



PRO-CARE (Clinical Assessment Research & Education)  
Rapport 30

# Användarvänligheten för Minimal Eating Observation and Nutrition Form (MEONF-II)

— en pilotstudie genomförd med hjälp från studenter på  
sjuksköterskeprogrammet

Albert Westergren Professor i Omvårdnad  
Gita Hedin, Forskningsassistent



Forskargruppen PRO-CARE (Clinical Assessment Research & Education), tidigare Klinisk Patientnära Forskning med studentmedverkan i fokus bedriver sedan år 2005 forskning med inriktning mot patientsäkerhet och har sin bas på Högskolan Kristianstad, Sektionen för Hälsa och Samhälle.

#### Målsättning

Att med PRO-CARE, 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.



2011-01-03

Albert Westergren, Professor i Omvårdnad  
Gita Hedin, Forskningsassistent

Högskolan Kristianstad, 291 88 Kristianstad

---

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 studien var att undersöka samband mellan övervikt, risk för undernäring och ADL-status (Aktiviteter i Dagligt Liv). Syftet var också att undersöka användarvänligheten för MEONF-II, ett instrument för bedömning av risk för undernäring och övervikt/fetma. Vidare var syftet att högskolestudenter inom sjuksköterskeprogrammet skulle få träning i kritiskt tänkande och reflektion i kliniskt beslutsfattande och att introducera evidensbaserade verktyg för att underlätta beslut rörande patientsäkerhet.

Metod: Datainsamlingen utfördes av sjuksköterskestudenter under verksamhetsförlagd utbildning på sjukhus, särskilt boende och inom hemsjukvård hösten 2010. Även kliniska adjunkter/kliniska lärare, personal på sjukhus i särskilda boenden och i hemsjukvården medverkade till att genomföra datainsamlingen. Studenterna fick genom datainsamlingen träning i att ge information till personal och patient/vårdtagare, sammanställa resultat från enheten/avdelningen, samt att återrapportera och reflektera över resultaten. Bedömning gjordes av ADL-status med målsättningen att varje student skulle bedöma 2 eller 3 vårdtagare med olika grad av beroende av hjälp i ADL. Screening av risk för undernäring gjordes därefter med hjälp av bedömningsinstrumentet MEONF-II (Minimal Eating Observation and Nutrition Form – Version II). Vidare utvärderade studenterna MEONF-II:s användarvänlighet och sin egen medverkan till studien.

Resultat: Totalt ingick 255 vårdtagare med en medelålder på 78 år och 58% var kvinnor. Sambandet mellan risk för undernäring och ADL-status var signifikant, så till vida att desto mer beroende vårdtagaren var desto större risk hade de för undernäring. Det fanns inget samband mellan övervikt/fetma och ADL-status. Däremot fanns det ett signifikant negativt samband mellan övervikt/fetma och risk för undernäring. Det vill säga, desto större risk för undernäring desto mindre är risken att samtidigt ha övervikt/fetma. Generellt bedömdes MEONF-II, dess manual och åtgärdsförslag vara användarvänliga och relevanta, oberoende av vårdtagarens ADL-status. Studenterna upplevde att informationen innan studien varit tillräcklig och att de genom sin medverkan fått en bättre vetenskaplig förståelse.

Konklusion: De patienter/vårdtagare som hade hög risk för undernäring hade även större behov av hjälp. En grupp som ej får bli förbisedd är de patienter/vårdtagare som har fetma men ändå risk för undernäring. Bedömningsinstrumenten tycks vara användbart och enkelt att använda. För studenterna upplevs det generellt som positivt att medverka i faktiska forskningsprojekt.

Nyckelord: ADL-status, MEONF-II, sjukhus, särskilt boende, hemsjukvård, riskbedömning, nutrition, ätande, studentmedverkan.

## Summary

The aim of this study was to explore associations between overweight/obesity, risk for undernutrition and ADL (Activities of Daily Living). The aim was also to explore the user-friendliness of MEONF-II, an instrument for undernutrition risk screening and assessment of overweight/obesity. In addition, the aim was to let nursing students get training in critical thinking and reflection in clinical decision making and to introduce evidence based tools facilitating decision making in relation to patient safety.

Methods: Data collection was made by nursing students during their clinical education at hospitals, special accommodations and in home help care in the autumn year 2010. Also clinical teachers and staff at the clinical settings cooperated during data collection. The students had to give information to the staff, the care recipient, compile results for the ward/unit, and reflect over and give feed-back to the staff. Assessments were made of ADL-status with the goal that each student should assess two or three care recipients with different levels of ADL dependency. Thereafter screening of undernutrition risk and overweight/obesity was made using the MEONF-II (Minimal Eating Observation and Nutrition Form – Version II). In addition, the students evaluated the user-friendliness of MEONF-II and their own participation in the research project.

Results: In total 255 care recipients participated, mean age 78 years and 58% were women. The association between undernutrition risk and ADL-status was significant. Thus, persons with more dependency were more likely to be at risk for undernutrition. There was no association between overweight/obesity and ADL-status. However, there was a significant, negative, association between overweight/obesity and risk for undernutrition. That means, the higher the risk is for undernutrition the lower is the risk that the person is overweight/obese. In general, MEONF-II, its manual and the suggested measures were regarded user-friendly and relevant, independent of the care recipients ADL-status. The students experienced the information before the study as sufficient and that they through participating achieved a better understanding for research.

Conclusion: Care recipients at higher risk for undernutrition often have more dependency in daily activities. Many patients that are at undernutrition risk are also overweight/obese. It is important to consider the nutritional need also for those being overweight/obese in order to prevent them to become undernourished. The screening tool (MEONF-II) seems useful and easy to use. For the students it was positive to participate in an actual research project.

Keywords: ADL-status, MEONF-II, hospital, special accommodation, home health care, screening, nutrition, eating, student participation.

## Innehåll

Sammanfattning .....	3
Summary .....	4
Förord.....	6
Inledning.....	7
Bakgrund.....	8
MEONF-II (Minimal Eating Observation Form – Version II) .....	9
ADL (Aktiviteter i Dagliga Livet).....	9
Syfte .....	10
Metod.....	10
Urval.....	10
Instrument .....	10
Resultat. ....	12
Diskussion.....	16
Referenser .....	18
Bilaga 1, Förenklat ADL-status enligt Katz.....	20
Bilaga 2, MEONF-II (Minimal Eating Observation and Nutrition Form – Version II).....	21
Bilaga 3, Gradering av högt BMI .....	21
Bilaga 3, Fälttest av MEONF .....	24
Bilaga 4, Studentutvärdering .....	25

## **Förord**

Tack till

- Personal och studenter som medverkat vid sjukhusen i Kristianstad, Helsingborg, Hässleholm, Karlshamn, Simrishamn, Ängelholm och Ystad.
- Kommunerna i Kristianstad, Helsingborg, Hässleholm, Bromölla, Östra Göinge, Perstorp och Osby.
- Kliniska adjunkter och kliniska lärare samt handledare.

## **Inledning**

Denna rapport är en del av en större satsning på patientsäkerhet i ett unikt samarbete mellan PRO-CARE (Clinical Assessment Research & Education), tidigare "Forskargruppen för Klinisk Patientnära Forskning – med Studentmedverkan i Fokus", Högskolan Kristianstad, sjuksköterskeprogrammet samt sjukhus och kommuner. Tidigare har större prevalensstudier gjorts som fokuserat på trycksår, nutrition, hygien/sår-mikrobiologi, fallrisk samt smärta, av dessa har betydande förbättringar av vårdrutiner noterats (Ulander et al. 2006; Westergren et al. 2008; 2009a; 2009b; 2009c; Westergren & Hedin, 2010). Denna rapport är den första i raden som fokuserar på screening av risk för undernäring, fetma/övervikt genom att använda MEONF-II hos vårdtagare vid sjukhus, särskilt boende och hemsjukvård, samt att mäta ADL-status.

## Bakgrund

Undernäring är ett tillstånd som förekommer hos ca var tredje patient/vårdtagare på sjukhus eller boenden inom äldreomsorgen i Sverige. Undernäring försämrar individens livskvalitet, ökar vårdbehovet och förkortar livet. För att förebyggande eller behandlande åtgärder ska kunna sättas in för patienten/vårdtagaren med risk för eller redan utvecklad undernäring behöver de kunna identifieras. För att kunna göra detta behövs ett tillförlitligt bedömningsinstrument, samt att personalen i så stor utsträckning som möjligt bedömer lika. Det krävs även att bedömningsinstrumentet innefattar indikationer som är av betydelse för det som ska mätas (Socialstyrelsen, 2000). Enligt Swedish Society for Clinical Nutrition and Metabolism (SWESPEN, 2006) är målet att befrämja hälsa och förebygga sjuklighet som är relaterat till kosten bland annat genom att upptäcka/minska undernäring hos äldre. Avgörande faktorer för en framgångsrik behandling vid undernäring är att:

- Nutritionsbehandling betraktas på samma sätt som annan medicinsk behandling och vård.
- All personal har kunskap om nutritionsbehandling och åtgärder vid ätproblem.
- Alla vårdenheter har rutiner för bedömning av näringstillstånd, utredning, behandling, uppföljning, dokumentation och vidareberapportering.

Självklart ska även patientens/vårdtagarens värderingar, rätt till självbestämmande och behov av delaktighet beaktas i all behandling.

Enligt SWESPEN (2006) kan bedömningen baseras på en sammanvägning av följande faktorer:

- Ofrivillig viktförlust (oavsett tidsförlopp och omfattning).
- Ätsvårigheter (ex. aptitlöshet, sväljnings/tuggsvårigheter, orkeslöshet och motoriska störningar).
- Undervikt (dvs. Body Mass Index BMI (vikt i kg/längd i m upphöjt i kvadrat): <20 om >70 år eller <22 om 70 år).

Om förekomst av en eller framför allt flera av faktorerna ska basal utredning och bedömning av bakomliggande tillstånd genomföras.

Undernäring beror på en obalans mellan intag och förbrukning av energi och näring. Obalansen kan orsakas av ätsvårigheter eller störd tarmfunktion som hindrar intaget respektive upptaget av näring. Det kan även vara så i vissa fall att det föreligger förändringar i ämnesomsättningen i samband med sjukdom som leder till nedbrytning av kroppens energi- och näringsförråd, s.k. katabolism. Bedömning av energi- och näringsintag ska göras i relation till individuellt energibehov (SWESPEN, 2006).

För att undernäring ska kunna förebyggas eller behandlas är det nödvändigt att individer som kommer i kontakt med sjukvård eller äldreomsorg genomgår en nutritionsbedömning av screeningkaraktär. Ett minimum är att Body Mass Index (BMI) mäts, att viktförlust bedöms, och att mun- och ätproblem bedöms och dokumenteras. BMI är ett accepterat mått för att gradera undervikt och övervikt (Socialstyrelsen, 2000). Undernäring har en stor klinisk betydelse. Får människan inte tillräckligt med nutrition under en längre tid, så dör vi. I takt med att organismen försvagas så ökar risken för sjukdom och komplikationer. Undernäring påverkar psykologiska aspekter, ger ökat sömnbehov, nedsatt lungfunktion, försvagad



hjärtfunktion, reducerad funktion i mag- och tarmkanal, samt försämrar kroppens immunförsvar (Hessov, 2001).

Det finns flera åtgärder som kan underlätta för patientens/vårdtagarens ätande, t.ex.:

- Matning och måltidsassistans.
- En bra sittställning under måltiden.
- Ätträning.
- Att maten serveras med lämplig konsistens.

När bedömning gjorts och åtgärder vidtagits är det viktigt att nutritionsbehandlingen följs upp (SWESPEN, 2006).

I denna studie har bedömningsinstrumentet Minimal Eating Observation and Nutrition Form II (MEONF II) använts för att bedöma risk för undernäring och övervikt/fetma hos patienter/vårdtagare (bilaga 1).

### **MEONF-II (Minimal Eating Observation Form – Version II)**

Nationella rekommendationer för vilka minimikriterier som ska gälla för att initialt bedöma (screena) risk för undernäring kom 2004, för att gälla både inom vård- och omsorg. I dessa kriterier ingår; ofrivillig viktninskning, lågt BMI (<20 om 69 år eller yngre, eller <22 om 70 år eller äldre) samt förekomst av ätproblem (SWESPEN, 2006). I MEONF-II ingår en bedömning av de tre kriterierna: ofrivillig viktförlust, lågt BMI (alternativt kort vdomkrets) och ätproblem. Bedömningen av ätproblem baseras på ett tidigare utvecklat instrument, Minimal Eating Observation Form – Version I (Westergren et al., 2002) som sedan vidare utvecklats till MEOF II. MEOF II har utvecklats genom faktoranalys, testats avseende mellanbedömarreliabilitet samt undersökts avseende dess prediktiva förmåga för ofrivillig viktninskning samt lågt BMI, och har visat hög validitet och reliabilitet (Westergren et al., 2009b). Förutom de tre kriterierna (viktförlust, vdomkrets, BMI, ätproblem) ingår också en bedömning av kliniska tecken i MEONF-II. En bedömning görs även av övervikt/fetma (Vallén, Hagell & Westergren, 2010).

### **ADL (Aktiviteter i Dagliga Livet)**

Hulter Åsberg (1990) beskriver ADL som aktiviteter som är gemensamma för i stort sett alla människor och som vi måste utföra regelbundet för att leva ett självständigt liv. ADL är indelat i fyra "grupper".

1. *Personligt* ADL = *primärt* ADL; aktiviteter som har med vården av den egna personen att göra (ex. födointag, toalettbesök, badning).
2. *Instrumentellt* ADL = *sekundärt* ADL; aktiviteter som har med boendet eller fritiden att göra (ex. matlagning, städning, inköp).
3. *Kommunikation* i tal och skrift kan räknas som personlig ADL, medan kommunikation med allmänna kommunikationsmedel kan räknas till instrumentell ADL.
4. *Yrkesarbete respektive fritidsverksamhet* är en viktig del av individens dagliga liv och räknas även det till ADL-begreppet.

ADL-förmågan är en del av vardagen som vi oftast inte tänker på så länge det fungerar. Vårdbehovet uppkommer när man blir ofrivilligt beroende av en annan

människas hjälp. ADL-förmågan undersöks och bedöms på olika sätt, det vanligaste är en kombination av tre sätt.

1. *Självskattning*, innebär att personen ifråga själv uppger muntligt om han/hon är beroende/oberoende av hjälp för att utföra de dagliga aktiviteterna.
2. *Observation*, utförs av en bedömare, som observerar vad patienten/vårdtagaren ifråga *faktiskt gör*.
3. *Test*, utförs på uppmaning av en bedömare som observerar i en testsituation.

ADL-trappan är en metod för att bedöma ADL-förmågan, för att följa förbättringar och försämringar, för att utvärdera vårdresultat samt för att prognostisera vårdbehovet i framtiden. ADL-trappan är ett index, ett sammanfattande mått på människans förmåga att klara de dagliga aktiviteterna utan hjälp av andra personer. Bedömning av ADL-förmåga görs för att beskriva och förstå patientens vårdbehov samt för att beskriva och förstå vårdarens vårdtyngd. Indexet kallas för Katz ADL-index, efter den läkare som utvecklade instrumentet (Hulter Åsberg, 1990).

## **Syfte**

Syftet med studien var att undersöka samband mellan övervikt, risk för undernäring och ADL-status. Syftet var också att undersöka användarvänligheten för MEONF-II, ett instrument för bedömning av risk för undernäring och övervikt/fetma. Vidare var syftet att högskolestudenter inom sjuksköterskeprogrammet skulle få träning i kritiskt tänkande och reflektion i kliniskt beslutsfattande och att introducera evidensbaserade verktyg för att underlätta beslut rörande patientsäkerhet.

## **Metod**

### **Urval**

År 2010 under en dag, inkluderades de patienter/vårdtagare där sjuksköterskestudenter utförde sin verksamhetsförlagda utbildning (VFU), som inte avböjde att medverka, och som var inskrivna vid avdelningen då studien skulle utföras. Totalt ingick 255 patienter/vårdtagare i studien. Varje student skulle bedöma två till tre patienter/vårdtagare fördelade på nästan oberoende, delvis beroende, nästan helt beroende av hjälp i ADL.

### **Instrument**

Ett förenklat ADL-status användes, baserat på Katz ADL-status (bilaga 1). I det förenklade ADL-statuset ingick bedömning av badning/dusch, på- och avklädning, toalettbesök, förflyttning, kontinens och födointag. Om personen var beroende i max två ADL-funktioner bedömdes det som nästan helt/helt oberoende, beroende i tre till fyra funktioner ansågs som delvis beroende och vid beroende i fem till sex funktioner ansågs "nästan helt beroende" föreligga.

Screeningen av risk för undernäring gjordes med hjälp av bedömningsinstrumentet MEONF-II (bilaga 2). Vid summering erhålls en poäng från noll till åtta där högre poäng indikerar högre risk. Den summerade poängen från MEONF-II kategoriseras enligt följande:

0-2 poäng = ingen/låg risk för undernäring

3-4 poäng = måttlig risk för undernäring

>5 poäng = hög risk för undernäring

Studenterna gjorde även en bedömning av användarvänligheten gällande MEONF-II liksom att de utvärderade sin egen medverkan i studien.

#### Etik

Medgivande till att delta i studien inhämtades genom ett informerat samtycke.

Information gavs både muntligt och skriftligt. Inga uppgifter om namn och personnummer samlades in för att säkerställa vårdtagarnas anonymitet. Studien bedrevs som ett utvecklingsprojekt vilket innebär att inget godkännande från någon etisk kommitté krävdes, enligt förordningen om etikprövning av forskning som avser människor ([www.riksdagen.se](http://www.riksdagen.se)).

## Resultat

Det var 255 vårdtagare (sjukhus 69%, särskilt boende 19%, hemsjukvård 12%) som ingick i studien. Deltagarna hade en medelålder på 77.8 år (SD 13.6, min 20 och max 100 år) och 58% av vårdtagarna var kvinnor.

Nästan oberoende (beroende i max 2 ADL-aktiviteter) var 46%, delvis beroende (beroende av hjälp i 3-4 ADL-aktiviteter) var 28% och nästan helt beroende (beroende i 5-6 ADL-aktivieter) var 26%.

Andelen med risk för undernäring hade samband med beroendegrad i ADL på så sätt att desto mer beroende i ADL desto större risk för undernäring (Tabell 1). En sambandsanalys bekräftade att detta samband var signifikant (Spearmans korrelationskoefficient  $r_s = 0.233$ , p-värde  $<0.0005$ ).

**Tabell 1.** Andelen patienter/vårdtagare fördelat på ADL-status och risk för undernäring (enligt Minimal Eating Observation and Nutrition Form – Version II, MEONF-II)(n=255).

		ADL-status		
		Nästan oberoende av hjälp (n= 117), %	Delvis beroende av hjälp (n= 72), %	Nästan helt beroende av hjälp(n= 66), %
MEONF-II	Ingen/låg risk för UN	64	44	38
	Måttlig risk för UN	12	21	15
	Hög risk för UN	24	35	47

UN=Undernäring, ADL=Aktiviteter i Dagligt Liv

Det var 48% som inte hade övervikt, 36% som hade övervikt, 15% som hade fetma och 1% som hade svår/sjuklig fetma. Totalt hade 209 vårdtagare bedömts både avseende övervikt och ADL-status. Det fanns en tendens till att övervikt/fetma var något vanligare hos personer som var nästan helt beroende av hjälp i ADL (Tabell 2). En sambandsanalys visade dock inte på något signifikant samband mellan övervikt/fetma och ADL-status (Spearman's korrelationskoefficient  $r_s = 0.052$ , p-värde = 0.453).

**Tabell 2.** Andelen patienter/vårdtagare fördelat på ADL-status och övervikt/fetma. (n=209).

	ADL-status		
	Nästan oberoende av hjälp (n= 95), %	Delvis beroende av hjälp (n= 62), %	Nästan helt beroende av hjälp(n= 52), %
Ingen övervikt	48	53	39
<b>MEONF-II</b> Övervikt	37	29	46
Fetma	15	18	15
Svår/sjuklig fetma	0	0	0

MEONF-II = Minimal Eating Observation and Nutrition Form – Version II  
ADL=Aktiviteter i Dagligt Liv

Andelen med övervikt/fetma var högst i gruppen med ingen/låg risk för undernäring. Men, det förekom vårdtagare med övervikt/fetma i samtliga grupper med risk för undernäring (Tabell 3). En sambandsanalys visade ett signifikant negativt samband mellan övervikt/fetma och risk för undernäring (Spearman's korrelationskoefficient  $r_s = -0.292$ , p-värde <0.005).

**Tabell 3.** Övervikt/fetma i relation till risk för undernäring.

	MEONF-II		
	Ingen/låg risk för UN, (n=115), %	Måttlig risk för UN, (n=32), %	Hög risk för UN, (n=69), %
Ingen övervikt	34	56	68
<b>MEONF-II</b> Övervikt	46	28	22
Fetma	18	16	10
Svår/sjuklig fetma	2	0	0

MEONF-II = Minimal Eating Observation and Nutrition Form – Version II

Instrumentet (MEONF-II), manualen och åtgärdsförslagen som var kopplade till MEONF-II bedömdes vara ungefär lika användarvänligt oberoende av vårdtagarens ADL-status. Det fanns möjligen en viss tendens till att det var något svårare att använda hos vårdtagare med nästan helt beroende av hjälp (Tabell 4).

**Tabell 4.** Användarvänligheten för MEONF-II i relation till vårdtagarnas ADL-status.

	<b>ADL-status</b>		
	Nästan oberoende av hjälp (n= 105)	Delvis beroende av hjälp (n= 64)	Nästan helt beroende av hjälp (n= 58)
Tidsåtgång, minuter, median	10	10	10
Var manualen lätt att förstå, %	94	94	95
Var frågorna lätta att förstå, %	95	95	91
Var frågorna lätta att besvara, %	96	89	91
Var frågorna relevanta, %	94	95	91
Var åtgärdsförslagen lätta att förstå, %	98	98	98
Var åtgärdsförslagen relevanta, %	94	94	91

MEONF-II = Minimal Eating Observation and Nutrition Form – Version II  
 ADL=Aktiviteter i Dagligt Liv

De flesta ansåg att informationen innan studien och att de skriftliga instruktionerna var tillräckliga. De flesta ansåg också att de fått en bättre vetenskaplig förståelse genom att ha medverkat till studien liksom att flertalet ansåg att deras kunskaper ökade om ätande och näring. Däremot var det få som ansåg att deras intresse ökat för ätande och näring (Tabell 5).

**Tabell 5.** Studenternas utvärdering av att ha medverkat till studien.

	<b>Kurs 6, (n= 23), %</b>	<b>Kurs 16, (n= 59), %</b>
Informationen före studien var utmärkt/tillräcklig	86	97
De skriftliga instruktionerna var tillräckliga	86	90
Jag har fått bättre vetenskaplig förståelse genom att medverka till studien	74	62
Undersökningen ökade mitt intresse för ätande och näring	36	32
Undersökningen ökade mina kunskaper om ätande och näring	64	44

## Diskussion

Totalt ingick 255 vårdtagare med en medelålder på 78 år och 58% var kvinnor. Sambandet mellan risk för undernäring och ADL-status var signifikant, så till vida att desto mer beroende vårdtagaren var desto större risk hade de för undernäring. Det fanns inget samband mellan övervikt/fetma och ADL-status. Däremot fanns det ett signifikant negativt samband mellan övervikt/fetma och risk för undernäring. Det vill säga, desto större risk för undernäring desto mindre är risken att samtidigt ha övervikt/fetma. Generellt bedömdes MEONF-II, dess manual och åtgärdsförslag vara användarvänliga och relevanta, oberoende av vårdtagarens ADL-status. Studenterna upplevde att informationen innan studien varit tillräcklig och att de genom sin medverkan fått en bättre vetenskaplig förståelse.

Det var 32% av respondenterna som hade övervikt/fetma och samtidigt hög risk för undernäring. Dessa respondenter är en grupp som studenterna "missade". Studenterna kommenterade att har man fetma borde man inte behöva bedömas för undernäring.

*"Ser du denna patient ser du direkt att han inte har risk för undernäring, vilket MEONF visar att han har."*

*"För att vara med i denna studie kanske det ska vara ett kriterium att de inte ska ha överviktsproblematik."*

Detta är något som behöver lyftas i utbildningen, dvs. att även en patient med övervikt/fetma kan ha risk för undernäring. Idag talar man t.ex. om sarkopen obesitas. Sarkopeni innebär en förslut av muskelmassa, muskelstyrka och muskelfunktion. Något som kan föreligga även om personen är överviktig/har fetma.

Undersökningen visade på förväntade samband mellan risk för undernäring och grad av beroende och mellan övervikt och risk för undernäring och på ett förväntat icke-samband mellan övervikt och ADL-status.

Majoriteten av studenterna svarar att bedömningsmanualerna var lätta att förstå, att åtgärdsförslagen var lätta att förstå/relevanta oavsett hur oberoende/beroende av hjälp respondenterna var. Den genomsnittliga tidsåtgången för varje students bedömning var 10 minuter. Detta tyder på att instrumentet är användarvänligt och att det utifrån bedömningen bör vara lätt att sätta in adekvata åtgärder utifrån de förslag som är kopplade till respektive riskgrupp.

Genom studenternas medverkan i studien under sin verksamhetsförlagda utbildning (VFU) har det skett en akademisering och vetenskaplig förankring av VFU:n. Deltagande i reella forskningsprojekt har betydelse för sjuksköterskestudenters vetenskapliga förståelse.

Konklusion: De patienter/vårdtagare som hade hög risk för undernäring hade även större behov av hjälp. En grupp som ej får bli förbisedd är de patienter/vårdtagare som har fetma men ändå hög risk för undernäring. Bedömningsinstrumenten tycks



vara användbart och enkelt att använda. För studenterna upplevs det generellt som positivt att medverka i faktiska forskningsprojekt.

## Referenser

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

Hulter Åsberg, K. (1990). *ADL-trappan*. Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2000:11). *Näringsproblem i vård och omsorg. Prevention och behandling*. Socialstyrelsen.

SWESPEN (Swedish Society for Clinical Nutrition and Metabolism), Dietisternas Riksförbund, Nutritionsnätet för sjuksköterskor, Svensk förening för Klinisk Nutrition. (2006). *Nutritionsbehandling i sjukvård och omsorg*.

Ulander K, Westergren A, Axelsson L, Lindholm C. (2006) Building practice knowledge by assessing eating and malnutrition in a point prevalence study. ESPENconference, Istanbul 19-22 Oct, 2006. *Clinical Nutrition*, page 141.

Vallen C, Hagell P, Westergren A. (2010) Validity and user-friendliness of the The Minimal Eating Observation Form – Version II (MEONF-II) for undernutrition risk screening. *Food & Nutrition Research*. 54:5801, DOI: 10.3402/fnr.v54i0.5801.

Westergren, A., Unosson, M., Ohlsson, O., Lorefält, B. & Hallberg, I. R. (2002). Eating difficulties, assisted eating and nutritional status in elderly (> or = 65 years) patients in hospital rehabilitation. *Int J Nurs Stud*, 39, 341-51.

Westergren. A, et al. (2008). Prevalence of eating difficulties and malnutrition among persons within hospital care and special accommodations. *J Nutr Health Aging*; 12(1):39-43.

Westergren. A. (2009a). Vikten av mat för vikten, hälsan och välbefinnandet. *Nordisk Geriatrik* 5: 32-39.

Westergren. A, et al. (2009b). Minimal Eating observation form: Reliability and Validity. *J Nutr Health Aging*, 13, 6-12.

Westergren. A. et al. (2009c). Malnutrition prevalence and precision in nutritional care differed in relation to hospital volume – a cross-sectional survey. *Nutritional Journal*:8:20,doi:10.1186/1475-2891-8-20.

Westergren. A, et al. (2009d). "Study circles improve the precision in nutritional care in special accommodations." *Food Nutr Res* Sep 23;53. doi: 10.3402/fnr.v53i0.1950.

Westergren, A, Hedin, G. (2010) Do study circles and a nutritional care policy improve nutritional care in a short- and long term perspective in special accommodations? *Food Nutr Res* Sep 24;54. doi: 10.3402/fnr.v54i0.5402.

## **Elektroniska källor**

[www.riksdagen.se](http://www.riksdagen.se) (läst 2010-11-16).

<http://www.swespen.se/documents/Nutritionshandboken.pdf> (läst 2010-11-16).

**Förenklat ADL-status enligt Katz**  
(ett per patient/vårdtagare)

Markera med kryss i kolumnerna till höger:

	Behöver hjälp helt/delvis. Beroende:	Behöver ingen hjälp. Oberoende:
BADNING (ta sig till tvättplats, tvätta hela kroppen, i dusch, eller med tvättlapp vid handfat)		
PÅ- OCH AVKLÄDNING (ta sig till låda eller skåp, ta fram kläder, ta av och på kläderna)		
TOALETTBESÖK (ta sig till toaletten, komma på och av toalettstolen, torka sig, tvätta sig, ordna kläderna)		
FÖRFLYTTNING (ta sig ur sängen till en stol eller mellan två stolar = överflyttning av kroppen)		
KONTINENS (fysiologisk tömning av blåsa och tarm: Inkontinens = ofrivillig urin- eller facesavgång. Hygien, toalettbesök och förstoppning räknas ej)		
FÖDOINTAG (få mat från tallrik eller dyligt in i munnen. Hygien och bordsskick bedöms ej)		
Summera antalet ADL-funktioner som personen är beroende i (behöver helt/delvis hjälp med)(Min = 0 kryss, Max = 6 kryss) <b>SUMMA:</b>		

- Nästan helt beroende – behöver hjälp med 5-6 ADL funktioner  
 Delvis beroende – behöver hjälp med 3-4 ADL funktioner  
 Nästan helt/helt oberoende – beroende i max 2 ADL-funktioner

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

Patient/Vårdtagare:		Längd i meter: Vikt i kilo: BMI, vikt (kg)/längd i kvadrat (m <sup>2</sup> ):	
			<b>POÄNG</b>
1	<b>Har ofrivillig viktförlust (oavsett tid &amp; omfattning)</b>	Ja, viktförlust = 2 Ingen viktförlust = 0 Vet ej – lämna tomt och fortsätt med nedanstående	
2a	<b>BMI är mindre än 20 (69 år eller yngre)</b> <b>BMI är mindre än 22 (70 år eller äldre)</b> <b>Längd/vikt kan ej erhållas, mät vadmokrets (2b)</b>	Har lågt BMI <i>eller</i> liten / kort vadmokrets = 1 Annars = 0	
2b	<b>Vadmokretsen</b> är mindre än 31 centimeter		
<b>Ätproblem (kryssa till vänster och ge poäng enligt instruktion till höger)</b>			
3	<b>Matintag</b> <input type="checkbox"/> Svårt att upprätthålla bra sittställning vid måltid <input type="checkbox"/> Svårt att hantera maten på tallriken <input type="checkbox"/> Svårt att transportera maten till munnen	En/flera svårigheter = 1 Inga svårigheter = 0	
4	<b>Sväljning/mun</b> <input type="checkbox"/> Svårt att tugga <input type="checkbox"/> Svårt att hantera maten i munnen <input type="checkbox"/> Svårt att svälja	En/flera svårigheter = 1 Inga svårigheter = 0	
5	<b>Energi/Aptit</b> <input type="checkbox"/> Äter mindre än ¾ av serverad mat <input type="checkbox"/> Nedsatt ork att fullfölja en hel måltid <input type="checkbox"/> Nedsatt aptit	Ett/flera problem = 2 Inga problem = 0	
6	<b>Kliniska tecken</b> indikerar att risk för undernäring föreligger. Bedöm t.ex. kropps-konstitution, underhudsfett, muskelmassa, handgreppsstyrka, ödem (vätskeansamling i kroppen), blodprover (t.ex. S-Albumin).	Kliniska tecken indikerar risk = 1 Annars = 0	
<b>Summera observationerna 1-6 (min = 0, max = 8)</b>		<b>SUMMA:</b>	
<b>RISK FÖR UNDERNÄRING</b> <input type="checkbox"/> 0-2 poäng, ingen eller låg risk <input type="checkbox"/> 3-4 poäng, måttlig risk <input type="checkbox"/> 5 poäng eller mer, hög risk			
<b>Gradering av högt BMI</b> <b>Övervikt:</b> 25-29.9 (69 år eller yngre) 27-31.9 (70 år eller äldre) <input type="checkbox"/>		<b>Fetma:</b> 30-39.9 (69 år eller yngre) 32-41.9 (70 år eller äldre) <input type="checkbox"/>	<b>Svår/sjuklig fetma:</b> >40 (69 år eller yngre) >42 (70 år eller äldre) <input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> <b>0-2 poäng</b> <b>Ingen eller låg risk</b> <u>Upprepa riskbedömningen:</u> Sjukhus – en gång/vecka Särskilt boende – en gång var 3:e månad Ordinärt/eget boende – årligen för de >70 år	<input type="checkbox"/> <b>3-4 poäng</b> <b>Måttlig risk</b> - Dokumentera vätske-/kostintag i 2-3 dagar - Ge näringsdryck eller motsv. eventuellt e-kost. - Åtgärder vid ätproblem, se nedan - Om förbättring eller tillräckligt intag – ej orsak till bekymmer; om ingen förbättring – anledning till bekymmer – följ lokal policy och remiss till dietist	<input type="checkbox"/> <b>5 poäng eller mer</b> <b>Hög risk</b> - Remiss till dietist, nutritionsteam eller följ lokal policy - Förbättra/öka näringsintaget genom t.ex. e-kost, näringsdryck eller motsv. - Åtgärder vid ätproblem, se nedan - Följ upp, uppdatera vårdplan
<u>Upprepa riskbedömningen &amp; uppdatera vårdplanen</u> Sjukhus – en gång/vecka och utskrivning Särskilt boende – minst varje månad Ordinärt/eget boende – minst var 2-3 månad		

Alla riskkategorier:

- Behandla underliggande tillstånd och ge hjälp och råd om födoval, ätande och att dricka när så behövs.
- Dokumentera riskkategori (Låg/Måttlig/Hög risk)
- Dokumentera kostbehov och följ lokala riktlinjer

Huvudmoment i ätprocessen Delmoment i ätprocessen	Specifika åtgärder – kopplade till huvudmoment i ätprocessen	Generella åtgärder kopplade till ätprocessen
<b>Matintag</b> , svårt att: upprätthålla bra sittställning vid måltid hantera maten på tallriken transportera maten till munnen	Anpassa bestick, glas, mugg. Konsultera sjukgymnast, arbetsterapeut.	Assistans / Matning. Träning. Artificiell nutrition. Anpassa måltidsmiljön. Reducera distraherande moment.
<b>Sväljning/mun</b> , svårt att: öppna/stänga munnen, tugga hantera maten i munnen svälja	Konsistensanpassa. Specifika sväljningstekniker och huvudpositioneringar. Konsultera: person kunnig i dysfagi (vanligen logoped), dietist, och/eller tandhygienist / tandläkare.	Samtal och information.
<b>Energi/aptit</b> Äter mindre än ¾ av serverad mat Nedsatt ork att fullfölja en hel måltid Äter sakta Nedsatt aptit	Kosttillägg / näringsdryck till mellanmål. Protein- och energität kost. Planera andra aktiviteter så att ork finns att äta. Konsultera dietist.	

Fetma:

- Dokumentera förekomst av övervikt/fetma. Kontrollera underliggande orsaker innan behandling sätts in.

## Manual till MEONF

Bedömning av näringstillstånd: I första hand ska patienten/den boende vägas och mätas aktuell dag. Detta görs företrädesvis direkt på morgonen, innan frukost och patienten/den boende bör endast vara iklädd underkläder. I andra hand kan uppgift om längd och vikt hämtas från journalen eller genom att fråga personen. Vikten ska vara tagen inom den senaste månaden.

**1. Ofrivillig viktförlust** (oavsett tid & omfattning). Fråga dels patienten och granska även dokumentationen avseende viktutvecklingen. Fråga om han/hon märkt att kläderna börjat sitta löst, om ringar eller klockan verkar sitta löst. Fråga också om han/hon avsiktligt försökt gå ner i vikt.

**2a. BMI** räknas ut utifrån formeln: vikt (kg)/längd i kvadrat ( $m^2$ ). Om inte längd och/eller vikt kan erhållas som grund för att beräkna BMI – mät istället vandomkrets (2b). BMI exempel på uträkning för en patient som är 1.87 meter lång och väger 90 kilo. Räkna ut  $1.87 \text{ meter} \times 1.87 \text{ meter} = 3.50$ . Räkna ut  $90 \text{ kilo} / 3.50 = 25.7$ .

**2b. Vandomkrets** mäts i centimeter. Mät vaden på det bredaste stället. Mät även över och under den bredaste punkten, för att säkerställa att den första mätningen gav det största måttet.

**3-5. Ätproblem:** Bedömning av ätproblem: Bedömningen görs i första hand genom att patienten/den boende observeras under en måltid. I andra hand kan den göras genom intervju av patient/boende. Om en person har hjälpmedel/hjälp för att kunna äta, anges det att personen har ettproblem, t.ex. om personen har gelékost p.g.a. sväljningssvårigheter anges att det föreligger sväljningssvårigheter, även om dessa ej är påtagliga eftersom kosten har konsistensanpassats.

### 3. Matintag

Att upprätthålla bra sittställning vid måltid	Sitter självständigt och kan röra sig fritt
Att hantera maten på tallriken	Använder båda händerna, endast enstaka spill, har ej pet-emot-kant eller speciella bestick, använder traditionella bestick dvs inte sked till kött och potatis, delar själv maten och brer smörgås, ställer ifrån sig glas/kopp själv
Att transportera maten till munnen	Samordnar armar/bål/huvud när maten förs till munnen, behöver inte haklapp, hittar munnen utan problem, endast enstaka spill, ingen anpassning av redskap t.ex. mugg, sugrör

### 4. Sväljning/mun

Att tugga	Både "upp och ner" och roterande/malande tugg rörelser. Matens konsistens är inte anpassad. Kan bita av maten, drar inte av den. Förlorar inte mat ur munnen under tuggning.
Att hantera maten i munnen	Maten förflyttas smidigt bakåt i munnen. Det finns ingen mat kvar i munnen efter måltiden. Det går att samtala mellan tuggorna.
Att svälja	Ingen hosta under måltid som uppfattas som felsväljning. Smidig sväljningsrörelse när maten är färdigtuggad. Ingen paus eller extra koncentration innan sväljningen. Efter sväljningen är munnen i stort sätt tom.

### 5. Energi/aptit

Äter mindre än $\frac{3}{4}$ av serverad mat	Det förutsätts att portionen som serveras anpassats till personens behov (mängd och innehåll). Har ej sondmat/dropp till följd av otillräckligt matintag.
Nedsatt ork att fullfölja en hel måltid	Måltiden avbryts för att personen inte orkar fortsätta (endast p.g.a. mättnadskänsla).
Nedsatt aptit	Fråga i första hand personen själv; i andra hand, gör en egen skattning. Aptiten nu jämförs med hur hans/hennes aptit vanligen är.

**6. Kliniska tecken.** Indikerar att risk för undernäring föreligger. Bedöm t.ex. kropps-konstitution, underhudsfett, muskelmassa, handgreppsstyrka, ödem (vätskeansamling i kroppen), blodprover (t.ex. S-Albumin)

**Summera observation 1-6. OBSERVERA** att ofrivillig viktminskning ger 2 poäng liksom nedsatt energi/aptit. Detta eftersom det är känt att de är starkt förknippade med undernäring.

### TOLKNING

0-2 Poäng = Ingen eller låg risk för undernäring

3-4 Poäng = Måttlig risk för undernäring

5 poäng eller mer = Hög risk för undernäring

**När den initiala bedömningen är genomförd gå vidare med planering av åtgärder!**

## Fälttest av MEONF (ett per patient/vårdtagare)

Hur lång tid tar det att besvara MEONF? ..... minuter

Var instruktionen (manualen) till MEONF lätt att förstå?

- Ja  Nej; kommentar: .....  
.....  
.....

Var frågorna i MEONF:

- Lätta att förstå?  Ja  Nej; kommentar: .....  
.....

.....

- Lätta att besvara?  Ja  Nej; kommentar: .....  
.....

.....

.....

- Relevanta?  Ja  Nej; kommentar: .....  
.....

.....

.....

Var åtgärdsförslagen i MEONF:

- Lätta att förstå?  Ja  Nej; kommentar: .....  
.....

.....

- Relevanta?  Ja  Nej; kommentar: .....  
.....

.....

Förslag till ändring vid ev. oklarheter, språkliga problem, etc:

Andra kommentarer:



**STUDENTUTVÄRDERING (en per student)**

1. Jag är sjuksköterskestudent i Kurs:

6       16

---

2. Min medverkan var i/på:

Sjukhus       Kommunalt boende       Annat

---

3. Hur var informationen före studien?

Utmärkt       Tillräcklig       Otillräcklig

---

4. Var de skriftliga instruktionerna tillräckliga?

Ja       Nej

---

5. Hur fungerade samarbetet med vårdpersonalen under studien?

Utmärkt       Bra       Inte alls

---

6. Hur fungerade samarbetet med patienten/-erna under studien?

Utmärkt       Bra       Inte alls

---

7. Fick Du tillräckligt stöd av högskolans personal (kliniska adjunkter/lärare eller andra) för att kunna genomföra datainsamlingen?

Ja       Delvis       Nej       Ingen uppfattning

---

8. Hur upplevde Du datainsamlingen ur ett vetenskapligt perspektiv?

Jag har fått bättre vetenskaplig förståelse  
 Jag förstår inte sambandet mellan vetenskap och undersökningen  
 Jag anser mig redan ha en fullgod vetenskaplig förståelse och ser inte att min medverkan har medfört någon ny kunskap/erfarenhet

---

9. Undersökningen ökade mitt intresse för näring och ätande?

Ja       Nej       Nej, mitt intresse är/var redan stort       Ej intresserad

---

10. Mina kunskaper om näring och ätande ökade

Ja       Nej

TACK FÖR DIN MEDVERKAN!