



INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA

FÖREKOMST AV ÄTSTÖRNINGSTANKAR HOS ÄLDRE

Baserat på data från H70-studien

Malin Berggren
Linn Cornéer

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning psykiatri
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT/2022
Handledare:	Lena Johansson
Examinator:	Chatarina Löfqvist

Titel svensk:	Förekomst av ätstörning hos 70-åringar - baserat på data från H70-studien
Titel engelsk:	Presence of eating disorders among 70-years olds - based on data from the H70-study
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning psykiatri
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT/2022
Handledare:	Lena Johansson
Examinator:	Chatarina Löfqvist
Nyckelord:	Ätstörningssymtom, psykisk ohälsa, äldre, psykiatrisk omvårdnad

Sammanfattning

Bakgrund: Ätstörningar ökar i samhället idag och är vanligt i kombination med depression och andra psykiska sjukdomar. Att undersöka ätstörning utifrån H70-studien kan ge en inblick i hur stor andel av 70-åringar i allmänhet som har ätstörningstankar, vilket då kan ge vårdpersonal mer kunskap och förståelse för denna problematik. **Syfte:** Syftet med uppsatsen var att undersöka förekomst av ätstörning hos 70-åringar. **Metod:** Denna uppsats användes data från H70-studien och 1142 personer (födda 1944) som undersöktes vid 70-års, i Göteborg, åren 2014–2016. I studien fick deltagarna bland annat svara på 13 frågor om ätstörningstankar, d.v.s. eating disorder inventory (EDI). Även information om andra hälsotillstånd, sociala faktorer och livsstilsfrågor har undersökts. **Resultat:** I resultatet framkom att 12% hade frekventa ätstörningstankar, varav de flesta var anorektiska och få bulimiska. Över hälften av deltagarna i studien uppgav kroppsmissnöje. Det var fler som hade depression av de med mer frekventa ätstörningstankar. **Slutsats:** Denna studie är först i Sverige med att publicera förekomst av ätstörningstankar hos äldre. Resultatet är viktigt för att sjuksköterskor ska kunna uppmärksamma dessa problem och kunna vårda patienter med denna problematik.

Nyckelord: Ätstörningssymtom, psykisk ohälsa, äldre, psykiatrisk omvårdnad

Abstract

Background: Eating disorders are increasing in society today and are common in combination with depression and other mental diseases. Examining eating disorders based on the H70 study can give an insight into what proportion of 70-year-olds have eating disorder thoughts, which can then give healthcare professionals more knowledge and understanding of this problem. **Aim:** The aim of the essay was to investigate the occurrence of eating disorders in 70-year-olds. **Method:** This essay uses data from the H70 study and 1142 people (born in 1944) who were examined at 70 years of age, in Gothenburg, in the years 2014–2016. In the study, the participants had to answer, among other things, 13 questions about eating disorder thoughts, i.e., eating disorder inventory. (EDI). Information about other health conditions, social factors, and lifestyle issues has also been analyzed. **Results:** The results showed that 12% had frequent eating disorder thoughts, most of which were anorexic and a few bulimics. Over half of the participants in the study reported body dissatisfaction. More people had depression than those with more frequent eating disorder thoughts. **Conclusion:** This study is the first in Sweden to publish the occurrence of eating disorder thoughts in the elderly. The result is important for nurses to be able to pay attention to these problems and to be able to give right care for patients with this problem.

Keywords: Eating disorder, mental illness, elderly, psychiatric care

Innehållsförteckning

1. Introduktion	1
2. Bakgrund.....	1
2.1 Ätstörning.....	1
2.1.1 Bedömning av ätstörning.....	2
2.1.2 Sociokulturella aspekter.....	3
2.1.3 Kroppsmissnöje och självkänsla.....	5
2.1.4 Ätstörning hos äldre.....	5
2.2 Åldrande och studier av 70-åringar i Göteborg	7
2.3 Psykiatrisk omvårdnad.....	8
2.4 Problemformulering.....	9
2.5 Syfte.....	10
2.6 Frågeställningar.....	10
3. Metod.....	10
3.1 Deltagare.....	10
3.2 Datainsamling.....	11
3.3 Bedömning av ätstörning.....	11
3.4 Övriga variabler.....	12
3.5 Statistiska analyser.....	12
3.6 Etik.....	13
4. Resultat.....	15
4.1 Studiens deltagare.....	15
4.2 Förekomst av ätstörning.....	16
4.3 Ätstörning och depression.....	18
5. Diskussion.....	19
5.1 Resultatdiskussion.....	19
5.2 Metoddiskussion.....	22
6. Slutsats.....	24
7. Klinisk relevans.....	24
8. Fortsatt forskning.....	25
7. Referenser.....	26
Bilagor	

1. Introduktion

I nuläget finns brister i vården av äldre och Statens beredning för medicinsk utvärdering och den psykiatriska vården av äldre personer prioriteras ofta ned (SBU, 2015). Historiskt har inte ätstörningar hos äldre uppmärksammats och det är först på senare tid som en större insikt kring detta har uppdragats (Mulchandani, Namrata, Conrad, Muir & Mach, 2021). Det finns stora brister i information och omvårdnad kring äldre och ätstörningar då nuvarande riktlinjer för behandling av ätstörningar endast riktar sig till ungdomar och vuxna.

Inom specialistpsykiatrin är det få äldre med psykisk sjukdom som vårdas (Socialstyrelsen, 2012). Under 2010 var andelen personer med psykisk ohälsa som behandlades inom psykiatrin lägst bland dem som var 65 år eller äldre (Socialstyrelsen, 2012). Det är viktigt med kunskap även utanför specialistvården då det är där de flesta av äldre med psykisk ohälsa finns. Att undersöka ätstörning utifrån H70-studien ger inblick i hur stor andel 70-åringar i allmänhet som har en ätstörning vilket då kan ge vårdpersonal mer kunskap och förståelse för ätstörningar även hos äldre.

Vi arbetar som sjuksköterskor inom ätstörningsvård och inom geriatriken. Intresset för affektiva sjukdomar och ätstörning väcktes då vi arbetar med patientgrupper av olika åldrar och ville kombinera våra erfarenheter och utveckla våra kunskaper. Detta ledde till att vi ville fånga upp ett äldreperspektiv inom ätstörningsproblematiken. Vi hoppas kunna fördjupa kunskapen inom detta område och skapa diskussion kring psykisk ohälsa hos äldre.

2. Bakgrund

2.1 Ätstörning

Enligt statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU, 2019) lider nära 200 000 personer i Sverige i åldrarna 15–60 år av en ätstörning, av dessa är 75 % kvinnor och 25 % män. Ungefär 60 000 av dessa har inte sökt hjälp av sjukvården (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU, 2019). Ätstörningar ökar i västvärlden idag och kan vara livshotande tillstånd som är utmanande att ta itu med (Harrington, et al. 2015). Förutom miljömässiga och samhällets förväntningar på kroppsstorlek och form har gener och vissa

biokemiska signaler kunnat ses bidra till insjuknande i ätstörning (Franks, Holtz & Deguzman, 2019). Anorexia nervosa (AN) och bulimia nervosa (BN) förekommer oftast hos kvinnor och är vanligt i kombination med bland annat depression och andra psykiatriska sjukdomar (Franks, et. Al, 2019).

I denna uppsats kommer vi fokusera på två av de vanligaste, det vill säga AN och BN. Anorexia nervosa är en sjukdom som präglas av en vägran att äta på grund av intensiv rädsla för att gå upp i vikt, en störd kroppsupplevelse eller förvriden självbild av kroppen, vilket resulterar i otillräckligt energiintag (Hartman, 1995). Det uppskattas att cirka 10–15% av patienterna utvecklar en kronisk form av sjukdomen, som varar i minst 15 år, och ofta livet ut (Hartman, 1995).

Bulimia nervosa präglas i sin tur av en intensiv upptagenhet av hetsätning i kombination med återkommande olämpligt kompensatoriskt beteende såsom kräkningar, missbruk av laxermedel, lavemang, diuretika, fasta eller överdriven motion (Hay & Claudino, 2010). En till två procent av kvinnor i övre tonåren och yngre vuxenåldern har bulimia nervosa (SBU, 2019).

2.1.1 Bedömning av ätstörning

Vid bedömning av ätstörning görs en noggrann anamnes där man intervjuar patienten kring relevanta områden för att undersöka hur problematiken ser ut hos just denne patient (Frostad, 2004). En klinisk bedömning görs med hjälp utav somatiska kontroller, såsom grundlig undersökning utav hjärta och lungor samt kroppslig funktion och ätstörningsymtom såsom kroppsbehåring, håravfall och torr hud. Vikt och längd mäts för att kunna räkna ut ett BMI (body mass index). Blodprover tas för att ta reda på mer och utesluta eller eventuellt göra fynd som tyder på ätstörning. Somatiska kontroller behöver därefter följas upp hos patienter med ätstörningar när behandling startar för att undvika akut hjärtpåverkan på grund av för höga eller låga elektrolytvärden eller för snabb viktuppgång från extrem svältpåverkan (Frostad, 2004).

Flera olika bedömningsinstrument används, Eating disorder inventory (EDI) är ett frekvent använt mätinstrument (Nyman-Carlsson & Garner, 2016). Skalan består av 91 frågor som innehåller 8 underskalor: 1) drivkraft för smalhet: överdriven oro för bantning, upptagenhet

med vikt och förankring i en extrem jakt på smalhet (AN) 2) bulimi 3) missnöje med kroppen 4) låg självkänsla 5) perfektionism: överdrivna personliga förväntningar på överlägsen prestation 6) interpersonell misstro: speglar en känsla av utanförskap och en allmän ovilja att bilda nära relationer 7) störd medvetenhet; indikerar upplevd försämring i att känna igen och identifiera känslor och förnimmelser av hunger eller mättnad 8) rädsla för vuxenlivet: vilja att dra sig tillbaka till tonårens trygghet på grund av vuxenlivets överväldigande krav (Garner & Olmsted, 1988). De tre första underskalorna fokuserar på beteenden och attityder gällande form, vikt och ätande medan de sista fem är relevanta för psykologiska dimensioner förknippade med ego, styrka och interpersonell funktion (Garner & Olmsted, 1988).

Utifrån resultaten kan man identifiera individer med risk för att utveckla ätstörning (Nyman-Carlsson & Garner, 2016). Det primära syftet med bedömningsinstrumentet är att samla information om psykologisk profil hos patienten, samt fånga upp faktorer hos individen som kan vägleda under behandling, i motsats till andra instrument som är begränsade till att mäta specifika ätstörningssymtom.

I samband med bedömning av ätstörningar görs även depressionsbedömning. (Socialstyrelsen, 2021). Kriterierna för egentlig depression är nedstämdhet och minskat intresse följt av aptitförändringar, sömnstörningar, energibrist, minskad självförtroende, skam och skuld känslor, tankar på döden eller suicid och svårighet att tänka eller obeslutsamhet, där tillståndet ska varat i minst två veckor. Egentlig depression delas sedan in i mild, måttlig eller svår utifrån hur många av ovanstående symtom patienten har (Socialstyrelsen, 2021). Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale, MADRS, se bilaga 2 är en vanlig skattningsskala som består av 10 frågor med svarsalternativ från 0–6. Instrumentet utvecklades för att bedöma svårighetsgraden av depression (Quilty, et.al., 2013). MADRS är hållbart och tillförlitligt för den äldre populationen och passar lika bra för män som kvinnor Enligt (Davidson et.al., 1986).

2.1.2 Sociokulturella aspekter

Ätstörningar förekommer inte i alla kulturer, utan främst i kulturer där det finns överflöd av mat (Polivy & Herman, 2002). I länder med brist på mat är idealet oftast rundare. Således strävar kulturer efter det som är svårast att uppnå. Enligt denna teori är överflöd av mat en av orsakerna till AN och BN. Kulturer utan västerländska värderingar har ett mer runt ideal som

symboliserar välfärd och välmående och anses också vara ett tecken på liv och fertilitet. I dessa delar av världen och i dessa kulturer är ätstörningar ovanliga (Miller & Pumariega, 2001).

Tidiga tonår är en avgörande period för utvecklingen av ätstörning, då det en tid då många förändringar och miljöpåverkan påverkar och formar ungdomars beteende och skapande av identitet (Dogan, Bayhan, Yukselen, & Isitan, 2018; Giddens, 2008). Samhällets normer spelar en stor roll i utvecklingen av AN och BN (Haworth-Hoepfner, 2000).

Det första fallet av AN dokumenterades redan år 1684 av Richard Morton men det var inte förrän sent 1800-tal som anorexi definierades som en egen diagnos (Glant, 1993). I många år ansågs det främst drabba yngre personer och fram tills 1980 var det allmänt accepterat att ätstörningar endast förekom i yngre åldersgrupper, vilket bekräftades av DSM III, där AN endast kunde diagnostiseras hos personer under 30 år (Mulchandani et.al, 2021). Anorexia nervosa ansågs också länge vara en hysteri som bara kvinnor kunde lida av (Glant, 1993).

I början av 1900-talet ansågs idealet för kvinnokroppen vara kurvigt för att sedan under 1920-talet kantas av olika dieter för att leva upp till ett smalare ideal (Silverstein & Perlick, 1995). Under 40-talet var det återigen former som kvinnor skulle ha. Det var först under 50–60- och 70-talet som en dramatisk förändring gällande kvinnans roll i samhället kom för att stanna. Orsaker till detta var den stora ökningen av kvinnor på arbetsmarknaden och ett smalt ideal började synas i media (Silverstein & Perlick, 1995). Eftersom idealen i media är orealistiska och svåra att uppnå påverkar detta unga kvinnor eftersom de upplever mer press än män vad gäller kroppsideal (Dogan et al, 2018).

I dagens samhälle är det mer socialt acceptabelt för kvinnor än män att använda sig av olika bantningsmetoder (Kashubeck-West et al., 2005). Att kvinnor drabbas i högre utsträckning av ätstörning kan till viss del bero på medias förmedling av kroppsideal. Att kvinnor ska vara smala och attraktiva är ett sociokulturellt ideal och tillsammans med den vinstdrivande dietbranschen har detta stor inverkan på kvinnors förhållande till kroppen (Kashubeck-West et al., 2005). Kvinnor som försöker gå ner i vikt kritiserar särskilda kroppsdelar mer än män, vilket gör att metoder för bantning skiljer sig åt beroende på kön. Bantning har också visat sig orsaka mer stress hos kvinnors psykiska hälsa än hos män (Kashubeck-West et al., 2005).

2.1.3 Kroppsmisnöje och självkänsla

Kroppsmisnöje handlar om att känslor och tankar är kopplade till kroppen och definierar hur man tänker om sig själv vilket påverkar självkänslan (Grogan, 2016). Att värdera sitt värde som människa utifrån sitt utseende leder till en överdriven fixering kring kroppen. Biologiska orsaker till detta kan vara längd, vikt och pubertet. Internalisering av ideal och personlighet kan vara psykologiska faktorer och vänner, familj, media och kulturella normer kan ha betydelse för kroppsmisnöje utifrån sociala aspekter (Grogan, 2016).

Studier har visat samband mellan självkänsla och kroppsmisnöje där självkänslan hade inverkan på kroppsuppfattning (Fortes, et al, 2014). Självkänsla är relaterat till en individs tankar och känslor om sig själv (Fortes, L., Cipriani, F., Coelho, F., Paes, S & Ferreira, M, 2014). Det kan handla om personens syn på sin egen värdighet och tron på sin egen kompetens vilket resulterar i en positiv eller negativ inställning till sig själv som individ (Fortes, et al, 2014). En negativ självbild kan bestå utav känslor av värdelöshet, misslyckande och andra svagheter (Fortes, et al, 2014). En positiv självbild innebär att man anser att man har ett värde och tycker om sig själv, tänker och känner bra saker om sig själv (Fortes, et al, 2014)

2.1.4 Ätstörning hos äldre

Kroppsuppfattning är starkt kopplat till självbild hos både män och kvinnor och negativ kroppsbild förknippas med låg självkänsla (Peat, Peyerl & Muehlenkamp, 2010). Negativ kroppsuppfattning har visat sig vara en av riskfaktorerna för att drabbas av depression, ångest och ätstörningar och bristen på forskning kring just äldre och kroppsuppfattning är ett problem då de få studier som finns i dagsläget har visat blandade resultat och de flesta studier som gjort har varit fokuserade på ungdomar (Peat, Peyerl & Muehlenkamp, 2010).

Det är oklart hur vanligt ätstörningar är hos äldre, då få studier har publicerats i ämnet. En tidigare studie, från Australien, fann att ungefär 4 % av kvinnor över 60 år hade en ätstörning, vilket tyder på att dessa sjukdomar kan vara ett livslångt problem (Mulchandani, et al. 2021). Även om man kan anta att AN har ökat bland den äldre populationen finns i dagsläget begränsad förståelse och inga behandlingsalternativ (Mulchandani, et al. 2021). En av riskfaktorerna att utveckla ätstörning är annan psykisk sjukdom, som exempelvis depression, vilket är en av de vanligaste psykiatriska diagnoserna bland äldre personer (Ouyang, Chong, Ng, & Liu, 2015).

Oavsiktlig viktminskning hos äldre kan ha samband med protein-energiundernäring, och att den fysiologiska avmagringen under åldrandet beror på en kombination av dessa faktorer (Soenen & Chapman, 2013). Den fysiologiska avmagringen kan förklaras av en minskning av aptit och därav energiintag vilket drabbar även friska äldre och relateras till bland annat förändringar i matsmältningskanal samt förändrade koncentrationer i hormon, transmittorsubstanser och cytokiner i kroppen (Soenen & Chapman, 2013).

Åldersrelaterade förändringar i livsstil såsom sjukdomstillstånd, sociala kontakter och miljömässiga faktorer kan direkt ha påverkan på kostbeteenden och näringsstatus (Landi, Calvani, Tosato, Martone, Ortolani, Savera, Sisto och Marzetti, 2015). Åldersrelaterad AN, som är ett uttryck, inte en diagnos, myntades då det var svårt att specificera och gruppera symtom hos äldre i specifika symtomkategorier (Marzetti et al. 2015). Tillståndet förknippas med många av de symtom och tecken som uppstår av äldres hälsonefsättningar samt sårbarheten för inre och yttre stressfaktorer. Smak och lukt är viktiga komponenter i ätandet hos äldre då dessa funktioner minskar avsevärt men även fysiska krämpor såsom smärtor som beskriver psykiskt tillstånd, exempelvis ångest och depression som viktiga komponenter vid ätandet (Marzetti et al. 2015).

Medvetenheten om ätstörningar har ökat under de senaste årtiondena vilket har lett till att fler äldre vuxna uppvisat symtom. Endast ett fåtal ses inom psykiatrin och då kriterierna för ätstörning är stränga är det rimligt att anta att de flesta inte får adekvat behandling och har fortsatt ätstörningsproblematik även som äldre (Mulchandani et.al, 2021). De första behandlingsprogrammen för ätstörningar startades i Sverige på 1970-talet, och hade strikta externa kontroller, var inte individuellt anpassade och fanns endast i ett fåtal regioner (Clinton & Norring 2009).

I en av få studier i ämnet fann forskare att AN var den vanligaste ätstörningsdiagnosen hos äldre med 85 %, följt av BN och andra ospecificerade ätstörningar (Mulchandani et.al, 2021). Vilket skiljer sig från vuxna i allmänhet där hetsätstörning är vanligare. Av samtliga psykiatriska diagnoser hade AN den största dödligheten, vilket är välkänt i yngre åldersgrupper (Mulchandani et.al, 2021). I en undersökning med, över 10 miljoner dödsfall i USA, där AN var den primära dödsorsaken visade resultatet att de flesta dödsfallen till följd av AN fanns bland äldre (Hewitt et al., 2001).

2.2 Åldrande och studier av 70-åringar i Göteborg

Att åldras är en komplex och individuell process som kan delas in i tre kategorier: biologisk, psykiskt och socialt. Åldrandet kan vara hälsosamt, typiskt eller patologiskt beroende på vilka förutsättningar individen har (Dziechciaż & Filip, 2014). Psykosocialt åldrande behandlas som ett sekundärt fenomen av biologiskt åldrande. Åldersrelaterade förändringar i enskilda organs funktion påverkar humör, inställning till miljön, fysisk kondition, social aktivitet och äldres plats i familjen och samhället. Det psykosociala åldrandet beror enligt Dziechciaż och Filip (2014) till stor del på hur en person har förberett sig för ålderdomen.

Att skilja på vad som är förväntat kroppsligt åldrande och sjukligt åldrande är en utmaning (Dziechciaż & Filip, 2014). Åldrandet påverkar i hög grad av livets gång och människors livsstil. Redan i unga år börjar olika faktorer påverka vårt åldrande, såsom kost, utbildning, arbets- och levnadsförhållanden samt sjukdomar. Under 1900-talet inträffade ett antal viktiga förändringar som påverkar åldringsprocessen både när det gäller livsstil, samhällets utveckling, medicinsk utveckling och historiska skeenden (SOU 2018:10).

H70-studien har undersökt åldrande sedan 1971, och har under flera decennier samlat data om 70 åringar födda 1901–02, 1906–07, 1911–12, 1922, 1930 och 1944 (Rydberg Sterner, et.al., 2019). Sedan forskningen startade har äldres hälsa och förmågor förbättrats dramatiskt på flera områden. Bland annat har hörsel-, kognition, rörlighet och lungfunktion avsevärt förbättrats. Dessutom har förekomsten av sjukdomar som depression, demens och hjärt-och kärlsjukdomar minskat. De äldres motståndskraft mot sjukdomar har förbättrats, vilket innebär att även om det finns fler sjuka så drabbas äldre mindre av förekomsten av sjukdomar. Dagens 70-åringar är också betydligt mer aktiva än tidigare årskullar då fler och fler jobbar, även personlighet har förändrats då dagens 70-åringar är mindre neurotiska (SOU 2018:10).

Det är dock viktigt att notera att åldrandet inte är jämlikt (Folkhälsomyndigheten, 2022). Äldre personer med låg utbildningsnivå och låg ekonomisk status har högre risk att utveckla psykiska problem, liksom de som bor i socioekonomiskt utsatta områden och särskilt boende. Ju mer socialt isolerad en person är, desto större är sannolikheten att utveckla psykiatriska symtom. Dessutom har personer som är ensamstående och bor ensamma en högre risk att utveckla

psykiska problem jämfört med de som är gifta eller sammanboende (Folkhälsomyndigheten, 2022).

Depression och ångest, är de vanligaste psykiatriska diagnoserna bland äldre personer, trots detta så är mörkertalet stort hos denna patientkategori (Ouyang, Chong, Ng, & Liu, 2015). Kriterierna för egentlig depression är densamma för äldre som hos vuxna, det vill säga nedstämdhet och minskat intresse följt av aptitförändringar, sömnstörningar, energibrist, minskad självförtroende, skam och skuld känslor, tankar på döden eller suicid och svårighet att tänka eller obeslutsamhet (Socialstyrelsen, 2021). Tillståndet ska vara i minst två veckor och delas in i mild, måttlig och svår depression.

Depression hos den äldre befolkningen är dock ofta underdiagnostiserat och obehandlat då äldre beskriver tillståndet som normalt åldrande och fysisk nedgång, snarare än ett verkligt depressivt tillstånd blir det svårbedömt (Sigström, Waern, Gudmundsson, Skoog & Östling, 2018). Äldre upplever högre nivåer av psykisk ångest än yngre människor (Wu, Schimmele och Chappell, 2012)

Depression hos äldre tenderar att få ett mer kroniskt förlopp (Sigström et.al., 2012; Lyness et.al., 2006). Äldre får oftast inte tillräckliga resurser, de får främst läkemedel (Socialstyrelsen, 2018).

2.3 Psykiatrisk omvårdnad

Den psykiatriska vården har under de senaste århundradena genomgått stora förändringar, från hospitalen till den nuvarande satsningen på frivillighet och självbestämmande (Allgulander, 2008). Idag anses psykisk ohälsa vara en störning av mänskligt beteende och upplevelser. Grundprincipen är att det finns en samsjuklighet mellan det fysiska och det psykiska, vilket leder till symptom som negativt påverkar förmågan att hantera privat, socialt och yrkesmässigt liv (Allgulander, 2008).

Patienter med ätstörningar kan vara en komplicerad patientgrupp att vårda, vissa patienter yttrar känslor genom starka handlingar såsom matvägran (Ottosson & Ottosson, 2007). Självkänslan hos patienter är en central del i omvårdnaden vid ätstörningar. Genom att uppmuntra patienter att uttrycka sina känslor genom ord snarare än handlingar kan vårdpersonal bättre förstå

ätstörningens betydelse. Engagemang och uppmuntran hos sjuksköterskan bidrar till att patienterna känner sig mer delaktiga i sin omvårdnad (Ottosson & Ottosson, 2007).

Förebyggande av ätstörningar sker primärt eller sekundärt (Wentz, 2014). Primär prevention innebär att identifiera, eliminera och minska de risker som orsakar eller främjar utvecklingen av sjukdomar. Sekundärprevention avser användningen av strategier som minskar risken för kroniska ätstörningar (Wentz, 2014).

Att arbeta med hälsofrämjande insatser såsom att lära ut stresshantering och copingstrategier ökar patienters välbefinnande och leder till förbättrad självkänsla (Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017). Utmaningen i preventionsarbetet är att patienter söker vård för sena symtom som exempelvis tandproblem, förstoppning eller trötthet. För att tidigt kunna identifiera ätstörning bör man ta reda på individens relation till mat, attityder till kroppsform- och kroppsvikt, patientens självkänsla och psykiska mående (Wentz, 2014).

För att kunna ge patienter god psykiatrisk omvårdnad är det viktigt att känna till vad som kan ge upphov till psykisk ohälsa. Specialistsjuksköterskor inom psykiatri har ett ansvar att både sprida och lära ny kunskap (Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor, 2014).

Inom specialistpsykiatrin är det få äldre med psykisk sjukdom som vårdas. Under 2010 var andelen personer med psykisk ohälsa som behandlades inom psykiatrin lägst bland dem som var 65 år eller äldre (Socialstyrelsen, 2012). Det är viktigt med kunskap även utanför specialistvården då det är där de flesta av äldre med psykisk ohälsa finns. Att undersöka ätstörning utifrån H70-studien ger inblick i hur stor andel 70-åringar i allmänhet som har en ätstörning vilket då kan ge vårdpersonal mer kunskap och förståelse för ätstörningar även hos äldre.

2.4 Problemformulering

Det finns flera olika ätstörningstillstånd, varav anorektisk ätstörning är vanligast. Hos yngre och medelålders personer är det ett av de vanligaste psykiatriska sjukdomstillstånden och det finns troligen ett stort mörkertal av personer som inte söker vård och behandling. Anorexia och bulimia är vanligast hos yngre kvinnor. Det saknas dock studier angående förekomst av ätstörningar hos den äldre befolkningen. Enbart ett fåtal internationella studier har publicerats,

och ingen i Sverige. Det är först under senare år som denna problematik har uppmärksammats. Det saknas även kunskap om samsjuklighet med andra psykiatriska sjukdomar. För att kunna ge god omvårdnad och upptäcka symtom hos äldre behövs mer kunskap om vilka risker som ligger till grund för ätstörningar hos äldre.

2.5 Syfte

Syftet med uppsatsen är att undersöka förekomst av ätstörning hos äldre.

2.6 Frågeställningar

- Hur stor andel 70-åringar har en ätstörning?
- Vilka ätstörningstankar är vanligast förekommande?
- Finns det skillnader utifrån ålder, kön eller andra sociokulturella aspekter?
- Hur ser förhållandet mellan ätstörningstankar och depression ut?

3 Metod

För att besvara studiens syfte har en kvantitativ ansats använts, där möjligheten finns att granska en större population. En kvantitativ metod innebär att forskaren använder sig av någon form av strukturerade mätningar eller observationer för att få svar på forskningsfrågor (Billhult, 2017a).

3.1 Deltagare

Denna studie är en del av populationsstudien H70-studien, som är en multidisciplinär epidemiologisk studie som undersöker födelsekohorter av den äldre befolkningen med start 1971 (Rydberg Sterner, et.al., 2019). Hittills har sex födelsekohorter undersökts och i denna studie kommer vi samla fakta utifrån den senaste studien som gjordes på 70-åringar födda 1944, och genomfördes mellan åren 2014–2016 (Rydberg Sterner, et.al., 2019).

Deltagarna var bosatta i Göteborg och valdes ut utifrån specifika födelsedatum, de som var födda på datum som slutade med 0, 2, 5 eller 8 fick frågan om att delta. Ingen skillnad gjordes utifrån boendesituation. Det var från början 1839 personer som gick att rekrytera till studien. Bland dessa exkluderades 172 personer i studien (29 avled, 32 hade flyttat från Göteborg, 53

talade inte svenska och 58 gick inte att spåra). Kvar blev 1667 personer som tillfrågades både skriftligt och muntligt angående medverkan i studien. Utifrån detta tackade 454 personer nej till att deltagande vilket resulterade till 1203 personer totalt, 559 män och 644 kvinnor (Rydberg Sterner, et.al., 2019). Det var 1142 personer, varav 531 män och 611 kvinnor, som besvarade självskattningsformuläret EDI och antalet som besvarade MADRS var 1140. Se flödesschema

3.2 Datainsamling

Datainsamlingen i H70-studien gjordes av forskningspersonal vid neuropsykiatriska kliniken vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset (Rydberg Sterner, et.al., 2019). H70-studien baserades på intervjuer och bedömningar av hälsorelaterad social, psykiatrisk och kognitiv funktion. Utöver intervjuerna har ett antal fysiska hälsoundersökningar genomförts, bland annat tagit vitala parametrar och blodprover. Baslinjestudien med studiedeltagarna varade cirka 8 timmar. Om så önskades gick det att dela upp besöket i två kortare tider. Hembesök erbjöds till intresserade (Rydberg Sterner, et.al., 2019).

3.3 Bedömning av ätstörning

Eating disorder inventory (EDI) är i första hand avsett för patienter över 13 år och tar ungefär 30 minuter att utföra (Nyman-Carlsson & Garner, 2016). Instrumentet kan även användas i forskningssyfte och är validerat (Clausen, Rosenvinge, Friborg & Rokkedal, 2011). Varje punkt besvaras med hjälp av svaren ”alltid”, ”mycket ofta”, ”ofta”, ”ibland”, ”sällan” eller ”aldrig”. Personer som har höga poäng på alla delskalor kan vara en högriskgrupp för AN och BN, däremot är EDI inte ett diagnostiskt instrument utan formell diagnos måste ställas efter kliniska intervjuer av kvalificerad personal (Garner & Olmsted, 1988). I den senaste versionen gjordes poängsystemet om från 0–3 till 0–4 (ibland, ofta, mycket ofta eller alltid) för att kunna fånga upp ätstörningar bättre hos allmänheten (Dadgostar, Nedjat, Dadgostar & Soleimany, 2017). Eating disorder inventory är lämpligt för användning hos alla personer som förstår frågorna och svarar sanningsenligt. Liksom alla självskattningar är EDI sårbart för snedvridning på grund av deltagarens fördomar, felaktig rapportering och förnekelse (Garner & Olmsted, 1988).

I H70-studien användes en förkortad version av EDI-instrumentet som konstruerades av Garner 1983 (bilaga 1). Den förkortade versionen innehöll tretton frågor om ätstörning. Sex av frågorna

utgjorde tankar förknippande med AN, ytterligare sex frågor handlade om tankar relaterade till BN och en fråga var en generell fråga om kroppsmisnöje. Deltagarna fyllde själva i svarsalternativen; 1) aldrig, 2) sällan, 3) ibland, 4) ofta, 5) mycket ofta, 6) alltid. I tolv av de tretton frågorna bedömdes de fyra högre svarsalternativen som ätstörningstanke (ibland/ofta/mycket ofta/alltid), och i en av frågorna ('Äter sötsaker med mycket kalorier utan oro') bedömdes de tre lägre svarsalternativen som symptom (aldrig/sällan/ibland).

3.4 Övriga variabler

I studien inkluderas även bakgrundsinformation om deltagarnas, d.v.s. kön (kvinnor/män), utbildning (grundskola/gymnasium/högskola/doktorexamen), ekonomi (ser till hushållets nuvarande inkomst lätt eller med svårigheter, fritidsaktiviteter, funktion (klarar av att laga mat) och självständighet (behov av hemtjänst/lagar mat själva). Det finns även uppgifter om partner, självskattad hälsa och om de har någon förtrolig att prata med.

Depression bedömdes utifrån självskattningsskalan MADRS-S (Mountgomery Åsberg Depression Rating Scale) som mäter grad av depression (Snaith, Harrop, Newby & Teale, 1986). Formuläret innehåller nio frågor som alla har svarsalternativ 0–6 poäng. De nio frågorna multipliceras och 0–6 poäng innebär väsentligen obesvärad, 7–19 poäng indikerar mild depression, 20–34 poäng måttlig depression och 34–54 poäng svår depression (Snaith, Harrop, Newby & Teale, 1986) (Bilaga 2).

BMI (kg/m^2) är ett mått för att indikera näringsstatus hos vuxna med normal muskelmassa (WHO, 2010). Ett normalt BMI rekommenderas mellan 18,5–24,9. För personer över 70 år är gränsen högre, ett BMI under 22 räknas som undernäring och BMI över 30 tolkas som övervikt. Äldre bör ha ett högre BMI än yngre för att minska risk för sjukdomar (Barkoukis, 2016).

3.5 Statistiska analyser

För de statistiska analyserna har dataprogrammet IBM SPSS Statistics (New York, USA) version 29 använts (IBM Corp, 2022). Inledningsvis gjordes en beskrivning av deltagarna, genom att beräkna frekvenser av studiepopulationen (Tabell 1). Därefter beräknades förekomst av ätstörningstankar utifrån de tretton frågorna i EDI-formuläret. Först beräknades frekvenser fråga för fråga (Tabell 2), och sedan gjordes en summering av frågor under respektive

kategorierna, dvs de sex anorexifrågorna, de sex bulimifrågorna och den generella frågan om kroppsmisshälsa. (Tabell 3)

Därefter gjordes en korstabell för att studera förhållanden mellan depression och ätstörningstankar (Tabell 4). Även symptom utifrån kön, utbildning, partner, fritidsintressen och daglig aktivitet granskades med hjälp av korstabeller. Att använda korstabeller hjälper till att redovisa frekvenser i H70-studien som har delats in i två eller fler grupper vilket gav oss en överblick över samband mellan två kategoriska variabler.

För att dela in ätstörningstankar totalt och i specifika tankar kring ätstörningar kopplade till AN och BN gjordes omkodningar. Då det fanns 6 svarsalternativ, kodades värdena 1-4 (alltid, mycket ofta, ofta och ibland) till 0, och värde 5-6 (sällan/aldrig) till värde 1. Gällande frågan om deltagarna 'Äter sötsaker med mycket kalorier utan oro' kodades 1-3 om till värdet 1 och 4-6 till värdet 0. Detta gjordes för att underlätta analysen.

För få en variabel med anorektiska tankar och en med bulimiska tankar skapades två helt nya variabler för att kunna se frekvensen av dessa, samt hur högt deltagarna skattade i dessa tankar (tabell 3). Därefter kodades anorexisyntom och bulimisyntom om till två grupper som beskrivs i stycket ovan.

Efter omkodningen till två grupper (0/1) användes deskriptiv analys för att se hur många som hade ätstörda tankar eller inte.

3.6 Etik

Studien godkändes av Etikprövningsnämnden i Göteborg med Dnr nr 869-13, utfärdat den 21 november 2013 (bilaga 3). Detta examensarbete ingår i det etiska godkännandet ovan. Dessutom genomförde en intern etikgrupp vid institutionen för Vårdvetenskap och hälsa vid Göteborgs Universitet en etisk granskning och godkände den projektplan som ligger till grund för denna uppsats.

I samband med godkännandet prövas skyddet för integriteten och forskningen får bara göras om det görs med respekt för människovärdet (Cöster 2014). Det betonas i etikprövningslagen att människors välfärd går före vetenskapens och samhällets behov samt att forskningen inte får godkännas om man kan få resultat på annat sätt som ger mindre risker för deltagarna hälsa, säkerhet och integritet (Cöster, 2014). Samtliga samtycken dokumenterades skriftligen i

enlighet med Etikprövningslagen 2003:460 och i de fall forskningsdeltagare inte var förmögna att lämna samtycke kontaktades anhörig för samråd (Rydberg Sterner, et.al., 2019).

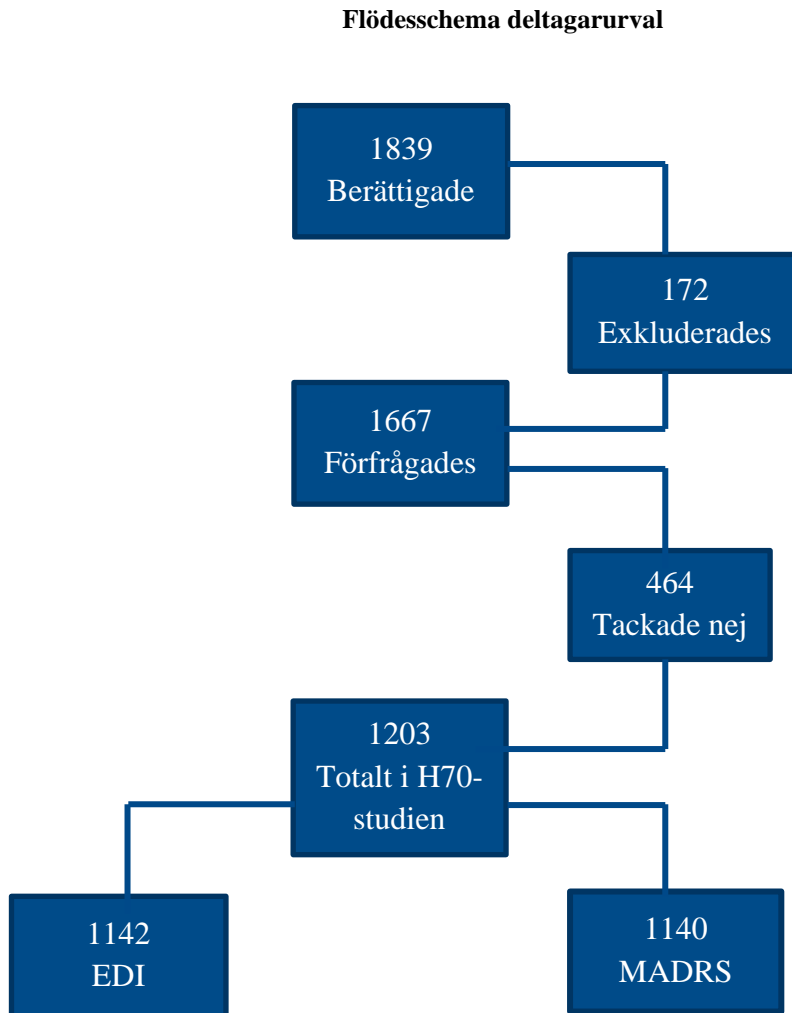
Datinsamlingen i H70 studien är mycket omfattande och ansträngande, särskilt för de som har svåra och många sjukdomssymtom. Även om forskningspersonerna har delgivits information enligt etikprövningslagen (2003:460) att deltagande är frivilligt, och om rätten att när som helst avbryta sin medverkan så kan det vara så att deltagarna tycker det är jobbigt att delta men vill inte säga nej. Detta har till synes forskarna tagit i beaktande. Enligt Rydberg Sterner, et.al., (2019) har deltagarna kunnat dela upp testerna på fler dagar och blivit erbjudna hembesök om de inte haft orken.

Uppgifterna behandlas i enlighet med GDPR (General Data Protection Regulation). Det insamlade materialet förvaras på Institutionen för neurovetenskap och fysiologi, Göteborgs universitet (Rydberg Sterner, et.al., 2019). En utvald intern databasgrupp ansvarar för att lagra och hantera material för att upprätthålla kvalitet och överföra data säkert och korrekt. Namn och personliga identifieringskoder är kodade och kodnyckeln kan nås av ett fåtal personer som är inblandade i studien. Externa forskare har tillgång till materialet genom en viss säkerhetsprocess (Rydberg Sterner, et.al., 2019).

Eftersom författarna till detta examensarbete är externa aktörer mottogs informationen genom en säkerhetsprocess och det mottagna materialet omkodades. Ett etiskt förhållningssätt är också viktigt i examensarbetet, vilket ska dominera beslut som fattas inom projektet och uppsatsen. Några av de etiska övervägandena med uppsatsen är att resultaten presenteras på populationsnivå så att individuella svar inte kan särskiljas. Det finns då fortfarande en liten risk att endast en person svarade på frågan på ett visst sätt och därmed dyker upp i resultatet. Det anses dock nödvändigt att presentera alla variationer i datasetet. För att säkerställa att obehöriga inte kan komma åt data lagras den på ett USB-minne, därefter har materialet överförs till en låst dator som inte har något internet och informationen på USB-minnet har tagits bort. All information relaterad till denna uppsats ska raderas när examensarbetet är färdigt.

4 Resultat

4.1 Studiens deltagare



De flesta var normalviktiga (70%), men var tionde deltagare var underviktig (11%) och ungefär dubbelt så många visade sig ha övervikt (19%). Av de som var underviktiga (n=112) var 72% kvinnor och 28% män. Ungefär lika många kvinnor som män var överviktiga. Femton procent hade följt någon kostdiet det senaste året (36% av männen och 64% av kvinnorna).

Flera uppskattade generellt sin hälsa som god eller utmärkt (84%), och en minoritet behövde hjälp i hemmet (2% hemtjänst). Många hade partner (74%) och mer än hälften (61%) uppgav att de har någon förtrolig att prata med. Nästan en tredjedel hade en lägre utbildningsnivå och fyra av tio hade studerat på högskolenivå. En majoritet (73%) uppgav att de inte hade ekonomiska problem. (Tabell 1).

Tabell 1: Studiepopulation (n=1203)

	N (%)
Kvinnor	611 (53%)
Män	531 (47%)
Undervikt (BMI <22)	112 (11%)
Normalvikt (BMI 22–30)	696 (70%)
Övervikt (BMI > 30)	190 (19%)
Följt någon diet senaste året	174 (15%)
Har partner nu	840 (74%)
Folkskola/grundskola/realexamen/flickskola	389 (34%)
Folkhögskola/gymnasium/ studentexamen	338 (23%)
Högskola/högskoleexamen	460 (41%)
Doktorsexamen	29 (3%)
Depression (MADRS)	96 (8%)
Har någon förtrolig att prata med (\geq veckan)	691 (61%)
Upplever sin hälsa som god-utmärkt	949 (84%)
God hushållsinkomst	816 (73%)
Har fritidsaktiviteter	936 (82%)
Har hemtjänst	17 (2%)
Planerar, lagar och serverar mat själv	1117 (99 %)

Saknar data: BMI, n=144; Diet, n= 7; Partner nu, n=2;

Utbildningsnivå, n=9; Depression, n=2;

Förtrolig prata med, n=8; Hälsa god, n=8; Inkomst, n=26;

Fritidsaktiviteter, n=6; Hemtjänst, n=6; Lagar mat själv, n=10.

4.2 Förekomst av ätstörningstankar

Av de 1142 deltagare som besvarat EDI formuläret var 611 (53%) kvinnor och 531 (47%) män. Av dessa uppgav i snitt 13% någon typ av frekventa ätstörningstankar (ibland, ofta, mycket ofta eller alltid). Utav dessa var 48% män och 52 % kvinnor. Över hälften (54%) var inte nöjd med sin figur, 46 % av dessa var män och 54% kvinnor. Det var betydligt vanligare med anorektiska ätstörningstankar än med bulimiska tankar. Ungefär var femte person uppgav

att de kände oro då de åt sötsaker eller var livrädda att gå upp i vikt. Män fick i större utsträckning dåligt samvete när de åt för mycket än kvinnor (13% av männen och 9% av kvinnorna). Kvinnor överdrev viktens betydelse något mer än män (12% av kvinnorna och 10% av männen).

Hos de deltagare som hade en partner uppgav 8% tre eller fler anorektiska ätstörningstankar vilket var färre än hos de som levde ensamma, där 14% hade dessa tankar. Svartresultaten utifrån utbildningsnivå visade ingen betydande skillnad. De som hade god ekonomi uppgav i större utsträckning tankar kopplade till AN än de som hade svårigheter att få ihop sin ekonomi (72 % vs. 28 %).

Tabell 2: Förekomst av ätstörningstankar i EDI (n=1142)

Anorektiska ätstörningstankar	N (%)
1. Äter sötsaker, med mycket kalorier, med oro	392 (18%)
2. Får dåligt samvete när ätit för mycket	124 (11%)
3. Livrädd att gå upp i vikt	200 (18%)
4. Överdriver viktens betydelse	126 (11%)
5. Fixerad vid önskan om att bli smalare	115 (10%)
6. Vid viktuppgång 1 hekto, livrädd	94 (8%)
Bulimiska ätstörningstankar	
1. Äter när upprörd	32 (3%)
2. Vräker i sig mat	22 (2%)
3. Vräkt i sig mat utan att kunna sluta	24 (2%)
4. Fantiserar om att hetsäta	7 (1%)
5. Äter måttligt med andra, vräker i sig ensam	11 (1%)
6. Äter eller dricker i hemlighet	7 (1%)
Generell fråga om kroppsnyjdhet	
1. Inte nöjd med figuren	615 (54%)

Saknar data: Anorektiska tankar fr 3 (n=1); Anorektiska tankar fr 4 (n=1); Anorektiska tankar fr 6,(n=1); Bulimiska tankar fr 1 (n=1); Bulimiska tankar fr 4 (n=1); nöjd med figur (n=3)

Elva procent av deltagarna hade tre eller fler ätstörningstankar kopplade till rädsla för viktuppgång (anorektiska tankar) (Tabell 3). Endast 1% hade tre eller fler bulimiska ätstörningstankar. Femton procent av kvinnorna och 9% av männen hade fler än 3 anorektiska tankar. Majoriteten av de som hade någon form av ätstörningstankar (≥ 3 anorektiska eller

bulimiska tankar) var normalviktiga (70%) en av fem var överviktiga (21%) och ungefär en tiondel (9%) hade undervikt.

Tabell 3: Antal ätstörningstankar utifrån EDI (n=1142)

Anorektiska tankar (totalt)	N (%)
0 ätstörningstankar	647 (57%)
1–2 ätstörningstankar	380 (33%)
3–4 ätstörningstankar	93 (9%)
5–6 ätstörningstankar	19 (2%)
Bulimiska tankar (totalt)	
0 ätstörningstankar	1065 (94%)
1–2 ätstörningstankar	64 (6%)
≥ 3 ätstörningstankar	9 (1%)

Saknar data: Anorektiska tankar, n=3, Bulimiska tankar, n=4

4.3 Ätstörning och depression

Antalet deltagare som svarat fullständigt på frågorna i EDI var 1142. Deltagarantalet på MADRS självskattningsformulär var 1140. Av dessa hade 8% någon form av depression, d.v.s ≥7 poäng på MADRS (mild/måttlig/svår) (Tabell 4). Majoriteten av deltagarna hade varken ätstörda tankar (≥3 anorektiska eller bulimiska ätstörningstankar) eller depression (n=908). Av de 136 personer som hade frekventa ätstörningstankar hade 18 % en depression. Av de 987 personer som hade få ätstörningstankar hade 79 depression (8%).

Tabell 4: Samband mellan ätstörningstankar och depression (n=1142)

	Ej depression (MADRS <7p)	Depression MADRS (≥7p)
Få ätstörningstankar¹	908 (87%)	79 (8%)
Frekventa ätstörningstankar²	136 (13%)	17 (18%)

Frekventa ätsörningstankar = <3 anorektiska eller bulimiska ätstörningstankar; Få ätstörningstankar= ≥3 anorektiska eller bulimiska ätstörningstankar

5 Diskussion

5.2 Resultatdiskussion

Fler än en tiondel av studiens deltagare uppgav att de hade tre eller fler ätstörningstankar varav de anorektiska tankarna såsom oro när de åt sötsaker eller rädsla för att gå upp i vikt dominerade. Bulimiska tankar var ovanligt. Mer än hälften av deltagarna uppgav kroppsmisshöje. Det var vanligare med depression hos de med mer frekventa ätstörningstankarna. Könsskillnader kopplade till ätstörda tankar var små, även om män i något större utsträckning uppgav att de fick dåligt samvete när de ätit för mycket och kvinnor överdrev viktens betydelse mer. De flesta som uppgav tankar kopplade till ätstörningar hade ett normalt BMI.

Denna studie visar att vikten och kroppens utseende spelar roll även hos äldre personer, och det är den första svenska studien som visar att förekomsten av anorektiska tankar är relativt vanligt hos äldre, vilket behöver uppmärksammas mer med tanke på att AN är den psykiatriska diagnos som har den största dödligheten, ofta relaterat till följd av somatiska sjukdomar men även självmord. I en undersökning med över 10 miljoner dödsfall i USA där AN var den primära dödsorsaken fann man att de flesta dödsfallen fanns bland äldre (Hewitt et al., 2001) Detta är en tydlig indikation på att ätstörda tankar inte bara finns i hög ålder utan också att dödligheten är hög hos äldre personer. Detta kan även bero på att äldre har större sjukdomsburda än yngre men sjukvården måste prioritera äldres symtom i större utsträckning när det kommer till ätstörningar. Sjukvården är bra på att identifiera äldres malnutrition men personal kopplar den oftast inte till ätstörda tankar utan snarare till andra bakomliggande sjukdomar.

Att glappet mellan psykiatrisk och somatisk vård ofta upplevs som stort är problematiskt då det oftast inte handlar om antingen fysiska eller psykiska symtom utan att detta inte sällan hänger ihop med varandra. Kanske hade detta kunnat undvikas i större utsträckning om vården hade bättre redskap och kunskap kring äldre och ätstörningssymtom även inom somatisk vård. Om vi kan erbjuda rätt typ av vård hade man lättare kunnat fånga upp symtom i tid, härleda rätt och minska lidandet snabbare.

Ett lite överraskande fynd i denna studie var att det inte var någon större könsskillnad. Det fanns något fler män än kvinnor som hade symtom på anorektiska tankar men könsskillnaden för

frekventa ätstörda tankar över lag var ytterst liten. Detta skiljer sig från yngre där det är till störst del flickor och kvinnor som har en ätstörningsproblematik (SBU, 2019). En teori kan vara att sjukdomen länge ansågs vara en hysteri som endast kvinnor kunde lida av, vilket kan ha lett till att män därför inte sökt hjälp för sina ätstörda tankar i samma utsträckning som kvinnor.

Innan 1970 hade den som drabbats av ätstörning små möjligheter att få medicinsk vägledning eller diagnos (Clinton & Norring 2009). De första behandlingsprogrammen för ätstörningar startades i Sverige först på 1970-talet. Behandlingen bestod då av strikta kontroller vilka inte var speciellt individanpassade, dessutom fanns hjälp att få endast i ett fåtal utvalda regioner. Deltagarna i denna studie vad endast 26 år gamla 1970, och eftersom ungdomen är en avgörande period för utveckling av ätstörning skulle det kunna vara så att många aldrig fick hjälp för sina ätstörda tankar i tid. Unga har generellt en bättre prognos än äldre vilket framför allt gäller om man får behandling tidigt i förloppet (Kotler & Walsh, 2000).

Sjuttioåringarna i denna studie var tonåringar när påverkan från media först kom med smalhetsidealet från media, vilket säkert har betydelse för kroppsmisnöje hos deltagarna. Det är viktigt att se till kroppsmisnöje även hos äldre då det är nära relaterat till ätstörningsproblem och anses vara en av de starkaste faktorerna i utvecklingen av ätstörningar (Mabe, Forney & Keel, 2014; DeJong et al., 2013). Äldre kan fortfarande leva efter skönhetsidealen från när de var unga och upplever det därför som positivt att gå ner i vikt på äldre dagar. Det ska tilläggas att äldres kroppsmisnöje inte bara kan handla om vikt och kroppens utseende, utan även om bristande funktion eller nedsatthet kopplat till kroppen. Detta kan vara missvisande i samband med att man svarat på dessa frågor i studiens formulär.

Mer än hälften av deltagarna var missnöjda med sin figur, vilket är fler än vad som förväntades då äldre tros ha en betydligt lägre grad av kroppsmisnöje än yngre (Mellor, Fuller-Tyszkiewicz, McCabe, & Ricciardelli, 2010). Det är oklart om dessa personer, som är missnöjda med sin kropp, hade gjort samma bedömning tidigare i livet eller om detta är nytillkommet. Det kan vara så att dessa personer har haft anorektiska ätstörningstankar i många år. Personer med tidigare obehandlad ätstörning har större risk för att återinsjukna i samband med omvälvande livsförändringar (Dogan, Bayhan, Yukselen, & Isitan, 2018). Detta kan innebära att dagens äldre omfattas av personer med ouppmärksammade frekventa ätstörda tankar tidigare i livet som sannolikt löper risk för att få förvärrade ätstörningstankar.

Marginellt fler kvinnor var missnöjda med sin figur, detta kan ha samband med att kvinnor var mer benägna att påbörja dieter som i sin tur leder till fler kritiska tankar kring kroppen (Kashubeck-West et al., 2005). Att kvinnor i högre utsträckning bantade är troligtvis en följd av den sociala pressen som ligger på kvinnor samt att det är mer socialt accepterat för kvinnor än män att banta (Kashubeck-West et al., 2005). Det var även något fler kvinnor än män som förstörde viktens betydelse vilket kan bero på den sociokulturella pressen av att vara smal, då flickor lär sig från tidig ålder att smalhet är något att sträva efter och smalhetsidealet uppmuntras både inom familje- och vänskapskretsar likaväl som i media (Kashubeck-West et al., 2005). Män fick däremot mer oro när de ätit för mycket.

Nästan inga hade tre eller fler symtom kopplat till bulimiska tankar. Av de få som hade symtom var det ingen som hade fem eller fler. Nästan dubbelt så mycket kvinnor som män uppgav symtom, dock är det svårt att dra några slutsatser utifrån detta då det endast få deltagare hade bulimiska tankar. För vuxna i allmänhet är hetsätning vanligare än strävan efter smalhet (Mulchandani et al., 2021), vilket kan vara missvisande och förklaras av att äldre med ätstörningar uppmärksammas först av vårdpersonal och då efter extrema hälsokomplikationer som uppkommit till följd av AN.

Ingen större skillnad i BMI sågs av de som hade symtom på ätstörning kontra de som inte hade några symtom. Detta varken totalt utifrån EDI, eller specifikt anorektiska- eller bulimiska tankar. De som uppgav symtom var till störst del normalviktiga, en femtedel var överviktig och endast 9 % hade undervikt, vilket skiljer sig mot yngre där de flesta är underviktiga som lider av ätstörningssymtom (SBU, 2019). Att äldre personer oftast inte har lågt BMI kopplat till symtom på ätstörning är viktigt för vårdpersonal att känna till för att uppmärksamma och vårda äldre med frekventa ätstörda tankar.

Av samtliga deltagare i denna studie hade åtta procent en depression. Endast ett fåtal har svår eller måttlig depression, vilket troligtvis beror på att de äldre med svårare depressionsproblematik inte kan genomföra intervjuerna eller testerna som ingår i H70-studien. Symtom på ätstörning visade sig vara vanligare hos deltagarna än depression. Att äldres symtom för depression ofta ligger utanför kriterierna är viktigt att känna till, vilket också kan påverka resultatet då det kan finnas ett mörkertal. Enligt Socialstyrelsen (2018) är depression den vanligaste psykiatriska diagnosen hos äldre därför har vi valt att fokusera på denna diagnos

i jämförelse med ätstörning. I snitt hade 12 % mer än tre frekventa ätstörda tankar. De flesta deltagarna som hade ätstörning hade samtidigt depression vilket stöds i forskningen som beskriver att ätstörningar orsakar nedstämdhet och depression (Dziechciaż & Filip, 2014). Det största sambandet var mellan anorektiska tankar och depression, där 90 % utav de som svarat att de hade anorektiska tankar samtidigt uppgav depressiva symtom.

År 2014 hade 26 % av 70-åringar i Sverige en eftergymnasial utbildning (Statistiska centralbyrån, 2022). I denna studie hade 41 % av deltagarna likvärdig utbildning, vilket tyder på att populationen i denna studie har en högre utbildningsnivå än 70-åringar över lag i Sverige. Detta är troligtvis också en orsak till att de flesta uppgav god hälsa, då högutbildade i regel har en bättre hälsa än lågutbildade (Folkhälsomyndigheten, 2015). Detta kan vara intressant utifrån den relativt höga förekomsten av ätstörningstankar. Och om populationen är representativ för alla sjuttioåringar i Sverige

Utifrån resultatet finns det en relevans av att uppmärksamma och identifiera riskfaktorer för symtom på ätstörningar hos äldre patienter. Specialistsjuksköterskor har en viktig roll i att hela tiden utvärdera den psykiatriska omvårdnaden samt kunna identifiera och behandla psykiska symtom (Psykiatriska riksföreningen & Svensk sjuksköterskeförening, 2014). För att kunna göra det krävs det utformade kriterier för äldre och kunskap kring äldre och ätstörningar, både inom somatisk- och psykiatrisk vård. Att även äldre ska få samma möjlighet till rätt vård är specialistsjuksköterskans skyldighet då vi ska kunna erbjuda vård på lika villkor (Psykiatriska riksföreningen & Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Ämnet i denna uppsats känns relevant med tanke på den bristande kunskap inom vård av äldre gällande ätstörningar. Överlag tycks de äldres situation vara problematisk: hög frekvens av psykisk ohälsa, svårigheter att upptäcka och diagnostisera, stor användning av läkemedel med ökad risk för biverkningar samt bristande behandling och vård vilken ökar risken för lidande och död.

5.3 Metoddiskussion

En av studiens styrka är dess stora deltagarantal. Fler deltagare kan minska risken för bias och öka förmågan att generalisera resultat till större grupper (SBU, 2021). Urvalet bestod av över tusen personer och inkluderade stora grupper av både män och kvinnor Detta ger en jämn fördelning av representativiteten mellan könen vilket stärks av Statistiska Centralbyrån som

beskriver att det finns något fler antal kvinnor än män som är mellan 70–75 år i Sverige (SCB, 2021).

En svaghet är att studien är en tvärsnittsstudie vilket medför begränsningar att dra slutsatser om orsakerna mellan utfallsmått och oberoende variabler (Polit & Beck, 2021). Det saknades data från 144 personer gällande BMI, orsaken till detta framkommer inte i H70-studiens sammanfattande artikeln av Rydberg Sterner, et.al., 2019. I uträkningen av procent som är genomgående i studien har vi valt att utgå från giltig (valid) procent enligt SPSS, vilket innebär att det är uträknat från hur många deltagare som varit med och besvarat frågor eller genomförde mätningar.

Eating disorder inventory är ett validerat instrument för bedömning av ätstörningar hos vuxna men ytterligare bedömningar behövs göras för att kunna ställa diagnoserna AN och BN (Garner & Olmsted, 1988). Om det modifierade EDI instrumentet i H70-studien är validerat är oklart då det inte finns mycket information att hitta. Enligt Rydberg Sterner, et.al. (2019) så har H70-studierna har följt ett strikt protokoll med validerade mätningar. I denna studie definieras tre eller fler symptom som tecken på frekventa ätstörningstankar. Dessa är självskattade och ingen objektiv klinisk bedömning är gjord. Då det inte gjorts några kliniska intervjuer kopplade till ätstörning i studien så kan man med säkerhet inte veta hur sanningsenligt deltagarna har svarat på självskattningen, eller om de förstått frågan korrekt. "Social disability" dvs när en forskningsdeltagare medvetet eller omedvetet försöker framställa sig själv i ett mer positiv eller negativ dager, kan det påverka validiteten av en självrapporterad fråga (Polit & Beck, 2021). Det är också oklart hur EDI-instrumentet fungerar i en äldre population, då inga tidigare studier är publicerade angående detta.

Gällande poäng utifrån ätstörda tankar har vi valt att utgå från den senaste versionen av EDI-3 där poängen 0–4, ibland, ofta, mycket ofta eller alltid räknades som ätstörda tankar som sedan kodades om till 1. När deltagarna svarat aldrig eller sällan innebar det få ätstörda tankar som omkodades till 0. Detta gjordes för att fånga upp symptom hos allmänheten bättre och för att kunna jämföra ätstörda tankar med de olika variablerna i SPSS. Om vi hade valt 0–3 (ofta, mycket ofta, alltid) hade gruppen med ätstörningstankar blivit mindre och mer definierad.

Icke-svensktalande uteslöts vid insamling av data till H70-studien, eftersom det är viktigt att kunna förstå innebörden av frågorna, de flesta av de utrikesfödda ingår dock i studien (Rydberg Sterner, 2019). Detta kan ha påverkat resultatet då vissa personer i en del kulturer inte söker vård för psykisk ohälsa på grund av stigma, samhällsnormer och olika attityder till vården (Noor, Ruiz, Ferrer & Buhlmann, 2021). En möjlig svaghet med studien är att urvalet är begränsat till Göteborgsområdet och det är möjligt att resultaten inte kan generaliseras till exempelvis landsbygd, glesbygd eller andra länder.

6 Slutsats

Äldre som uppger symtom på ätstörda tankar skiljer sig från yngre då det är ungefär lika vanligt bland män som kvinnor samt att BMI inte har samma betydelse hos äldre. Ätstörda tankar kopplat till AN var dominerade och få hade bulimiska tankar. Denna studie är den första svenska studien som visar att förekomsten av anorektiska tankar är relativt vanligt samt att vikten och kroppens utseende spelar roll även hos äldre personer.

För att säkerställa en god och säker vård är det viktigt att psykiatrisjuksköterskor som regelbundet bemöter vårdbehövande äldre kan känna igen symtom på ätstörningar hos äldre.

7 Klinisk relevans

Sjuksköterskans roll avser att främja patientens hälsa, där ätstörningstankar kan öka lidandet. Med utbildningsmöjligheter och träning på arbetsplatsen skulle vi kunna omhänderta patientgruppen bättre. Det är därför viktigt att information kring ätstörningar hos äldre ingår i sjuksköterskeutbildningar både på grundnivå och på avancerad nivå då det i dagsläget inte prioriteras. Det är viktigt att sjukvården inte endast ser på malnutrition som orsak av andra bakomliggande sjukdomar utan också koppla det till ätstörda tankar även hos den äldre generation. Det krävs att vi som specialistsjuksköterskor har tillgång till rätt verktyg och rätt kunskap för att få insikt kring denna problematik så att våden ska kunna hjälpa denna patientgrupp på ett bra sätt. Som specialistsjuksköterska har vi ett ansvar att kunna ge lika vård på lika villkor för alla oavsett ålder, tillgång till utformade kriterier för ätstörningar hos äldre hade underlättat i omvårdnaden.

8 Fortsatt forskning

Genom detta examensarbete hoppas vi kunna bidra med ökad förståelse och kunskap kring äldre och ätstörningar. Vi ser också att det behövs mer forskning om ätstörningar hos denna patientgrupp. För framtida studier skulle det vara intressant att vidare undersöka förekomsten av ätstörningar hos äldre utifrån olika kulturer, då H70-studien uteslöt icke-svensktalande personer. Det hade även varit intressant att undersöka förekomsten av ätstörningar hos de allra äldsta som var unga innan de första behandlingshemmen startade i Sverige. Även forskning i stort kring behandling och vård hos äldre med ätstörningsproblematik skulle vara värdefullt.

9 Referenslista

- Alaphilippe, D. (2008) Self-esteem in elderly. *Psychol neuropsychiatriatr vielisement*.
Sep;6(3):167-76. doi: 10.1684/pnv.2008.0135.
- Allgulander, C. (2008). *Introduktion till klinisk psykiatri*. (2. uppl.) Lund:
Studentlitteratur.
- Barkoukis H. (2016). Nutrition Recommendations in Elderly and Aging. *The Medical clinics of North America*, 100(6), 1237–1250. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2016.06.006>
- Beghi, M., Butera, E., Cerri, C. G., Cornaggia, C. M., Febbo, F., Mollica, A., Berardino, G., Piscitelli, D., Resta, E., Logroscino, G., Daniele, A., Altamura, M., Bellomo, A., Panza, F., & Lozupone, M. (2021). Suicidal behaviour in older age: A systematic review of risk factors associated to suicide attempts and completed suicides. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 127, 193–211. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.04.011>
- Brighman, KS., Manzo, LD., Eddy, KT & Thomas, JJ. (2018) Evaluation and treatment of avoidant/restrictive food intake disorder (ARFD) in adolescents. *National library of medicine*. 107-113. doi: 10.1007/s40124-018-0162-y
- Brownley, KA., Berkman, ND., Peat, CM., Lohr, KN., Cullen, KE., Bann, CM & Bulik, CM. (2016). Binge-eating disorder in adults: a systematic review and meta-analysis. *National library of medicine*. 165(6):409-20. doi: 10.7326/M15-2455
- Dadgostar H., Nedjat S., Dadgostar E. & Soleimany G. (2017) Translation and Evaluation of the Reliability and Validity of Eating Disorder Inventory -3 Questionnaire Among Iranian University Students. *Asian J Sports Med*. doi: 10.5812/asjms.13950.
- Clausen, L., Rosenvinge, J. H., Friberg, O., & Rokkedal, K. (2011). Validating the Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3): A Comparison Between 561 Female Eating Disorders Patients and 878 Females from the General Population. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 33(1), 101–110. <https://doi.org/10.1007/s10862-010-9207-4>
- Clinton, D., & Norring, C (Red.). (2009). Ätstörningar – Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder (1 uppl.). Natur & Kultur

- DeJong, H., Oldershaw, A., Sternheim, L., Samarawickrema, N., Kenyon, M. D., Broadbent, H., Lavender, A., Startup, H., Treasure, J., & Schmidt, U. (2013). Quality of life in anorexia nervosa, bulimia nervosa and eating disorder not-otherwise-specified. *Journal of eating disorders, 1*, 43. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-43>
- Dogan, O., Bayhan, P., Yukselen, A. & Isitan, S. (2018). Body image in adolescents and its relationship to socio-cultural factors. *Kuram Ve Uygulamada Egitim Bilimleri*, 18(3), 561- 577. doi: 10.12738/estp.2018.3.0569
- Dziechciaż, M., & Filip, R. (2014). Biological psychological and social determinants of old age: bio-psycho-social aspects of human aging. *Annals of agricultural and environmental medicine : AAEM*, 21(4), 835–838. <https://doi.org/10.5604/12321966.1129943>
- Fiske, A., Wetherell, J., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5(1), 363–389. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621
- Frank, G., Shott, ME & Deguzman MC. (2019). The neurobiology of eating disorders. *National library of medicine*. 629-640. Doi: [10.1016/j.chc.2019.05.007](https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.05.007)
- Folkhälsomyndigheten (2015). *Utbildningsnivå och hälsa- hur hänger det ihop?* hämtad 2022-11-16 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/ca6067606d8847f7945e922642853caf/utbildning-halsa-faktablad.pdf>
- Fortes, L., Cipriani, F., Coelho, F., Paes, Santiago & Ferreira, M. (2014) Does self-esteem affect body dissatisfaction levels in female adolescents? *Revista paulista de pediatria sociedade de pediatria de sao paulo*. 32(3):236-40 doi. 10.1590/0103-058220143231
- Frostad, S. (2004). Somatic investigation and treatment of eating disorders. *Tidsskr Nor Laegeforen*. Aug 26;124(16):2121-5.
- Garner, D. & Olmsted, M. (1988) *The Eating Disorder Inventory Manual*. In Hersen, M., & Bellack, A. S. (Eds.). *Dictionary of behavioral assessment techniques*. Pergamon Press

- Gittins, C & Hunt, C. (2020). Self-criticism and self-esteem in early adolescence. Do they predict depression? *Revista brasileira de enferm.* Dec 18:15 (12)
doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0388
- Griffiths, J.A. & McCabe, M.P. (2000). The influence of significant others on disordered eating and body dissatisfaction among early adolescent girls. *European Eating Disorders Review*, 8(4), 301-314. doi: [https://doi.org/10.1002/1099-0968\(200008\)8:4%3C301::AIDERV357%3E3.0.CO;2-C](https://doi.org/10.1002/1099-0968(200008)8:4%3C301::AIDERV357%3E3.0.CO;2-C)
- Grogan, S. (2016). *Body Image – Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children*. DOI: <https://doi.org/10.4324/9781315681528>
- Gustafsson, S., Edlund, B., Davén, J., Kjellin, L. & Norring, C (2009) Perceived Expectations in Daily Life Among Adolescent Girls Suffering From an Eating Disorder: A Phenomenographic Study. *Eating Disorders*, 18:1, 25–42. doi: 10.1080/10640260903439524
- Hagstad, A. (2020). *Åldrandet – inte bara en fråga om biologi*. Hämtat från Region Halland URL.
- Hartman, D (1995). Anorexia nervosa – diagnosis, aetiology, and treatment, *National library of medicine*. 71(842): 712–716. doi: [10.1136/pgmj.71.842.712](https://doi.org/10.1136/pgmj.71.842.712)
- Harrington, BC., Jimerson, M., Haxton, C & Jimersson, DC. (2015). Initial evaluation, diagnosis and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *American family physician*. 91(1):46-52. Doi: 25591200
- Hay, PH & Claudino, AM. (2010). Bulimia nervosa. *National library of medicine*. 2010:1009 doi: 21418667
- Hewitt PL, Coren S, Steel GD, 2001. Death from anorexia nervosa: age span and sex differences. *Aging Ment Health*. 5(1):41–6.
- Hornby-Turner, Y., Peal, N & Hubbard, R. (2017) Health essets in older age: a systematic review. *BMJ journals*. 2017 May 17;7(5):e013226. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013226
- IBM Corp. (2022). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 28.0. Armonk, NY: IBM Corp

- Kashubeck-West, S., Mintz, L. B. & Weigold, I. (2005). Separating the effects of gender and weight-loss desire on body satisfaction and disordered eating behavior. *Sex Roles*, 53(7), 505- 518. doi: <https://doi.org/10.1080/10640260903439524>
- Kotler, L. A., & Walsh, B. T. (2000). Eating disorders in children and adolescents: pharmacological therapies. *European child & adolescent psychiatry*, 9 Suppl 1, I108–I116. <https://doi.org/10.1007/s007870070024>
- LaMarre, A. & Rice, C. (2016). Normal Eating Is Counter-Cultural: Embodied Experiences of Eating Disorder Recovery. *Journal of community & applied social psychology* 26(2), 136– 149. doi: <https://doi.org/10.1002/casp.2240>
- Luppa, M., Luck, T., König, H. H., Angermeyer, M. C., & Riedel-Heller, S. G. (2012). Natural course of depressive symptoms in late life. An 8-year population-based prospective study. *Journal of affective disorders*, 142(1-3), 166–171. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.05.009>
- Lyness, J. M., Heo, M., Datto, C. J., Ten Have, T. R., Katz, I. R., Drayer, R., Reynolds, C. F., 3rd, Alexopoulos, G. S., & Bruce, M. L. (2006). Outcomes of minor and subsyndromal depression among elderly patients in primary care settings. *Annals of internal medicine*, 144(7), 496–504. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-144-7-200604040-00008>
- Mabe, A. G., Forney, K. J., & Keel, P. K. (2014). Do you “like” my photo? Facebook use maintains eating disorder risk. *International Journal of Eating Disorders*, 47(5), 516-523.
- McCabe, M P., & Ricciardelli, L. A. (2001). Body image and body change techniques among young adolescent boys. *Europeans Eating Disorder Review*, 9, 335347. doi:10.1002/erv.389
- Martinez, P., Moreno, A., Jimenez, M., Macias, M., Pagliari, C, & Abellan, M. (2019). Social-media, thin ideal, body dissatisfaction, disordered eating attitudes; an exploratory analysis. *Environmental reseach and public health*. Doi: [10.3390/ijerph16214177](https://doi.org/10.3390/ijerph16214177)
- Mellor, D., Fuller-Tyszkiewicz, M., McCabe, M. P., & Ricciardelli, L. A. (2010). Body image and self-esteem across age and gender: A short-term longitudinal study. *Sex roles*, 63(9), 672-681.

- Miller, M. N., & Pumariega, A. J. (2001). Culture and eating disorders: a historical and cross-cultural review. *Psychiatry*, 64(2), 93–110. <https://doi.org/10.1521/psyc.64.2.93.18621>
- Mulchandani, M., Namrata, S., Conrad, A., Muir, P & Mach, B. (2021). Treatment of eating disorders in older people : a systematic review *National Library of Medicine*. 10(1):275. doi: 10.1186/s13643-021-01823-1.
- Nohr, L, Ruiz, A, Ferrer, J & Buhlmann U (2021). Mental health stigma and professional help-seeking attitudes a comparison between Cuba and Germany. *Plos One*. doi: 10.1371
- Nyman-Carlsson, E & Garner, D., M. (2016). Eating disorder inventory. *Encyclopedia of feeding and eating disorders*. Doi: 10.1007/978-981-287-087-2_192-1
- O'Connell, H., Chin, A. V., Cunningham, C., & Lawlor, B. A. (2004). Recent developments: suicide in older people. *BMJ (Clinical research ed.)*, 329(7471), 895–899. <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7471.895>
- Offner, D. (1997). Eating disorders: family environment and outcome. *Boston University*.
- Ottosson, H., & Ottosson, J-O. (2007). *Psykiatriboken* (s.112–116). Stockholm: Liber AB
- Polit, DF., & Tatano Beck, C. (2021). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 11 th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual review of psychology*, 53, 187–213. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135103>
- Psykiatriska riksföreningen & Svensk sjuksköterskeförening (2014). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen, inriktning psykiatrisk vård*. Hämtad 2022-10-24 från: <https://beta.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062321b9/1584103943244/Kompetensbeskrivning%20sjusk%C3%B6terskor%20inom%20psykiatrisk%20v%C3%A5rd%202014.pdf>
- Ouyang, Z., Chong, A. M., Ng, T. K., & Liu, S. (2015). Leisure, functional disability and depression among older Chinese living in residential care homes. *Aging & mental health*, 19(8), 723–730. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.962009>
- Ritchie, K., Artero, S., Beluche, I., Ancelin, M. L., Mann, A., Dupuy, A. M., Malafosse, A., & Boulenger, J. P. (2004). Prevalence of DSM-IV psychiatric disorder in the French elderly population. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*,

- 184, 147–152. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.2.147>Rodriguez, C., Sanchez, L, Fernades-Garcia, R, Sanches, J & Garcia-Montes, J,. (2020). *Int J environ res public health*. 16;17 (18):6754. Doi:10.3390/ijerph17186754.
- Rydberg Sterner, T., Ahlner, F., Blennow, K., Dahlin-Ivanoff, S., Falk, H., Havstam Johansson, L., Kern, J., Kern, S., Machado, A., Mellqvist Fässberg, M., Nilsson, J., Ribbe, M., Rothenberg, E., Rydén, L., Sadeghi, A., Sacuiu, S., Samuelsson, J., Sigström, R, Skoog, J.,... Skoog, I. (2019). The Gothenburg H70 Birth cohort study 2014–16: Design, methods and study population. *European Journal of Epidemiology*, 34(2), 191–209. <https://doi.org/10.1007/s10654-018-0459-8>
- Salzmann-Erikson, M., & Jeanette Dahlén, J. (2017). Nurses' Establishment of Health Promoting Relationships: A Descriptive Synthesis of Anorexia Nervosa Research. *Journal of Child & Family Studies*, 26(1). s. 1-13. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10826-016-0534-2>
- SBU (2019). *Ätstörningar*. En sammanställning av systematiska översikter av kvalitativ forskning utifrån patientens, närståendes och hälso- och sjukvårdens perspektiv. Hämtad 2022-11-26 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-11-6439-bilaga-a.pdf>
- SCB (2022). *Befolkning efter ålder, utbildning och år*. Hämtad 2022-11-16 från: https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_UF_UF0506/Utbildning/table/tableViewLayout1/
- SCB (2021). *Sveriges befolkningspyramid*. Hämtad 2022-11-22 från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/sveriges-befolkningspyramid/>
- Scodellaro, C., Pan Ké Shon, J., Legleye, S. & Hamilton, P. (2017). Disorders in Social Relationships: The Case of Anorexia and Bulimia. *Revue Française De Sociologie (English Edition)*, 58(1), 1–30. Hämtad 2022-11-28 från <https://www-jstor-org.ezproxy.its.uu.se/stable/26605190>
- Sigström, R., Waern, M., Gudmundsson, P., Skoog, I., & Östling, S. (2018). Depressive spectrum states in a population-based cohort of 70-year olds followed over 9 years. *International journal of geriatric psychiatry*, 33(8), 1028–1037. <https://doi.org/10.1002/gps.4888>

Silverstein, B., & Perlick, D. (1995). *The cost of competence: Why inequality causes depression, eating disorders, and illness in women*. Oxford University Press.

Snaith, R. P., Harrop, F. M., Newby, D. A., & Teale, C. (1986). Grade scores of the Montgomery-Asberg Depression and the Clinical Anxiety Scales. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, *148*, 599–601.

<https://doi.org/10.1192/bjp.148.5.599>

SOU 2018:10. *70 är det nya 50. Rapport 21, Ingmar Skoog*. Göteborg: Delegationen för senior arbetskraft.

Tanioka, T., Kataoka, M., Yasuhara, Y., Miyagawa, M & Ueta, I (2011) The role of nurse administrations and managers in quality psychiatric care. *Med Invest*. Doi: 10.2152

Wallin, U., Sandeberg, AM., Nilsson, K., & Linne, Y (2015). Ätstörningar. *Kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. Svenska psykiatriska föreningen.

Wertheim, E.H., Paxton, S.J., Schutz, H.K. & Muir, S.L. (1997). Why do adolescent girls watch their weight? An interview study examining sociocultural pressures to be thin. *Journal of Psychosomatic Research*, *42*(4), 345–355. doi:

[https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(96\)00368-6](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(96)00368-6)

Wiktorsson, S., Runeson, B., Skoog, I., Ostling, S., & Waern, M. (2010). Attempted suicide in the elderly: characteristics of suicide attempters 70 years and older and a general population comparison group. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, *18*(1), 57–67.

<https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181bd1c13>

Wu, Z., Schimmele, C. M., & Chappell, N. L. (2012). Aging and late-life depression. *Journal of aging and health*, *24*(1), 3–28. <https://doi.org/10.1177/0898264311422599>

Bilagor

1 Eating disorder inventory (EDI)

	Alltid	Mycket ofta	Ofta	Ibland	Sällan	Aldrig
1. Jag äter sötsaker och annat med mycket kalorier utan att oroa mig						
2. Jag äter utan att bli upprörd						
3. jag vräker i mig mat						
4. Jag får fruktansvärt dåligt samvete när jag ätit för mycket						
5. Jag är livrädd för att gå upp i vikt						
6. Jag är nöjd med min figur						
7. Jag överdriver viktens betydelse						
8. Det har hänt att jag har vräkt i mig mat och känt det som att jag inte skulle kunna sluta						
9. Jag är fixerad vid önskan att bli smalare						
10. Jag fantiserar om att vräka i mig mat (hetsäta)						
11. I andras närvaro äter jag måttligt och vräker i mig när jag blir ensam						
12. Om jag går upp några hekto är jag rädd att fortsätta gå upp						
13. Jag äter eller dricker i hemlighet						

2 Montgomery Åsberg Depression Rating Scale Självskattningsskala (MADRS- S)

MADRS-S (självskattningsskala)

Namn

Datum

Genom att besvara följande nio frågor kan du och din läkare få en detaljerad bild av hur du mår och om du har symtom, som är typiska för depression. Genom att lägga ihop den "poäng" du får på frågorna får du och din läkare en bild av graden av depression. Sätt en ring runt siffran som du tycker bäst stämmer med hur du mått de senaste tre dagarna. Använd gärna mellanliggande alternativ. Tänk inte alltför länge, utan försök arbeta snabbt.

1. Sinnessämning

Här ber vi dig beskriva din sinnessämning, om du känner dig ledsen, tungsint eller dystert till mods. Tänk efter hur du har känt dig de senaste tre dagarna, om du har skiftat i humöret eller om det varit i stort sett detsamma hela tiden, och försök särskilt komma ihåg om du har känt dig lättare till sinnes om det har hänt något positivt.

- 0 Jag kan känna mig glad eller ledsen, alltefter omständigheterna.
1
2 Jag känner mig nedstämd för det mesta, men ibland kan det kännas lättare.
3
4 Jag känner mig genomgående nedstämd och dystert. Jag kan inte glädja mig åt sådant som vanligen skulle göra mig glad.
5
6 Jag är så totalt nedstämd och olycklig att jag inte kan tänka mig värre.

2. Oroskänslor

Här ber vi dig markera i vilken utsträckning du haft känslor av inre spänning, olust och ångest eller odefinierad rädsla under de senaste tre dagarna. Tänk särskilt på hur intensiva känslorna varit, och om de kommit och gått eller funnits nästan hela tiden.

- 0 Jag känner mig mestadels lugn.
1
2 Ibland har jag obehagliga känslor av inre oro.
3
4 Jag har ofta en känsla av inre oro som ibland kan bli mycket stark, och som jag måste anstränga mig för att bemästra.
5
6 Jag har fruktansvärda, långvariga eller outhärdliga ångestkänslor.

3. Sömn

Här ber vi dig beskriva hur bra du sover. Tänk efter hur länge du sovit och hur god sömnen varit under de senaste tre nätterna. Bedömningen skall avse hur du faktiskt sovit, oavsett om du tagit sömnmedel eller ej. Om du sover mer än vanligt, sätt din markering vid 0.

- 0 Jag sover lugnt och bra och tillräckligt länge för mina behov. Jag har inga särskilda svårigheter att somna.
1
2 Jag har vissa sömnsvärigheter. Ibland har jag svårt att somna eller sover ytligare eller oroligare än vanligt.
3
4 Jag sover minst två timmar mindre per natt än normalt. Jag vaknar ofta under natten, även om jag inte blir störd.
5
6 Jag sover mycket dåligt, inte mer än 2-3 timmar per natt.

4. Matlust

Här ber vi dig ta ställning till hur din aptit är, och tänka efter om den på något sätt skiljt sig från vad som är normalt för dig. Om du skulle ha bättre aptit än normalt, sätt din markering vid 0.

- 0 Min aptit är som den brukar vara.
1
2 Min aptit är sämre än vanligt.
3
4 Min aptit har nästan helt försvunnit. Maten smakar inte och jag måste tvinga mig att äta.
5
6 Jag vill inte ha någon mat. Om jag skulle få någonting i mig, måste jag övertalas att äta.

5. Koncentrationsförmåga

Här ber vi dig ta ställning till din förmåga att hålla tankarna samlade och koncentrera dig på olika aktiviteter. Tänk igenom hur du fungerar vid olika sysslor som kräver olika grad av koncentrationsförmåga, t ex läsning av komplicerad text, lätt tidningstext och TV-tittande.

- 0 Jag har inga koncentrationssvårigheter
- 1
- 2 Jag har tillfälligt svårt att hålla tankarna samlade på sådant som normalt skulle fånga min uppmärksamhet (t ex läsning eller TV-tittande).
- 3
- 4 Jag har påtagligt svårt att koncentrera mig på sådant som normalt inte kräver någon ansträngning från min sida (t ex läsning eller samtal med andra människor).
- 5
- 6 Jag kan överhuvudtaget inte koncentrera mig på någonting.

6. Initiativförmåga

Här ber vi dig försöka värdera din handlingskraft. Frågan gäller om du har lätt eller svårt för dig att komma igång med sådant du tycker du bör göra, och i vilken utsträckning du måste övervinna ett inre motstånd när du skall ta itu med något.

- 0 Jag har inga svårigheter med att ta itu med nya uppgifter.
- 1
- 2 När skall jag ta itu med något, tar det emot på ett sätt som inte är normalt för mig.
- 3
- 4 Det krävs en stor ansträngning för mig att ens komma igång med enkla uppgifter som jag vanligtvis utför mer eller mindre rutinmässigt.
- 5
- 6 Jag kan inte förmå mig att ta itu med de enklaste vardagssysslor.

7. Känsломässigt engagemang

Här ber vi dig ta ställning till hur du upplever ditt intresse för omvärlden och för andra människor, och för sådana aktiviteter som brukar bereda dig nöje och glädje.

- 0 Jag är intresserad av omvärlden och engagerar mig i den, och det bereder mig både nöje och glädje.
- 1
- 2 Jag känner mindre starkt för sådant som brukar engagera mig. Jag har svårare än vanligt att bli glad eller svårare att bli arg när det är befogat.
- 3
- 4 Jag kan inte känna något intresse för omvärlden, inte ens för vänner och bekanta.
- 5
- 6 Jag har slutat uppleva några känslor. Jag känner mig smärtsamt likgiltig även för mina närmaste.

8. Pessimism

Frågan gäller hur du ser på din egen framtid och hur du uppfattar ditt eget värde. Tänk efter i vilken utsträckning du ger självförelöser, om du plågas av skuld känslor, och om du oroar dig oftare än vanligt för t ex din ekonomi eller din hälsa.

- 0 Jag ser på framtiden med tillförsikt. Jag är på det hela taget ganska nöjd med mig själv.
- 1
- 2 Ibland klandrar jag mig själv och tycker jag är mindre värd än andra.
- 3
- 4 Jag grubblar ofta över mina misslyckanden och känner mig mindervärdig eller dålig, även om andra tycker annorlunda.
- 5
- 6 Jag ser allting i svart och kan inte se någon ljusning. Det känns som om jag var en alltigenom dålig människa, och som om jag aldrig skulle kunna få någon förlåtelse för det hemska jag gjort.

9. Livslust

Frågan gäller din livslust, och om du känt livsleda. Har du tankar på självmord, och i så fall, i vilken utsträckning upplever du detta som en verklig utväg?

- 0 Jag har normal aptit på livet.
- 1
- 2 Livet känns inte särskilt meningsfullt men jag önskar ändå inte att jag vore död.
- 3
- 4 Jag tycker ofta det vore bättre att vara död, och trots att jag egentligen inte önskar det, kan självmord ibland kännas som en möjlig väg.
- 5
- 6 Jag är egentligen övertygad om att min enda utväg är att dö, och jag tänker mycket på hur jag bäst skall gå tillväga för att ta mitt eget liv.

Lägg samman poängen från båda sidor av formuläret och ange summan i rutan

3. Regionala etikprövningslagen i Göteborg (EPN)



Regionala etikprövningsnämnden i Göteborg

Sida 1 av 1

Projektansvarig:
Ingmar Skoog
SU/Mölndal
Neuropsykiatri
431 80 Mölndal

Dnr:
869-13

Exp. 2013-11-21

Forskningshuvudman: Västra Götalandsregionen

Närvarande beslutande:

Margit Kärström, *ordförande*
Birgitta Rembeck, *t f vetenskaplig sekreterare*

Ledamöter med vetenskaplig kompetens:

Michael Breimer, *deltog ej i 858-13, 865-13, 867-13, 869-13*
Daniel Holmgren
Bodil Lernfelt, *deltog ej i 766-13, 773-13*

Karin Manhem
Dan Mellström
Ulf Nilsson
Barbro Robertsson
Elisabet Wennberg, *deltog ej i 766-13*
Maude Wikström

Ledamöter som företräder allmänna intressen:

Jan Alexandersson, *deltog ej i 854-13, 855-13, 857-13, 858-13, 865-13, 867-13, 869-13*
Evert Eggelind
Allaedin Hedayati
Annelie Nielsen Fernström
Anja Olsson

Projekttitel: Hälsoundersökning av 70-åringar födda 1944 (H70-studien). En jämförelse av 70-åringar undersökta 1971-72, 1976-77, 2000 och 2014


Beslutsprotokoll från sammanträde med Regionala etikprövningsnämnden i Göteborg, Medicinska avdelningen (M 2), den 18 november 2013

Föredragande: Ulf Nilsson

Godkännes

Nämnden beslöt godkänna studien.

Att denna avskrift i transumt överensstämmer med originalet intygar:


Barbro Mörising, administrativ sekreterare