

Kvalitetssäkring av mat och måltider inom äldreboenden

I denna artikel beskrivs de problem som finns med äldre personers mat och ätande inom både särskilt och ordinärt boende. En kvalitets-säkringsmetod presenteras med fokus på strukturerad uppföljning och successiv kvalitetsförbättring för den kost som serveras till äldre.

En rad offentliga utredningar och rapporter har visat att det finns utbredda problem kring mat, måltider och ätande inom äldreboenden, både inom kommunernas s.k. särskilda boenden för äldre och inom ordinärt boende (1–2). I sitt uppdrag till Socialstyrelsen har regeringen framhållit några av de mest väldokumenterade bristerna:

- ansvarsfördelningen
- kvalitetskriterierna vid upphandling
- hur kvalitetsarbetet bedrivs
- de äldre personernas valmöjligheter
- måltidsordningen.

Ett problem med dokumentationen om nutrition¹ är att olika artiklar och rapporter ofta samtidigt tar upp olika aspekter av nutritionsrelaterade problem hos äldre och inte minst att det saknas en internationellt erkänd definition av begreppet ”nutritionstillstånd”². För att underlätta diskussionen och ge förutsättningar för kritisk analys och förslag till lämpliga förbättringsåtgärder samt angelägna forskningsprojekt är det lämpligt att dela upp nutritionsområdet i tre delar: maten, ätandet och kroppen.

1. Maten

”Maten” avser kvaliteten på den mat som ligger på tallriken och innefattar bl.a. livsmedelsval, inköp, hemtransport, lagring, tillagning, servering och näringsberäkning (dvs. beräkning av innehåll av energi, näringsämnen och vatten).

2. Ätandet

Ätandet kan påverkas av både lusten och viljan att äta (förändrad aptit och motivation att äta) samt förmågan att äta (problem med rörelse i händer och armar, tuggning, sväljning m.m.). Ätandet påverkas även av måltidsordningen, dvs. antalet måltider per dygn, hur stora måltiderna är och hur de är fördelade över dygnet. Här ingår även måltidsmiljön, dvs. utformningen av matsal, bordsplacering, dukning, tallrikar, bestick, men även färgsättning, möblering och ljudnivå samt inte minst om man äter ensam eller tillsammans med andra.

¹ I artikeln kommer ordet ”nutrition” att användas i betydelsen ”hälsorelaterad nutrition” och inkludera både mat, energi och näringsämnen samt kroppens reaktioner på intagen föda.

² Se artikel nr 8 i Socialstyrelsens artikelserie om äldre och mat som är planerad att publiceras i slutet av sommaren 2006.

3. Kroppen

Kroppens förmåga att ta upp och omsätta tillförd energi, näringsämnen och vätska från kosten kan förändras vid olika sjukdomstillstånd, t.ex. sjukdomar som påverkar (ökar eller minskar) energiomsättningen och av sjukdomar som drabbar olika delar av mag- och tarmkanalen. På grund av kroppens finstämda reglermekanismer finns det inga enkla samband mellan å ena sidan aptit och intag respektive upptag av energi och näringsämnen och å andra sidan energiomsättning, kroppsvikt, kroppssammansättning och olika funktioner, t.ex. fysisk funktion, mental funktion och social funktion.

Nutritionrelaterade problem kan ofta hänföras till flera av dessa tre delområden samtidigt och är ofta associerade till olika sjukdomar och skador. Därför är det nödvändigt med en integrerad analys av t.ex. levnadsvanor, medicinska förhållanden, kroppssammansättning, energiomsättning, kostintag, fysisk funktionsförmåga och pågående behandlingsmetoder (läkemedel, nutrition, fysisk träning, hjälpmedel m.m.).

Kvalitetssäkring av mat som serveras till äldre

i särskilt boende

1995 publicerades en rapport om den kommunala måltidsservicen i Stockholms län (3). Den visade att det så gott som helt saknades politiskt beslutade kravspecifikationer för måltidsverksamheten för äldre i Stockholm när det gäller energi- och näringsinnehåll och måltidsordning. Rapporten föranledde Sundbyberg stads äldre- och omsorgsförvaltning och forskningsenheten Äldreforskning NordVäst att gemensamt ta fram rapporten ”Kvalitetskrav gällande kost som serveras till äldre” som publicerades i maj 1997 och som då var en av landets första kravspecifikationer med tydlig kommunalpolitisk (enhällig) förankring³. I en omarbetad och utvidgad version (4) som publicerades 2002 betonas att måltider för äldre fyller flera samtidigt funktioner:

- gemenskap
- rytm, dvs. indelning av dagen
- upplevelse för alla sinnen
- källa till näring
- sjukdomsbehandling.

Efter en genomgång av lagar, föreskrifter och tillsyn anges i rapporten schablonmässiga rekommendationer baserade på svenska näringsrekommendationer (6) för energi, näringsämnen, kostfibrer och vätska med tillägget att ”beräkning av energibehovet skall ske efter individuell medicinsk/omvårdnads-bedömning och ordination”.

Härefter följer krav på mat och livsmedelskvalitet, måltidsordning, vätska, matens utseende, lukt och smak, måltidsmiljö, kosttyper vid olika sjukdomar, inflytande på matutbudet, organisation och ansvar. Den avgörande delen var punkten ”Uppföljning” där vi angav sju

³ Kvalitetskraven har även publicerats i Kommunförbundets bok, ”Kommunala drift-entreprenader” från 1997 (5).

metoder för hur kvaliteten på mat som serveras till äldre regelbundet skall följas upp: organisation, egenkontroll, enkäter, stickprov, statistik, utbildning och inflytande (figur 1). Här specificerades även hur detta skulle ske och hur ofta.

Metod	Specifikation	Hur ofta
1. Organisation	Redovisning av hur arbetet med kostförsörjningen på enheten organiserats (praktiska rutiner, kostpärm, kostombud, möten med "matråd" etc.).	En gång per år
2. Egenkontroll	Redovisning av lagstadgad egenkontroll av kökets matproduktion och hygienfrågor. Här ingår en jämförelse av de näringsvärdesberäknade måltiderna med kvalitetskraven.	En gång per år
3. Enkäter	Redovisning av strukturerade enkäter till a) boende och närstående b) personal med frågor om uppfattning om den serverade maten/livsmedlen och jämförelse med kvalitetskraven. Enkätsvaren skall sammanställas skriftligen och omfatta de enskilda boendeavdelningarna samt hela enheten.	En gång per år
4. Stickprov	Bedömning av serverad mat genom regelbundna stickprov. Bedömningen skall omfatta temperatur, utseende, smak och portionsstorlek samt dokumenteras skriftligen.	En gång per månad
5. Statistik	Sammanställning av: • Inköpta livsmedel • Levererade måltider • Hur många och vilka personer som fått de olika kosttyperna vid olika sjukdomar, inklusive hur kontroll skett att personen ifråga fått denna specialkost serverad: – Önskekost – Konsistensanpassad kost – Specialkost – Flytande näringstillägg – Sondmat Statistikuppgifterna skall sammanställas skriftligen och omfatta de enskilda boendeavdelningarna samt hela enheten.	En gång per år
6. Utbildning	Redovisning av strukturerad utbildning i kostfrågor för personalen. Utbildningen skall bl.a. omfatta innehållet i dessa kvalitetskrav.	En gång per år
7. Inflytande	Redovisning av verksamheten inom "matråd" och samverkan med pensionärsföreningar.	En gång per år

Figur 1: Metod för uppföljning av kvaliteten på maten som serveras till äldre.

Syftet med de presenterade kvalitetskraven är att resultatet av uppföljningen skall redovisas skriftligen på ett regelbundet och standardiserat sätt i en samlad rapport som ges till alla berörda parter (vårdtagare, närstående, vårdpersonal, chefer, ansvariga tjänstemän och politiker). Rapporten ska också ligga till grund för ett successivt lokalt kvalitetsförbättringsarbete. Den standardiserade sammanställningen möjliggör jämförelser både inom en kommun och mellan olika kommuner. Det är särskilt viktigt att rapporterna redovisar på vilket sätt kvaliteten avviker från rekommendationerna, vilka förändringar som gjorts sedan föregående rapport samt vilka åtgärder som genomförts respektive pågår för att förbättra kvaliteten. Den här presenterade kvalitets-säkringsmetoden (4) lämpar sig därför väl som utgångspunkt för strukturerade kvalitetsutvecklingsprojekt för mat och måltider för äldre.

De beskrivna kvalitetskraven fokuserar på *vad* som skall utvärderas och *hur ofta*, men undviker avsiktligt att specificera vem som skall utföra de olika momenten. Skälet till detta är att det förekommer betydande variationer i hur den kommunala äldreomsorgen är organiserad och att olika personer och instanser kan bli aktuella för att utföra arbetet på olika ställen. Med hänsyn till behovet av metodologisk noggrannhet i både insamling, bearbetning, tolkning och redovisning av resultaten är det lämpligt att äldreomsorgen samarbetar med lokala FoU-enheter inom äldrevården.

Erfarenheter från att arbeta med denna uppföljningsmetod

Äldreforskning NordVäst har genomfört två inventeringsstudier⁴ där denna metod använts för kvalitetssäkring av kost och måltider i två särskilda boenden för äldre: en studie på ett omvårdnadsboende med 76 boende i Sundbyberg 2002 (7) och en studie på ett omvårdnadsboende med 58 boende i Solna 2005 (8).

Här är några sammanfattande slutsatser från dessa studier som bas för fortsatt förbättringsarbete som utgår från de sju angivna rubrikerna under ”Uppföljning”:

- *Organisation:* I båda studierna noterades att det saknades en samlad dokumentation och rutiner för ordinationer av mat, måltider, beräkning, specialkost och kosttillskott (näringdrycker) på de studerade avdelningarna.
- *Egenkontroll:* I Sundbyberg angav kökschefen att ingen efterfrågade resultatet av egenkontrollen. I Solna höll man på att införa ett nytt egenkontrollprogram i köket. Näringsvärdesberäkning av måltiderna gjordes i Sundbyberg, men inte i Solna.
- *Enkäter:* De boende hade i båda studierna alltför dåligt hälsotillstånd för att själva kunna svara på frågor, varför svarsfrekvensen var mycket låg. Det var också påfallande svårt att få personalen att besvara enkäter.

⁴ Båda rapporterna finns tillgängliga på www.aldeforskningnordvast.se.

- *Stickprov*: Stickprovskontroller för bedömning av serverad mat gjordes inte.
- *Statistik*: Det fanns, i båda studierna, uppgifter om antalet levererade måltider inklusive specialkost. Däremot saknades uppgifter om hur man kontrollerat matleveranserna till de enskilda personerna. Det fanns heller inga statistikuppgifter om inköpta livsmedel.
- *Utbildning*: Det fanns ingen strukturerad, individuell utbildningsplan i kostfrågor för personalen på något av äldreboendena.
- *Inflytande*: I både Sundbyberg och Solna arrangerades regelbundna matråd eller kostråd, men de boende deltog bara i mycket liten utsträckning.

I Solnastudien kompletterades utredningen med en åttonde punkt, ”Observation”, där en dietist och en nutritionist observerade mat- och måltidssituationen och de tre huvudmåltiderna under en hel dag per boendeavdelning. Då noterades ett betydande antal förbättringsmöjligheter, vilka sammanfattats i rapporten (8). Några exempel på föreslagna förbättringsmöjligheter avsåg kvaliteten på beställd mat, matningsteknik och sittställning, hygien och informationsfrågor.

Vi känner inte till några liknande strukturerade inventeringsstudier av mat- och måltidssituationen för äldre i särskilt boende som utgår från tydligt definierade och politiskt beslutade kvalitetskrav. Resultaten från en aktuell rapport från Socialstyrelsen (2) talar för att resultaten troligen är generaliserbara och därmed representativa för många av landets särskilda boenden för äldre.

Kvalitetssäkring av mat som serveras till äldre i ordinärt boende

När det gäller kvaliteten på kost som serveras till äldre personer med biståndsbeslut i ordinärt boende är situationen mer oklar. Ett mått på en möjlig förekomst av problem kring mat och ätande i ordinärt boende är antalet kommunala biståndsbeslut för mat. Enligt Äldrecentrum i Stockholm fanns i Sverige år 2002 ca 48 000 personer 65 år och äldre i ordinärt boende som hade biståndsbeslut för distribution av matportion (”matlåda”) (9). Utöver detta hade ca 17 000 personer 65 år och äldre i ordinärt boende biståndsbeslut om ”insatsen” matlagning i hemmet. Detta innebär att ca 65 000 personer, vilket motsvarar drygt 4 procent av landets pensionärer 65 år och äldre, fick mat genom distribution av matportion eller också genom matlagning i hemmet år 2002. Förutom detta får många äldre sitt behov av mat tillgodosett genom en matlåda från restaurang eller som färdigmat från affär, men dessa alternativ kommer dock inte med i statistiken.

Intervjuer med äldre personer som har biståndsbeslut

Äldrecentrum har publicerat en studie där man intervjuade 27 ensamboende äldre personer (21 kvinnor, 6 män) med medelåldern 89 år i ordinarie boende med biståndsbeslut om hjälp med mat (10). Samtliga intervjuade personer hade biståndsbeslut om hemhjälp två till tre gånger per dag, veckans alla dagar – totalt 50–80 timmars hjälp per månad.

Biståndsbeslutet om måltiderna avsåg enbart hur maten skulle levereras eller värmas, inte vad som skulle ätas. Det fanns inga biståndsbeslut eller beställningar där det framgick att måltiderna skulle anpassas till de äldre personernas behov av energi, näringsämnen eller särskild konsistens. Biståndsbesluten tog inte heller upp måltidsordningen över dygnet.

Författarna ansåg att den nuvarande utformningen av biståndsbeslut och beställningar av hjälp med mat ”bidrar till att trivialisera och förenkla matlagningen till en serviceinsats som går att avskilja från den omsorg och omvårdnad som personen för övrigt behöver och har rätt till”. Man framhöll också att det ofta uppstår oklara ansvarsförhållanden när varken den äldre själv eller dennes anhöriga har möjlighet att klara av problem i samband med matintag. Denna situation leder paradoxalt nog ofta till att vare sig kommun eller primärvård anser sig skyldiga att ingripa och ta ett tydligt ansvar för att den äldre får rätt mat vid rätt tid eller följer upp om den serverade maten verkligen äts.

Intervjuer med chefer och ansvariga inom kommunal äldreomsorg

I en annan studie som utfördes av Äldrecentrum på uppdrag av Pensionärernas Riksorganisation (PRO) intervjuades äldreomsorgsansvariga, biståndshandläggare och enhetschefer inom öppen hemtjänst i fyra kommuner i Stockholms län samt tre stadsdelar i Stockholms stad (9). Intervjuerna fokuserades på hur man inom dessa områden valt att tillgodose de äldres behov av hjälp med mat, vilka problemen varit samt för- och nackdelar kring nuvarande system.

Författarna framhöll att det behövs ett bättre samarbete mellan distriktsköterskan med sina medicinska kunskaper och vårdbiträdet med sina kunskaper om den enskilde äldre vårdtagaren. Man ansåg att det med nuvarande organisation av hemtjänsten inte finns några rutiner för hur omsorgspersonalen skall handla eller vart de skall vända sig då de upptäcker att någon är undernärld. De äldreomsorgsansvariga uppgav att det inte förekom någon uppföljning av det system man valt för att tillgodose den äldres behov av hjälp med mat.

Författarna angav förslag till åtgärder i fyra punkter för att förbättra situationen: längre tid för måltiderna, ökat samarbete mellan hemtjänst och distriktsköterska, ökad uppföljning av beslut och insatser kring mat och mathållning samt kompetensstöd för omsorgspersonalen ute i hemmen. Med kompetensstöd avsågs dels utbildning, dels tillgång till en dietist eller kostekonom för att hjälpa omsorgspersonalen med matsedlar för att få en så näringsrik och varierad kost som möjligt.

Såvitt det är känt finns det inga publicerade studier av en strukturerad uppföljning av specificerade kvalitetskrav för kost som serveras till äldre inom ordinarie boende. De ovan presenterade ”Kvalitetskrav gällande

kost som serveras till äldre” (4) bör så långt som möjligt även kunna tillämpas för äldre personer med biståndsbeslut om mat i ordinärt boende.

Svagheter med kvalitetskraven

Det är viktigt att framhålla två problem med de beskrivna kvalitetskraven:

1. Svagt vetenskapligt underlag för rekommendationer till äldre

Kvalitetskraven är baserade på de gällande svenska näringsrekommendationerna (6) som är utformade för planering av kost för friska personer upp till åldersgruppen 75 år och äldre. Det vetenskapliga underlaget för näringsrekommendationer till enskilda äldre, multisjuka och multibehandlade personer är mycket svagt.

2. Heterogenitet

Det finns mycket stora variationer mellan olika äldre personer och därmed ett stort behov av individualisering av hela omhändertagandet av äldre, vilket givetvis även inkluderar nutritionsaspekter. Detta innebär att även om den ovan beskrivna kravspecifikationen för kvaliteten på den mat som serveras till äldre skulle vara uppfylld på ett visst äldreboende så är det därmed inte alls självklart att det uppstår en kvalitet i hela nutritionsbehandlingen för de enskilda äldre personer som bor där. Kravspecifikationen är således bara en nödvändig, men inte tillräcklig del. För att det skall bli kvalitet i nutritionsbehandlingen krävs att man även integrerar bedömningen av de enskilda äldre personernas nutritionstillstånd och utifrån denna bedömning utformar individualiserade behandlingsprogram, där nutritionsdelen är helt integrerad med övriga aktuella behandlingsåtgärder, och dessutom kopplas till en strukturerad uppföljningsprocess⁵. Detta innebär krav på en nära integration mellan kommunernas äldreomsorg och landstingens äldresjukvård för varje enskild äldre person med biståndsbeslut.

Slutsats

Det saknas genomarbetade systemlösningar för att tillgodose basala kvalitetskrav när det gäller mat för äldre i både särskilt och ordinärt boende. Detta är anmärkningsvärt, eftersom det verkar finnas en utbredd medvetenhet om betydelsen av mat för äldre och att dessa frågor upptar en betydande del av personalens arbetstid och därmed innebär stora kostnader. I en studie på ett omvårdnadsboende i Sundbyberg noterades att vårdpersonalen använde ca 40 procent av sin arbetstid dagtid mellan kl. 07–19 till nutritionsrelaterade arbetsuppgifter (11). För att förbättra situationen krävs att åtgärder som föreslagits (4, 8–10) integreras i ett sammanhängande strategiskt utvecklingsprogram för hela äldrevården, vilket inkluderar både landstingens och kommunernas ansvarsområden.

⁵ Se artikel nr 8 i Socialstyrelsens artikelserie om äldre och mat som är planerad att publiceras i slutet av sommaren 2006.

Referenser

1. Länsstyrelsen i Stockholm och Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Stockholm. Rapport: Kost och näring på äldreboenden. Näringssvården behöver bli mer systematisk. Gemensam tillsyn (2004–05). 2005 (tillgänglig på <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/BBD9A22B-D90C-4387-ABA6-FE9F72AB06B9/3743/200510916.pdf>)
2. Socialstyrelsen. Rapport: Kommunernas kost- och nutritionsarbete. 2003 (tillgänglig på <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/EF1E198C-AC22-4F4E-B9E8-83F8CAC44BC7/1039/200312319.pdf>)
3. Nordevang E, Callmer E. Rapport: Kartläggning av måltidsservice för äldre i Stockholms län. Centrum för Tillämpad Näringslära. 1995:19
4. Kangas H, Strand S, Akner G. Kvalitetskrav gällande kost som serveras till äldre. Sundbybergs stad, Äldre- och omsorgsförvaltningen 2002-05-14 (tillgänglig på www.aldeforskningnordvast.se).
5. Hallgren T, Hilborn I, Sandström L. Bok: Kommunala drift-entreprenader. Svenska Kommunförbundet. 1997: 326–32
6. Livsmedelsverket. Svenska näringsrekommendationer 2005. (tillgängliga på http://www.slv.se/templates/SLV_Page.aspx?id=2866)
7. Lammes E, Akner G. Rapport: Uppföljning av ”Kvalitetskrav för kost som serveras till äldre” i Sundbybergs stad. Redovisning av situationen på Östergården våren 2002. Utgiven 2003 (tillgänglig på www.aldeforskningnordvast.se)
8. Engelheart S, Lammes E, Akner G. Rapport: Inventering av matproduktion, matleverans, näringsinnehåll och måltider på omvårdnadsboendet, Seniorstaden Hallen i Solna våren 2005. Utgiven 2005 (tillgänglig på www.aldeforskningnordvast.se)
9. Österman J, Gurner U. Rapport: Doften av stekt falukorv. En beskrivning av hur ”insatsen” mat är organiserad i öppen hemtjänst för äldre som inte längre kan laga sin mat. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2004:5 (tillgänglig på www.aldrecentrum.se)
10. Weurlander I, Gurner U. Rapport: Maten – en serviceinsats. Hur äldre som har omfattande hemtjänst ser på sin hjälp med måltiderna. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2006:2 (tillgänglig på www.aldrecentrum.se)
11. Akner G, Flöistrup H. Individual assessment of intake of energy, nutrients and water in 54 elderly multidiseased nursing-home residents. J Nutr Health Aging 2003; 7: 2–12 (tillgänglig på www.aldeforskningnordvast.se).

Gunnar Akner är docent i geriatrisk vid Karolinska Institutet, överläkare, vetenskaplig sekreterare i Svensk Förening för Klinisk Nutrition (SFKN) sedan 1996 och ordförande i Karolinska Institutets referensgrupp för klinisk nutrition sedan 1997.

Om du vill komma i kontakt med honom kan du nå honom via Jakobsbergsgeriatriken/FoU, Jakobsbergs sjukhus, 177 31 Järfälla

Tel.: 070-620 48 46

E-post: gunnar.akner@chello.se

Socialstyrelsen klassificerar sin utgivning i olika dokumenttyper. Detta är ett *Underlag från experter*. Det innebär att det bygger på vetenskap och/eller beprövad erfarenhet. Författarna svarar själva för innehåll och slutsatser. Socialstyrelsen drar inga egna slutsatser i dokumentet. Experternas sammanställning kan dock bli underlag för myndighetens ställningstaganden.