5	17.9		15.9
Ständigt	16.1	13.3		14.6

* Chi-två och Mann Whitney *U*-test

De äldsta (≥ 80 år) var mindre nöjda med tillvaron, tröttare, hade mer oro/ångest. Däremot sov de bättre och hade oftare besök eller att andra ringde till dom (Tabell 15).

Tabell 15. Psykisk hälsa och sociala kontakter, analys av skillnader mellan ålderskategorier.

	≤ 79 år, n=552	≥ 80 år, n=650	P-värde *	Totalt, n=1202
Nöjd med tillvaron			0.000	
Mycket nöjd	42.9	30.7		36.3
Ganska nöjd	51.5	63.7		58.1
Ganska missnöjd	4.9	5.0		4.9
Mycket missnöjd	0.7	0.6		0.7
Trött			0.005	
Nästan aldrig	33.0	25.6		29.0
Ibland	48.2	51.0		49.7
Ofta	12.1	16.4		14.4
Ständigt	6.8	7.0		6.9
Nedstämd			0.880	
Nästan aldrig	68.1	69.0		68.6
Ibland	27.5	25.1		26.2
Ofta	3.5	4.8		4.2
Ständigt	0.9	1.1		1.0
Oro och ångest			0.014	
Nästan aldrig	82.0	76.1		78.8
Ibland	15.2	20.3		18.0
Ofta	2.2	3.6		2.9
Ständigt	0.6	0.0		0.3
Sover gott, ja	75.3	81.7	0.007	78.8
Du får besök, andra ringer till dig			0.023	
Aldrig/nästan aldrig	1.7	0.5		1.0
En gång i månaden	1.3	2.5		1.9
En gång i veckan	44.7	39.5		41.9
Dagligen	52.4	57.5		55.2
Du hälsar på, du ringer till andra			0.242	
Aldrig/nästan aldrig	1.5	3.4		2.5
En gång i månaden	3.0	6.3		4.7
En gång i veckan	48.8	44.3		46.4
Dagligen	46.8	46.0		46.4

* Chi-två och Mann-Whitney *U*-test

Färre av de äldsta (≥ 80 år) hade fast läkarkontakt och flera använde läkemedel i jämförelse med den yngre åldersgruppen (≤ 79 år). Det var fler i äldsta åldersgruppen som kunde tänka sig att flytta till särskilt boende utifall ett behov av framtida vård och omsorg skulle uppstå och det var fler i den yngsta åldersgruppen som kunde tänka sig att få vård och boende i servicelägenhet. Totalt sätt var det flest som ville få vård och omsorg i sitt nuvarande boende (Tabell 16).

Tabell 16. Läkarkontakter och önskemål om omsorg, analys av skillnader mellan ålderskategorier.

	≤ 79 år, n=552	≥ 80 år, n=650	P-värde (X^2)	Totalt, n=1202
Har fast läkarkontakt	97.2	90.9	0.000	93.6
Använder mediciner	85.5	90.5	0.008	88.1
Önskemål om framtida vård och omsorg – för egen del			0.020	
Få vård och omsorg i ditt nuvarande boende	78.3	80.9		80.0
Få vård och boende i servicelägenhet	7.5	2.4		4.2
Få hjälp av barn / anhöriga / vänner	0.8	0.9		0.8
Flytta till särskilt boende	13.4	15.6		14.8

Totalt var det flest i äldsta åldergruppen som hade problem gällande mobilitet-trötthet skalan, så även i de individuella variablerna (Tabell 17).

Tabell 17. Mobilitet och trötthetsskala (Avlunds Mob-T-skala), analys av skillnader mellan ålderskategorier.

	≤79 år, n=552	≥80 år, n=650	P-värde *	Totalt, n=1202
Kan du gå omkring inomhus i din bostad			0.025	
Nej	0.4	1.7		1.1
Ja, men det tar på krafterna	0.7	1.3		1.0
Ja	98.9	97.0		97.9
Kan du ta dig ut? (endast att komma ut, t.ex. på gården)			0.000	
Nej	0.7	3.9		2.5
Ja, men det tar på krafterna	1.3	2.5		2.0
Ja	98.0	93.6		95.6
Kan du resa dig från stolen/sängen?			0.000	
Nej	0.7	2.0		1.4
Ja, men det tar på krafterna	0.6	1.3		0.9
Ja	98.7	96.7		97.6
Kan du promenera utomhus i fint väder? (en timme)			0.000	
Nej	11.3	23.6		18.0
Ja, men det tar på krafterna	4.4	9.4		7.1
Ja	84.3	67.0		74.9
Kan du promenera utomhus i dåligt väder? (t.ex. i ishalka, regn, blåst, värmebölja – en timme)			0.000	
Nej	15.0	32.3		24.4
Ja, men det tar på krafterna	8.9	11.1		10.1
Ja	76.2	56.6		65.5
Kan du gå i trappor? (en trappa upp)			0.000	
Nej	3.5	9.7		6.9
Ja, men det tar på krafterna	11.3	15.5		13.6
Ja	85.2	74.8		79.6
Mobilitets-trötthetsskala totalt			0.000	
Medelvärde	11.2	10.3		10.7
(standarddeviation)	(1.6)	(2.3)		(2.0)
Medianvärde	12	12		12
(första och tredje kvartilen)	(11-12)	(8-12)		(10-12)

* Mann-Whitney *U*-test samt T-test

Risk att falla var vanligast i den äldsta åldersgruppen liksom att man tidigare hade fallit. De äldsta använde oftare lugnande/sömnmedel/neuroleptika liksom diuretika. Syn- och hörselnedsättningar var också vanligare hos de äldsta (Tabell 18).

Tabell 18. Fallriskbedömning enligt Downton fallrisk-index, analys för skillnader mellan ålderskategorier.

	≤79 år, n=552	≥80 år, n=650	P-värde (X ²)	Totalt, n=1202
Har fallit tidigare	28.3	35.7	0.008	32.3
Intar något/flera av följande läkemedel				
Lugnande/sömnmedel/neuroleptika	12.9	17.8	0.023	15.6
Diuretika	18.5	32.2	0.000	26.0
Antihypertensiva (annat än diuretika)	53.6	57.6	0.177	55.8
Läkemedel för Parkinsons sjukdom	0.4	0.5	0.819	0.4
Antidepressiva läkemedel	4.1	4.3	0.850	4.2
Funktionsnedsättningar				
Synnedsättning	35.7	56.2	0.000	46.9
Hörselnedsättning	30.8	40.6	0.001	36.2
Nedsatt motorik	2.7	2.4	0.726	2.5
Kognitiv funktionsnedsättning	1.2	3.8	0.005	2.6
Osäker gångförmåga/saknas	10.7	11.1	0.932	10.9
Har risk för att falla enligt Downton	34.7	51.0	0.000	43.6

Fallförebyggande åtgärder var oftare genomförda i den äldsta åldersgruppen avseende (Tabell 19):

- halkskydd under mattor
- tagit bort (onödiga mattor)
- halkmatta i badkar/dusch
- handtag på vägg i bad/duschutrymme
- föremål som används ofta finns lättillgängliga
- undviker att klättra på stolar etc.
- använder käpp och vid halka isdubb på käppen

I den yngre åldersgruppen var följande fallförebyggande åtgärder vanligare (Tabell 19):

- har god belysning i bostaden
- trappor har stabila handtag
- brandvarnare i bostaden

Tabell 19. Förebyggande av fallrisk, har brandvarnare i hemmet, fall senaste året – jämförelser mellan ålderskategorier.

	≤79 år, n=552	≥80 år, n=650	P-värde (X ²)	Totalt, n=1202
Har halkskydd under mattor	47.8	56.4	0.004	52.4
Har tagit bort (onödiga) mattor	35.7	47.7	0.000	42.3
Har fäst lösa sladdar	96.6	96.2	0.764	96.4
Torkar genast upp vid spill på golvet	96.7	95.7	0.517	96.1
Stadiga inneskor med bakkappa	21.9	26.9	0.157	24.7
Har halkmatta i badkar/dusch	44.4	61.2	0.000	53.5
Har handtag på vägg i bad/duschutrymme	31.4	45.2	0.000	38.9
Sitter ner vid på-/avklädning	45.1	48.2	0.291	46.8
Har telefon vid sängen	67.6	70.7	0.340	69.3
Föremål som används ofta är lättillgängliga	89.9	95.6	0.001	93.0
Undviker att klättra på stolar, pallar etc.	39.9	62.6	0.000	52.4
Har mediciner lättillgängliga	98.7	98.8	0.870	98.8
Har god belysning i bostaden	98.3	96.1	0.029	97.0
Trappor har stabila handtag	8.2	4.8	0.028	6.3
Har god belysning i trappan	98.9	98.8	0.829	98.8
Använder halkfria skor ute	95.9	97.2	0.234	96.6
Använder käpp och vid halka har den isdubb	28.3	44.2	0.000	38.0
Har brandvarnare i bostaden	95.0	92.0	0.035	93.4
Har fallit det senaste året?	25.2	29.6	0.108	27.7

Behov av åtgärder identifierades signifikant oftare i den äldre åldersgruppen avseende (Tabell 20):

- praktiska åtgärder
- hjälpmedel
- hjälp i hemmet
- färdtjänst

Tabell 20. Behov uppmärksammades inom vissa områden, analys av skillnader mellan ålderskategorier.

Behov avseende	≤79 år, n=552	≥80 år, n=650	P-värde (χ^2)	Totalt, n=1202
Hälsa	9.4	9.1	0.878	9.2
Social funktion	1.8	3.3	0.106	2.6
Psykisk funktion	1.9	1.7	0.709	1.8
Praktiska åtgärder	12.5	18.4	0.006	15.7
Hjälpmedel	8.6	12.9	0.023	10.8
Hjälp i hemmet	1.4	5.0	0.001	3.2
Färdtjänst	1.2	4.4	0.002	2.9
Bostadsanpassning	0.8	0.7	0.983	0.8
Behov som inte kan tillgodoses p.g.a. resursbrist	2.2	1.8	0.686	2.0

DISKUSSION

Det primära med följande diskussion är att lyfta resultat som är särskilt intressanta i det hitintills insamlade underlaget. Således kommer mindre tyngd att läggas på att integrera och jämföra resultaten gentemot andra studier.

Trots att det inte var några skillnader i könsfördelningen i de båda ålderskategorierna (Tabell 13) visade det sig att kvinnor generellt tycktes vara mer ”sköra”. Exempel på resultat som stödjer detta antagande är att de upplevde sitt allmänna hälsotillstånd som sämre, att de var mindre nöjda med sin tillvaro, hade sämre psykisk hälsa, mer mobilitets-trötthetsproblem, mer fallrisk, oftare smärta och mer nutritionsproblem. Dock, gällande instrumentella aktiviteter i dagligt liv (IADL, tvätta, laga mat, städa) var männen mer beroende. De här skillnaderna mellan män och kvinnor beror sannolikt inte på skillnader i ålder eftersom könsfördelningen i de två ålderskategorierna var lika. Kvinnorna utgör i denna undersökning en särskild riskgrupp för ohälsa och det krävs särskilda insatser för att hjälpa kvinnorna i sin situation. Följaktligen sågs ett större behov av insatser för kvinnorna socialt, psykiskt, praktiskt och hjälpmedel (Tabell 12).

De äldsta (80 år och äldre) visades vara mer ”sköra” än de yngsta (79 år och yngre). Detta visades till exempel i att de var mer beroende både i IADL och i Personliga Aktiviteter i Dagligt Liv (PADL, bada/duscha), att de upplevde sitt allmänna hälsotillstånd som sämre, att de var mindre nöjda med sin tillvaro, hade sämre psykisk hälsa, mer mobilitets-trötthetsproblem, och mer fallrisk. Trots detta var det färre av de äldsta som uppgav att de hade en fast läkarkontakt, vilket är anmärkningsvärt. Förvånande var också att de yngsta sov sämre än de äldsta. Följaktligen sågs ett större behov av insatser för de äldsta avseende praktiska åtgärder, hjälpmedel, hjälp i hemmet och med färdtjänst (Tabell 23).

Från år 2010 infördes ett instrument för att bedöma näringstillstånd hos äldre personer i ordinärt boende (SCREEN-II). Detta instrument ger en indikation på om felnäring eller risk för felnäring föreligger, både hos personer med övervikt, normalvikt och hos personer med undervikt. Instrumentets validitet och reliabilitet är väl dokumenterad [6]. Den svenska versionen, motsvarande det kanadensiskt-engelska originalet, framställdes genom tvåpanel metoden [17] och testades i Osby kommun genom kvalitativ fälttestintervju, angående instrumentets förståelighet, relevans och användbarhet [18]. Att SCREEN II är ett instrument som inte bara indikerar risk för undernäring utan även risk för felnäring vid övervikt påvisades i rapporten [18].

Medianvärdet i SCREEN-II var 51 poäng, det är samma poäng som förelåg i en motsvarande undersökning i Canada [6]. I samma undersökning visades att 85%, enligt dietistens bedömning, av hemmaboende äldre var i riskzonen (måttlig/hög risk) för felnäring [6] vilket är något högre än förekomsten vi fann i denna studie (totalt 70% varav måttlig risk 31% samt hög risk 39%). Det är således många äldre som behöver få tips och råd angående hur de ska kunna minska risken för felnäring. Vanligt förekommande problemområden (fler än hos 40% och med poängen 2 eller mindre) var: att man inte ansåg sig väga ”lagom mycket”, att man åt för lite frukt och grönt, för lite kött/fisk/fågel, intog för lite mjölk/mjölksprodukter och att man drack mindre än 1000 ml/dag.

- Varje poäng i enskilda frågor som är 2 eller mindre indikerar ett område som bidrar till risk för felnäring. Insatser bör fokusera på dessa områden. Till exempel, om en person har 2 poäng eller mindre gällande att handla/köpa mat så bör bedömare informera om möjligheten att få hjälp med att handla mat eller att få ”matlåda” hemlevererad.
- Om ”måttlig risk” (50-53 poäng) föreligger indikerar detta ett behov av information, utbildning eller annan stödinsats.
- ”Hög risk” (mindre än 50 poäng) indikerar behov av information och utbildning samt behov av vidare konsultation av dietist och/eller läkare. Det är viktigt att beakta att en del personer redan har kontakt med dietist/läkare vilket bör kontrolleras innan man gör en ny konsultation.
- Diskutera med den äldre vilka kommunala resurser som kan hjälpa dem att minska risken.
- Hjälpt den äldre att ta kontakten; ge dem kontaktinformation eller kontakta dem själv.
- Följ upp för att se om den äldre personen har erhållit hjälp, om de stötte på hinder för att få servicen eller om ny/annan service är indikerad.
- ”I den bästa av världar” bör personer med hög risk för felnäring få kontakt med dietist eller läkare för en mer detaljerad bedömning. Detta är dock vanligen inte praktiskt genomförbart. Men, många äldre skulle vara hjälpta av kommunala insatser med syftet att övervinna risken för näringsproblem.
- Desto lägre poäng desto större risk. Äldre med mycket låg poäng kan vara hjälpta av flera olika konsultationer och är i hög grad i behov av kontakt med dietist.

Utifrån denna delrapport kan följande förslag till utveckling av verksamheten med förebyggande hembesök lämnas:

- I formulären (dokumenten som lämnas till högskolan för bearbetning och analys) bör det framgå om den äldre personen är ensam- eller sammanboende.
- Eftersom mest problem och mest behov av insatser förelåg hos dem som var 80 år eller äldre kan det vara av särskilt värde att satsa på att gå vidare med undersökningar i den äldsta ålderskategorin.
- SCREEN-II tillsammans med de andra specifikt tillagda frågorna rörande nutrition tycks vara viktiga bedömningar där mycket problem indikerats. Här behövs en strategi för åtgärder (se föregående punktlista) t.ex. informationsmaterial, kontakt med kommundietist och/eller remiss till primärvården. Kommunens dietist (Andreas Arvidsson) har redan varit i kontakt med rapportförfattaren (Albert Westergren) och planerar för ett möte med undersökande sjuksköterskor (Gun Oredsson och Inger Holmgren) i Osby Kommun.
- Rekommenderas att lägga till en sida i formulären (som sedan lämnas till högskolan för bearbetning) som berör vilka åtgärder som föreslås/vidtas gällande personer med risk för felnäring.

REFERENSER

1. SoL, 2001, *Socialtjänstlagen*, Socialdepartementet, Editor.
2. HsL, 1982, *Hälso- och sjukvårdslagen*, Socialdepartementet, Editor.
3. LSS, 1993, *Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade*, Socialdepartementet, Editor.
4. Socialdepartementet, 1997, *Lag om färdtjänst*.
5. Socialdepartementet, 1997, *Lag om riksfärdtjänst*.
6. Keller, H., Roy, R., Kanse, S-L., 2005, *Validity and reliability of SCREEN II (Seniors in the Community: Risk Evaluation for Eating and Nutrition, Version II)*. Eur J Clin Nutr 59: p 1149-1157.
7. Avlund, K., Vass, M. & Hendriksen, C., 2003, *Onset of mobility disability among community-dwelling old men and women. The role of tiredness in daily activities*. Age Ageing. 32(6): p. 579-84.
8. Avlund, K., Vass, M., Kvist, K., Hendriksen, C. & Keiding, N., 2007, *Educational intervention toward preventive home visitors reduced functional decline in community-living older women*. J Clin Epidemiol. 60(9): p. 954-62.
9. Vass, M., Avlund, K. & Hendriksen, C., 2007, *Randomized intervention trial on preventive home visits to older people: baseline and follow-up characteristics of participants and non-participants*. Scand J Public Health. 35(4): p. 410-7.
10. Vass, M., Avlund, K., Hendriksen, C., Andersen, C.K. & Keiding, N., 2002, *Preventive home visits to older people in Denmark: methodology of a randomized controlled study*. Aging Clin Exp Res. 14(6): p. 509-15.
11. Vass, M., Avlund, K., Hendriksen, C., Philipson, L. & Riis, P., 2007, *Preventive home visits to older people in Denmark--why, how, by whom, and when?* Gerontol Geriatr. 40(4): p. 209-16.
12. Vass, M., Avlund, K., Kvist, K., Hendriksen, C., Andersen, C.K. & Keiding, N., 2004, *Structured home visits to older people. Are they only of benefit for women? A randomised controlled trial*. Scand J Prim Health Care. 22(2): p. 106-11.
13. Vass, M., Avlund, K., Lauridsen, J. & Hendriksen, C., 2005, *Feasible model for prevention of functional decline in older people: municipality-randomized, controlled trial*. J Am Geriatr Soc. 53(4): p. 563-8.
14. Vass, M., Avlund, K., Siersma, V. & Hendriksen, C., 2009, *A feasible model for prevention of functional decline in older home-dwelling people--the GP role. A municipality-randomized intervention trial*. Fam Pract. 26(1): p. 56-64.
15. Downton, J.H., 1993, *Falls in the elderly*. London: Edward Arnold. 158 s.
16. Sverige. Statens räddningsverk, 2005, *Säkerhet i vardagen : tips och råd på äldre dar!* Karlstad: Räddningsverket. 37 s.
17. Westergren, A., Nilsson, M. & Hagell, P., 2007, *Adaptation of "Seniors in the community: Risk evaluation for eating and nutrition, Version II" (SCREEN II) for use in Sweden: Report on the translation process*. Högskolan Kristianstad (Klinisk patientnära forskning, ISSN 1654-1421:15). Tillgänglig: <http://hkr.diva-portal.org>.
18. Edfors, E., Westergren, A., 2010, "Om man ska ha mat, ska det vara god mat" - äldre personers upplevelser av mat och måltider i ordinärt boende. Högskolan Kristianstad (Klinisk patientnära forskning, ISSN 1654-1421: 27). Tillgänglig: <http://hkr.diva-portal.org>.