



**EN KARTLÄGGNING AV ÄLDRE FINSKA
INVANDRARES KOSTVANOR OCH HÄLSA
I MARKS KOMMUN**

Maria Lancha





**Sahlgrenska Akademin vid
Göteborgs universitet**
Institutionen för invärtesmedicin
Avdelningen för klinisk näringslära

En kartläggning av äldre finska invandrares kostvanor och hälsa i Marks kommun

Maria Lancha

Fördjupningsarbete 20 poäng

Handledare: Ragnhild Arvidsson Lenner

Examinator: Anna Winkvist

2004-12-03

FÖRORD

Hur ser kostvanor och den kostrelaterade hälsan ut bland äldre finska invandrare i Marks kommun?

Det var en frågeställning som medarbetare på dietistenheten vid sjukhuset i Skene, Södra Älvsborgs Sjukhus, hade ett särskilt intresse av att studera närmare. ÄldreVäst Sjuhärad fick möjlighet att följa och stödja studien.

Maria Lancha, dietist vid enheten, fick stöd för genomförandet från finska föreningen i Mark och framför allt från Tuula Nyholm. Tuula´s och hennes kamraters medverkan är ett gott exempel på aktiv medverkan från brukare under hela forskningsprocessen. Alltså att vara delaktig i och få möjlighet att påverka planering, utformning av enkätfrågor, arrangerandet av informationstillfällen, stödja datainsamling och vara delaktig i återförandet av resultat!

Arbetet är ett fördjupningsarbete vid Avdelningen för klinisk näringslära, Göteborgs Universitet.

Vill tacka Maria, hennes medarbetare och Marks finska förening för deras insats!

Bengt-Arne Andersson

Projektledare ÄldreVäst Sjuhärad

SAMMANFATTNING

En kartläggning av äldre finska invandrares kostvanor och hälsa i Marks kommun.
Författare: Maria Lancha

Bakgrund: Finland hade på 1960-talet högst frekvens av hjärt-kärlsjukdom i världen. Vid samma tid skedde en tämligen stor arbetskraftsinvandring från Finland till Marks kommun. Forskning visar att invandring till ett nytt land ofta innebär ändrade levnadsvanor vilket kan påverka hälsotillståndet.

Syfte: Att kartlägga kostvanor, kostrelaterad hälsa samt upplevd hälsa hos en grupp äldre finska invandrare i Marks kommun.

Material/metod: Materialet bestod av 60 finska invandrare över 60 år. Rekrytering skedde via Marks finska förening samt finsk lokalradio. Samtliga individer intervjuades om kostvanor med ett validerat frekvensformulär. Vid intervjun ställdes även frågor om tobaksbruk, eventuell specialkost, aktuella sjukdomar och mediciner samt självupplevd hälsa och livskvalité. På samtliga individer genomfördes mätning av midja- och stussomkrets, längd, vikt, lipidstatus (s-kolesterol, s-LDL, s-HDL, s-triglycerider), blodglukos samt blodtryck. Resultat jämfördes med aktuella riktlinjer och rekommendationer samt befintlig data från äldre i Marks kommun, Sjuhäradsbygden och Sverige.

Resultat: Samtliga av de 60 anmälda fullföljde studien varav 10% var i behov av tolk. Gruppens beräknade energiintag var något lågt jämfört med nordiska referensvärden, och näringsintag motsvarade rekommendationerna med undantag av att andelen mättat fett var något hög. I genomsnitt åt de fyra måltider per dag, varav ett bestod av lagad mat. Det var 82% som hade övervikt eller fetma vilket är betydligt högre än förekomsten bland äldre svenskar generellt, men jämförbart med äldre i Finland. 89% av kvinnorna och 73% av männen hade förhöjda kolesterol- och/eller triglyceridnivåer medan 45% hade medicinbehandlad hypertoni. Ungefär en fjärdedel av männen och 5% av kvinnorna hade diagnosen diabetes och hos 23% av männen och 11% av kvinnorna förekom hjärt-kärlsjukdom. Förekomsten av diabetes, hypertoni samt hjärt-kärlsjukdom var hög i studiematerialet jämfört med äldre i Marks kommun och Sjuhäradsbygden. Självupplevd livskvalité rapporterades vara bra eller mycket bra hos cirka 80% av deltagarna. Identiska resultat har tidigare rapporterats från äldre i kommunen och Sjuhäradsbygden.

Konklusion: Generella slutsatser kan inte dras, då urvalet ej var slumpmässigt. Studien har ändå gett god inblick i 60 äldre finska invandrares kostvanor och hälsa.

Gruppen som studerats utmärker sig inte vad gäller kostvanor, upplevd hälsa och livskvalité men däremot kan vissa tendenser ses vad gäller fysiologiska riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom. Förekomst av övervikt och fetma är de mest uttalade, men det är även väsentligt att uppmärksamma något högre frekvens av rökning, hypertoni, diabetes och tidigare hjärt-kärlsjukdom i denna grupp än bland äldre i Marks kommun, Sjuhäradsbygden och Sverige.

Sökord: Invandring, Marks kommun, hjärt-kärlsjukdom, kostvanor, lipidstatus, övervikt, självupplevd hälsa, rekommendationer.

ABSTRACT

Dietary habits and health amongst elderly Finnish immigrants in the Mark urban district.

Author: Maria Lancha

Background: 30-40 years ago, Finland had the highest coronary heart disease mortality rates in the world. At same time, there was a fairly large immigration from Finland to the Mark urban district. Investigations have shown that immigration is a reason for changing dietary habits and this can have influence upon health. The aim of this study was to examine dietary habits, health and self-rated health amongst elderly Finnish immigrants in the Mark district.

Methods: The study cohort consisted of 60 Finnish immigrants, aged >60. The subjects were collected via the Finnish association in Mark and the Finnish local radio. Dietary habits were investigated by an interview with the use of a food frequency questionnaire. The interview also included questions about smoking habits, use of special diets, current diseases, medication and self-rated health. Height, weight, waist and hip circumferences, serum lipids (total cholesterol, LDL, HDL, triglycerides) blood pressure and blood glucose were measured. The result of the study was compared with guidelines, recommendations and data from elderly in the Mark urban district, Sjuhäradsbygden and Sweden.

Results: All of the subjects completed the study, 10% were in need of interpreter. The dietary intake of the subjects corresponded to the recommendations except for a higher intake of saturated fatty acids. Reported energy intake was somewhat lower than the Nordic reference values. The subjects reported a meal frequency of four times a day included one cooked meal. There were 82% of the subjects who were overweight or obese. This prevalence was remarkably higher than amongst elderly in Sweden but comparable with elderly in Finland. High blood lipids existed amongst 89% of the women and 73% of the men while 45% had medication because of high blood pressure. About one fourth of the men and 5% of the women had Diabetes while 23% of the men and 11% of the women had some kind of cardiovascular disease (CVD). The prevalence of diabetes, CVD and high blood pressure were high in the study subjects compared to elderly in the Mark district and Sjuhäradsbygden. Self-rated health was reported to be good or very good amongst about 80% of the subjects. Identical results have earlier been reported amongst elderly in Mark and Sjuhäradsbygden.

Conclusions: General conclusions can not be made because of the non-random sample. Anyway, this study gives a understanding about dietary habits and health

amongst 60 elderly Finns in Sweden. There were nothing remarkable about dietary habits and self rated health amongst the subjects. However, some trends in the risk factors were notable. The most remarkable was the high prevalence of overweight and obesity but also the high prevalence of smoking, high blood pressure, diabetes, and CVD compared to the general prevalence amongst elderly in the Mark urban district, Sjuhäradsbygden and Sweden.

Key Words: Immigration, the Mark urban district, cardiovascular disease, dietary habits, lipids, obesity, self rated health, guidelines.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

FÖRORD	IV
SAMMANFATTNING	V
ABSTRACT	VII
BAKGRUND	
Finsk invandring till Sverige	1
Invandrares förändrade kostvanor och därtill relaterad hälsa	1
Finska invandrares hälsa i Sverige	3
Kostintag och därtill relaterad hälsa i Finland	5
Kostintag och därtill relaterad hälsa i Sverige	6
SYFTE	7
FRÅGESTÄLLNINGAR	8
MATERIAL OCH METOD	9
Material.....	9
Metod –	10
Personliga intervjuer samt antropometri	10
Provtagning	12
Bearbetning av resultat	12
RESULTAT	14
Hur såg energi- och näringsintaget ut?	14
Hur såg gruppens måltidsrutiner ut?	17
Hur många hade någon typ av specialkost?	17
Hur många brukade tobak?	17
Hur stor var förekomsten av övervikt och bukfetma?	17

Hur många hade hyperlipidemi?.....	20
Hur många hade hypertoni?.....	22
Hur många hade diabetes?	22
Hur många hade diagnostiserad hjärt-kärlsjukdom?	23
Hur många hade ärftlighet för hjärt-kärlsjukdom?.....	23
Hur såg riskprofilen för hjärt-kärlsjukdom ut?	24
Vad ansåg gruppen om sin hälsa och livskvalité?	25
DISKUSSION	27
Metoddiskussion.....	27
Resultatdiskussion	30
KONKLUSION	35
REFERENSLISTA	36

Bilaga 1 Informationsbrev

Bilaga 2 Intervjuformulär

BAKGRUND

Finsk invandring till Sverige

Finsk invandring till Sverige har förekommit sedan urminnes tider. Redan före Kristi födelse var anknytningen mellan Sverige och Finland stark. Finska immigranter har en stor plats i Sveriges historia. När vi börjar söka i rötterna till våra högtider så ser vi att många av dessa härstammar från Finland.

Idag finns ca 200 000-500 000 finska invandrare i Sverige (antal beroende på kriterier för invandrare). De allra flesta kom hit på 1960-1970 talet. Vår dåvarande industrialisering innebar stort behov av arbetskraft och vi välkomnade därför ett stort antal invandrare, varav flest härstammade från Finland (1). Även om tanken inte var den från början så kom de flesta av dessa finska invandrare att stanna i Sverige. Idag börjar de komma i pensionsålder och blir i större behov av vård och omsorg. Antalet med finsk bakgrund som är över 65 år beräknas idag vara ca 40 000 och år 2010 ca 60 000 (2).

Även i Marks kommun var den finska invandringen tämligen stor på grund av då nystartade väveribolag. Många bor kvar i kommunen och börjar nu pensionera sig (3).

Invandrares förändrade kostvanor och därtill relaterad hälsa

Allt eftersom antalet invandrare i Sverige ökar har fler intresserat sig för denna grups hälsa och välbefinnande. Nedan följer en sammanställning av olika skribenters tankar kring ämnet.

Människor har behov av att i olika sammanhang uttrycka sin identitet. Maten och måltider är viktiga medel för detta. Olikheter eller nationell tillhörighet exemplifieras gärna genom mat. Detta är ofta ett oproblematiskt sätt att uttrycka skillnader i nationell identitet jämfört med t ex politik och religion. Med maten diskuteras kulturella skillnader och vi uppfattar olika befolkningsgrupper via maten t ex amerikansk mat som onyttig, mexikansk mat som het och japansk mat som hälsosam (4). Utöver de näringsfysiologiska behov som mat tillfredställer används den även för att uttrycka sociala relationer. Genom att äta visas samhörighet. Man kan säga att maten fungerar som ett medel mot hemlängtan. Att laga samma mat som i hemlandet är ett sätt att bevara sin identitet.

Att flytta till ett nytt land innebär att flera levnadsvanor ändras. Detta kan leda till

förändring i hälsotillståndet vilket ibland orsakas av ändrade kostvanor. Utbudet av livsmedel blir annorlunda, så även arbetstider och fritidssysselsättning (5).

Undersökningar visar att invandrare överlag ändrar sin kost från att ha varit spannmålsbaserad med lågt fettinnehåll till att bli rik på fett och socker. Detta innebär en ny riskgrupp för kostrelaterade sjukdomar såsom diabetes typ 2 samt hjärt-kärlsjukdom. Vanligt blir att man ordnar diabetes- och hjärt-kärlgrupper för att informera om rätt mat. Men undervisningen hålls oftast på svenska vilket förutsätter att deltagarna hanterar språket väl. Stora resurser läggs på att sprida det allmänna hälsobudskapet men hur mycket av informationen når fram till invandrarna (6)?

Eva Svederberg, forskare vid pedagogiska institutionen vid Lunds Universitet har skrivit en avhandling som berör just detta ämne: *Tänkande bakom val och användning av livsmedel: faktorer som medverkar till eller utgör hinder för förändring av matvanor i hälsobefrämjande riktning* (6).

Svederberg menar: ”Viljan och förmågan att av hälsoskäl ändra sina matvanor beror i första hand på om man tror att de gör någon nytta. Avgörande är också vilket värde, ekonomiskt och symboliskt den föreslagna kosten har i den egna kulturen”. Forskaren gjorde en studie som inkluderade 18 metallarbetarfamiljer boende i Olofströms kommun. Sex familjer var svenskar, sex familjer kom från Finland och sex familjer från Kroatien. De tolv invandrarfamiljerna kom hit på 1970-talet. Syftet var att se hur det svenska kostbudskapet ”mindre fett, mer kostfiber” nått ut till de 18 familjerna.

Samtliga familjer kände till budskapet. Av en slump hade en eller flera familjemedlemmar i samtliga 18 familjer livsmedelsrelaterade hälsoproblem såsom högt blodtryck eller höga blodfetter. Resultatet visar, enligt Svederberg, att sociokulturellt grundade erfarenheter samt ekologiska och regionala förutsättningar för livsmedelsproduktion från ursprunglig hemort var betydelsefulla faktorer vid tänkandet kring matvaror. En annan viktig faktor var regionala och familjebaserade sätt att laga mat.

Hälften av de arton familjerna hade gjort förändringar i enlighet med det svenska kostbudskapet. I dessa familjer framträdde en stark tro att dessa förändringar verkligen skulle leda till en bättre hälsa, inte bara för familjemedlemmen med hälsoproblem utan för samtliga i familjen. I de familjer som inte förändrat kostvanor var kulturellt grundade erfarenheter kring livsmedel och mat avgörande. Aspekter som att maten skulle smaka bra och fungera tekniskt i matlagningen nämndes. I dessa familjer rådde tvivel om att eventuell förändring verkligen skulle påverka hälsan.

Forskaren drar slutsatsen att symboliskt värde i de livsmedel som rekommenderas har stor betydelse för eventuell förändring. Som ett exempel kan här nämnas finskt rågbröd för de finska familjerna. En man i sällskapet uttryckte: *”det är rågen som håller mannen på vägen”*. Om ett livsmedel däremot har lågt symboliskt värde för den egna identiteten kan det utgöra hinder. Exempelvis berättar en finsk familj om hur de rekommenderades att byta ut smör mot lättmargarin. Mannen reagerade starkt: *”får man inget smör i detta hushåll får det va’, (då är det inte värt att leva)”*. Livsmedel är alltså enligt Svederberg något som är integrerat i vår historia och mycket viktigt för vår kulturella identitet (6).

Maria Masoomi, dietist, kostekonom och kock skriver i en artikel i *Vård*, 2002 om förändrade kostvanor hos invandrare. Även här ges exemplet om det finska brödet och smörets betydelse för våra finska invandrare. Många önskar att återvända till sitt hemland och därför anser man det viktigt att hålla fast vid kulturella vanor. Maten är ett enkelt medel för detta. Trots dessa ambitioner sker förändringar. Man förändrar genom att nya livsmedel introduceras, gamla livsmedel utesluts, måltidskomposition ändras och så även måltidsordning. Hälsoeffekten av förändringarna beror givetvis på hur de nya valen ser ut. Baslivsmedel är det man starkast håller fast vid (7). Livsmedel utöver dessa är lättare att ändra t ex fettkällor, kryddor, sötsaker, nötter, frukter, drycker (8). Dessa kan påverkas omedelbart efter invandringen. Måltidsordning förändras också och en upptäckt bland invandrare är ökat småätande mellan målen vilket påverkar tandhälsan negativt. Vardagsmaten förändras snabbare är helgmåltider och sist förändras eventuellt högtidsmaten.

Som kostrådgivare anser Masoomi att det är ytterst viktigt att ha kunskap om olika kulturers kostvanor för att kunna rekommendera mat utifrån kultur, t ex mat med fiber, som samtidigt har högt symboliskt värde (7).

Finska invandrares hälsa i Sverige

Beskrivningen ovan är i många fall generell men med viss inriktning på finska invandrare. Hur just denna specifika grupps kostvanor ser ut och eventuellt förändrats på grund av invandring finns lite forskning kring. Målgruppens hälsosituation, både vad gäller psykisk och fysisk hälsa, är det dock fler som intresserat sig för.

Kristina Heikkilä gör en bra sammanfattning i artikeln *”På väg mot en mer nyanserad bild av de äldre finska invandrarnas situation”* (9). Samtliga studiesammandrag i kapitlet nedan är hämtade från Heikkiläs sammanfattning.

Speciella problem hos äldre invandrare uppmärksammades redan på 70-talet. Eftersom finländare i Sverige är den största invandrargruppen riktades störst upp-

märksamhet mot denna grupp. Helena Kivisaari, dåvarande riksförbundet finska föreningar i Sverige, sa på Äldreberedningens konferenser 1982 att *”de finska pensionärerna hör till den grupp vars kunskaper i det svenska språket är mycket bristfälliga. /-/ Vi vet att många finska pensionärer lever isolerade. Resultaten av detta är passivitet, i många fall missbruk, social utslagning och i många fall åldrande i förtid”*.

Den första vetenskapliga undersökningen om äldre finländares situation i Sverige gjordes på åttiotalet av Haavio-Manilla. Trettiosju personer med finsk bakgrund som var över 65 år intervjuades. Resultatet var nedslående, endast 30 % ansåg sig ha god hälsa. Haavio-Manilla skriver: *”Nästan alla åldringarna i denna undersökning har framlevt sitt liv i en förtryckt position, de saknade därför självkänsla och var underdåniga. Många av deras uttalanden genomsyrades av en total brist på tilltro till den egna förmågan att påverka sitt liv”*.

Haavi-Manila drog slutsatsen att denna grupp var isolerad och ensam. Samma mörka bild gav Linnéa Landgren 1982 i en studie kring invandraråldringar i Stockholm. En av Landgrens informanter sade *”Ingen talar om den och ingen förstår att finlandssvenskarna har behov av att bevara sitt språk och sin kultur. Det har man ingen förståelse för i Sverige”*. Bristfälliga kunskaper i språket anses vara grundorsak till isolering.

På nittiotalet gjorde Socialstyrelsen en kartläggning av äldre finska invandrades behov. Kartläggningen är, enligt Heikkälä, i många fall bristfällig men resultatet visade bland annat att 5-10% kände sig ensamma och isolerade. Denna siffra är jämförbar med antalet svenska äldre som upplever ensamhet och isolering.

”Mer än halva livet” handlar om hemmaboende äldre finska invandrades levnadsförhållanden i Stockholm. Av de 50 som deltog i denna studie var de flesta nöjda med sina relationer till andra människor och kände sig sällan eller aldrig ensamma och bortglömda. Hälsan var i allmänhet dålig. Bara 20 % var helt utan sjukdom. Även om sjukdomsfrekvensen var hög tyckte de flesta att deras hälsotillstånd var ganska bra.

Den monotona bild av de äldre finska invandrare som ensamma och isolerade har de senaste åren blivit mer nyanserad. Om situationen i sig blivit bättre eller om de kvalitativa studier som är gjorda varit för fokuserade på målinriktade bilder är givetvis svårt att bedöma. Slutsatsen som Kristina Heikkilä drar är att äldre finska invandrare är en mycket heterogen grupp. En stor del är friska, aktiva och klarar sig på svenska. Det finns dock även de som är mycket isolerade (9).

Den fysiska hälsan hos aktuell målgrupp har uppmärksammats i Olofström. Man har här drivit ett preventivt projekt ”hälsan i Olofström”. Ett av de resultat man fann var att finska invandrare i kommunen hade en betydande disposition för hjärt-kärlsjukdom. De variabler man studerade var ålder, kön, hushållstyp, härkomst, längd, vikt, rökning, blodtryck, blodsocker samt kolesterol. Av internationella studier förväntade man sig hög hjärt-kärlsjuklighet i grupper med finskt ursprung men man vet även att invandring till ett nytt land leder till anpassning av nya levnadsvanor och eventuell förändrad sjuklighet och dödlighet. I denna studie bibehöll finländarna sin riskprofil eller till och med stärkte den. Högt s-kolesterol, högt blodtryck, rökning och monotont arbete var de riskmarkörer man särskilt fann hos finländarna. I slutsatsen menar författarna att studiens urval är så slumpmässigt att de torde ge en bättre bild av hälsan hos denna målgrupp rent generellt än de uppgifter som tas ur sjukvårdsregister (10).

Som tidigare nämnts har man sett att invandrare har sämre tandstatus. Så är fallet även hos våra finska invandrare. De studier som är gjorda kring detta ämne inriktar sig speciellt på barn i finska invandrarfamiljer (11,12). Man fann att finska invandrarfamiljer generellt hade sämre matvanor än svenska familjer. De finska barnen hade ett signifikant högre intag av saft, läsk, tabletter och tuggummi. Majoriteten av de finska föräldrarna använde socker i te och kaffe. Familjerna åt även mer frekvent över dagen. Författarna uttrycker ett behov av kostinformation samt information om tandhälsa hos finska invandrarfamiljer med förskolebarn (11). Även om dessa studier inte direkt inriktat sig på äldre finska invandrare så ger det en inblick i målgruppens kostvanor generellt.

Kostintag och därtill relaterad hälsa i Finland

Som väl känt är frekvensen av hjärt-kärlsjukdom i västvärlden hög. Finland hade för 30-40 år sedan den högsta frekvensen av hjärt-kärlsjukdom i världen. Incidensen har dock minskat de senaste decennierna och i Finland tror man att huvudorsaken till trenden är sänkt s-kolesterol på grund av kostförändringar. År 1992 hade det totala fettintaget minskat till 34 E% (jämfört med 38 E% 1972) och mättat fett minskat till 16 E% (21 E% 1972). Kolesterolintaget hade minskat med 16% och man åt även mer grönsaker. Ändrade matvanor, i kombination med mindre rökning och bättre blodtryckskontroller, ansåg man vara orsak till minskad hjärt-kärlsjukdom (13).

Ett liknande mönster fann Huijbregts och kollegor i en studie där man jämfört hur kostintaget förändrats från medelålder till ålderdom. Man jämförde män från Finland, Italien och Nederländerna. Resultaten visade att finländare hade ett högre Body mass index (BMI) än männen från de två andra länderna. Finländarna hade

hög konsumtion av potatis, fisk, ägg, mjölk, fett och socker. Man såg även skillnad beroende på var i Finland man bodde. I östra Finland hade man högre intag av fisk och grönsaker medan man i västra Finland åt mer ägg, ost samt hade högre intag av alkohol. I denna studie karakteriserar man den finska maten som mat med högt innehåll av energi, totalfett, mättat fett samt kolesterol. Man såg i studien att kostintaget hade förändrats från medelålder till ålderdom. De äldre finska männen åt 1000 kcal mindre/dag, de åt mindre fett medan frukt- och grönsaksintaget var ökat. Den finska kosten hade alltså förbättrats under åren och om detta var anknutet till ålder eller ökad hälsoinformation utreddes ej (14).

En studie från år 2003 visar dock att denna positiva trend i Finland har stagnerat. Studien är utformad av ”The Finnish National Public Health Institute”. Projektet inkluderar målgrupper i norra Karelen och Kuopio provinser. Man har funnit att s-kolesterolet som tidigare minskat från 7.0 mmol/l till 5.7 mmol/l över en 25-års period ej förändrats de senaste fem åren. Antalet rökare har ökat och så även antalet med fetma, BMI över 30. Det totala fettintaget ligger fortfarande på 34 E%. De största fettkällorna är ost och köttprodukter (15).

Kostintag och därtill relaterad hälsa i Sverige

Enligt Riksmaten (16) äter svenskarna nyttigare men blir allt tyngre. Fettintaget är identiskt med det i Finland (34 E%), varav 14-15 E% mättat fett. Övervikt och därtill relaterade sjukdomar ökar (17).

Denna bakgrund lyfter fram många viktiga aspekter: vi vet att finländare i Finland för 30-40 år sedan hade högst incidens av hjärt-kärlsjukdom i världen (13) och det var vid denna tidpunkt invandringen till Sverige var som störst (1). Det har visats att såväl matvanor som fysisk och psykisk hälsa kan påverkas av invandring till ett nytt land. Med dessa punkter som bakgrund är det av stort intresse att undersöka situationen hos äldre finska invandrare i Marks kommun.

SYFTE

Att kartlägga kostvanor, kostrelaterad hälsa samt upplevd hälsa hos en grupp äldre finska invandrare i Marks kommun.

Arbetet är ett samverkansprojekt mellan Dietistenheten, Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS) ÄldreVäst Sjuhärad, Marks kommun och Marks finska förening. Resultatet kommer att ge en god inblick i kostvanor och därtill relaterad hälsa hos aktuell målgrupp. Idén är att väcka tanke för ytterligare forskning och eventuellt, beroende på resultat, ge ökad uppmärksamhet för denna målgrupp.

FRÅGESTÄLLNING

Hur ser målgruppens kostvanor ut vad avser variablerna energi, energifördelning, fettkvalité, omega3-fettsyror, raffinerat socker, kostfiber och måltidsordning? Gruppens näringsintag värderas mot aktuella riktlinjer och rekommendationer.

Hur stor är förekomsten av en eller flera riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom vad gäller variablerna BMI, bukfetma, blodfetter, blodtryck, diabetes, tobaksbruk, ärftlighet och tidigare hjärt-kärlsjukdom?

Hur ser förekomst av riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom ut jämfört med befintlig data från äldre i Marks kommun, Sjuhäradsbygden och Sverige?

Kan något samband mellan kostvanor och förekomst av riskvariabler identifieras?

Anser sig gruppen ha god hälsa och livskvalité? Hur ser dessa faktorer ut jämfört med data från äldre i Marks kommun och Sjuhäradsbygden?

MATERIAL OCH METOD

Före studiens start gjordes ansökan till etiska kommittén samt till personuppgiftsombudet på Göteborgs universitet. Studien godkändes i juni-2003.

Material

I Marks kommun bor 33015 invånare. Antalet invånare med finsk bakgrund (född i Finland eller minst en förälder född i Finland) beräknas vara ca 1690. Av dessa är 159 över 65 år och 370 mellan 50-64 år. Fakta om fördelningen mellan kvinnor och män finns endast från 45 år och uppåt och visar 61% är kvinnor (3).

Ett inklusionskriterium för studien var att individen skulle vara över 60 år. Totala antalet finska invandrare som var över 60 år beräknades enligt uppgifter ovan vara ca 280 personer (beräknat efter att de mellan 50-64 år är jämt fördelade över ålder). Efter uppgifter om totala antalet äldre finska invandrare i kommunen bedömdes 60 individer vara lämplig grupp att inkludera i studien. För att stickprovet skulle efterlikna populationen torde 35-40 kvinnor ingå i studien.

Ytterligare inklusionskriterier var att personen skulle vara född i Finland samt ha bott i Sverige i minst 25 år. Personen kunde vara utflyttad från Marks kommun men skulle då ha bott i kommunen större delen av sin tid i Sverige eftersom syftet var att undersöka situationen i Marks kommun. Inga krav ställdes på svensk språkkunnighet eftersom tolk fanns att tillgå. Gifta par fick ingå i studien. Eventuella sjukdomar påverkade ej deltagandet såvida de ej omöjliggjorde deltagande.

För att rekrytera deltagare gavs information om studien på Marks finska förening i Skene.

Första tillfället var i maj 2003 då en kort presentation av studien gjordes skriftligt och muntligt. Andra informationstillfället var i augusti-2003 då ytterligare information gavs och ett skriftligt informationsblad (Bilaga 1) lämnades ut. All information hölls och skrevs på både svenska och finska. Deltagare fick från och med denna dag börja anmäla sig. Vid två tillfällen under hösten 2003 informerades man om studien i finsk lokalradio. Studien omtalades även i Boråstidning samt lokaltidningen Markbladet. Målet var att så många äldre finska invandrare som möjligt skulle få information om studien. Anmälan gjordes till Maria Lancha, dietist och projektledare eller till Tuula Nyholm, kontaktperson på Marks finska förening.

Urvalet var inte slumpmässigt men heller ej strukturerat. De första 60 som anmälde sig till studien fick vara med. Marks finska förening fungerade som informationspri-

dare men inga krav ställdes på medlemskap i föreningen för att få delta i studien.

I december 2003 hade 60 deltagare anmält sig varav 63% (38/60) var kvinnor.

De som anmälde sig hade blivit informerade om studien via Marks finska förening, finsk lokalradio eller via vänner och anhöriga.

Metod

Studien var av tvärsnittsdesign och inkluderade både kvalitativa och kvantitativa data.

Personliga intervjuer samt antropometri:

Frågefrekvensformuläret MONICA samt kostanamnes utgjorde grunden för att fånga målgruppens kostvanor. MONICA är ett validerat svenskt frekvensformulär med 84 livsmedel där intag kan rapporteras med nio olika frekvenser (18). Det har tidigare använts i vetenskapliga studier för att studera skillnader i förekomst av hjärt-kärlsjukdom i olika delar av Sverige. Formuläret justerades något för att bättre fånga studiens syfte. Följande justeringar gjordes:

Gruppen ”grädde, crème fraiche, gräddfil” delades i 5 grupper: vispgrädde, matlagingsgrädde, crème fraiche, lätt creme fraiche, gräddfil.

Grupperna ”påläggskorv” samt ”korv som maträtt” delades i fyra grupper: ”påläggskorv”, ”mager påläggskorv”, ”korv som maträtt” och ”mager korv som maträtt”.

Grupperna ”tomat och gurka” samt ”sallad” slogs ihop till en grupp.

”Havregröt” och ”råggröt” slogs ihop till en grupp.

Tre grupper lades till: ”flytande margarin”, ”broccoli/blomkål” samt ”baljväxter”.

Fyra grupper exkluderades: ”blöta”, ”palt”, ”salt fisk”, ”rökt kött och fisk”.

”Nötter” skildes från ”chips och popcorn” och ”sötsaker” delades upp i ”choklad” och ”övrigt godis”. Efter samtliga justeringar innehöll formuläret 91 livsmedelsgrupper.

Vid intervjun användes Livsmedelsverkets Matmallen för att få en uppfattning om

personens portionsstorlekar. Frågor kring alkohol kompletterades med bilder på glas och flaskor för att få en uppfattning om mängder. För övrigt användes Livsmedelsverkets standardportioner. I de fall där flera livsmedel ingick i samma grupp togs en medelvikt av dessa livsmedel. Vilka livsmedelsgrupper och portionsstorlekar samt exakt vilka livsmedel som använts vid näringsberäkning framgår av Bilaga 2. För uppgifter om tobaksbruk användes validerade frågor från MILK-studien i Göteborg (Bilaga 2). Till dessa frågor lades följdfrågor om hur mycket och hur länge man använt tobak (Bilaga 2). Frågor kring upplevd livskvalité samt upplevd hälsa är validerade och hämtade ur ÄldreVäst Sjuhärads arbetsmaterial ”Äldres hälsa och levnadsvillkor” (19). Arbetsmaterialet baseras på en enkät som skickats till 8985 personer över 65 år boende i Sjuhäradsbygden. Enkäten berör bland annat frågor kring självupplevd hälsa, livskvalité samt fysisk hälsa.

Vid intervjun efterfrågades även om intervjupersonens aktuella sjukdomar, aktuell medicinering samt aktuell specialkost.

Före intervjustart genomfördes en pilotintervju. Intervjun gjordes på en finsk svensktalande kvinna. Intervjun tog 45 minuter. Efter pilotintervjun gjordes vissa justeringar i formuläret (se stycket ovan om vilka livsmedelsgrupper som lades till eller togs bort).

Intervjuerna ägde rum i lugn avskild miljö antingen på Marks finska förening eller vid Dietistenheten, SÄS, Skene. Intervjupersonen fick själv välja vilken av dessa två platser som passade bäst. Personen fick även välja om tolk behövdes eller inte.

Intervjutillfället inleddes med kostanamnesen där intervjupersonen ombads berätta hur han/hon äter en vanlig dag. Kostanamnesen låg till grund för bedömning av måltidsfördelning. Intervjuaren läste sedan upp samtliga livsmedel i frekvensformuläret och deltagaren ombads att svara hur ofta han/hon ätit dessa livsmedel det senaste året. Deltagaren fick de nio svarsalternativen på ett papper för att förenkla intervjun. Det fanns möjlighet att förtydliga och uppge exakta portioner och livsmedelssort om kunskap kring detta fanns. Om deltagaren angav livsmedel som ej var inkluderat i frekvensformuläret noterades detta och lades sedan till i individens näringsberäkning.

Mötet avslutades med vägning och antropometrisk mätning. Samtliga intervju personer vägdes med inomhuskläder på kalibrerad våg. Klädvikten beräknades till 0,5 kg. Midja och stuss mättes stående i navelhöjd respektive över höftregionens bredaste del (20). Midjemåttet togs direkt mot huden såvida deltagaren ej hade mycket tunn klädöverdel. Höftmåttet togs utanpå kläderna. Uppgifter om längd tillfrågades och i de fall då intervjupersonen var osäker, gjordes mätning mot

väggen med hjälp av måttband.

Samtliga intervjuer och mätningar gjordes av samma person. Intervjun tog 30-60 minuter/person.

Provtagning

Deltagarna kallades vid ett tillfälle, fastande, till laboratoriet på SÄS, Skene för provtagning av lipidstatus (s-kolesterol, s-LDL, s-HDL, s-Triglycerider) samt blodglukos. Vid samma tillfälle uppmättes blodtryck på Medicinmottagningen. Deltagarna fick ligga och vila i minst 15 minuter innan blodtrycksmätning gjordes. Samtliga provtagningar genomfördes av erfaren personal.

Proven behandlades på sjukhuslaboratoriet och resultaten sändes via internpost till Dietistenheten, SÄS. Provsvarerna förvarades tillsammans med intervjuformulären inlåsta på Dietistenheten under studiens gång. Samtliga deltagare informerades om provsvaren skriftligt eller via telefon. I de fall då svaren låg utanför referensintervallen hänvisades personen till tillhörande vårdcentral.

Bearbetning av resultat

Med hjälp av Matmallen och Livsmedelsverkets portionsstorlekar omräknades frekvensformulären till individernas dagliga livsmedelsintag. Detta livsmedelsintag energi- och näringsberäknades sedan i AIVO, Diet32. Vid näringsberäkning av färdiga rätter exempelvis potatismos och pannkakor uteslöts matlagningsfettet eftersom detta redan var rapporterat i egen livsmedelsgrupp. Måltidsfördelning, energiintag, energifördelning, fettkvalité, omega 3-fettsyror, kostfiber, och alkoholinlag bedömdes utifrån aktuella nordiska och svenska näringsrekommendationer (21,22). Måltidsfrekvensen bedömdes enligt följande: för att räknas som ett mål skulle måltiden inkludera minst ett energigivande livsmedel exklusive tillbehör i kaffet. Begreppet lagad mat inkluderade begreppen: lunch, middag eller lagad mat. (Om individen enbart angett ordet kvällsmat efterfrågades förtydligande. Smörgås inkluderas inte i begreppet lagad mat).

Provresultaten och antropometri bedömdes utifrån Socialstyrelsens riktlinjer och jämfördes med befintlig data från äldre i Marks kommun, Sjuhäradsbygden och Sverige (19,23, 24).

Självupplevd hälsa och livskvalité jämfördes med befintlig data över äldre i Marks kommun och Sjuhäradsbygden (19). Uppgifter om antalet som använde tobak jämfördes med uppgifter från Folkhälsoinstitutet (25).

All statistisk bearbetning har skett i Excel samt SPSS, med användning av Pearsons korrelationskoefficient-, ChiSquare- och Students T-test.

RESULTAT

Samtliga av de 60 som anmälde sig fullföljde studien. En individ valde att inte svara på de frågor som berörde självupplevd livskvalité och hälsa varvid antalet i aktuellt avsnitt blir 59. För en individ saknas uppgifter om s-LDL eftersom värdet inte beräknas när s-triglycerider överstiger 4.0 mmol/l, vilket är en generell bestämmelse enligt Friedewalds formel. Även dessa uppgifter inkluderar därför 59 personer.

Av de 60 som anmälde sig var 63% (38/60) kvinnor. Majoriteten var mellan 60-69 år och medelåldern var 66 år (år 2003). I tabellen nedan visas åldersfördelningen i gruppen.

Tabell 1: Åldersspridning i studiematerialet.

Ålder	Totalt n=60	Kön	
	Antal(%)	Män, n=22 Antal(%)	Kvinnor, n=38 Antal(%)
60-69 år	49(82)	19(86)	30(79)
70-79 år	10(16)	3(14)	7(18)
>80 år	1(2)		1(3)

Det var 10% (6/60) som valde att använda tolk.

Hur såg energi- och näringsintaget ut?

Tabellen nedan visar gruppens medelintag av energi, energifördelning, fettkvalité, omega3- fettsyror, kostfiber, alkohol och raffinerat socker jämfört med Nordiska näringsrekommendationer (NNR) (21).

Tabell 2: Energi- och näringsintag för målgruppen fördelat efter totalt, kön och i jämförelse med Nordiska Näringsrekommendationer.

Energi/ näringsintag	Totalt n=60	Kön		NNR(21)
	Medel (SD)	Män, n=22 Medel(SD)	Kvinnor, n=38 Medel(SD)	
MJ*	7,9(1,8)	9,2(1,4)	7,2(1,6)	8,5-10,6*
Protein, E%	15(2,7)	16(2,7)	16(1,2)	10-20
Kolhydrat, E%	50(6,0)	48(5,3)	51(6,1)	50-60
Fett, E%	32(5,2)	34(4,9)	31(5,2)	25-35
Mättat fett, E%	13(3,4)	14(3,7)	12(3,0)	<10
Enkelomättat fett, E%	11(1,9)	12(1,5)	11(2,1)	10-15
Fleromättat fett, E%	6(2,1)	6(1,6)	6(2,3)	5-10
Omega 3, E%	1(0,4)	1(0,4)	1(0,4)	>0,5
Alkohol, E%	3(2,7)	2(1,9)	3(3,3)	<5
Raffinerat socker, E%	9(4,4)	9(4,0)	9(4,7)	<10
Kostfiber, g	23(7,3)	25(8,1)	23(6,7)	25-35
Kostfiber g/MJ	3,0(0,9)	2,7(0,9)	3,2(0,9)	3g/MJ

*lägsta värde motsvarar referensvärde för kvinnor vid åldern 61-74 , högsta värde visar referensvärde för män vid åldern 61-74 och kroppsvikten 63 respektive 74 kg. Referensvärdet gäller för PAL 1,6 (21).

Männen hade ett signifikant högre intag av mättat fett ($p=0,006$) samt ett signifikant lägre intag av kolhydrater än kvinnorna ($p=0,04$).

Tabell 3 har som syfte att visa hur många som åt enligt näringsrekommendationerna och hur många som åt mer eller mindre felaktigt i förhållande till rekommendationerna.

Tabell 3: I tabellen grupperas studiematerialet efter intag av fett, mättat fett, enkelomättat fett, fleromättat fett, omega3-fettsyror, kostfiber , alkohol och raffinerat socker.

Energi/näringsintag	Totalt	Kön	
	n=60 Antal(%)	Män, n=22 Antal(%)	Kvinnor, n=38 Antal(%)
Fettintag, E%			
20-24,9	4(7)	0	4(11)
25-34,9*	36(60)	12(55)	24(63)
35-39,9	15(25)	8(36)	7(18)
>40	5(8)	2(9)	3(8)
Mättat fett, E%			
<10*	8(13)	1(5)	7(18)
10-14,9	34(57)	11(50)	23(61)
>15	18(30)	10(45)	8(21)
Enkelomättat fett, E%			
<10	10(17)	1(5)	9(24)
10-14,9*	47(78)	20(91)	27(71)
>15	3(5)	1(5)	2(5)
Fleromättat fett, E%			
<5	14(23)	5(23)	9(24)
5-9,9*	42(70)	16(73)	26(68)
>10	4(7)	1(5)	3(8)
Omega 3, E%			
<0,5	2(3)	0	2(5)
0,5-0,99*	24(40)	12(55)	12(32)
1-1,49*	24(40)	8(36)	16(42)
>1,5*	10(17)	2(9)	8(21)
Alkohol, E%			
0*	22(37)	4(18)	18(47)
<5*	33(55)	16(73)	17(45)
5-9,9	4(7)	2(9)	2(5)
>10	1(2)	0	1(3)
Kostfiber, g			
<15	6(10)	2(9)	4(11)
15-19,9	16(27)	5(23)	11(29)
20-24,9	16(27)	5(23)	11(29)
25-34,9*	18(30)	8(36)	10(26)
>35	4(6)	2(9)	2(5)
Raffinerat socker, E%			
0-9,9	42(70)	15(68)	27(71)
10-14,8	11(18)	5(23)	6(16)
>15	7(12)	2(9)	5(13)

* Rekommenderat intag enligt NNR (21).

Hur såg gruppens måltidsordning ut?

Svenska näringsrekommendationer säger att maten bör fördelas på fem-sex måltider per dag (22). Både kvinnorna och männen åt i genomsnitt fyra gånger/dag och rapporterade att de åt lagad mat i genomsnitt en gång/dag. Det var 14% (3/22) av männen och 26% (10/38) av kvinnorna som rapporterade att de saknade måltidsrutiner. Här förekom svar som ”jag äter när jag är hungrig” eller ”jag skåpåter”. Två av de kvinnor som saknade måltidsrutiner hade BMI>30, sju hade BMI>27 medan en hade BMI 22,6. Två av de tre män som saknade måltidsrutiner hade BMI>30 medan den tredje mannen hade BMI 29,3. Diabetes förekom hos en man och en kvinna av dem som rapporterade att de saknade eller hade bristande måltidsrutiner. Korrelationstest visade att de som hade högre måltidsfrekvens hade signifikant lägre alkoholintag ($r=-0,5$, $p=0,000$) samt ett högre intag av protein ($r=0,26$, $p=0,05$) och kostfiber ($r=0,35$, $p=0,007$).

Hur många hade någon typ av specialkost?

Det var tio personer som svarade ja på frågan om de åt någon typ av specialkost. Av dessa tio uteslöt tre personer ett eller flera livsmedel på grund av allergi, fyra angav viktnedgång som skäl till specialkost, två personer uppgav att de åt diabetesanpassad kost och en person rapporterade blodfettssänkande kost.

Hur många brukade tobak?

Av männen var 18% (4/22) rökare medan 73% (16/22) rökt tidigare i livet. Det var 5% (1/22) som snusade medan 18% (4/22) hade snusat. Antalet kvinnor som rökte var 14% (5/38) medan 43% (16/38) rökt tidigare i livet. Ingen kvinna snusade eller hade snusat. Totalt 17% (10/60) brukade tobak. Dessa siffror kan jämföras med antalet tobaksbrukare i Sverige. Folkhälsoinstitutet rapporterar att 14% av männen samt 16% av kvinnorna i åldern 65-74 år röker medan 9% av männen i samma ålder snusar (25).

Hur stor var förekomsten av övervikt och bukfetma?

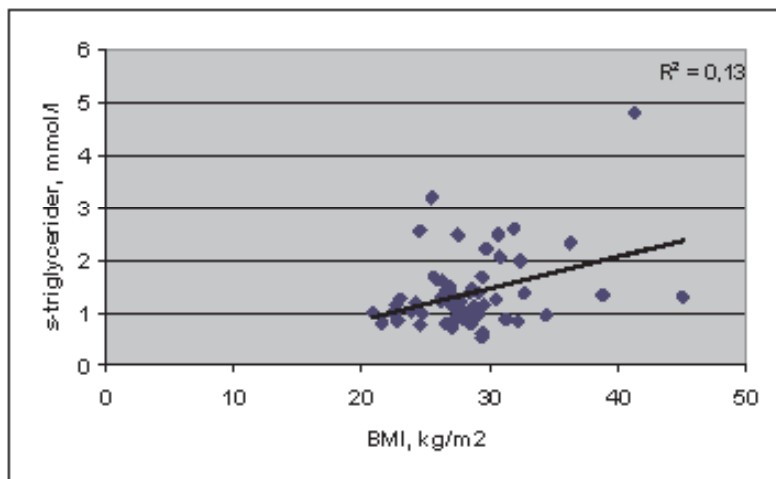
Medelvärde för BMI var för män 28,7(SD 4,5), för kvinnor 28,1(SD 4,3) samt för totala gruppen 28,3(SD 4,3). Det fanns ingen signifikant skillnad i BMI mellan kvinnor och män. Nedan redovisas gruppens BMI i förhållande till Socialstyrelsens referensvärden (23).

Tabell 4: BMI i målgruppen fördelat efter totalt och kön och jämfört med Socialstyrelsens referensvärden.

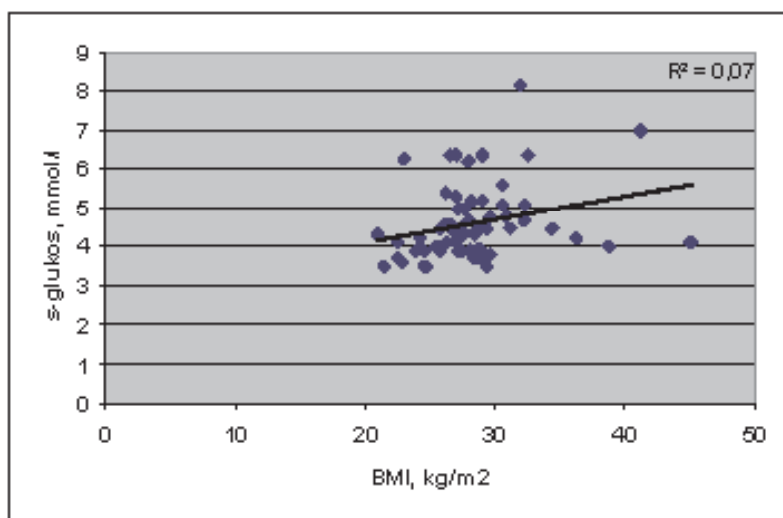
BMI, kg/m ²	Totalt	Kön	
	n=60 Antal (%)	Män, n=22 Antal(%)	Kvinnor, n=38 Antal(%)
Undervikt <18,5	0	0	0
Normalvikt 18,5-24,9	11(18)	2(9)	9(24)
Övervikt 25-29,9	36(60)	15(68)	21(55)
Fetma >30	13(22)	5(23)	8(21)

Det var således 22% (13/60) i gruppen som hade fetma medan 60% hade övervikt. Siffrorna kan jämföras med förekomsten av fetma bland äldre (65-74 år), rapporterat från SBU. Enligt denna källa har 12% av männen och 13% av kvinnorna fetma medan 48% av männen och 45% av kvinnorna är överviktiga (17). Männen i studiematerialet hade signifikant högre förekomst av fetma ($p=0,004$) och övervikt ($p=0,041$) jämfört med rapporterade siffror från SBU. Ingen signifikant skillnad sågs bland kvinnorna.

I studiematerialet påvisades ett svagt samband mellan BMI och såväl s-triglycerider som s-glukos. Sambanden visas i figurerna nedan.



Figur 1: Samband mellan s-triglycerider och BMI ($r=0,36$, $p=0,005$) $n=60$.



Figur 2: Samband mellan s-glukos och BMI ($r=0,26$, $p=0,044$) $n=60$.

Sambandet mellan BMI och s-triglycerider stärktes inte vid exkludering av de som läkemedelbehandlades för hyperlipidemi. Ett signifikant samband sågs även mellan högt BMI och lågt s-HDL bland kvinnorna ($r=-0,39$, $p=0,016$) men inte bland männen. Enligt korrelationstest fanns inga signifikanta samband mellan BMI och de kostvariabler som undersöktes (se tabell 2).

Bukfetma för män innebär midjemått >102 cm och/ eller midja/stusskvot $>0,9$. Bukfetma för kvinnor innebär midjemått >88 cm och/ eller midja/höftkvot $>0,85$ (23). Medelvärdet för midja/stusskvot var för män $0,95$ (SD $0,07$) samt för kvinnor $0,88$ (SD $0,07$).

Bukfetma förekom hos 77% ($17/22$) av männen och 68% ($26/38$) av kvinnorna.

Totalt hade 72% ($43/60$) i målgruppen således bukfetma. Signifikant samband förelåg mellan bukfetma och s-HDL ($r=-0,40$, $p=0,002$) respektive blodglukos ($r=0,32$, $p=0,013$).

Vad gäller de kostvariabler som studerats förelåg signifikant samband mellan bukfetma och alkoholintag bland männen ($r=0,47$, $p=0,027$) men inte i övriga gruppen. I övrigt fanns inga signifikanta korrelationer mellan bukfetma och de kostvariabler som undersöktes (se tabell 2).

Hur många hade hyperlipidemi?

Antalet personer med hyperlipidemi enligt Socialstyrelsens kriterier (se tabell 5) var 34 kvinnor (89%) och 16 män (73%). Av dessa var 13 respektive 6 läkemedelbehandlade. Totala antalet med hyperlipidemi var 83% (50/60). I Sverige har 95% av kvinnorna och 90% av männen i åldern 50-70 år hyperlipidemi enligt samma kriterier (24).

Sju av de 19 med medicinering hade otillfredsställande värden, det vill säga s-LDL > 3 mmol/l och/eller s-triglycerider > 2 mmol/l. Inga framträdande kostfaktorer fanns bland dem som, trots medicinering, hade otillfredsställande värden. Nedan visas studiematerialet i förhållande till lipidstatus.

Tabell 5: Lipidstatus i studiematerialet fördelat efter totalt och kön och i förhållande till Socialstyrelsens referensvärde (24).

Lipidstatus, mmol/l	Totalt	Kön	
	n=60 Antal(%)	Män, n=22 Antal (%)	Kvinnor, n=38 Antal(%)
s-Kolesterol			
<5*	22 (37)	9(41)	13(34)
5**-6,49	32 (53)	11(50)	21(55)
6,5-7,99	5 (8)	2(9)	3(8)
>8	1(2)	0	1(3)
Medel	5,39	5,26	5,47
SD	1,01	1,02	1,01
s-LDL, (n59)			
>3**	42(70)	16(73)	26(68)
Medel	3,56	3,5	3,53
SD	0,88	0,93	0,87
s-HDL			
<1**	15(25)	11(50)	4(11)
Medel	1,26	1,07	1,37
SD	0,33	0,21	0,34
s-Triglycerider			
>2**	8(13)	3(14)	5(13)
Medel	1,36	1,44	1,31
SD	0,72	0,62	0,78

*Observera att man kan ha s-kolesterol < 5 mmol/l men ändå vara klassificerad att ha hyperlipidemi pga medicinbehandling. ** Gränsen för blodfettsubbnig enligt Socialstyrelsen (24).

I gruppen totalt fanns ett signifikant negativt samband mellan s-triglycerider och s-HDL ($r=-0,47$, $p=0,000$). Männerna hade signifikant lägre s-HDL än kvinnorna ($p=0,0003$).

Följande samband förelåg mellan blodfetter och kostvariabler (n=60):

Positiva samband förelåg mellan s-HDL och protein ($r=0,32$, $p=0,012$), s-HDL

och omega3 fettsyror ($r=0,40$, $p=0,001$), s-LDL och alkohol ($r=0,27$, $p=0,038$), och s-kolesterol och enkelomättat fett ($r=0,28$, $p=0,03$). Negativa samband förelåg mellan s-HDL och raffinerat socker ($r=-0,28$, $p=0,028$), s-triglycerider och protein ($r=-0,28$, $p=0,029$) samt s-kolesterol och kolhydrater ($r=-0,28$, $p=0,03$).

När de som läkemedelbehandlades för hyperlipidemi exkluderades, sågs ett negativt samband mellan s-triglycerider och omega-3 ($r=-0,38$, $p=0,013$) samt s-kolesterol och fiberintag ($r=-0,34$, $p=0,028$).

Hur många hade Hypertoni?

Andelen kvinnor med läkemedelbehandlad hypertoni var 45% (17/38). Utöver dessa uppfyllde 3% (1/38) kriterierna för hypertoni (blodtryck >140/90 mmHg) vid blodtrycksscreening. Andelen män med läkemedelbehandlad hypertoni var 45% (10/22) och utöver dessa uppfyllde 9% (2/22) kriterierna för hypertoni vid screening. Totala andelen med hypertoni vid screening var således 50% (30/60) varav 45% var läkemedelbehandlade. Utöver dessa uppfyllde 6 kvinnor och 4 män, totalt 16%, kriterierna för systolisk hypertoni (>140 mmHg). Antalet med hypertoni kan jämföras med data från Läkemedelsboken där 20% av män och kvinnor i motsvarande ålder uppges ha hypertoni och ytterligare 20% isolerad systolisk hypertoni (24).

Sexton av de 27 som medicinerades hade otillfredsställande systoliskt blodtryck vid screening. Av dessa hade 12 personer endast måttlig förhöjning medan fyra hade systoliskt blodtryck >165 mmHg.

Det fanns ingen signifikant skillnad mellan förekomst av hypertoni hos män och kvinnor.

Inga signifikanta samband sågs mellan blodtryck och kostintag varken vad gäller den totala målgruppen eller exklusive de med läkemedelbehandlad hypertoni.

Hur många hade diabetes?

Diagnostiserad diabetes förekom hos 5% av kvinnorna (2/38) och 23% av männen (5/22). Samtliga hade typ 2 diabetes. Utöver dessa hade två kvinnor blodglukos >6,1 mmol/l och remitterades därför till vårdcentral för bedömning. I båda fallen kunde diabetes uteslutas.

Hur många hade diagnostiserad hjärt-kärlsjukdom?

Det var 11% av kvinnorna (4/38) och 23% av männen (5/22) som hade diagnostiserad hjärt-kärlsjukdom (hjärtinfarkt, kärlkramp eller stroke). Utöver dessa hade fem personer övrig hjärt-kärlproblematik i form av medicinbehandlad hjärtklappning (2 individer), hjärtflimmer (1 individ), hjärtklaffel (1 individ) eller opererad kroppspulsåder (1 individ). Totalt hade 23% (14/60) någon form av hjärt-kärlproblematik.

Nedan följer en sammanställning över förekomst av diabetes, hypertoni samt hjärt-kärlsjukdom i studiematerialet och hos vård- och omsorgsoberoende äldre i Marks kommun respektive Sjuhäradsbygden.

Tabell 6: Förekomst av diabetes, hypertoni samt hjärt-kärlsjukdom i studiematerialet jämfört med äldre (>65 år) vård och omsorgsoberoende i Marks kommun och Sjuhäradsbygden (19).

Diagnos	Studiematerial, n=60	Mark, n=4500	Sjuhärad, n=7278
	%	%	%
Diabetes	12	7	8
Hypertoni	50	39	30
Hjärt-kärlsjukdom	15(23)*	13	9

* 15% har diagnostiserad hjärt-kärlsjukdom dvs stroke, kärlkramp eller hjärtinfarkt medan 23% har någon typ av hjärt-kärlproblematik.

Den totala sjukligheten vad gäller dessa tre diagnoser var signifikant högre i studiematerialet än i de två övriga grupperna ($p=0,003$). Så var även fallet för förekomsten av hypertoni ($p=0,015$). Ingen signifikant skillnad fanns i förekomst av diabetes samt diagnostiserad hjärt-kärlsjukdom. Studiematerialet tenderade dock, som tabell 6 visar, att ha högre förekomst av dessa sjukdomar. (Vid beräkning av signifikans användes siffran 15% för förekomst av hjärt-kärlsjukdom).

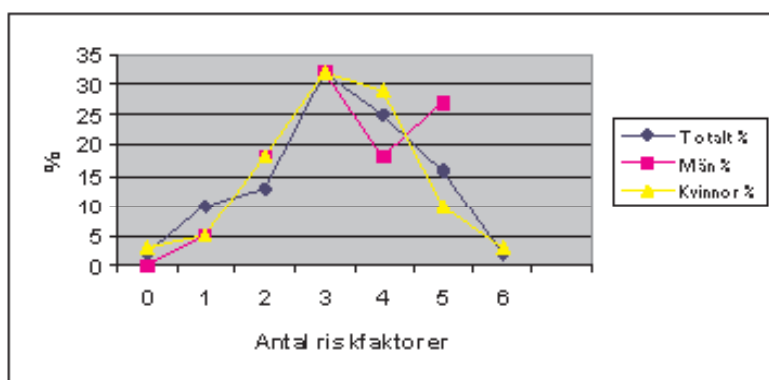
Hur många hade ärftlighet för hjärt-kärlsjukdom?

Det var 66% (25/38) av kvinnorna och 55% (12/22) av männen som rapporterade ärftlighet för hjärt-kärlsjukdom vilket innebar att de hade en bror, syster eller förälder som insjuknat i hjärtinfarkt, stroke eller kärlkramp. Totalt hade 62% (37/60) ärftlighet för hjärt-kärlsjukdom.

Hur såg riskprofilen för hjärt-kärlsjukdom ut?

Följande sju tillstånd klassificeras som riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom: hyperlipidemi, hypertoni, fetma, bukfetma, diabetes, rökning, tidigare hjärt-kärlsjukdom samt ärftlighet (24).

Nedan redovisas förekomsten av riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom hos kvinnor och män samt i totala målgruppen.



Figur 3: I figuren redovisas den procentuella förekomsten av riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom, totalt n=60.

Vad ansåg gruppen om sin hälsa och livskvalité?

Det var 59 av 60 som svarade på frågorna kring upplevd hälsa och livskvalité. Tabell 7 redovisar resultatet på dessa frågor.

Tabell 7: Upplevd livskvalité och hälsa bland 60 finska invandrare i Marks kommun.

	Totalt	Kön	
	n=59	Män, n=22	Kvinnor n=37
	Antal(%)	Antal(%)	Antal(%)
Livskvalité			
Mycket bra	15(25)	7(32)	8(22)
Ganska bra	31(53)	11(50)	20(54)
Varken bra el. dåligt	10(17)	3(14)	7(19)
Ganska dåligt	2(3)	0	2(5)
Mycket dåligt	1(2)	1(4)	0
Hälsa			
Bra	11(19)	6(27)	5(14)
Ganska bra	42(71)	12(55)	30(81)
Ganska dåligt	5(8)	3(14)	2(5)
Dåligt	1(2)	1(4)	0

Nedan rapporteras hur personerna upplever sin hälsa i förhållande till livskvalitén just nu. Ett signifikant samband påvisades mellan självupplevd hälsa samt självupplevd livskvalité ($r=0,42$, $p=0,0001$).

Tabell 8: Relation mellan upplevd hälsa samt upplevd livskvalité i studiematerialet, n=60.

Livskvalité \ Hälsa	Mkt Bra	Ganska Bra	Varken bra el. dåligt	Ganska Dåligt	Mkt dåligt
Bra	5	6			
Ganska Bra	10	21	9	2	
Ganska Dåligt		4	1		
Dåligt					1

Tabell 9 sammanställer upplevd hälsa och livskvalité i studiematerialet samt hos vård- och omsorgsberoende äldre i Marks kommun respektive Sjuhäradsbygden (19). Det var något fler i studiematerialet som rapporterat att hälsan upplevs som ”ganska bra” framför alternativet ”bra”. I övrigt är svaren i stort sett identiska.

Tabell 9: Upplevd livskvalité och hälsa i studiematerialet jämförs med äldre (>65 år) vård- och omsorgsoberoende i Marks kommun och Sjuhäradsbygden (19).

	Studiematerial n=59	Mark n=4500	Sjuhärad n=7278
Livskvalité			
Ganska bra/mycket bra	78%	81%	79%
Varken bra el. dåligt	17%	16%	17%
Ganska dåligt/ mycket dåligt	5%	3%	4%
Hälsa			
Bra	19%	25%	27%
Ganska bra	71%	66%	62%
Ganska dåligt	8%	8%	9%
Dåligt	2%	1%	2%

DISKUSSION

Metoddiskussion

Urvalsmetod diskuterades ingående före studiens start. Ett alternativ hade varit att söka i register hos väveribolag i Marks kommun och därifrån valt deltagare. Detta hade dock inneburit risk för stort bortfall på grund av okunskap om hur många som bor kvar i kommunen. Fördelen med att ta hjälp av Marks finska förening var att de har ett stort kontaktnät i Marks kommun och på så sätt underlättades insamlingen. Redan efter de två informationsträffarna på föreningen hade hälften av deltagarna anmält sig. Nackdelen med urvalsprincipen var att den inte var slumpmässig och resultaten därför ej går att generalisera. Dock kan studien ge en inblick i äldre finska invandras matvanor och hälsa. Vilken urvalsmetod man än väljer riskerar man alltid att endast få de deltagare som är tillräckligt friska för att kunna delta och som eventuellt har särskilt intresse för studiens område.

Stickprovet efterliknade populationen vad gäller könsfördelning. För optimal jämförelse mellan könen borde 50 % ha varit kvinnor. Detta var dock inte syftet och hade inte gett en representativ bild av populationen. Åldersgränsen för att delta i studien var 60 år. Anledningen till denna åldersgräns var att via kontaktpersonen på Marks finska förening uttrycktes önskemål om att även sjukpensionärer mellan 60-64 år skulle få ingå i studien.

Erfarenhet säger att insamling av material ofta är en omfattande del av studier men i detta fall gick det förvånansvärt lätt. Orsakerna till det kan vara flera. Många uttryckte glädje över att uppmärksamhet lades på just den här specifika målgruppen. Att målgruppen fick möta projektledaren personligen vid två tillfällen kan ha påverkat. Enligt vissa deltagarna ville man vara med för att få chansen att ta prover. En del av de som deltog hade aldrig tidigare tagit kolesterolprov.

Efter att ca hälften av deltagarna anmält sig startade intervjuerna. Deltagare berättade att det kontinuerligt ökande anmälningssantalet berodde på att ryktet spred sig att intervjun var trevlig och okomplicerad. Att de som anmält sig spred vidare informationen om studien innebär att redan anmälda studiedeltagares anhöriga eller nära vänner anmälde sig. Hur detta påverkat studieresultatet är svårt att säga. Möjligtvis kan tänkas att man inom samma vänskapskrets har liknande matvanor.

Tolk i studien var bevisligen välbehövligt då hela 10% var i behov av detta. Tolk var även angeläget vid insamlingen för att informationen skulle nå ut till så många som möjligt. Eftersom ett inklusionskriterium var att personen skulle ha bott i

Sverige i 25 år är det intressant att se att hela 10 % behövde tolk.

Det blev inget bortfall i studien vilket kan bero på att relativt liten insats krävdes av varje deltagare. Tydlig information samt skriftliga kallelser med noggrann beskrivning om plats och tid för intervju och provtagning underlättade säkert deltagandet. Dessutom fanns det alltid möjlighet att ändra tider efter önskemål om förhinder uppstod.

Intervjuerna skedde på två platser. Anledningen till detta var att vissa önskade ta prover och genomföra intervju vid samma tidpunkt och då var Dietistenheten ett bra alternativ. Vissa önskade även att komma sena eftermiddagar då föreningen var stängd. Att ha Marks finska förening som första alternativ var för att undvika bortfall genom att välja en plats som deltagarna kände till och där många kände sig hemma. Möjligtvis kan platsen för intervju ha påverkat resultatet. Trots att intervjun på finska föreningen skedde avskilt kan blotta närvaron av andra i samma lokal ha påverkat svaren. På Dietistenheten kunde deltagaren känna sig mer anonym.

Att ta reda på en grupps matvanor är en svår uppgift. Det finns många olika metoder men alla har de svagheter. Vilken metod som skulle väljas diskuterades väl före studiestart. Valet att genomföra muntliga intervjuer med hjälp av ett validerat frekvensformulär kändes som det mest passande för den här studien. Fördelarna var att MONICA-formuläret var väl beprövat och att ett frekvensformulär kan användas på gruppnivå. Genom att använda denna metod krävdes endast en träff med varje deltagare och studien blev därför inte så kostnadskrävande. Dessutom krävdes mindre tolkinsats än vad som hade krävts vid exempelvis insamling av matdagböcker. I efterhand kan diskuteras om resultatet hade varit annorlunda om varje individ själv fick fylla i sitt formulär eftersom det hade inneburit större känsla av anonymitet.

Det var för många svårt att redogöra för hur ofta de åt olika livsmedel, speciellt om de hade mycket oregelbundna vanor. Formuläret fångar dock det som äts varje dag eller vecka. Mat som äts mer sällan är givetvis svårare att sätta frekvens på men heller ej avgörande för studieresultatet. Vissa valde att säga varannan vecka istället för 1-3 gånger/månad. En del uppgav att de åt annorlunda olika årstider och detta kan ha påverkat resultatet. De livsmedel som särskilt nämndes vara årstidsberoende var glass, olika sorters frukt samt bär. För att få bästa möjliga uppfattning om intaget av dessa livsmedel ställdes följdfrågor såsom ”ungefär hur många frukter äter du per dag/vecka?”, ”hur ofta åt du glass i somras?”. Dessa oklarheter justerades enkelt vid intervju men hade kunnat innebära svårigheter om formuläret skulle fyllas i på egen hand. För att FFQ skulle ha gett optimal uppfattning om gruppens matvanor borde intervjun genomförts vid fler tillfällen under året för att sedan räkna ut ett

medelintag. Detta hade dock varit betydligt mer resurskrävande.

Justeringar gjordes på MONICA-formuläret före start för att få bättre uppfattning om fett- och fiberintag. Ännu mer specificerade borde frågorna ha varit rörande margarin och oljor eftersom det hade gett mer rättvis bild av intaget av omega3-fettsyror. Anledningen till att detta inte gjordes var upplevelsen av att det redan var oerhört många livsmedelsgrupper. Med de justeringar som gjordes ger resultatet en relativt god uppfattning om fördelningen mellan mättat och omättat fett men eventuellt något missvisande om omega3-fettsyror.

Att som dietist leda intervju kring matvanor har både för- och nackdelar. Fördelen är erfarenheten att genom samtal få en uppfattning om personens matvanor, att kunna se samband och förtydliga eventuella missuppfattningar. Fördelen är även att ha en bred livsmedelskunskap. Nackdelen kan vara att intervjuoffret vet dietistens kunskaper om vad som är rätt och fel. I önskan om att äta rätt kan de svar ha valts som deltagaren trodde att dietisten ville höra. Extra vanligt kan detta ha varit hos de deltagare som har diabetes, övervikt eller höga blodfetter. För att undvika detta efterfrågades eventuella sjukdomar, medicinering samt specialkost i slutet av intervjun. Av samma anledning skedde även vägning i slutet av intervjun. Vissa deltagare visade ändå att de hade svårt att skilja på vad de brukar äta samt vad de önskar att de åt genom kommentarer såsom: "...jag försöker undvika att äta det så ofta...", "...jag borde inte äta det...", "...jag får inte äta det för min diabetes...". Dessa funderingar undveks till viss del genom att intervjuaren förtydligade att det gällde att berätta hur man äter och inte hur man önskar att man åt samt att förtydliga att resultatet var anonymt. Viktigt var också att som intervjuare undvika att varken muntligt eller med gester visa förvåning eller liknande känslor. Tolken närvarande vid intervjun verkade inte påverka intervjupersonens rapportering då dessas resultat inte skiljde sig från övriga gruppen.

Styrkor i de mätmetoder som använts är att provtagning och blodtrycksmätning gjordes av erfaren personal på medicinmottagningen och laboratoriet på Södra Älvsborgs Sjukhus samt att alla antropometriska mått togs av samma person.

Svagheter är att deltagarna vägde sig med inomhuskläder vilket inte ger den sanna kroppsvikten. Målet var dock att ta reda på vilken BMI-klass deltagarna befann sig i och detta påverkas inte så mycket av 0,5 kg mer eller mindre. Syftet var heller inte att se förändring utan endast att kartlägga nuläget. Höftmättet gjordes utanpå kläder och kan därför innebära något höga siffror. Eftersom denna siffra endast redovisas som midja/höftkvot kan resultatet ha blivit något bättre än det sanna värdet. Ytterligare svaghet är att längdmätning inte genomfördes på samtliga deltagare vilket var extra viktigt eftersom deltagarna i studien var äldre. De flesta deltagare

verkade dock säkra på sin längd och väl medvetna om att den inte var densamma som i ungdomens år. I de fall då en deltagare var osäker mättes längden.

Resultatdiskussion

Endast 18% i gruppen var normalviktiga. Idag diskuteras dock om BMI gränsen bör vara annorlunda för äldre och att gränsen för övervikt bör vara 27 snarare än 25 (26). Med denna korrigering reducerades andelen överviktiga eller feta från 82 % till 67%.

Det var 22% som hade fetma enligt Socialstyrelsens kriterier. Siffran är betydligt högre än uppgifter över svenska befolkningen där förekomsten är 12-13% (17). Intressant är dock att studiematerialets siffror efterliknar förekomsten i Finland där 21% av männen och 20% av kvinnorna har fetma (27). Detta kan visa ärftlighetens roll men även att de matvanor som grundläggs tidigt i livet behålls och påverkar viktutvecklingen. Det fanns inget samband mellan energiintag och vikt, något som teoretiskt inte stämmer. Sambandet borde ha varit tydligare. Detta kan bero på underreportering. Vid validering av MONICA-formuläret (18) fann man att 50% var underrapportörer av energi och troligen kan därför ungefär samma siffra förväntas i denna studie. Studier visar även att underrapportering särskilt förekommer hos personer med fetma (28). Anledningar till underrapportering kan vara flera. Många äter oregelbundet och har svårt att återge vad man ätit. Det kan vara så att livsmedel som individer åt dagligen ej inkluderades i frekvensformuläret. Risken för detta minimerades dock genom kostanamnes och genom att livsmedel lades till i den individuella beräkningen om det framkom att det användes ofta. Standardportioner som använts kan ha varit för små för vissa deltagare. Matmallen användes i så stor utsträckning som möjligt för att förebygga denna felkälla. För att få korrekt bild av varje individs intag borde bilder ha använts vid samtliga livsmedelsgrupper. Både männens och kvinnornas genomsnittliga energiintag låg under referensvärdet för energi (21). Ytterligare misstanke skapas därför om underrapportering men samtidigt är energibehovet mycket individuellt. Det referensvärde som använts gäller vid åldern 61-74 år och kroppsvikt 63 kg respektive 74 kg. Att både vikt och ålder varierade i gruppen kan vara orsak till att energiintaget inte efterliknar referensvärdet. Möjligtvis var den förutsatta fysiska aktivitetsnivån, PAL 1,6, ett för högt värde för gruppen. Intressant var att det funna energiintaget liknar uppgifter från Riksmaten, där kvinnor och män i motsvarande ålder har ett medelintag på 7,8 MJ respektive 9,6 MJ (16). På grund av ålder och okänd aktivitetsnivå är det svårt att avgöra vad som kan bero på underrapportering och vad som kan bero på naturliga förklaringar. För att få bättre inblick i gruppens energibehov borde någon typ av aktivitetsregistrering ha gjorts.

Gruppens näringsintag motsvarar ej rekommendationerna (21) då intaget av mättat fett ligger över gränsen 10E%. Kostfiberintaget för männen ligger något under gränsen 3 g/MJ. Jämför man med befintlig data över intaget i Sverige och Finland ligger dock studiematerialet något närmare rekommendationen vad gäller mättat fett, men skillnaden är marginell. Enligt Riksmaten (16) äter svenskar i åldern >65 år 33-34 E% fett, varav 14-15E% mättat fett. I Finland är energifördelningen 34E% respektive 14E% (15, 27). En anledning till att gruppen rapporterat ett fettintag som ligger något närmare rekommendationen skulle kunna vara att de som väljer att ingå i en sådan här typ av studie har särskilt intresse för kosten. Kostfiberintaget är i de nordiska länderna 20-30g (29), studiematerialet skiljer sig alltså ej från denna siffra. Det är inte helt riktigt att dra slutsatser utifrån jämförelsen av dessa siffror eftersom olika kostundersökningsmetodiker använts.

I litteraturen beskrivs betydelsen av smör och det finska rågrödet för de finska invandrarna (6,7). Att smöret skulle vara den vanligaste fettkällan i denna grupp motsägs av denna studie då många använde olja, flytande margarin och lättmargarin. Detta återspeglas i fördelningen mellan mättat och omättat fett. Diskussionen kring brödsort kom ofta upp under intervjuerna. Många kommenterade vikten av att äta det finska rågrödet och hur illa man tyckt om det vita söta brödet när man först kom till Sverige. Trots detta åt de flesta vitt bröd varje dag eller flera gånger/vecka vilket är ett exempel på hur matvanorna kan förändras i negativ riktning vid invandring till nytt land.

Att ta kostanamnes för att fånga en individs måltidsfördelning är en enkel metod och ger bra inblick i om personen har regelbundna matvanor. Att starta intervjun med kostanamnes kändes som en bra inledning. Gruppen rapporterade en måltidsfrekvens på fyra tillfällen/dag vilket är lägre än rekommendationerna (22). Majoriteten av de som rapporterade att de saknade rutiner kring måltidsfördelningen var överviktiga eller feta vilket talar för vikten av planerade måltider. Det var intressant att se ett relativt starkt positivt samband mellan måltidsfrekvens och fiberintag. Fiberrika livsmedel såsom frukt, grönsaker och fullkornsprodukter är mer näringsrika än fiberfattiga livsmedel (29). Det finns studier som visar att måltidsfrekvensen inte har påverkan på näringsintaget (30). Denna studie visar indirekt det motsatta, att en måltidsfrekvens liknande rekommendationerna påverkar näringsintaget positivt. Det negativa sambandet mellan alkohol och måltidsfrekvens var relativt starkt och har setts i tidigare studier (30). Ett högt alkoholintag kan ersätta det ordinarie födointaget (31) och därför vara förklaringen till få måltider rapporterade. I denna studie förekom dock inte tillräckligt många högkonsumenter av alkohol för att kunna påvisa att måltidsordningen och näringsintaget påverkades av alkoholvanorna.

Det var ingen större skillnad på andelen rökare i gruppen jämfört med uppgifter om andelen rökare i Sverige. Däremot skiljer sig siffrorna en del från andelen i Finland. Siffror från 2001 visar att 12% av männen och endast 5% av kvinnorna i motsvarande ålder röker. I åldern 30-64 är förekomsten 36% bland männen och 24% bland kvinnorna medan andelen i Sverige är 23% (15, 32). Detta kan innebära att fler, framförallt kvinnor, i Finland slutar röka vid pensionsålder än vad de äldre boende i Sverige gör. Den procentuella skillnaden kan även bero på andra faktorer såsom bortgång före pensionsålder. Det går därför inte att direkt påstå att fortsatt rökning bland deltagarna beror på att man nu är boende i Sverige men iakttagelsen är ändå intressant.

Av de som ingick i studien hade 52% hyperlipidemi utan att läkemedelbehandlas. Några visste om sina värden sedan tidigare medan många aldrig testat s-kolesterol. Sju av de 19 som medicinerades för hyperlipidemi hade otillfredsställande värden. Samtliga dessa hänvisades till vårdcentral för läkarbedömning. Studien var orsak till att dessa fall påträffades vilket känns angeläget då hyperlipidemi är en stark riskfaktor för hjärt-kärlsjukdom. Inga framträdande kostfaktorer fanns bland dem som, trots medicinering, hade otillfredsställande värden. Resultatet talar ändå för att fler faktorer än enbart medicinering spelar in vid blodfettssänkande behandling. Förekomsten av hyperlipidemi bland kvinnorna i studien liknar förekomsten bland kvinnor i motsvarande ålder i Sverige. Männen i studien hade dock markant lägre förekomst av hyperlipidemi jämfört med män i Sverige (24). Orsaken till detta är oklar. Förekomst av rökning var vanligare i studiematerialet än i svenska befolkningen i allmänhet och så även förekomst av fetma. Detta borde snarare ha gett omvänt resultat eftersom dessa faktorer påverkar s-kolesterolet i negativ riktning (24).

Enligt kriteriet s-kolesterol > 5 mmol/l som gränsvärde för hyperlipidemi hade fler kvinnor än män blodfettssänkning. Ser man enskilt på s-HDL ser bilden annorlunda ut då 50% av männen medan endast 11% av kvinnorna hade s-HDL < 1. Ser man på normalvärden i befolkningen har kvinnor generellt ett högre s-HDL än män (33). Ett starkt negativt samband mellan bukfetma och s-HDL har visats (34), och så var även fallet i denna studie. Att fler män än kvinnor hade bukfetma kan vara en av förklaringarna till könsskillnaden.

Blodtrycket togs endast vid ett tillfälle. De som då uppvisade hypertoni borde ha följts upp i studien. Det är dock intressant att spekulera kring att 66% av studiematerialet hade medicinbehandlad hypertoni och/ eller överskred gränsvärdet 140/90 mmHg vid screening medan motsvarande siffra för äldre i befolkningen anses vara 40% (siffrorna inkluderar de med isolerad systolisk hypertoni). Möjligen är

det så att det är de medicinbehandlade fyrtiofem procenten som bör jämföras med befolkningssiffran 40%. Om de som i studien visade högt blodtryck vid screening verkligen hade högt blodtryck, kan tänkas att situationen är den samma generellt bland äldre, att det alltså finns stort mörkertal av hypertoniker.

I litteraturen anges att 10-15% av den äldre befolkningen har diabetes (35). I studiematerialet var siffran 12%. Intressant var dock att betydligt fler män än kvinnor hade diabetes, något som inte är fallet generellt (36). Det är sedan tidigare känt att bukfetma är en stark riskfaktor för denna diagnos (35). Även i denna studie fanns ett positivt samband mellan bukfetma och blodglukos. Det var något fler män än kvinnor som var bukfeta vilket kan vara en av förklaringarna till könsskillnaden. Att båda kvinnorna samt fyra av de fem männen med diabetes uppfyllde just kriterierna för bukfetma var knappast förvånande.

En del signifikanta samband förelåg mellan riskfaktorer och de kostvariabler som undersöktes. De flesta samband var dock svaga. Ett av de starkaste sambanden sågs mellan s-triglycerider och intaget av omega3-fettsyror bland dem som inte hade läkemedelbehandlad hyperlipidemi. Detta negativa samband är sedan tidigare vetenskapligt bekräftat (34). Intressant var även att se ett positivt samband mellan s-HDL och omega3-fettsyror.

Förekomsten av hjärt-kärlsjukdom var mera frekvent bland männen än bland kvinnorna i studien vilket även är ett generellt fenomen (37). Männen hade signifikant lägre s-HDL än kvinnorna vilket är en stark riskfaktor för hjärt-kärlsjukdom (24). Möjligtvis är detta förklaring till könsskillnaden. Två av de fem männen med hjärt-kärlsjukdom hade diabetes, även detta en stark riskfaktor. Riskfaktorer såsom rökning och bukfetma var också något vanligare bland männen än bland kvinnorna. Övriga riskfaktorer skiljde sig ej markant mellan könen.

I resultatet gjordes jämförelse med en enkätundersökning från ÄldreVäst (19). I enkäten efterfrågades sviter av hjärtinfarkt eller annan hjärtsjukdom samt sviter av hjärnblödning/stroke. Det fanns svårigheter i att jämföra förekomsten av hjärt-kärlsjukdom med svaren i enkätundersökningen eftersom det kan vara individuellt vad man inkluderat i begreppet ”annan hjärtsjukdom”. Därför redovisades två siffror vad gäller förekomst av hjärt-kärlsjukdom i studiematerialet. Det var 23% som rapporterade någon typ av hjärt-kärlproblematik vilket är betydligt fler än rapporterat från ÄldreVästs studie. Inkluderar man endast de mest självklara diagnoserna dvs stroke, hjärtinfarkt och kärlkramp är skillnaden dock mer marginell. Intressant att se vid jämförelsen är ändå att studiematerialet hade högre förekomst av samtliga tre riskfaktorer som jämfördes dvs hypertoni, diabetes och tidigare hjärt-kärlsjukdom. En viktig aspekt är att ÄldreVästs studie inkluderade äldre

över 65 år medan åldersgränsen var lägre i denna studie. Eftersom incidens av diabetes, hjärt-kärlsjukdom och hypertoni ökar med ålder (24,34) torde skillnaden blivit ännu större om samma åldersgräns använts. Anledning till högre förekomst bland studiematerialet kan vara den höga frekvensen av fetma som är riskfaktor för samtliga ovanstående diagnoser (24,35).

Att 40-45% av studiematerialet hade 4-6 riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom bör uppmärksammas. Det var något förbryllande att se att trots att förekomsten av hypertoni, hyperlipidemi, diabetes, hjärt-kärlsjukdom och fetma var förhållandevis hög rapporterade endast sju av sextio att de åt någon form av specialkost. Det är okänt om dessa personer fått någon information om kostens betydelse vid dessa sjukdomar och det kunde ha varit av intresse att fråga om deras matvanor förändrats efter vetskap om ovanstående diagnoser. Det kan vara så att förändringar i samband med diagnos gjorts men att man inte betraktar detta som specialkost.

I bakgrunden beskrivs att finska invandrare länge ansågs ha låg livskvalité men att man den senaste tiden visat att den psykosociala hälsan ej skiljer sig åt jämfört med äldre svenskar (9). Samma resultat visar denna studie. Jämför man rapporteringen av upplevd livskvalité är den nästan identisk med uppgifter från äldre i Mark och Sjuhärad. Man skulle kunna tro att den höga förekomsten av språkmässig begränsning i materialet kan innebära isolering och därmed upplevelse om låg livskvalité. Den starka gemenskapen i finska föreningen kan här spela stor roll. Vad gäller upplevd hälsa var det fler i studiematerialet som valde alternativet ”ganska bra” framför ”bra”. Orsaken till denna skillnad skulle kunna vara att förekomst av diabetes, hjärt-kärlsjukdom och hypertoni var högre i detta studiematerial.

Resultatet av detta projekt är dock så mycket mer än det som presenteras i denna magisteruppsats. Genom det varma välkomnande och all hjälp jag fått på Marks finska förening visades glädjen över att uppmärksamhet lades på just denna minoritet. Att bli kallad och utredd för diabetes, hyperlipidemi och hypertoni är inte något självklart i dagens vårdsituation och genom denna studie upptäcktes många som var i behov av extra utredning.

Jag har försökt att sätta detta studieresultat i ett större sammanhang genom att visa jämförande siffror i kommunen, Sjuhäradsbygden och i Sverige. Detta för att få tydligare bild av gruppens hälsotillstånd men med vetskap om att det ej är helt korrekt då andra studier använt andra mätmetoder. Intressant hade varit att göra samma studieupplägg hos en grupp äldre svenskar i Marks kommun för att se om studieresultatet skiljer sig från en svensk referensgrupp.

KONKLUSION

Man kan inte dra generella slutsatser från denna förhållandevis lilla studie. Studien har ändå gett god inblick i 60 äldre finska invandrades kostvanor och hälsa. Gruppen som studerats utmärker sig främst vad gäller de fysiologiska riskfaktorerna för hjärt-kärlsjukdom. Förekomst av övervikt och fetma är den mest uttalade där frekvensen är nästan dubbelt så hög i studiematerialet jämfört med förekomst bland äldre i Sverige, dock snarlik frekvensen i Finland. Den totala sjukligheten i diabetes, hjärt-kärlsjukdom samt hypertoni var signifikant högre i studiematerialet jämfört med rapportering från äldre i Marks kommun och Sjuhäradsbygden. Även förekomsten av rökning var något högre bland männen i studiematerialet än bland äldre i Sverige. Trots högre frekvens av ovan nämnda tillstånd var rapportering av självupplevd hälsa och livskvalité nästan identisk med uppgifter från äldre i kommunen och Sjuhäradsbygden.

Gruppens näringsintag motsvarade rekommendationerna med undantag av att intaget av mättat fett var för högt. Energiintaget var lågt men jämförbart med tidigare rapportering från äldre i Sverige. En måltidsfrekvens på fyra måltider per dag rapporterades, vilket är lägre än vad som rekommenderas. Majoriteten av dem som saknade måltidsrutiner hade övervikt.

En del intressanta samband sågs mellan riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom och de kostvariabler som undersöktes. Negativa samband sågs bland annat mellan s-triglycerider och omega3-fettsyror samt s-kolesterol och kostfiber.

Det var 40-45% i studiematerialet som hade 4-6 riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom vilket ger anledning att visa fortsatt uppmärksamhet på äldre finska invandrare.

Tack

Tack till ÄldreVäst Sjuhärad som gjorde det möjligt att genomföra detta projekt. Ett särskilt stort tack till Rainer Heikkilä för stöd vid bearbetning av resultat, till Tuula Nyholm för all hjälp med informationsspridning samt till Marks finska förening och alla deltagare i studien. Ett stort tack även till Ragnhild Arvidsson Lenner för mycket värdefull handledning.

REFERENSLISTA

1. http://www.cs.uu.nl/wais/html/na-dir/nordic-faq/part7_sweden.html 2003-02-11.
2. Socialstyrelsen. Äldreomsorg för finsktalande i Sverige (artikelnr 2001-110-11). Stockholm: KopieCenter, 2001:12.
3. Siverdahl M (Personligt meddelande). Kommunledningskontoret, Marks kommun, 2003-12-10.
4. Burstedt A. Mat som symbol för etnicitet. *i&m- invandrare och minoriteter* 2002;3:12-15.
5. Daryani A. Nytt land nya kostvanor. *i&m- invandrare och minoriteter* 2002;3:34-36.
6. Svederberg E. Tänkande bakom val och användning av livsmedel: faktorer som medverkar till eller utgör hinder för förändring av matvanor i hälsofrämjande riktning. Lund: Lund University Press 1997:1-256.
7. Masoomi M. Förändrade kostvanor hos invandrare. *Vård* 2002;4:12-19.
8. Koctürk-Rundfors T. En enkel metod för analys av kostvanor. *Emigration, kost och hälsa*. Uppsala: Statens livsmedelsverk, 1992:33-42.
9. Heikkälä K. På väg mot en mer nyanserad bild av de äldre finländska invandrarnas situation. *Socialmedicinsk tidskrift* 1996;7:385-389.
10. Järhult B, Lindholm L, Lanke J et al. Betydande disposition för kardiovaskulär sjukdom bland finländska invandrare. *Läkartidningen* 1992;89 (21):1915-18.
11. Widström E, Suksis-Jansson R. Dietary habits and dental health in 6-year old finnish immigrant children in Sweden. *Swed Dent J* 1985;9:135-39.
12. Ekman A, Persson B. Effect of early dental health education for finnish emigrant families. *Swed Dent J* 1990;14(3):143-51.
13. Pietinen P, Vartiainen E, Seppanen R et al. Changes in diet in Finland from 1972-1992: impact on coronary heart risk. *Prev Med* 1996;25 (3): 243-50.

14. Huijbregts PPCW, Frenkens EJM, Räsänen L et al. Dietary intake in five ageing cohorts of men in Finland, Italy and the Netherlands. *Eur J Clin Nutr* 1995;49:852-60.
15. Freese R. Preliminary results from FINRISK and FINDIET 2002 studies. *Scand J of Nutr* 2002;4:200-1.
16. Livsmedelsverket (1998). Riksmaten 1997-1998. Retrieved december 2002 from www.slv.se/default.asp
17. SBU. Bakgrund.SBU. Fetma- problem och åtgärder. Stockholm: SBU, 2002:27-83.
18. Johansson I, Hallmans G, Wikman et al. Validation and calibration of food-frequency questionnaire measurements in the Northern Sweden Health and Disease cohort. *Public Health Nutrition* 2002;5:487-96.
19. ÄldreVäst Sjuhärad (2002). Andersson B-A, Magnusson L. Äldres hälsa och levnadsvillkor – Ett arbetsmaterial för Mark, Sjuhäradsbygden och Västra Götaland. Retrieved december 02, 2004 from www.aldrevast.hb.se/rapporter/rapp.asp
20. Björntorp P. Fettet ska sitta där man kan sitta på det. *Läkartidningen* 1996;93:33-35.
21. NNR 2004. 4th Edition of the Nordic Nutrition Recommendations. Förhandsutgåva. 13th August 2004. www.slv.se/nyheter.
22. Becker W. Näringsrekommendationer. I Abrahamsson L, Andersson I, Ashan-Åberg K et al. (eds) *Näringslära för högskolan*. Stockholm: Liber AB, 1999: 340-49.
23. Falkenberg M, Rössner S. Övervikt och Fetma. *Läkemedelsboken*. Stockholm: Apoteket AB, 2004:164-73.
24. Norlander R, Schwan Å. Hjärta-Kärl. *Läkemedelsboken*. Stockholm: Apoteket AB: 2004:1257-334.
25. Statens folkhälsoinstitut. (2004). Minskat bruk av tobak - Var står vi idag? Retrieved July 05, 2004, from <http://www.fhi.se/upload/PDF/2004/rapporter>
26. Björkelund C, Hulthén B, Lissner L et al. Nya vikt- längdtabeller för medelålders och äldre. Vikten ökar mer än längden. *Läkartidningen*; 1997;94:332-35.

27. National Public Health Institute. (2003). Nutrition in Finland. Retrieved February 5, 2004, from <http://www.ktl.fi/nutrition>
28. Novotny JA, Rumpler WV, Riddick H et al. Personality characteristics as predictors of underreporting of energy intake on 24-hour dietary recall interviews. *J Am Diet Assoc.* 2003;103(9):1146-51.
29. Aro A, Becker W, Lyhne N. Nordiska näringsrekommendationer 1996. Köpenhamn: Nordiska ministerrådet, 1996: 79-86.
30. Roos E, Prattala R. Meal pattern and nutrient intake among adult Finns. *Appetite.* 1997;29(1):11-24.
31. I Hesso. Kronisk alkoholism. I I Hesso (ed). *Klinisk Nutrition.* Stockholm: Liber AB, 2001:272-276.
32. National Public Health Institute. (2002). Tobacco Statistics 2002. Retrieved september 1, 2004, from <http://www.ktl.fi/nutrition>
33. Nilsson-Ehle P, Nordin G, Nilsson J et al. Kolesterol – svårare att mäta än att sänka? Kraven höga på laboratoriemetoder. *Läkartidningen.* 1989;86 1263-69.
34. Faergeman O. Blodfettrubbningar och ateroskleros. I I Hesso (ed). *Klinisk Nutrition.* Stockholm: Liber AB, 2001:215-223.
35. Hermansen K. Diabeteskost. I I Hesso (ed). *Klinisk Nutrition.* Stockholm: Liber AB, 2001:197-209.
36. Socialstyrelsen. (2002). Nationella riktlinjer för vård och behandling vid diabetes mellitus – Version för hälso- och sjukvårdspersonal. Retrieved oktober 8, 2004 from <http://www.sos.se/fulltext>
37. Jousilathi P, Vartiainen E, Tuomilehto J et al. Sex, age, Cardiovascular Risk Factors, and Coronary Heart Disease. *Circulation.* 1999;99:1165-72.

BILAGA 1

2003-05-21

Informationsblad till deltagare i studien

- ÄLDRE FINSKA INVANDRARES MATVANOR OCH HÄLSA I MARKS KOMMUN

BAKGRUND:

På 1960 – 1970-talet var antalet finska invandrare i Marks kommun stort på grund av våra, då nystartade, väveribolag. De allra flesta bor kvar i kommunen och börjar nu pensionera sig.

Vi vet att matvanor och så även hälsa förändras vid invandring till ett nytt land. Dietistenheten i samarbete med ÄldreVäst Sjuhärad anser det därför vara av stort intresse att undersöka hur våra äldre finska invandare i Marks kommun mår med inriktning på mat och därtill relaterad hälsa.

**Vi söker därför deltagare som är
över 60 år och invandrade från Finland
till att delta i studien som startar Augusti-03**

Studien går till på följande sätt:

-Du som deltagare får vid ett tillfälle träffa dietist. Vi träffas under hösten i finska föreningens lokaler. Vid detta tillfälle intervjuas du angående dina matvanor, tobaksbruk, samt hur du upplever ditt hälsotillstånd. Mötet beräknas ta ca 40 minuter. Intervjun sker med eller utan tolk efter ditt önskemål.

-Du kommer även under hösten bli kallad att vid ett tillfälle besöka Skene lasarett för hälsokontroll. Besöket innebär blodprovtagning av blodsocker, blodfetter, blodtryck samt vikt- och längdmätning. Du kommer att bli kallad en förmiddagstid och vi ber dig då komma fastande till provtagningen. Även detta besök beräknas ta ca 40 minuter. Varje deltagare får efter provtagning veta sitt provsvar.

Resultaten kommer att bearbetas under sekretess och sammanställas som ett resultat

för hela gruppen. Det går inte att identifiera enskilda personer i studien. I Augusti-04 beräknas studien vara färdig och då inbjudes alla deltagare till en träff då vi presenterar studiens resultat.

Deltagande är helt frivilligt och du kan efter att ha tackat ja till deltagande när som helst avbryta studien utan att lämna förklaring.

Ni är hjärtligt välkomna att höra av er för anmälan och eventuella frågor

Maria Lancha

**Dietistenheten, Skene lasarett
511 81 Skene
0320-779432**

Tuula Nyholm

**Finska föreningen
511 02 Skene
070-6245843**

Studien är en samverkan mellan dietistenheten på Skene lasarett, finska föreningen i Skene, ÄldreVäst Sjuhärad samt Marks kommun.

BILAGA 2

Kostanamnes

Namn:.....

Personnummer:

Dagens måltider:

Födoämne	Aldrig	Någon g/år	1-3 g/månad	1g/vecka	2-3g/vecka	4-6g/vecka	1 g/d	2-3g/d	4g/d el.mer	portion	Näringsberäkning på:
bregott/flora										matmallen	Bregott
smör på bröd										matmallen	
lättmargarin										matmallen	Lätta
smör matlagn										15g	
margarin matlagn										15g	Flora
flytande margarin										15g	
olja matlagn										15g	Matolja
dressing olja										10g	
vispgrädde										25g	
matlagningsgrädde										25g	
kaffegrädde										10g	
creme fraiche										25g	
lätt creme fraiche										25g	
gräddfil										40g	
hårt bröd										25g	Husman
grovt bröd										30g	
vitt bröd										25g	
bullar; skorpor										25g	
28%ost										15g	
17%ost										15g	
10%ost										15g	
mjukost										15g	
messmör										15g	
påläggskorv										15g	
nyckelhälsmärkt korv										15g	
köttpålägg										20g	
leverpastej,original										15g	
leverpastej nyckelhål										15g	
havre el råggrot										matmallen	
fruktsoppa,kräm										190g	
fil, yoghurt										250g	

Födoämne	Aldrig	Någon g/år	1-3 g/månad	1g/vecka	2-3g/vecka	4-6g/vecka	1 g/d	2-3g/d	4g/d el.mer	portion	Näringsberäkning på:
lättfil, lättyoghurt										250g	
fiberflingor/musli										40g	musli
cornflakes/k-spec										40g	Cornflakes
bär										125g	Blåbär
äpple, päron, persika										125g	äpple
apelsin, mandarin, grape										110g	apelsin
banan										105g	
vitkål										70g	
rotfrukt, morot										70g	morot
tomat, gurka, sallad										100g	
spenat, grönkål										100g	Spenat
broccoli/blomkål										100g	Broccoli
baljväxter										60g	ärter
oliver										45g	
avocado										60g	
frysta grönsaksblandh										matmallen	
kokt el bakad pot										150g	
stekt potatis										150g	
pommes										matmallen	
potatismos										matmallen	
potatissallad										250g	
ris										matmallen	
pasta										matmallen	
bruna bönersoppa										250g	
pannkaka										225g	
pizza										275g	Capriciosa
köttfärsrätt										matmallen	
grytor m kött										matmallen	
helt kött ex stek										125g	
bacon, sidfläsk										125g	
korv										100g	

Födoämne	Aldrig	Någon g/år	1-3 g/månad	1g/vecka	2-3g/vecka	4-6g/vecka	1 g/d	2-3g/d	4g/d el.mer	portion	Näringsberäkning på:
mager korv										100g	
hamburgare,färsbiff										90g	
kyckling,höns										125g	
blodmat										150g	blodpudding
lever;njure										125g	
mager fisk										125g	torsk
fet fisk										125g	lax
skaldjur										90g	Räkor
glass										75g	
choklad										55g	Mjölkkchoklad
övr:godis										100g	
sockerbitar;strösocker										3g	
marmelad,sylt										20g	
kakor;bakelser										35g	Sockerkaka
chips;popcorn										100g	Chips
nötter										30g	
lättmjölk										250g	
mellanmjölk										250g	
standardmjölk										250g	
saft,nektar										200g	
läsk										200g	
juice										200g	
bryggkaffe										150g	
kokkaffe										150g	
te										200g	
lättöl										Bilder	
folköl										Bilder	
starköl										Bilder	
vin										Bilder	
sprit											

Frågor om upplevd hälsa och livskvalité, (ÄldreVäst sjuhärad's arbetsmaterial "Äldres hälsa och levnadsvillkor").

Hur tycker du på det stora hela att ditt liv är just nu?

- 1 Mycket bra
- 2 Ganska bra
- 3 Varken bra eller dåligt
- 4 Ganska dåligt
- 5 Mycket dåligt

Kommentar:.....

Hur tycker du på det hela taget att ditt hälsotillstånd är för närvarande?

- 1 Bra
- 2 Ganska bra
- 3 Ganska dåligt
- 4 Dåligt

Kommentar:.....

Frågor om tobaksbruk, ("MILK-studien", Geriatriken, SU).

Är du rökare?

- 1 Aldrig rökt
- 2 Tidigare rökt
- 3 Rökare

Om du är rökare, hur många cigaretter om dagen brukar du röka?

Svar:.....

Om du tidigare rökt, hur många cigaretter/dag brukade du röka?

Svar:.....

Hur länge rökte du?

Svar:.....

När slutade du?

Svar:.....

Är du snusare?

- 1 Aldrig snusat
- 2 Tidigare snusat
- 3 Snusare

Om du är snusare, hur många portioner om dagen brukar du snusa?
Svar:.....

Om du tidigare snusat, hur många portioner/dag brukade du snusa?
Svar:.....

Hur länge snusade du?

Svar:.....

När slutade du?

Svar:.....

Aktuella sjukdomar?

.....

Aktuell specialkost?

.....

Aktuell medicinering

.....

Vikt

.....

Längd

.....

