

8. Behandling av undernäring inom äldreomsorgen

Gunnar Akner, Tommy Cederholm, Torsten Mossberg, Elisabet Rothenberg

Drygt 17 procent av Sveriges befolkning är över 65 år. För närvarande blir vi inte fler äldre (mer än 65 år), men antalet personer över 80 år ökar. I samband med ÅDEL-reformen 1992 övertogs ansvaret för all äldreomsorg av kommunerna. Cirka 30 000 vårdplatser från landstingens långvårdsenheter överfördes då till kommunerna. Därefter har antalet sängplatser inom akutsjukvården och den geriatriska sjukvården minskat från cirka 90 000 till cirka 35 000. Vårdtiderna på sjukhus har förkortats påtagligt och därmed har en stor sjukvårdsbörda överförs till den kommunala äldreomsorgen (1). De som löper störst risk för att utveckla undernäring, dvs. ålderssvaga och kroniskt sjuka, vistas inom den kommunala äldreomsorgen. Behovet av fungerande nutritionsrutiner inom äldreomsorgen har därmed ökat. 1997 vistades cirka 135 000 personer i s.k. särskilda boendeformer (serviceboende, gruppboende, ålderdomshem och sjukhem) och cirka 160 000 (65 år och äldre) hade av kommunen beviljad hemhjälp eller hemsjukvård.

Under de senaste åren har Socialstyrelsen studerat näringssituationen inom svensk äldrevård (2–7). På olika typer av orter spridda över hela landet har bl.a. sammanlagt cirka 1 300 personer undersökts. Samtliga var omsorgstagare i särskilda boendeformer, hemmaboende med kommunal hemsjukvård eller hemmaboende med kommunal hemtjänst. Enligt Mini Nutritional Assessment (MNA) (se Del I, Kapitel 1, ”Bedömning av patientens näringstillstånd”) bedömdes förvånansvärt många som undernärda eller som misstänkt undernärda, nämligen 49–100 procent (tabell 1).

MNA-instrumentet kan kritiseras för att vara ospecifikt. Stor vårdtyngd får starkt genomslag i MNA-bedömningen, vilket sannolikt bidrar till att alla undersökta sjukhemsboende bedömdes som undernärda eller misstänkt undernärda. Stor vårdtyngd är dock en nutritionell riskfaktor. MNA-fyndet i de refererade studierna stöds av att en stor andel av de undersökta var underviktiga (tabell 1). För bedömning av BMI se Del I, Kapitel 1.

Tabell 1. Förekomst (%) av undernäring enligt Mini Nutritional Assessment och lågt Body Mass Index (BMI) inom kommunal äldreomsorg. Inom parentes anges antalet individer i vardera grupp.

	Undernärda	I riskzonen för undernäring	BMI ≤20	BMI ≤23
Hemtjänsttagare (356)	6	43	15	35
Hemmaboende med kommunal hemsjukvård (80)	3	62	34	64
Serviceboende (349)	21	49	18	48
Ålderdomshem (261)	33	57	25	55
Gruppboende (för dementa) (96)	39	51	19	54
Sjukhem (166)	71	29	33	70

Dessa och andra liknande studier (8–11) visar att det inom den kommunala äldrevården finns ett stort potentiellt nutritionsproblem. Svenska studier (12–15) avseende nutritionsbehandling inom äldreomsorg antyder att det finns en förbättringspotential.

Mål för nutritionsomhändertagande och -behandling

Det övergripande målet med nutritionsbehandling för äldre är bästa möjliga livskvalitet och funktion i ett överblickbart perspektiv, till skillnad från syftet med näringsrekommendationer för yngre där tyngdpunkten istället är att förebygga framtida sjukdom. Maten och måltiden har dessutom en social aspekt.

Allmänna kvalitetsföreskrifter. Behov av specialkompetens i kommunens äldreomsorg

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1996:24) om kvalitetssystem i hälso- och sjukvård framgår att all hälso- och sjukvård ska omfattas av system för planering, utförande, uppföljning och utveckling av kvaliteten i verksamheten. All personal ska medverka i den systematiska och fortlöpande kvalitetsutvecklingen av verksamheten. Socialstyrelsen har också utformat allmänna råd (SOSFS 1998:8) om kvalitetssystem inom omsorgerna om äldre och funktionshindrade där det framgår att all omsorg om äldre och funktionshindrade bör omfattas av system för

fastställande av kvalitetsmål, samt för planering, utförande, uppföljning och utveckling av kvaliteten i verksamheten. Syftet med kvalitetssystemen är att säkra att den enskildes behov av omsorg, vård och service tillgodoses. För att tillgodose behovet av omsorg och god vård på nutritionsområdet behövs olika typer av medicinsk specialkompetens. En samverkan mellan dessa specialistkompetenser är en förutsättning för god kvalitet enligt Svenska Kommunförbundets Äldreberednings slutrapport (16).

Ansvar

Vårdgivaren har ett ansvar för matförsörjning till sjuka äldre. Behovet av olika specialistkompetenser bör definieras klart. Förutsättningen för att vårdgivaren ska kunna axla ansvaret är att en klar ansvarsfördelning mellan dessa olika kompetenser definieras. Nedan lämnas förslag på hur ansvaret kan delas mellan olika yrkeskompetenser.

Politiskt ansvar

Det politiska ansvaret baseras på att huvudmannen förstår och värnar nutritionsomhändertagandet som en del av de totala vårdinsatserna och därför initierar ett kvalitetsarbete. I detta arbete är det viktigt att identifiera processer och flöden, t.ex. vårdkedjor inom slutenvården, mellan slutenvården och kommunen samt inom kommunen. Ett kvalitetsarbete som koncentreras kring äldre sjuka måste således omfatta olika huvudmän och inkludera flera olika medicinska och sociala kompetenser.

Samordning mellan slutenvården och kommunen

Korta vårdtider leder till att många äldre är medicinskt färdigbehandlade men fortfarande i behov av aktiva och långvariga nutritionsinsatser när de lämnar slutenvården och övergår till den kommunala äldreomsorgen. Nutritionsbehandlingen måste beaktas i vårdkedjan.

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1996:32) om informationsöverföring och samordnad vårdplanering framgår hur man bör gå tillväga då patienten bedöms vara färdigbehandlad inom den slutna vården. Bland annat betonas att innan beslut fattas om överföring i annan vårdform ska läkaren ta ställning till om den hälso- och sjukvård som landstinget ska svara för inom den öppna hälso- och sjukvården är tillräcklig för patientens behov. Det måste alltså säkerställas att bl. a. nutritions-tillförseln kan ske på ett tillfredställande sätt i den nya vårdformen *innan* patienten överföres. Den bedömningen görs i samarbete mellan läkare, dietist, biståndshandläggare, ansvarig sjuksköterska i aktuell boendeform och/eller inom den öppna hälso- och sjukvården.

Ansvarsfördelning i kommunen för nutritionsomhändertagandet

För äldre som bor hemma ansvarar i första hand biståndsbedömaren, som har en nyckelroll avseende definition och beslut om typen av bistånd. Distrikts- eller hemsjukvård svarar för bedömning av behovet av sjukvårdande insatser.

Ett önskemål är att alla kommuner har minst en nutritionsansvarig dietist (NAD) inom äldreomsorgen på samma sätt som det finns medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Dietisten bör ta huvudansvaret för övrig personals utbildning i näringsfrågor och vara diskussionspartner för hemtjänstpersonal och distrikts- och hemsjukvård. Vidare bör dietisten, tillsammans med läkare och medicinskt ansvarig sjuksköterska, ansvara för att rutiner utarbetas kring näring och kost för de omsorgsboende. Det är också dietisten som tar initiativ till och föreslår tillägg av näringspreparat (flytande kosttillsägg, berikningsmedel etc) och enteral nutritionsbehandling.

Patientansvarig läkare har ansvaret för bedömning, ordination och behandling samt att behandlingen samordnas med övrig behandling, följs upp och regelbundet utvärderas.

Ansvar för kostordination och -produktion

Det krävs insikt i äldres specifika problem för att kunna laga mat som är anpassad till deras behov. Ansvaret för matproduktionen i äldreomsorgen bör därför åvila utbildade kostchefer. Kostchefen ansvarar för matsedel, matproduktion, att maten motsvarar de nationella kvalitetskraven (ESS-gruppens rekommendationer) samt att det som beställts också levereras. Vårdpersonalen har ansvaret för att beställa maten och måste således ha erforderliga kunskaper för detta. Utformning av kosten bör åligga sjuksköterska eller dietist. Ordination av specialkost åligger läkare. Det är i detta sammanhang viktigt att betona behovet av utbildning inom nutritionsområdet för sjuksköterskor inom kommunal äldreomsorg.

Vid upphandling av kostproduktion är det nödvändigt att upphandlingsunderlaget formuleras av person med kunskap inom området och med beaktande av bl. a. synpunkterna nedan. Det är också viktigt att ansvarsfördelningen mellan entreprenören och vårdpersonalen tydliggörs, och att kompetens och fortbildningsbehov för entreprenörens personal fastslås.

Riktlinjer för kvalitetsdokument och upphandlingsunderlag

Kommunen bör formulera ett kostprogram för äldre. I kostprogrammet ska riktlinjer för måltidordning finnas t.ex. tider för och typer av mål, innehåll i olika mål, samt antal mål per dag. Den maximala tiden för

nattfasta, 11 timmar, bör anges. Av kostprogrammet bör vidare framgå krav på näringsinnehåll, tillagnings- och uppvärmningstider och vilka typer av specialkost och kost med anpassad konsistens som ska kunna erbjudas.

Måltidsproduktionen äger ofta rum i närheten av eller på institutionen. Om så inte är fallet kan patienter inom kommunal äldreomsorg tillförsäkras en god kvalitet på den mat som serveras genom att avtal skrivs med entreprenörer som producerar kost för äldre. Detta förutsätter dels en tydlig kravspecifikation, dels en regelbunden, strukturerad uppföljning, t.ex. i form av enkäter med patienter/personal, stickprov samt genomgång av lagstadgad egenkontroll och statistikuppgifter angående måltidsproduktionen. Samma kravspecifikation som ingår i avtal med entreprenörer kan även utgöra kvalitetskrav för kostproduktion inom kommunens verksamhet i egen regi.

Vid Hälsomålets undersökning om måltidsservice för äldre i Stockholm 1995 framkom att ingen kommun kunde uppvisa en skriftlig, politiskt beslutad målsättning respektive kravspecifikation för måltidsverksamheten (17). Denna otillfredsställande situation stimulerade Sundbybergs Stad att i samarbete med ett lokalt ålderdomshem och den geriatriska kliniken (NordVästGeriatriken) i sjukvårdsområdet utveckla "Kvalitetskrav gällande kost som serveras till äldre" (18). Efter en omfattande remissomgång antogs det modifierade förslaget till kvalitetskrav enhälligt av den politiska äldre- och omsorgsnämnden i Sundbyberg i maj 1997 och blev därmed det första politiskt beslutade kvalitetskravet för kost inom kommunal äldreomsorg i Stockholms län. Dokumentet har publicerats i sin helhet i en bok utgiven av Svenska Kommunförbundet (19). Dessa kvalitetskrav används vid all upphandling av kostproduktion inom äldreomsorgen i Sundbyberg; de ingår som bilaga till alla nya entreprenadavtal och utnyttjas även inom egenregiproduktionen. Liknande kravspecifikationer för upphandling av måltidsservice inom äldreomsorgen har framtagits i flera andra kommuner i Stockholms län och i Göteborg (20), Uppsala (21) m. fl. Undersökningen från Sundbyberg visade också tydligt att måltiden utgör ett resurskrävande inslag i vården (17). Personalen ägnade i genomsnitt minst fem timmar per dag mellan kl 07–19 åt mathantering vilket innebar att drygt 40 procent av arbetstiden under dagtid ägnades åt de gamlas mat och ätande.

Behov av kompetens, utbildning och förbättrade rutiner

Kunskapsnivån inom kommunal äldreomsorg om näringslära och klinisk nutrition är ytterst varierande och ofta bristfällig. Dietister bör ansvara för kontinuerlig nutritionsutbildning av all vårdpersonal enligt fastlagda utbildningsplaner.

Förslag till åtgärder

- utforma ett kostprogram för äldreomsorgen i varje kommun
- tillför kommunerna nutritionskompetens
- utbilda personal i bl. a.
 - hur man identifierar riskindivider
 - näringslära, särskilt med avseende på äldres särskilda behov
 - hur man kan åtgärda nutritionsproblem
 - hur man dokumenterar nutritionsåtgärder
- utarbeta tillämpningsföreskrifter som tydliggör ansvarsområden och uppgifter
- upprätta upphandlingsunderlag som beaktar nödvändiga kvalitetskrav.
- utveckla rapporteringsrutiner mellan vårdinstanser
- kvalitetssäkra de äldres matintag, följ upp att kostprogrammet följs och att kosten tillförs patienten
- ge vårdpersonalen tid och möjlighet att praktiskt arbeta med berikning av mat och mellanmål.

Realistiska ambitioner

Många äldre i livets slutskede är sjuka, saknar aptit och förlorar i vikt, tillstånd som till viss del är ofrånkomliga. I sådana situationer är det orealistiskt att tro att man kan återställa ett normalt näringstillstånd. I det terminala skedet har maten ofta en underordnad betydelse. God munhygien, smärtbehandling och allmän omvårdnad är då ofta viktigare. De flesta av dem som vistas inom äldreomsorgen har dock många år kvar att leva och för dem är ett bra näringsintag en förutsättning för god funktion och hög livskvalitet. Mycket återstår att göra. Sverige, med en av världens äldsta befolkningar, kan gå i bräschen för att utveckla goda rutiner för att i möjligaste mån förebygga undernäring hos äldre.

Referenser

1. Johansson L: Decentralisation from acute to home care settings in Sweden. *Health Policy*. 1997;41S:131–143.
2. Näringsproblem i äldreboendet. *Äldreuppdraget 97:5*. Socialstyrelsen.
3. Saletti A, Yifter-Lindgren E, Johansson L, Cederholm T. Nutritional status according to. Mini Nutritional Assessment in an institutionalized elderly population in Sweden. *Gerontology* 2000; 46: 139–145.

4. Näringsproblem bland hemsjukvårdspatienter. Äldreuppdraget 98:12. Socialstyrelsen.
5. Saletti A, Johansson L, Cederholm T. Mini Nutritional Assessment in elderly subjects receiving home nursing care. *J Human Nutr Diet* 1999; 12: 381–387.
6. Näringsproblem bland äldre med hemtjänst. Äldreuppdraget 99:5. Socialstyrelsen.
7. Hellre palt än puré. Äldreuppdraget 98:10. Socialstyrelsen.
8. Christensson L, Unosson M, Ek AC. Malnutrition in elderly people newly admitted to a community resident home. *J Nutr Health Aging* 1999;3:133–9.
9. Elmståhl S, Persson M, Andren M, Blabolil V: Malnutrition in geriatric patients: a neglected problem? *J Adv Nurs* 1997;26:851–855.
10. Faxén-Irving G, Andreen-Ohlsson B, Cederholm T. Nutritional, cognitive and functional status, and the effect of nutrition education to the staff, in elderly living in a service house. *Gerontology* 1999;45:187–94.
11. Karlsson P, Apelberg J, Brismar K, Karlström B, Lindblad L, Cederholm T. Nutritional status and food intake in a 1-year follow-up in a group of elderly living in adapted housing. *Scand J Nutrition* 1999;43:70–73.
12. Elmståhl S, Blabolil V, Fex G, Kuller R, Steen B. Hospital nutrition in geriatric long-term care medicine. II. Effects of changed meal environment. *Comprehensive Gerontology* 1987;A1:29–33.
13. Elmståhl S, Steen B. Hospital nutrition in geriatric long-term care medicine. II. Effects of dietary supplements *Age Ageing* 1987;16:73–80.
14. Ödlund Olin A, Österberg P, Hådel K, Armyr I, Jerström S and Ljungqvist O. Energi-enriched hospital food to improve energy intake in elderly patients. *JPEN* 1996;20:93–97.
15. Larsson J, Unosson M, Ek A-C, Nilsson S, Thorslund S, Bjurulf P: Effect of dietary supplement on nutritional status and clinical outcome in 501 geriatric patients – a randomised study. *Clin Nutr* 1990;9:179–184.
16. Vår framtid – äldres vård och omsorg inför 2000-talet. Slutrapport 3. (1999) Folkhälsoinstitutet, Svenska Kommunförbundet. Kommentus förlag.
17. Nordevang E, Callmer E. Kartläggning av måltidsservice för äldre i Stockholms län. Centrum för Tillämpad Näringslära. Rapport 19, 1995:42.
18. Akner G, Strand S. Nutrition inom kommunal äldreomsorg. Kvalitetskrav för äldre Kost. *Scand J Nutr* 1998;42:87–88.
19. Kommunala driftentreprenader: Hallgren T, Hilborn I, Sandström L. Svenska Kommunförbundet 1997; 326–32.
20. Informationsavdelningen vid Göteborgs Sjukvård: Mat på sjukhus och sjukhem. Kostpolitiskt program för Göteborgs Sjukvård. 1992; 18 s.
21. Uppsala Kommun, avdelning för kostservice: Kravspecifikationer: Upphandling av måltidsservice inom äldreomsorgen. 1995; 9 s.

Att läsa

Mat och kostbehandling för äldre – problem och möjligheter. Karlström B, Landin I, Rothenberg E, Faxén-Irving G, Larsson Å, Överby E. (1988) Livsmedelsverket, Uppsala.

Mat och näring på äldre dar. Temanummer. Näringsforskning (Scand J Nutr) 1999;43(1).

LIV TILL ÅREN – om hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser för äldre. 2. (1998) Folkhälsoinstitutet, Svenska kommunförbundet. Kommentus Förlag, Stockholm.

VÅR FRAMTID – Äldres vård och omsorg inför 2000-talet – Slutrapport. 3. (1999) Folkhälsoinstitutet, Svenska kommunförbundet. Kommentus Förlag, Stockholm.

Socialstyrelsens rapportserie om nutrition i äldreomsorgen, se referenser 2, 4, 6,7 ovan.