



Ätandets betydelse för äldre patienter med svårläkta venösa bensår

**Författare: Annika Strähle Skytt och Susanne Andersson
Handledare: Karin Emanuelsson**

**Examensarbete i omvårdnad 10 poäng, fördjupningsnivå I
Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng, kurs SSK 02 H2
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
Vänersborg, maj 2005**

Arbetets titel:	Ätandets betydelse för äldre patienter med svårläkta venösa bensår
Engelsk titel:	The eating's significance in elderly people with chronic venous leg ulcers
Författare:	Annika Strähle Skytt Susanne Andersson
Handledare:	Karin Emanuelsson
Institution:	Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur, Högskolan i Trollhättan/Uddevalla
Arbetets art:	Enskilt arbete i omvårdnad, fördjupningsnivå 1, 10 poäng
Kurs:	Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng, SSK 02 H2
Sidantal:	26
Datum:	Maj 2005

Abstract

Background: A number of studies have shown that eating has an influence on the healing process in elderly patients with chronic leg ulcers. Nurses' have a big responsibility caring for the patients with a holistic view. **The aim** of this literature study was to investigate the eating's significance in elderly people with chronic venous leg ulcers, describe the nutritional intake among these patients and to study how the nutritional intake is judged. What is the nutritional intake among elderly people with chronic leg ulcers and how is it judged? Which physical, psychological and social factors have a positive or negative significance for the patients' ability to an optimal eating. **Method:** This study was based on literature studies. The articles were of an empiric character and no limits were set in the search. **Result:** The result of many small studies showed that elderly people with chronic venous leg ulcers had low nutritional intake related to immobility, social isolation and pain. **Conclusion:** When it comes to identify the factors affecting the food intake, nurses have an important role. If they do not take action against these factors, it might lead to malnutrition and the result may be delayed wound healing.

Keywords: activity, elderly, leg ulcer, nutrition, psychosocial factors

Nyckelord: aktivitet, kroniska bensår, nutrition, psykosociala faktorer, äldre

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Svårläkta venösa bensår	1
Sårläkningsprocessen	2
Behandling av bensåret	2
Näringsämnenas betydelse för sårläkningen	3
Aptit och ätande	4
Bedömningsinstrument	5
Omvårdnad	6
Problemformulering	7
SYFTE	7
METOD	8
Litteratursökning	9
Urval	9
Analys	10
RESULTAT	11
Bedömning av patienternas näringsintag	11
Att vara ensam eller att ha sällskap	13
Fysiska hinder	15
Patientens upplevelse	17
DISKUSSION	19
Metoddiskussion	19
Resultatdiskussion	20
KONKLUSION	23
REFERENSER	24

INLEDNING

I Sverige har cirka 50 000 personer svårläkta bensår och bensårsbehandlingen beräknas kosta drygt 900 kronor per vecka och patient (Lindholm, 2003). Detta betyder att den totala årskostnaden i Sverige uppgår till drygt 666 miljoner kronor (Ragnarson-Tenvall, Andersson, Bjellerup, Hjelmgren & Öien, 2004). Antalet personer med svårläkta bensår har visat en markant ökning med ökad ålder. Svårläkta bensår påverkar livskvalitén hos patienten. De problem som brukar tas upp vid frågor gällande livskvalitet hos patienter med bensår är bland annat sårrelaterad smärta och begränsad mobilitet (Lindholm, Bjellerup, Christiansen & Zederfeldt, 1992). Försämrad rörlighet är en av orsakerna till fördröjd sårhäkning hos äldre patienter, vilket kan leda till svårigheter för patienten att exempelvis inhandla och tillaga sin egen mat. Recidiv av bensår är vanligare bland patienter med få sociala kontakter. Svåra sociala förhållanden ger i många fall sämre möjlighet för patienten att sköta sin kost, den personliga hygien och sin sårvård. Dessa problem kan i sin tur leda till ett försämrat näringsintag och därmed en fördröjd sårhäkning (Lindholm, 2003). Sjuksköterskan som i sin yrkesprofession är omvårdnadsansvarig har möjlighet att tidigt sätta in åtgärder vid uppkomst av sår såsom hjälp med matintag och anskaffning av näringsberikade måltider. Detta är ett viktigt stöd för äldre människor eftersom många har ett begränsat socialt nätverk och brister i mathållningen.

BAKGRUND

Svårläkta venösa bensår

Svårläkta bensår definieras som sår som uppstår mellan knä och malleoler och som inte läks inom sex veckor (Lindholm, 2003). Det som kännetecknar venösa bensår är att sårets vävnad är mörk röd och sårkanterna är oregelbundna till formen (Wipke-Tevis, 1999). En orsak till att venösa bensår uppstår kan vara kronisk venös insufficiens, som beror på försämrad klafffunktion i vener och perforanter. Bensårens uppkomst kan även ha ärftliga orsaker eller vara komplikationer efter trombosor i benen efter frakturer eller bukkirurgi. Ibland kan det förekomma blandsår som har en kombinerad venös/arteriell

orsak. Bensår drabbar framförallt äldre personer som tidigare har haft tunga, stående eller stillasittande arbeten. De svårläkta bensåren kompliceras oftast av annan bakomliggande sjukdom eller skada (Lindholm, 2003).

Sårläkningsprocessen

De svårläkta venösa bensåren sekundärläker, det vill säga granulationsvävnad bestående av kärlnystan måste fylla ut såret innan det kan börja läka (Lindholm, 2003). Redan på 1920-talet definierade Howes med flera sårläkningsprocessens tre faser: inflammationsfas, nybildningsfas och mognadsfas. I inflammationsfasen finns de klassiska symptomen på inflammation; rodnad, värmeökning, smärta och svullnad. Denna fas pågår under hela sårläkningsförloppet. Under nybildningsfasen, som varar i tre till fyra veckor, återbildas den skadade eller förlorade vävnaden. Mognadsfasen kan pågå upp till flera år och innebär en mognad av de föregående faserna. Hållbarheten hos det läkta såret blir aldrig högre än 80 % av hudens ursprungliga skick. Faktorer som kan försvåra den normala sårläkningen är åldersförändringar i huden, syrebrist i vävnaden, sjukdomar, behandling med kemoterapi och läkemedel, tillstånd av näringsbrist, rökning och fetma. Med stigande ålder minskar sårläkningsförmågan, men den upphör aldrig helt. En förutsättning för optimal syresättning i kroppens vävnader, och därmed en normal sårläkningsprocess, är fysisk aktivitet (Lindholm, 2003).

Behandling av bensåret

Den medicinska behandlingen bör i första hand inriktas mot den bakomliggande sjukdomen, till exempel venös eller arteriell insufficiens. Kliniska och kärlfysiologiska undersökningar visar vilka behandlingar som bör användas. I första hand används kompressionsbehandling samt lokal behandling av såret för att minska ödem (Lindholm, 2003). Kompressionsbehandlingen bör kombineras med fysisk aktivitet för att främja sårläkningen och förhindra återbildning och nybildning av sår. Infektioner uppstår lättare om huden torkar ut, det är därför viktigt med en fuktig sårmiljö för sårläkningen. Vid rengöring och omläggning av sår används ljummet kranvatten och rena produkter. Torra hudområden runt såret bör smörjas för att hindra utbredning av befintliga sår och uppkomst av nya (Bjellerup, 2004). Ibland är dessa behandlingar otillräckliga och det kan då bli aktuellt med kirurgiska ingrepp som exempelvis sanering av ytliga

insufficianta vener och hudtransplantation. Dessa behandlingar kombineras alltid med kompression. Amputation är en kirurgisk behandlingsform som används, men inte lika ofta som tidigare. Alternativa metoder som numera används på vissa vårdenheter är bland annat larvterapi, som innebär att fluglarver placeras i såret och äter upp den nekrotiska vävnaden. Även värmeterapi har visat sig effektivt då smärtan i såret minskar samt bidrar till en ökning av granulationsvävnaden. Ljusbehandling är en metod som anses främja sårkanternas fibroblastbildning och därmed påskyndas sårhäkningen (Lindholm, 2003).

Näringsämnenas betydelse för sårhäkningen

Sårhäkning och reparation av vävnaden kräver energi och specifika näringsämnen så som protein, vitamin A och C, mineralerna zink och järn (Trujillo, 1993). För att bygga upp benstommen, musklerna, blodet, lymfan och kroppens vävnader behövs protein som även främjar sårhäkningen. Proteinet transporterar fett, järn och vitamin A samt styr de immunologiska och metaboliska reaktionerna i vävnaderna samt ger stadga och struktur åt vävnaderna (Abrahamsson et al., 1996). Proteiner finns bland annat i kött, fisk, ägg och mjölkprodukter. Om intaget av protein är lägre än rekommenderat (se bilaga) kan detta leda till viktörlust, trötthet och apati (Christenson & Sundling, 2000).

Vitamin A behövs bland annat för kroppens tillväxt och dess immunförsvar. Vitaminet är också viktigt för epitelvävnadens normala differentiering och stabilitet (Abrahamsson et al., 1996). Ämnena finns framförallt i vegetabiliska livsmedel, främst i de som är gulröda eller kraftigt gröna. Brist på Vitamin A leder i vissa fall till minskad tillväxt och hudförändringar (Christenson & Sundling, 2000). Vitamin C behövs för att bilda kollagen som är ett viktigt bindvävsprotein i hud och blodkärl, men omvandlar även kolesterol till gallsalter och underlättar absorptionen av järn (Abrahamsson et al., 1996). C-vitamin finns i bland annat citrusfrukter, gul och röd paprika och persilja. Om kroppen får för lite C-vitamin leder detta till allmän svaghet, irritabilitet, huvudvärk och trötthet (Christenson & Sundling, 2000).

Mineralen zink deltar i omsättningen av syre, proteinnedbrytning, kolhydratmetabolism och vitamin A-metabolism. Zink behövs även för immunförsvaret (Abrahamsson et al.,

1996). Mineralen finns i de flesta livsmedel, men framför allt i kött, grovt bröd och ost. Om zinkbrist uppstår visar sig detta genom hudförändringar, dålig aptit, långsam sårhäkning och försämrad tillväxt. För att bilda hemoglobin och transportera syre i kroppen behövs järn. I kött, helkornsbröd och blodmat finns rikliga mängder med järn. Järnbrist ger symtom som blekhet, huvudvärk, trötthet, försämrat infektionsskydd och nedsatt fysik (Christenson & Sundling, 2000).

Olika slags fetter behövs för att påverka cellmembranets genomsläpplighet (Abrahamsson et al., 1999). Fett ger också stöd och skydd åt inre organ, motverkar värmeförluster, förser kroppen med energi och ser till att kroppen tillgodogör sig de fettlösliga vitaminerna A, D, E och K. Fetterna finns i olika matfetter, köttprodukter, fisk, choklad, feta ostar och grädde. Om det uppstår brist på fett leder detta till fördröjd sårhäkning eftersom fett hjälper till att bygga upp vävnader (Christenson & Sundling, 2000).

Kolhydrater indelas i enkla sockerarter, sammansatta sockerarter, stärkelse och kostfibrer och behövs för ämnesomsättningen och en god tarmfunktion samt för att ge kroppen energi. Kolhydrater omvandlas till glukos och är den största energikällan för människan och finns bland annat i sockerprodukter, mjölk, frukt, och bär. Mjöl, bröd, pasta, ris och potatis innehåller också kolhydrater som är viktiga för kroppens funktioner (Christenson & Sundling, 2000).

Aptit och ätande

Faktorer som på ett negativt sätt kan påverka den äldre patientens möjlighet att äta själv kan enligt Westergren (2003) vara psykiska faktorer, fysiska handikapp, åldersrelaterade förändringar och psykosociala förhållanden. Dessa faktorer kan påverka den äldres val av mat, den individuella människans ätbeteende och hur individen upplever maten som serveras (Westergren, 2003). Det är vanligt att äldre personer har en sämre aptit än i yngre år, vilket kan ha ett samband med ensamhet, enformigt liv och minskad rörlighet. Fysisk aktivitet kan däremot öka aptiten (Erlandson-Albertsson, 1998).

I det dagliga livet ingår ätandet som en naturlig aktivitet som innefattar allt från tillagning av maten till att den hamnar i magsäcken. I ätandet ingår till exempel tuggförmåga, sinnesupplevelser som doft och smak samt sällskap vid tillagning och matintag (Westergren, 2003). Många äldre människor drabbas av åldersrelaterade problem som gör att de får svårigheter att känna smak, tugga och svälja och därmed får de också ett försämrat näringsintag (Axelsson, 2003). Att äldre människor ofta har en enformig diet kan bero på en minskad känslighet för till exempel värme, kyla, smak och konsistens (Erlandson-Albertsson, 1998). Begreppen undernäring och malnutrition definieras olika av olika författare. Ericson och Ericson (2002) likställer begreppen och förklarar dessa som ett tillstånd av otillfredsställt nutritionsstatus till följd av bristande näringsupptag. Mossberg (1991) beskriver däremot malnutrition som felnäring, vilket kan innebära att en patient är antingen undernärd eller övernärd. Westergren (2003) använder sig av begreppet undernäring och beskriver detta som ett tillstånd som är vanligt bland äldre människor i Sverige. I en svensk studie, gjord inom åldringsvården och sjukhusvården visade det sig, enligt Westergren (2003), att 46 % av patienterna som lades in på sjukhus för rehabilitering var undernärda eller låg i riskzonen för undernäring. En annan studie gjord bland äldre som nyligen flyttat till kommunalt boende visade att 33 % led av undernäring (Westergren, 2003). Denna undernäring beror oftast på brister i kosthållningen (Abrahamsson et al., 1999). Orsaker till undernäring eller malnutrition hos äldre kan vara dålig aptit, illamående, störande lukter och dålig munstatus. Även minskad fysisk rörlighet och depression samt svårigheter att tillaga maten, sjukdom eller funktionshinder kan orsaka tillståndet (Lindholm, 2003). Lindholm (2003) och Abrahamsson et al. (1999) beskriver att åsyn av sår eller bandage kan minska aptiten. Denna kan däremot förbättras genom gemenskap vid måltider, rätt val av kost, lugn och trevlig miljö samt vacker dukning (Lindholm, 2003).

Bedömningsinstrument

För att bedöma energi- och näringsintag kan så kallade antropometriska metoder användas så som Body Mass Index (BMI) där längd och vikt ingår. Referensvärdet för en normalnutrierad person ligger enligt BMI mellan 19 och 25 (Christenson & Sundling, 2000). Ett annat verktyg som används är Mini Nutritional Assessment (MNA) som tar hänsyn till patientens totala hälsotillstånd. Detta görs med hjälp av vikt och

längdundersökningar samt frågor som är mångsidiga och näringsinriktade, exempelvis BMI, viktförlust, medicinering, mobilitet, fysiska eller psykiska problem, aptit och vätskeintag (Gerry & Edwards, 2003). Omvårdnadsundersökningar görs med hjälp av relevanta frågor gällande aptit, fysisk kapacitet och viktminskning (Lindholm, 2003). Patienter med bensår hamnar ofta i en ond cirkel då risken för bensår ökar om patienten har ett otillräckligt näringsintag och detta i sin tur försvårar sår läkningen (Christenson & Sundling, 2000). Sjuksköterskan kan använda sig av hjälpmedel såsom Svenska Närings Rekommendationer (SNR) eller Nordiska Närings Rekommendationer (NNR) för att utreda om undernäring eller malnutrition drabbat patienten. De svenska näringsrekommendationerna för människor över 60 år visas i bifogad bilaga.

Omvårdnad

Åtgärder som bör ingå i omvårdnaden av patienter med svårläkta sår är hjälp med smärtlindring, underlättande av sömn, god nutrition, rörelseträning, psykosociala åtgärder, patientundervisning och preventiva insatser för att förhindra uppkomst av nya sår (Lindholm, 2003).

En av sjuksköterskans uppgifter är att undervisa om vikten av en bra och balanserad kost samt vid misstanke om undernäring föra en näringslista (Lindholm, 2003). Ett dåligt födointag tillsammans med försämrad rörelseförmåga kan i vissa fall leda till svårläkta sår hos äldre människor, vilka räknas till en av de mest utsatta grupperna (Bjerkreim, 1998). För att som sjuksköterska ansvara för specifik omvårdnad krävs speciell kompetens om patientens normala förhållande, om sjukdom och om behandling enligt Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad (SOSFS 1993:17). Omvårdnad avser enligt författningen en längre eller kortare tids hjälp till personer som inte klarar att planera och/eller genomföra handlingar i sitt dagliga liv på grund av sitt hälsotillstånd (SOSFS 1993:17). Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning framgår det bland annat att en legitimerad sjuksköterska bör ha förmåga att uppmärksamma och möta patientens sjukdomsupplevelse och att lindra lidandet genom adekvata åtgärder (Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor, 2005-105-1). Vidare bör sjuksköterskan motverka komplikationer i samband med sjukdom och behandling samt identifiera och bedöma patientens resurser och förmåga till egenvård. Ett kritiskt

förhållningssätt till befintliga rutiner och metoder kan skapa underlag för införandet av ny kunskap. Genom att utvärdera teamets insatser, kan patientens livskvalitet förbättras, vilket även kan vara kostnadseffektivt (SOSFS 1993:17). Enligt International Council of Nurses (ICN's) etiska kod, har sjuksköterskan även till uppgift att erbjuda vård till den enskilde och dennes närstående. Hon fungerar även som samordnare med andra närstående yrkesgrupper (Svensk Sjuksköterskeförening, 2001).

Problemformulering

Då många sjuksköterskor träffar patienter med bensår är det viktigt att förstå hur olika faktorer direkt eller indirekt påverkar patienterna och deras sår. Vanliga problem hos äldre människor med bensår är bland annat smärta, immobilitet och fysiska handikapp, dessa faktorer medför i många fall en försämrad aptit och därmed ett minskat näringsintag. Det är viktigt att sjuksköterskan och andra yrkeskategorier som är involverade i patientens ätande blir medvetna om näringsintagets betydelse för patienter med sår. Även sociala aspekter inverkar på dessa patienters födointag eftersom ensamhet ofta försämrar aptiten. Måltiden handlar inte enbart om att äta och bli mätt, det är även en social företeelse som handlar om sällskap och stimulerande miljö. Relevanta omvårdnadsinsatser när det gäller att förebygga undernäring och malnutrition och därigenom optimera sårhelningen är viktigt för patientens välbefinnande i det dagliga livet.

SYFTE

Syftet med studien var att beskriva ätandets betydelse för äldre patienter med svårhelade venösa bensår, beskriva näringsintaget bland dessa patienter och se hur bedömningen av näringsintaget sker.

Följande frågor ställdes;

- Vilket näringsintag har äldre patienter med svårhelade venösa bensår och hur sker bedömningen av näringsintaget?
- Vilka fysiska, psykiska och sociala faktorer har positiv respektive negativ betydelse för patientens förmåga till ett optimalt ätande?

METOD

Detta arbete bygger på litteraturstudier, vilket innebär att vetenskapligt textmaterial har använts för att bygga upp ett trovärdigt resultat med utgångspunkt från författarnas syfte och frågeställningar. Nyberg (2000) definierar litteraturstudier som en forskningsmetod där författaren först väljer ett ämne att skriva om för att sedan urskilja ett avgränsat problem. Utifrån detta problem söks relevant litteratur som bearbetas och sammanställs till inledning och bakgrund. Problemet begränsas därefter till frågor och utifrån dessa frågeställningar görs datainsamling genom litteratursökningar. Den utvalda litteraturen analyseras och utifrån analysen beskrivs och tolkas data som därefter redovisas i litteraturstudiens resultat. Backman (1998) beskriver litteraturstudierna som en forskningsöversikt, vars funktion är att ge en översikt över tidigare kunskaper inom området som författarna valt att studera. Syftet med dessa studier är att sammanfatta och integrera empirisk forskning, medan målet är att åstadkomma generalisationer, utveckla teorier samt söka samband och praktiska tillämpningar. Genom hela arbetet följs forskningsprocessen (Backman, 1998). En tredje förklaring av en litteraturstudie görs av Forsberg och Wengström (2003). De skiljer på tre olika typer av litteraturstudier, allmän litteraturstudie, systematisk litteraturstudie och begreppsanalys, där den systematiska studien innebär att systematiskt söka, kritiskt granska och sammanställa litteraturen inom ett valt ämne eller problemområde. Detta syftar till att åstadkomma en syntes av data från tidigare genomförda empiriska studier. Studien bör fokusera på aktuell forskning inom det utvalda området och redovisade data bör bygga på vetenskapliga artiklar eller rapporter. En systematisk litteraturstudie bör innehålla klart formulerade frågeställningar, tydligt beskrivna kriterier och metoder för sökning och urval av artiklar där tydliga inklusions- och exklusionskriterier visas. I en systematisk litteraturstudie bör resultat från flera studier som analyserats vägas samman och patienterna i översikten ska likna patienterna som resultatet ska generaliseras till. En diskussion eller analys av resultatet samt en sammanställning eller konklusion bör avsluta studien (Forsberg & Wengström, 2003).

Litteratursökning

Systematiska litteratursökningar har gjorts genom att använda sökorden *activity, age related factors, depression, diet, leg ulcer, leg wound, nutrition, pain, social factors* och *wound healing* i kombinationer i databaserna CINAHL och PubMed/Medline. Dessa sökningar har skett från Sjukhusbiblioteket på Norra Älvsborgs Länssjukhus (NÄL) samt privata datorer. Sökningarnas utfall visas nedan i Tabell 1. Osystematiska sökningar har gjorts genom referenser som hittats i de sökta och utvalda artiklarna.

Urval

Vid urvalet användes artiklar som var publicerade mellan åren 1993-2003. För att avgränsa arbetet har författarna valt artiklar skrivna på engelska som var relevanta till arbetets syfte och frågeställningar. Författarna har exkluderat artiklar där patienterna varit yngre än 60 år. Slutligen valdes 11 vetenskapliga och empiriska artiklar ut som var relevanta till arbetets syfte och frågeställningar. Referenssystemet som användes i uppsatsen var APA-systemet som är utgivet av Amerikan Psychological Association. De flesta psykologiska och andra beteendevetenskapliga tidskrifter kräver att skribenterna följer den så kallade APA- manualen (Nyberg, 2000).

Tabell 1. Sökning och antal träffar i databaserna CINAHL och PubMed/Medline.

Sökning	Databas	Sökord	Antal träffar
1	CINAHL	Leg ulcer <i>and</i> wound healing <i>and</i> nutrition	44
2	CINAHL	Leg ulcer <i>and</i> nutrition	53
3	CINAHL	Wound <i>and</i> nutrition	984
4	CINAHL	Leg wound <i>and</i> nutrition	3
5	CINAHL	Wound healing <i>and</i> leg ulcer <i>and</i> diet	11
6	CINAHL	Wound healing <i>and</i> diet	251
7	PubMed/Medline	Leg ulcer <i>and</i> nutrition	53
8	PubMed/Medline	Wound healing <i>and</i> diet	251
9	PubMed/Medline	Wound healing <i>and</i> leg ulcer <i>and</i> diet	11
10	PubMed/Medline	Leg wound <i>and</i> nutrition <i>and</i> wound healing	1
11	PubMed/Medline	Leg wound <i>and</i> nutrition	3

12	PubMed/Medline	Leg ulcer <i>and</i> wound healing <i>and</i> nutrition	44
13	PubMed/Medline	Leg ulcer <i>and</i> nutrition <i>and</i> pain	4
14	PubMed/Medline	Leg ulcer <i>and</i> depression	29
15	PubMed/Medline	Leg ulcer <i>and</i> nutrition <i>and</i> assessment	10
16	PubMed/Medline	Leg ulcer <i>and</i> social factors <i>and</i> wound healing	52
17	PubMed/Medline	Leg ulcer <i>and</i> age related factors	62
18	PubMed/Medline	Leg ulcer <i>and</i> wound healing <i>and</i> activity	78

Analys

Att analysera innebär enligt Backman (1998) att plocka isär innehållet i små delar för att sedan kunna tyda, tolka och dra slutsatser utifrån detta. Detta görs för att insamlade data ska ges en tolkningsbar form så att observationsutfallet kan relateras till den ursprungliga problemställningen (Backman, 1998). I kvalitativ forskning kan dataanalysen syfta till att beskriva, förstå, förklara och tolka det framtagna materialet (Forsberg & Wengström, 2003).

Målet med textanalysen var att bearbeta texten så att syftets specifika frågor besvarades, vilket stöds av Forsberg och Wengström (2003). Fråga nummer ett besvarades genom att författarna studerade de utvalda artiklarnas innehåll med fokus på näringsintag och bedömning av näringsintag. Gemensamt översatte sedan författarna de artiklar som utifrån fråga ett avsåg att besvara frågor om näringsämnen; fett, protein, kolhydrater, näringsämnen och kaloriintag samt mängden av de specifika ämnena. I samband med denna textbearbetning noterades de bedömningsverktyg som använts av forskarna samt graden av näringsintag, det vill säga malnutrition, undernäring eller välnäring, som förekom. De utvalda delarna av den bearbetade texten sammanställdes därefter. Fråga två besvarades genom att författarna sökte information i artiklarna gällande socialt, psykiskt och fysiskt innehåll. De relevanta artiklarna delades upp mellan författarna som därefter, var och en för sig, översatte och letade efter de tre aspekterna i varje enskild artikel. De tre aspekterna markerades på olika sätt för att på detta sätt kunna skilja textinnehållet från varandra.

Författarna diskuterade därefter gemensamt vad som var och en funnit, varefter artiklarna byttes med varandra för att se hur textinnehållet analyserats. Gemensamt gjordes sedan en sammanställning av båda författarnas markerade stycken i artiklarna och textinnehållet grupperades i tre olika grupper. Dessa grupper fick rubrikerna; ”Att vara ensam eller att ha sällskap”, ”Fysiska hinder” och ”Patientens upplevelse” och används som rubriker i resultatredovisningen. Detta tillvägagångssätt gällande sammanställning och rubriksättning stöds av Backman (1998) samt Forsberg och Wengström (2003).

RESULTAT

Resultatet kommer att presenteras utifrån frågeställningarna: Vilket näringsintag har äldre patienter med svårläkta venösa bensår och hur sker bedömningen av näringsintaget? Den första frågan besvaras under rubriken ”Bedömning av patienternas näringsintag”. Den andra frågan lyder; Vilka fysiska, psykiska och sociala faktorer har positiv respektive negativ betydelse för patientens förmåga till ett optimalt ätande? Den andra frågan presenteras under rubrikerna ”Att vara ensam eller att ha sällskap”, ”Förmågan eller oförmågan att förflytta sig” och ”Patientens upplevelse”.

Bedömning av patienternas näringsintag

I en studie gjord av Wissing och Unosson (1999) var syftet att undersöka näringsstatus hos patienter med bensår. Resultaten visade att av de 70 undersökta patienterna med svårläkta venösa bensår, 50 kvinnor och 20 män, hade samtliga en otillräcklig diet med lågt intag av energi och de näringsämnen som är viktiga för sårhäkningsprocessen, nämligen vitamin A, vitamin C, kolhydrater, zink, järn, protein och olika fetter. Som bedömningsverktyg användes i studien MNA. Totalt låg 46 % av deltagarna i riskzonen för malnutrition i betydelsen undernäring, tre procent var malnutrierade medan resterande 51 % var välnutrierade. De patienter som i studien visade sig vara malnutrierade var kvinnor. Detta var en röd tråd genom hela studien, då kvinnorna i genomsnitt visade lägre resultat vid samtliga undersökningar. Denna studie visade att de patienter som hade venös insufficiens som bakomliggande orsak till sina svårläkta

venösa bensår, hade ett högre BMI än de patienter som hade en annan bakomliggande diagnos.

I en studie gjord av Wissing, Unosson, Lennernäs och Ek (1997) var syftet bland annat att beskriva näringsintaget hos nio inaktiva kvinnor med en medelålder på 80 år som behandlades för sina svårläkta venösa bensår. Undersökningen visade att intaget av energi och näringsämnen inte var optimalt enligt Svenska Närings Rekommendationer (SNR). Trots att energibehovet hos inaktiva personer är lägre än hos aktiva, så hade drygt hälften av de undersökta personerna för låga värden enligt SNR. De deltagare som hade ett lägre energiintag än SNR, hade även brist på protein, zink och vitamin C, trots att deltagarna i undersökningen enligt dem själva hade regelbundna måltidsvanor. I genomsnitt låg BMI på 26.5 med en variation på 19 till 35.8. Av de nio deltagarna hade fyra ett BMI som låg över 25, varav två låg lägre än rekommenderat enligt SNR i sitt energiintag och två låg högre än 25. Fem av deltagarna hade för lågt energiintag, sex ett för lågt proteinintag och fyra ett för lågt fettintag. Samtliga nio hade ett för lågt kolhydratintag och zinkintag. En deltagare hade ett för lågt intag av vitamin A, sex personer ett för lågt intag av vitamin C och fyra ett för lågt järnintag.

I en studie gjord i USA av Wipke-Tevis och Stotts (1996) användes ett bedömningsverktyg, DETERMINE Public Awareness Checklist (PAC), där risken för undernäring klassades som låg, måttlig eller hög enligt ett poängsystem. Syftet med denna studie var bland annat att undersöka nutritionen och sårhäknings hos patienter med svårläkta venösa bensår. I denna studie deltog sju patienter. Studien visade att två patienter bedömdes ha låg risk för undernäring, två av deltagarna löpte medelhög risk och resterande tre låg i högriskgruppen för undernäring. Deras kaloriintag varierade från 621 kilokalorier (kcal) till 2251 kcal per dag. Det rekommenderade värdet är även i USA individuellt, men hos personer över 60 år bör intaget enligt Wipke-Tevis och Stotts (1996) vara cirka 2400 kcal per dag. Kaloriintaget var otillräckligt hos fem av deltagarna. En deltagares kaloriintag var adekvat. Hos en av deltagarna kunde forskarna inte få fram något tillförlitligt resultat gällande patientens kaloriintag. Samtliga deltagare i studien visade sig ha ett otillfredsställande intag av framförallt vitamin A, vitamin C, järn och zink.

Wissing, Ek, Wengström, Sköld och Unosson (2002a) hade som syfte med sin studie att undersöka om individuella näringsprogram kan förbättra sårhäknings hos patienter med svårhäkta venösa bensår. Sex patienter ingick i denna studie, där forskarna med sin undersökning visade att energiintaget var lägre än rekommenderat enligt NNR hos fyra av deltagarna vid undersökningens början. Intaget av fett var för högt hos två av deltagarna. Två patienter nådde inte upp till de rekommenderade värdena av vitamin C. Det totala näringsintaget i denna grupp av patienter med svårhäkta venösa bensår var som helhet otillräckligt. Efter insättning av de individuella näringsprogrammen visade det sig att sårerna minskade i omfattning och samtliga sår hade läkt inom 22 veckor.

I en studie gjord av Rojas och Phillips (1999) var syftet att visa att näringsintaget spelar en betydande roll vid sårhäknings hos äldre människor. Verktyget som användes var Nutritional Status Survey (NSS), motsvarande Sveriges SNR. I studien deltog 17 personer, 5 kvinnor och 12 män som alla hade svårhäkta bensår. Hos deltagarna uppmärksammades ett speciellt lågt intag av vitamin A, zink och karoten. Männen som deltog i studien visade sig även ha lägre intag av vitamin E än vad kvinnorna hade.

Slutsatsen som kan dras av dessa artiklar är att ett stort antal av de studerade patienterna hade bristande näringsintag, främst när det gällde vitamin A, zink, vitamin C, järn och kolhydrater vilket enligt tidigare studier kan leda till fördröjd sårhäkning. Detta resultat framkom oavsett vilket bedömningsverktyg som användes vid utvärderingen (Wissing & Unosson, 1999; Wissing et al., 1997; Wipke-Tevis & Stotts, 1996; Wissing et al., 2002a; Rojas & Phillips, 1999).

Att vara ensam eller att ha sällskap

Det finns risk för inverkan på sociala kontakter och social isolering när en människa drabbas av bensår. Patientens sociala tillvaro styrs till stor del av bensåret och det bandagerade benet (Ebbeskog & Ekman, 2001). En social isolering leder till minskad aktivitet i dagligt liv, att personerna äter ensamma, får en sämre aptit och ett minskat näringsintag som leder till en fördröjd sårhäkning (Wissing et al., 1997). Följande tre artiklar visar ensamhetens inverkan på näringsintaget och därmed även på sårhäknings.

I Wissing och Unossons (1999) studie var syftet delvis att bedöma näringsstatus hos 113 personer med venösa bensår i relation till demografiska data. Av 28 personer som behövde hjälp av hemtjänst var det 19 som behövde hjälp mer än en gång per dag. De 39 patienter som fick sina sår omlagda i hemmet var oftast äldre (över 80 år) än de som på egen hand besökte vårdinrättning för omläggning. Ingen betydande skillnad framkom mellan de grupper som fick sina sår omlagda i hemmet och de som besökte vårdinrättning för omläggning när det gällde nutritionsstatus som i denna studie gjordes utifrån MNA. Däremot framkom det att de patienter som var malnutrierade, i betydelsen undernärda, eller låg i riskzonen för malnutrition oftast levde ensamma och var mer beroende av hjälp från hemtjänstpersonal.

I en annan studie gjord av Wissing et al. (1997), med syfte bland annat att beskriva näringsintag och hjälpbehov hos nio kvinnor under en testvecka. Av deltagarna i studien intog sju sin mat ensamma nästan varje dag, undantag var två kvinnor som var gifta. Fem av de nio deltagarna inhandlade sin mat själva men behövde hjälp att frakta hem den. De övriga fyra deltagarna i denna studie behövde hjälp med både inköp och hemtransport. Majoriteten av deltagarna i denna undersökning tillagade maten själva, de åt enligt dem själva på regelbundna tider och hade en god aptit. En av kvinnorna fick sin mat tillagad och hemkörd till sig. De fyra vårdtagare som var välnärda hade under testveckan haft sällskap under mer än en måltid. Det framkom i artikeln att sällskap vid måltider främjade näringsintaget.

Wissing et al. (2002a) visade med sin studie där sex ensamboende äldre personer ingick, att endast en person hade ett stort socialt nätverk. Samma person fick hjälp av en vän med vissa inköp, medan resten av deltagarna fick sin hjälp av hemtjänsten. Tre av personerna tillagade sin egen mat och åt ensamma. En av dessa hade den senaste tiden fått ett försämrat näringsintag som berodde på bristande aptit. Två av de övriga som hade hjälp av hemtjänstpersonal behövde även ha hjälp och stöd under måltiden då de annars glömde bort att äta. I denna undersökning visades ett samband mellan bristande aptit och ensamhet. Detta samband kan vara en förklaring till den långsamma sårhäknings patienterna hade innan de fick hjälp med dieten och därmed också fler sociala kontakter enligt forskarna.

Fysiska hinder

Viktförlust ses hos äldre människor som förlorar förmågan att sköta sina dagliga aktiviteter (ADL) och ett samband mellan undernäring och nedsatt fysisk aktivitet som kan leda till fördröjd sårhäkning enligt Wissing (1994).

I Wissing och Unossons (1999) undersökning, var syftet bland annat att undersöka sambandet mellan näringstillståndet hos 70 personer med venösa bensår. Sambandet sattes i relation till mobilitet och fysisk aktivitet. Av de undersökta personerna var 36 välnutriade och 34 låg i riskzonen för malnutrition. Det fanns 38 som inte använde hjälpmedel, de resterande 32 använde gånghjälpmedel av något slag. När det gällde utomhusvistelse var 40 personer utomhus 2-7 gånger per vecka. Resultatet visade att 19 av patienterna i den välnutriade gruppen, där 36 personer ingick, och 25 i riskgruppen för malnutrition där 34 personer ingick, hade smärtor. Det värsta problemet med att ha bensår var, enligt vårdtagarna, den försämrade rörligheten och smärtan eller en kombination av de båda. Den begränsade mobiliteten var ofta ett resultat av smärta. En av de malnutriade kvinnorna hade nyligen haft en period med smärta, viktförlust och sjukhusbehandling. Vissa deltagare kände sig inte alltid bekväma med sina kompressionsbandage och de brukade därför ta av sig dessa på egen hand. Endast tio personer sade sig inte ha några problem som var relaterade till sina venösa bensår. Sammanfattningsvis visade denna artikel att det ibland kunde finnas ett samband mellan smärta, immobilitet och viktförlust.

Wissing et al. (2002a) hade som syfte med studien att bland annat studera sambandet mellan livssituationen hos sex äldre personer och deras kroppsfunktioner. Då möjligheten för deltagarna att sköta hushållssysslor samt förmågan till fysisk aktivitet inomhus och utomhus varierade från person till person, var även förutsättningarna för ett optimalt näringsintag olika. När en kvinna i studien senare blev smärfri efter att såret hade läkt, kunde hon börja gå utomhus med hjälp av hemtjänstpersonal. Detta kan ha lett till, ett för henne, förbättrat fysiskt och psykiskt välbefinnande. I artikelns diskussion framkom det att fysisk aktivitet främjar cirkulationen och därmed också påskyndar sårhäkningen, därför bör dessa patienters inskränkningar när det gäller fysisk aktivitet ha försämrat förutsättningarna för sårhäkning.

I en studie gjord av Rothenberg, Bosaeus och Steen (1993) var syftet att studera en grupp äldre människors matvanor relaterat till SNR. Denna undersökning gällde alla äldre, med eller utan bensår där studien visade på ett samband mellan munstatus och näringsintag. Det visade sig att sex procent av de 188 deltagarna som ingick i undersökningsgruppen hade svårigheter att svälja och en lika stor del hade svårt att tugga maten. Av de 188 deltagarna hade 72 % sina egna tänder, 22 % hade tandproteser och av dessa personer hade 8 % problem med passformen på protesen. Trenden visade också att dessa problem ökade med stigande ålder, detta gällde både män och kvinnor. Slutsatsen som drogs var att tugg- eller sväljproblem ledde till ett försämrat näringsintag. Emellertid framgick inte hur stor andel av dessa människor som hade bensår.

Christensson, Unosson och Ek (1999) hade som syfte med sin studie att bland annat kartlägga malnutrition i betydelsen undernäring hos äldre människor som togs in på kommunala äldreboenden. I denna studie deltog 261 människor mellan 65 och 103 år. Av dessa 261 kom 133 stycken direkt från eget boende medan resterande 128 inkom från sjukhus eller annat särskilt boende. Det visade sig att 87 av deltagarna i studien var malnutrierade gällande protein och energi. Bland de malnutrierade behövde 51 % hjälp vid måltider, motsvarande siffra bland de välnutrierade var 35 %. Av de 87 som inte var optimalt nutrierade var 41 % säng- eller rullstolsbundna, 26 % drack för lite vätska och 46 % rapporterade en försämrad aptit. Totalt hade 34 % av de malnutrierade personerna bensår. Av de resterande 174 personerna var 26 % bundna till sin säng eller rullstol, 14 % intog för lite vätska och 30 % hade en försämrad aptit. I denna grupp hade 17 % bensår. Bensår, reducerad mobilitet och behov av hjälp vid måltider var faktorer som av forskarna konstaterades ha samband med protein och energi malnutritionen.

En studie gjord av Wissing (1994) hade som syfte att beskriva måltidsvanor, energi- och näringsämnen, fysisk aktivitet och funktionsförmåga hos kvinnor som bodde i eget hem och behandlades för bensår. I studien ingick nio kvinnor med en medelålder på 80 år. Det framkom i denna undersökning att sju av patienterna nästan enbart förflyttade sig inom hemmet vintertid, men tog ibland kortare promenader under sommaren. Det var endast en av patienterna som tog längre dagliga promenader, en av de övriga patienterna

tog dagligen en promenad till dagcentralen, vilken tog cirka fem minuter. Utomhus använde alla utom en någon form av stöd vid förflyttning. Det framkom i studien att kvinnornas fysiska aktivitet till största delen bestod av lättare hushållsarbete. Alla patienterna fick hjälp av hemtjänstpersonal med veckostädning, tvätt och/eller vid matinköp, tre av kvinnorna fick också hjälp med sin personliga hygien. Hjälpbehovet hos patienterna varierade mellan två timmar var fjortonde dag till två timmar varannan dag, förutom en kvinna som fick hjälp flera gånger dagligen. Omfattningen av hjälp ifrån make, anhöriga och vänner varierade från daglig hjälp till hjälp varannan vecka. När det gällde energi och näringsintag var de genomsnittliga värdena hos kvinnorna oftast lägre än rekommenderade värden enligt SNR. Av de nio kvinnorna hade fem ett för lågt energiintag, sex stycken hade ett lågt proteinintag, fyra ett för lågt fettintag, nio ett för lågt intag av kolhydrater, fyra ett för lågt intag av järn och samtliga kvinnor hade ett för lågt intag av zink än SNR's rekommendationer.

Patientens upplevelse

Hur patienten upplever sin situation grundar sig i egna värderingar, kunskaper och omgivningens reaktioner. Andra saker som inverkar på patientens situation är hur dennes sociala nätverk och dagliga liv ser ut (Flanagan, Rotchell, Fletcher & Schofield, 2001; Ebbeskog & Ekman, 2001; Wissing, Ek & Unosson, 2002).

Flanagan et al. (2001) avsåg med sin studie att få en inblick i vad människorna med numera läkta venösa bensår upplevde under tiden som såret läkte. I studien deltog 12 före detta patienter med venösa bensår, deras medelålder var 72 år. Samtliga deltagare var oroliga att såret skulle komma tillbaka. Alla gav uttryck för oro över hemtjänstpersonalens kompetens gällande sårens eftervård, men också för att viktig tid skulle tas från till exempel inköp och matlagning och därmed påverka matkvaliteten, vilket skulle vara negativt med tanke på patientens sårhäkning. De hade större tilltro till att låta sjukvårdspersonalen ta hand om allt som hade med sårvård att göra och låta hemtjänstpersonalen sköta den sociala delen samt inköp och matlagning för att på detta sätt få en meningsfull och innehållsrik måltid.

Ebbeskog och Ekman (2001) hade med sin studie som syfte att beskriva hur äldre människor med venösa bensår upplevde sitt dagliga liv. I studien ingick 15 personer där alla var över 65 år. De fick svara på frågor gällande sitt dagliga liv och genom svaren återkom fyra temaområden; förändrad kroppsbild, begränsning och anpassning till daglig aktivitet, hantering av smärtsamt sår och bandage samt ambivalent förhoppning om läkt sår. Det framkom att det smärtsamma bensåret upptog en stor del av patienternas tillvaro eftersom det vätskade dag och natt. Resultatet av detta var en rubbad dygnsrytm eftersom sömnen stördes av smärta. Patienternas ork och kraft minskade och ledde till att de blev trötta under dagtid och därmed begränsades möjligheterna till dagliga aktiviteter vilket bland annat ledde till försämrad aptit och minskat matintag. Patienterna oroade sig för att förbandet på benet kunde lossa om de gick ute för att handla mat. Detta påverkade även sinnesstämningen och bidrog till känslor av hopplöshet på grund av den långsamma sårhäkningen. Deras sociala tillvaro styrdes till stor del av bensåret och det bandagerade benet.

Wissing et al. (2002b) hade som syfte med studien att jämföra livssituationen mellan en grupp äldre människor med venösa bensår och en kontrollgrupp med äldre utan bensår. Områden som undersöktes i studien var patientens psykiska välmående, fysisk funktion och personernas omgivning. Deltagarna med bensår var 70 stycken och hade en medelålder på 79 år, kontrollgruppen var 74 stycken med en medelålder på 80 år. Det visade sig att betydligt fler kvinnor än män i båda grupperna, totalt 39 av 100 respektive 3 av 44, i båda grupperna hade hemtjänst. Undersökningen visade också att patienterna med bensår hade signifikant lägre medelvärden när det gällde fysisk hälsa, aktivitet i dagligt liv (ADL), psykosociala funktioner och personlig anpassning än kontrollgruppen. I frågeformulärets del gällande ADL ingick frågor om hushållsarbets olika delar. De människor som hade problem med nattlig smärta var ofta trötta dagtid och detta påverkade enligt forskarna patienternas förmåga att sköta sin ADL till fullo.

Kvinnorna som ingick i Wissings (1994) studie, med syfte att beskriva måltidsvanor, fysisk aktivitet och funktionsförmåga hos kvinnor som bodde i eget hem och behandlades för bensår. Deltagarna i studien uppgav att det största problemet med att ha bensår var smärta eller värk nattetid, vilket fem av de nio kvinnorna hade besvär av. En

av kvinnorna ansåg att hon hade mest smärtbesvär efter såromläggning. Samtliga uppgav att de hade svårigheter att gå, eftersom benen kändes varma och såren vätskade. Sex stycken upplevde, utöver behandlingen, att väderomslag och årstidsväxlingar påverkade sårhäkningen. Positivt för sårhäkningen ansågs av en patient vara promenader, en annan deltagare tyckte att luftning av såren på sommaren var positivt. En kvinna upplevde att hennes sår blev sämre när hon kände sig nedstämd.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med litteraturstudien var att beskriva ätandets betydelse för äldre patienter med svårhäkta venösa bensår, beskriva näringsintaget bland dessa patienter och se hur bedömningen av näringsintaget sker. Författarna tycker att frågeställningarna i arbetet har besvarats och att syftet uppnåtts. Artiklar som till exempel Wissing et al. (2002a), Wissing et al. (1997) samt Ebbeskog och Ekman (2001) har beskrivit sambandet mellan olika faktorer som har betydelse för patientens ätande och därmed kan ha inverkat på sårets häkning. Svårigheter har i vissa fall uppstått vid datasökningen och dataanalysen, eftersom forskarna inte alltid har tydliggjort samband mellan begreppen bensår, nutrition och ytterligare begrepp så som psykiska, sociala och fysiska aspekter. På grund av att fokus i vissa artiklar har legat endast på två av begreppen, har arbetets författare tvingats exkludera artiklar då målet var att få kunskap även om de tre omnämnda aspekternas påverkan på ätandet och sårhäkningen. Det som, enligt detta arbetes författare, var svårt att hitta i artiklarna var de specifika näringsämnenas positiva eller negativa betydelse för såret. Vissa vitaminer och mineraler har betydelse för huden, vävnaden och sårhäkning (Trujillo, 1993; Christenson & Sundling, 2000). I vissa artiklar har de undersökta grupperna varit små, som till exempel i Wissing et al. (1997), Wipke-Tevis och Stotts (1996), Wissing et al. (2002a) och Wissing (1994). Detta kan, enligt författarna, ge ett vagt och svårtolkat resultat som inte kan ge tydliga svar på forskarnas syften.

Resultatdiskussion

Utifrån litteraturstudiens syfte ställdes två frågor: Vilket näringsintag har äldre patienter med svårsläkta venösa bensår och hur sker bedömningen av näringsintaget? Vilka fysiska, psykiska och sociala faktorer har positiv respektive negativ betydelse för patientens förmåga till ett optimalt ätande? Dessa frågeställningar kommer att diskuteras i nämnd ordning. Trots olika bedömningsverktyg har samtliga studier som studerats i detta arbete visat att majoriteten av de undersökta personerna har varit malnutrierade eller undernärda eller riskerat att bli detta. De vanligaste tecknen på malnutrition i betydelsen undernäring var ett för lågt intag av protein, zink, vitamin A och vitamin C, men även intaget av energi, järn och kolhydrater var otillfredsställande. Rekommendationer beror bland annat på ålder, kön, vikt och aktivitet och anges i Svenska Näringsrekommendationer (SNR) och Nordiska Näringsrekommendationer (NNR). Problemet är, enligt författarna, att dessa rekommendationer är utformade att gälla för friska personer. Eftersom extra energi behövs när ett sår uppkommit så borde särskilda rekommendationer finnas för dessa personer. Ett tydligt exempel på hur näringsintaget påverkar läkning av bensår visar sig i Wissing et al. (2002a). Patienterna som deltog hade alla haft sina sår längre än ett år utan att de hade läkt. När den individuella näringsplanen började användas minskade såren i omfattning och såren hos samtliga deltagare läkte inom 22 veckor.

Patienternas näringsintag kan bedömas enligt flera olika metoder. Ett av de enklare sätten att bedöma patienters näringstillstånd är att patienten vägs regelbundet. Av de enklare bedömningsverktygen som används i Sverige verkar SNR och BMI vara de vanligaste. När misstanke finns om att en patients näringsintag inte är optimalt kan det vara bra att starta bedömningen med ett lättanvänt verktyg som till exempel BMI. Om misstanken om malnutrition i betydelsen undernäring bekräftas utifrån detta hjälpmedel, behövs en mer omfattande näringsbedömning göras. Det är då nödvändigt att ta hänsyn till ett flertal faktorer och ett bedömningsverktyg bör då väljas utifrån denna situation. Sjuksköterskans ansvar innefattar att se om det finns några fysiska hinder för ett naturligt matintag, exempelvis immobilitet, patientens munstatus och allmäntillstånd. Det kravet som ställs på sjuksköterskor i detta arbete är att bedömningen ska göras

enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta tas upp i Lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Som sjuksköterska är det viktigt att förebygga nutritionsproblem. Det gäller då att vara uppmärksam på hur hela individen mår och att observera små förändringar, eftersom det är viktigt med tidigt insatta åtgärder. En viktig aspekt vid omhändertagandet av en patient med svårläkta venösa bensår är att det är en patient med sår som behandlas och inte ett sår på en patient (Lindholm, 2003). Detta kräver ett tydligt samarbete mellan all inblandad personal för att patientens välbefinnande ska vara i centrum. Tillvägagångssättet stöds av Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, som pekar på att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa, sjukdom eller skada.

Artiklar visade att de personer som intog sina måltider ensamma hade större hjälpbehov och var oftare malnutrierade eller riskerade malnutrition än de som hade sällskap dagligen (Wissing & Unosson, 1999; Wissing et al, 1997). Ensamhet vid måltider har visat sig leda till en sämre aptit och ett minskat näringsintag. Denna kombination har i en av studierna visat sig leda till fördröjd sårhäkning (Wissing et al., 1997). Uppmärksammas bör att i denna studie deltog endast nio personer och studien varade bara i en vecka. Andra studier visade också på ett samband mellan bristande aptit och ensamhet (Wissing et al., 2002a), men konsekvenserna för sårhäkningen studerades ej. Sambandet kan dock, enligt forskarna, vara en förklaring till den långsamma läkningen. De patienter som vill ha sällskap vid måltiden bör få möjlighet till detta. Sjuksköterskan som enligt HSL (1982:763) bör förebygga ohälsa, bör försöka finna lösningar som leder till hälsa. Även om endast tre studier (Wissing & Unosson, 1999; Wissing et al., 1997; Wissing et al., 2002a) visade sambandet mellan social isolering och försämrad aptit med minskat näringsintag som följd, kan ett samband skönjas i artiklarnas resultat. Gemene mans måltidsvanor och behov av sällskap varierar mellan olika personer men i de flesta fall vill människor ha sällskap och uppskattning, det handlar om att bli bekräftad och sedd som människa anser författarna.

Om patienter med bensår upplever smärta leder detta ofta till försämrad rörlighet (Wissing & Unosson, 1999) och även till rubbad dygnsrytm på grund av nattliga

smärtor (Ebbeskog & Ekman, 2001). Den rubbade dygnsrytmen visade sig påverka patienternas ätande negativt, då de ofta var trötta och inte hade någon aptit under dagen. Den försämrade rörligheten kan också ha en negativ inverkan på matintaget eftersom det i artiklarna framkom ett samband mellan låg fysisk aktivitet och minskad aptit (Ebbeskog & Ekman, 2001).

Patienternas munstatus kan påverkas av bland annat fel passform på tandproteser. Detta faktum samt sväljproblem leder bevisligen till ett försämrat näringsintag (Rothenberg et al., 1993). Denna undersökning redogör inte specifikt för personer med venösa bensår, utan har äldre människor och deras matvanor som målgrupp. Detta borde inte spela någon roll, det visar istället tydligt på hur människors ätande påverkas av deras munstatus. Sjuksköterskan har ett ansvar att informera sig om patientens hälsotillstånd och att informera övrig personal samt patienten och dennes närstående (SOSFS 1993:17) om till exempel betydelsen av ett optimalt näringsintag och vad som kan inverka på detta. Sjuksköterskan bör även informera om betydelsen av fysisk aktivitet och gärna vistelse utomhus för att på detta sätt öka cirkulationen till sårområdet (Lindholm, 2003). Även resultatet i Wissings et al. (1997) visar vikten av att utbilda patienterna om födointaget och dess betydelse för sårläkningen. Sjuksköterskan har ett ansvar i att fortlöpande dokumentera och rapportera åtgärder, behandling samt information som givits gällande patienten. Detta tydliggörs i Patientjournalagen (1985:562) som bland annat tar upp att en journal förs för att ge en god och säker vård där patienten står i centrum för omvårdnaden.

En studie av Wissing (1994) beskriver hur patienter med bensår upplever sin situation i det dagliga livet. Promenader och luftning av såret på sommaren var enligt dessa patienter positiva faktorer för sårläkningen. En av deltagarna beskrev också att hon tyckte att såren blev sämre när hon kände sig nedstämd. Som sjuksköterska är detta en viktig information att ta till sig vid omvårdnad av patienter som har drabbats av bensår. Det är enligt författarna viktigt att som sjuksköterska förhöra sig om hur patienten upplever sin situation, eftersom det bör bli grunden till framtida åtgärder. Att bygga upp ett förtroende till patienten är i många fall avgörande för hur en behandling ska lyckas, eftersom patientens eget engagemang är en förutsättning för en fungerande egenvård.

Det är betydelsefullt med en holistisk syn i omhändertagandet av patienter. Enligt Hjelm, Rolfe, Bryar, Andersson och Fletcher (2003) läggs oftast fokus på såret istället för på patienten som har drabbats av bensår.

För att minska lidandet för patienten, förbättra patientens dagliga liv och sänka kostnaden för hälso- och sjukvården krävs fortsatta kunskaper inom nutritionsområdet gällande patienter som har venösa bensår. Sjuksköterskan bör försöka ligga steget före och arbeta med prevention för att på detta sätt minska onödigt lidande. Detta bidrar även till reducerade kostnader vad gäller sårvård och sårkomplikationer (Ragnarson – Tenvall et al., 2004).

KONKLUSION

Det finns för närvarande få studier som visar att sårhäkningsprocessen påverkas av näringsintaget, forskarna har i vissa fall delade meningar och säger att näringen "kan" ha inverkan. Att fortsätta forska inom området nutrition – sårhäkning är därför, enligt författarna, värdefullt eftersom resultaten pekar på att ett bra näringsintag gynnar sårhäkningsprocessen. Resultatet redovisar olika faktorer som har visat sig påverka näringsintaget negativt hos äldre personer med svårhäkta venösa bensår. Dessa faktorer kan enligt undersökningar ha bidragit till att fördröja sårhäkningsprocessen och förlänga patienternas obehag. Fokus ligger i studierna i första hand på social isolering, minskad fysisk rörlighet och andra fysiska problem som indirekt bidrar till ett otillräckligt näringsintag samt en kombination av dessa. Andra faktorer som tas upp, men i mindre utsträckning, är exempelvis smärta, psykiska faktorer och ej fullföljda kompressionsbehandlingar. Vid behandling av patienter med svårhäkta venösa bensår är det viktigt att sjuksköterskan ser hela människan och dennes behov. Det krävs samarbete mellan alla personalkategorier som kommer i kontakt med vårdtagaren. Sjuksköterskan har en viktig roll när det gäller att identifiera faktorer som kan påverka näringsintaget. Om dessa faktorer inte åtgärdas kan malnutrition uppstå med fördröjd sårhäkning som resultat. Att upprätta gemensamma mål tillsammans med patienten stimulerar förhoppningsvis denne till att delta i sin egen vård.

REFERENSER

- Abrahamsson, L., Andersson, I., Aschan Åberg, K., Becker, W., Göransson, H., Hagren, B., Håglin, L., Jonsson, I., Jonsson, L. & Nilsson, G. (1996). *Näringslära för högskolan*. Stockholm: Liber AB.
- Axelsson, K. (2003). Utbildning om ätande, bedömning av ätandet och svårigheter att äta. I: Westergren, A. (red.) *Svårigheter att äta*. (s. 163-167). Lund: Studentlitteratur.
- Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Bentling (1995). *Sjuksköterskeprofessionen*. Stockholm: Liber AB.
- Bjellerup, M. (2004). Bensårsbehandling. I: Norgren, L. (red.) *Vensjukdomar* (s. 197-204). Lund: Studentlitteratur.
- Bjerkreim, T. (1998). Vätska och näring. I: Kristoffersen, N. J. (red.). *Allmän omvårdnad del 3* (s. 277-341). Stockholm: Liber AB.
- Christenson, I. & Sundling, I-M. (2000). *Näringslära*. Stockholm: Liber AB.
- Christensson, L., Unosson, M. & Ek, A-C. (1999). Malnutrition in elderly people newly admitted to a community resident home. *The Journal of nutrition, health & aging*. 3 (3), 133-139.
- Ebbeskog, B. & Ekman, S-L. (2001), Elderly persons' experiences of living with venous leg ulcer: living in a dialectal relationship between freedom and imprisonment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15 (3), 235-43.
- Erlanson-Albertsson, C. (1998). *Aptitreglering vid hälsa och sjukdom*. Lund: Studentlitteratur.
- Flanagan, M., Rotchell, L., Fletcher, J. & Schofield, J. (2001). Community nurses', home carers' and patients' perceptions of factors affecting venous leg ulcer recurrence and management of services. *Journal of Nursing Management*, 9, 153-.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Gerry, S. & Edward, L. (2003). Implementing change – The mini nutritional assessment tool to enhance leg ulcer healing. *Journal of community nursing*, 10.
- Hjelm, K., Rolfe, M., Bryar, RM., Andersson, B.L & Fletcher, M. (2003). Holism in community leg ulcer management: a comparison of nurses in Sweden and UK. *British Journal of Community Nursing*, 8, 353-363.

- Lindholm, C. (2003). *Sår*. Lund: Studentlitteratur.
- Lindholm, C., Bjellerup, M., Christianse, O.B. & Zederfeldt, B. (1992). A demographic survey of leg and foot ulcer patients in a defined population. *Acta Derm Venereol (Stockh)*. 72: 227-230.
- Mossberg, T. (1991). *Fullständig intravenös nutrition och vätskebehandling*. Uppsala: Akademiska Sjukhuset.
- Nyberg, R. (2000). *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar med stöd av IT och internet*. Lund: Studentlitteratur.
- Patel, R. & Davidsson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder*. Lund: Studentlitteratur.
- Ragnarson-Tenvall, G., Andersson, K., Bjellerup, M., Hjelmgren, J. & Öien, R. (2004). Venösa bensår kan behandlas både bättre och billigare. *Läkartidningen*, 17, 1506.
- Rojas, A.I. & Phillips, T.J. (1999). Patients with chronic leg ulcers show diminished levels of vitamins A and E, carotenes and zinc. *Dermatologic Surgery*, 25, 601-604.
- Rothenberg, E., Bosaeus, I. & Steen, B. (1993). Intake of energy, nutrition and food items in an urban elderly population. *Aging Clinical Exp. Res.*, 5, 105-116.
- SFS. (1982:763). *Hälso- och sjukvårdslag*. Svensk författningssamling. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS. (1985:562). *Patientjournalagen*. Svensk författningssamling. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS. (1998:531). *Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*. Svensk författningssamling. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOSFS. (1993:17). Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska, 2005-105-1. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Svensk sjuksköterskeförening (2001). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Brommatryck.
- Trujillo, E. B. (1993). Effects of nutritional status on wound healing. *Journal of Vascular Nursing*. 11, 12-8.
- Westergren, A. (red.) (2003). *Svårigheter att äta*. Lund: Studentlitteratur.

- Wipke-Tevis, D.D. (1999). Caring for vascular leg ulcers: Essential knowledge for the home health nurse. *Home healthcare nurse*, 17, 87-94.
- Wipke-Tevis, D.D. & Stotts, N.A. (1996). Nutritional risk, status, and intake of individuals with venous ulcers: A pilot study. *Journal of vascular nursing*, 14, 27-33.
- Wissing, U. (1994). Kostvanor, fysisk aktivitet och funktionsförmåga hos äldre kvinnor med bensår. Linköping, institutionen för omvårdnadsforskning. Hälsouniversitetet.
- Wissing, U. & Unosson, M. (1999). The Relationship between Nutritional Status and Physical Activity, Ulcer History and Ulcer-related Problems in Patients with Leg and Foot Ulcers. *Scandinavian journal of caring science*, 13, 123-128.
- Wissing, U., Ek, A-C., Wengström, T., Sköld, G. & Unosson, M. (2002a). Can individualised nutritional support improve healing in therapy-resistant leg ulcers? *Journal of wound care*, 11, 17-20.
- Wissing, U., Ek, A-C. & Unosson, M. (2002b). Life situation and function in elderly people with and without leg ulcers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16, 59-65.
- Wissing, U., Unosson, M., Lennernäs, M. A-C. & Ek, A-C. (1997). Nutritional intake and physical activity in leg ulcer patients. *Journal of advanced nursing*, 25, 571-578.

BILAGA

Svenska näringsrekommendationer (SNR)

Dessa rekommendationer gäller för människor över 60 år.

Kolhydrater:

55-60 energiprocent

socker <10 energiprocent

Kostfibrer 25-35 g/dag

Protein:

10-15 energiprocent

Fett:

Totalt ca 30 energiprocent

Hårt fett ca 10 energiprocent

Enkelomättade fettsyror 10-15 energiprocent

Fleromättade fettsyror 5-10 energiprocent

	Män över 60 år	Kvinnor över 60 år
Vitamin A	900 RE	800 RE
Vitamin C	60 mg	60 mg
Järn	10 mg	10 mg
Zink	9 mg	7 mg

Ur Abrahamsson et al., (1996).

Högskolan i Trollhättan / Uddevalla
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
Box 1236
462 28 Vänersborg
Tel 0521-26 40 00 Fax 0521-26 40 99
www.htu.se