



Slutrapport februari 2013

Äldre personers biståndsbeslut för vård och omsorg i Örebro kommun med fokus på mat, måltider och nutrition

Stina Engelheart
leg dietist, projektledare
Örebro Kommun
stina.engelheart@orebro.se

Gunnar Akner
professor i geriatrik, läkare
Örebro universitet
akner.gunnar@gmail.com

Sammanfattning

- Enligt vår kännedom är detta den första kartläggningen av omfattningen av en kommuns vård och omsorg om äldre personer (≥ 65 år) ur ett individperspektiv samt av hur stor del av biståndsbesluten som avser mat-, måltids- och nutritionsrelaterade frågor.
- Kommunens terminologi och klassifikation av biståndsbeslut är utformad från ett utförarperspektiv uppdelad av två lagstiftningar, SoL och HSL. Det krävdes ett omfattande manuellt arbete för att strukturera kommunens registrering av besluten så att materialet kunde beskrivas ur de enskilda äldre personernas perspektiv.
- Medelåldern för personer i särskilt boende var 85 år (spridning 65-105 år), där 69 % var kvinnor. Hos personer med vård och omsorg i hemmet var medelåldern 83 år (spridning 65-110 år), och 70 % var kvinnor.
- Knappt 20 % av personer ≥ 65 år i kommunen hade biståndsbeslut för vård och omsorg med i genomsnitt 3,5 (spridning 1-15) av totalt 19 olika specificerade insatser per person. Ungefär hälften av biståndstagarna hade insatser som var/kunde vara relaterade till mat, måltider och nutrition. Antalet biståndsinsatser hade inget samband med ålder.
- Den omfattande andelen kommunala biståndsbeslut som avser nutritionsrelaterade förhållanden måste leda till att dessa frågor inkluderas i den regelbundet upprepade hälsoanalysen av biståndstagarna samt till förbättrad utbildning i nutrition för vård- och omsorgspersonal.

Innehåll

Sammanfattning	2
Innehåll.....	3
Introduktion.....	4
Metod	5
Resultat.....	5
Särskilt boende	7
Korttidsboende	8
Dagvård	8
Vård och omsorg i hemmet	8
Diskussion	11
Tack!.....	12
Referenser.....	13

Introduktion

Nutritionrelaterade hälsoproblem är vanliga inom vård och omsorg av äldre personer och arbetet med mat och måltider upptar en stor del av vård- och omsorgspersonalens arbetstid. En tidigare undersökning har visat att cirka 40 procent av arbetstiden klockan 07 till 19 för omsorgspersonal i särskilt boende används till matrelaterade uppgifter i form av planering, förberedelser, genomförande och efterarbete vid måltider och mellanmål [1]. Det är därför angeläget att all vård- och omsorgspersonal har tillräckliga kunskaper och kompetens i dessa frågor.

Journalerna i både landsting och kommuner innehåller bara undantagsvis någon integrerad orsaks- eller sambandsanalys med en strukturerad behandlingsplan som inkluderar nutritionrelaterade aspekter. Till detta skall läggas att undervisning och praktisk träning av analys och handläggning av nutritionrelaterade hälsoproblem är mycket begränsad i alla vårddyrkesutbildningar. Sammantaget bidrar detta till att nutritionsbehandling inom äldreboenden kritiskt beskrivits som ”ett bortglömt perspektiv” [2].

Örebro kommun är en medelstor kommun med 135 460 invånare (2010-12-31), där 17 procent är ≥ 65 år och 5 procent är över 80 år [3]. I kommunen finns 22 särskilda boenden med plats för totalt 1 139 personer. Dessutom erbjuder kommunen vård och omsorg i hemmet genom en organisation i 14 geografiska områden som samarbetar med en eller flera vårdcentraler inom respektive område. Vård i hemmet (hemsjukvård) erbjuds enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 1982:763) och omsorg i hemmet (hemtjänst) enligt Socialtjänstlagen (SoL, 2001:453).

Hemsjukvård erbjuds personer med ett varaktigt behov av vård, men som inte har möjlighet att själva ta sig till vårdcentralen. Enligt en lokal överenskommelsen mellan Örebro kommun och Örebro läns landsting ombesörjer kommunen sjuksköterska, arbetsterapeut och omsorgspersonal i hemsjukvården medan landstingets primärvård ombesörjer sjukgymnast och läkare. Omsorg i hemmet erbjuds personer efter beslut av kommunens biståndshandläggare.

Kommunernas och landstingens samlade kostnader för vård och omsorg om äldre personer beräknades av Socialstyrelsen år 2009 till 163 miljarder per år [4]. I Örebro kommun budgeterades år 2011 drygt en miljard kronor, vilket motsvarade cirka 20 procent av kommunens totala budget [5] och utgjorde därmed den största enskilda posten i kommunens ekonomi. Detta motsvarade en kostnad för kommunala omsorgsinsatser om cirka 121 000 kr per enskild äldre person över 65 år, vilket ligger i nivå med riksgenomsnittet [4]. Årskostnaden för en enskild äldre person i särskilt boende låg dock något högre än riksgenomsnittet (556 000 kr jämfört med 536 000 kr).

Syftet med denna studie var att kartlägga omfattningen av Örebro kommuns vård och omsorg om äldre personer ur ett individperspektiv samt att undersöka hur stor del av biståndsbesluten som avsåg mat-, måltids- och nutritionfrågor. Resultaten utgör ett kunskapsunderlag för det fortsatta utvecklingsarbetet i kommunen.

Metod

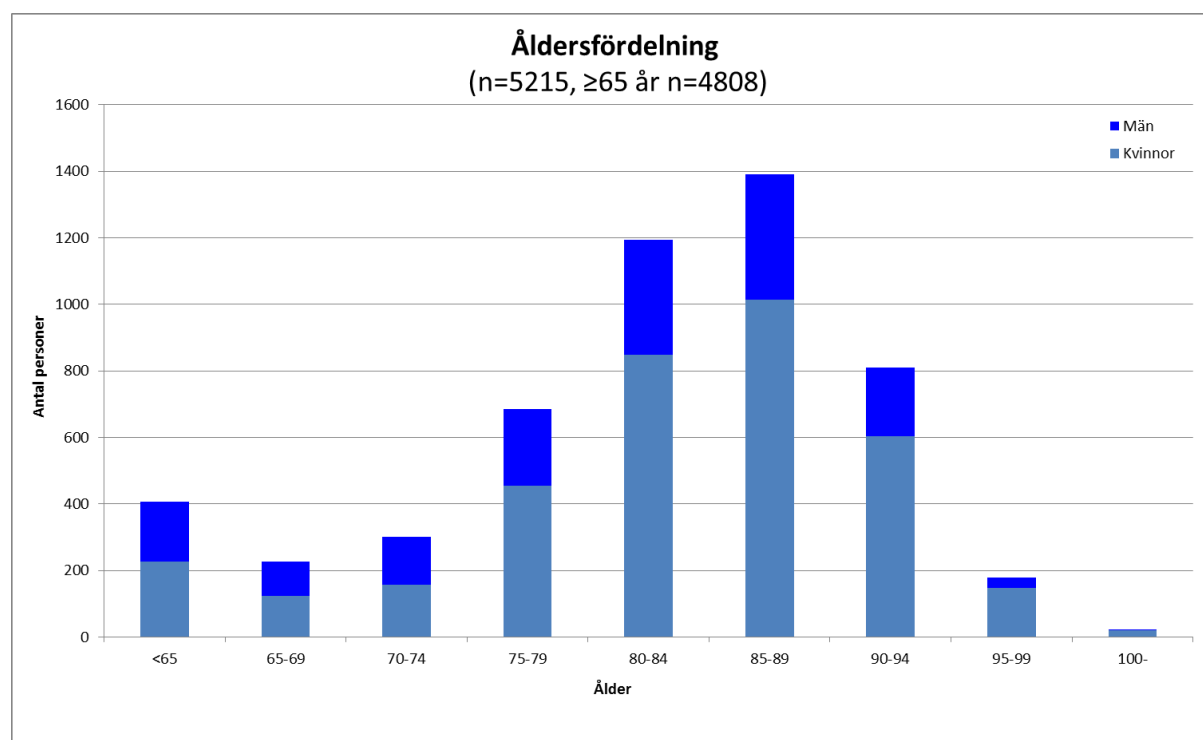
Undersökningen är en punktprevalensstudie från 31 december 2010 av biståndsbeslut för vård och omsorg i Örebro kommun. Underlaget för kartläggningen har hämtats från kommunens verksamhetssystem, där alla kommunens insatser (åtgärder med hjälp och stöd i hemmet eller i särskilt boende) är registrerade. Kartläggningen redovisar *vad* de äldre personerna hade hjälp med, men inte *hur mycket* (antal timmar per dag eller vecka), eftersom dessa uppgifter skulle kräva genomgång av varje enskild persons journal.

Tyvärr är systemet upplagt så att informationen inte kunnat sammanställas på individnivå och de sammanställningar som gjorts i delårs- och årsrapporter har därför bara utmynnat i information om hur många personer som har respektive insatser, men inte hur många insatser varje enskild person har eller hur många personer som har insatser enligt SoL, men inte HSL, vice versa samt i kombination. Denna kartläggning har därmed inneburit ett omfattande manuellt arbete för att sortera mycket stora datafiler.

Kommunens sjuksköterskor kan göra justeringar av insatser och åtgärder direkt i journalen, men denna information ligger utanför kommunens verksamhetssystem. Därför är det troligt att insatserna enligt HSL inte helt överensstämmer med de faktiska förhållandena. Vi bedömer dock att resultaten ger rättvis beskrivning av situationen.

Resultat

Totalt hade 5 215 personer (69 % kvinnor) i kommunen biståndsbeslut om vård och/eller omsorg. Figur 1 visar dessa personer fördelade på 5-årskohorter för kvinnor respektive män. De flesta (75 %) var över 80 år och den enskilt största åldersgruppen var 85 till 89 år (29 %). Nitton kvinnor och två män var över 100 år. De 407 personer som var under 65 år har exkluderats ur den fortsatta redovisningen. Därmed ingick 4 808 personer 65 år och äldre i studien. Medelålder och medianålder var 84 år med en åldersspridning 65-110 år.

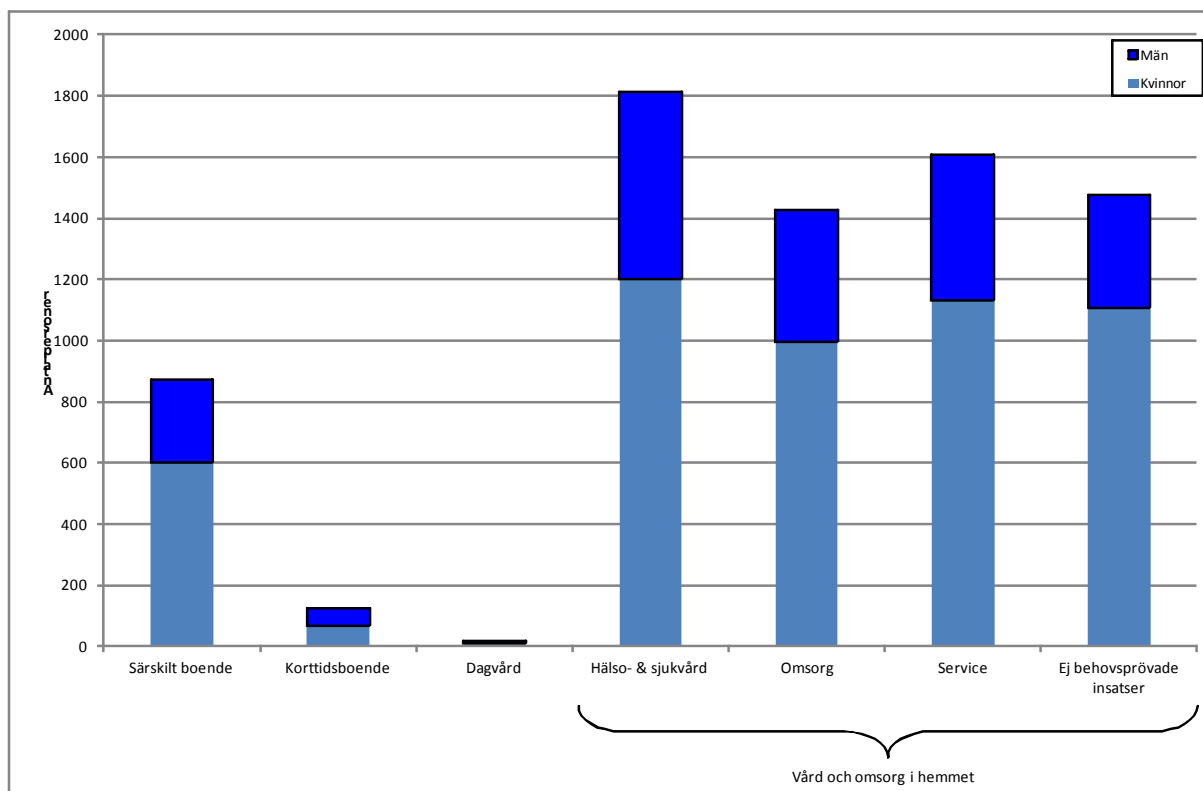


Figur 1 Ålders- och könsfördelning av alla personer med biståndsbeslut i Örebro kommun (n=5215)

Tabell 1 och Figur 2 visar kommunens insatser för de äldre personerna, fördelade på sju huvudkategorier, där en person kan ha biståndsbeslut inom flera olika kategorier. De flesta (79 %) hade vård- och/eller omsorgsinsatser i hemmet, 18 procent bodde i särskilt boende och 3 procent vistades tillfälligt i korttidsboende.

Tabell 1 Beskrivning av sju huvudkategorier av vård och omsorg i Örebro kommun med uppgift om antal personer med biståndsbeslut inom respektive kategori, andel av Örebro kommuns invånare ≥ 65 år, och jämförelse med nationella data (i förekommande fall).

Huvudkategori	Förklaring	Antal personer (kvinnor/män)	Andel av Örebro kommun (≥ 65 år)	Jämförelse med andel nationellt (≥ 65 år)	
Särskilt boende (vårdboende och demensboende)	Heldygnsomsorg med tillgång till sjuksköterska och omsorgspersonal dygnet runt.	873 (604/269)	3,8 %	5,2 % [6]	
Korttidsboende (korttidsplats och växelvård)	Korttidsplats vid tillfälligt ökat vårdbehov eller som tillfällig avlastning för närstående.	125 (68/57)	0,5 %	0,7 % [6]	
Dagvård	Aktiviteter (sociala eller funktionsbevarande), där man vistas dagtid under en eller flera dagar i veckan.	17 (9/8)	0,07 %	0,7 % [6]	
Vård och omsorg i hemmet	Hälsa- och sjukvård	Vid återkommande behov utan möjlighet att ta sig till vårdcentralen. Sker på uppdrag av vårdcentral, slutenvård eller kommunen. Kan exempelvis bestå av läkemedelshantering, såromläggning, sondnäring.	1 815 (1 202/613)	7,9 %	12 % [4]
	Omsorg	Kan erhållas efter behovsbedömning med biståndsbeslut. Kan exempelvis vara hjälp med hygien, dusch.	1 429 (997/432)	6,2 %	9,1 % [6]
	Service	Kan erhållas efter behovsbedömning med biståndsbeslut. Kan exempelvis vara hushållsinsatser, inköp, tvätt, matlåda.	1 609 (1 133/476)	7,0 %	
	Ej behovsprövade insatser	Kan köpas utan biståndsbeslut, max åtta timmar/månad. Kan exempelvis vara tvätt, städning, inköp, trädgårdsarbete, fixare.	1 478 (1 105/373)	6,5 %	



Figur 2 Antal personer med biståndsbeslut inom respektive huvudkategori, för kvinnor och män (n=4 808)

Särskilt boende

Vid kartläggningen bodde 873 personer (69 % kvinnor) i kommunens 22 vård- och omsorgsboende (tabell 1), vilket motsvarar cirka 4 procent av Örebrons befolkning över 65 år. Medelåldern var 85 år, medianålder 86 år och spridningen 65-105 år. Totalt fanns 1 139 platser inom kommunen. Differensen kan bero på fel i statistiken eller att det vid kartläggningen faktiskt fanns 266 lediga platser. Det senare verkar dock mindre troligt, då beläggningen under 2010 i genomsnitt var 97 %. Samma år var medelboendetiden (= överlevnadstiden) inom särskilt boende i Örebro kommun 713 dagar (knappt 2 år), med en spridning från sex dagar till 13 år.

Vid biståndsbeslut om vård- och omsorgsboende specificeras inte de olika insatserna för varje enskild person i verksamhetssystemet, då detta planeras på respektive enhet och dokumenteras i den enskildes journaler. Det var därför inte möjligt att inhämta dessa uppgifter inom ramen för denna kartläggning. Se även Diskussion.

Mat och måltider: Inom vård- och omsorgsboende får alla personer hjälp med matlagning, då mat till huvudmåltider (lunch och kvällsmat) levereras från något av Örebro kommuns elva tillagningskök, medan frukost och mellanmål tillreds på respektive avdelning. Huruvida några personer hade stöd och hjälp med ätandet eller nutritionsbehandling, till exempel specialkost, kosttillskott, vitamin- och mineraltillskott med mera, samt i vilken utsträckning de enskilda personerna deltog i förberedelser av måltider framgick inte av underlaget.

Korttidsboende

Platser för korttidsboende var förlagda vid nio av kommunens 22 vård- och omsorgsboenden. Vid studiens genomförande vistades 125 personer på korttidsboende. Under 2010 var medelvårdtiden på korttidsboende 48 dagar.

Mat och måltider: Inom korttidsboende fungerar mat, måltider och nutrition på samma sätt som inom vård- och omsorgsboende, varför ingen specifikation av individuella insatser kan göras.

Dagvård

Kommunen har tre typer av dagvård med totalt 148 platser: dagrehab, social dagvård samt dagvård för personer med demenssjukdom, men vid kartläggningen noterades bara 17 personer med biståndsbeslut om dagvård. Den stora differensen förklaras av att statistiken endast visade beslut enligt SoL och inte HSL (som gäller majoriteten av deltagarna). Dagvården har dock långt fler besök än de 148 platserna, då deltagarna besöker dagvården 1-5 dagar i veckan.

Mat och måltider: Inom dagvårdens verksamhet serveras lunch (som levereras från ett av kommunens tillagningskök) samt mellanmål på för- och eftermiddag (som tillagas på plats) till alla deltagare. Individuellt stöd och hjälp planeras av respektive enhet (liksom på särskilt boende och korttidsboende), varför ingen specifikation av individuella insatser kan göras.

Vård och omsorg i hemmet

Totalt hade 3 937 äldre personer (70 % kvinnor) biståndsbeslut för vård och/eller omsorg i hemmet, vilket motsvarar cirka 17 procent av Örebro befolkning ≥ 65 år. Medelåldern var 83 år, medianåldern 84 år och spridningen 65-110 år.

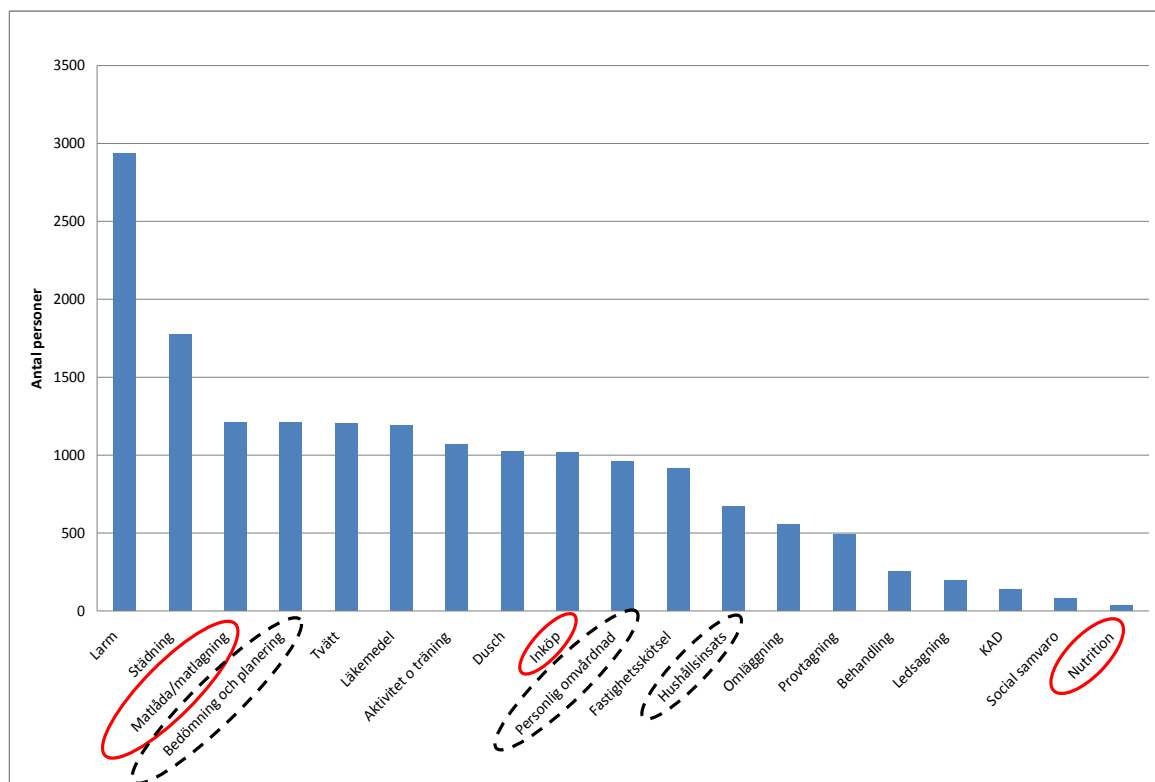
Tabell 2 visar att av de 3 937 äldre personerna som hade vård och omsorg i hemmet hade 22 % insatser inom endast ett av de tre områdena hälso- och sjukvård, omsorg eller service. Vanligast var dock kombinationer av huvudkategorierna, där de allra flesta hade insatser inom alla tre områdena (24 %) eller andra kombinationer till vård och omsorg i hemmet.

Tabell 2 Antal äldre personer i Örebro kommun med vård och omsorg i hemmet (n=3 937), fördelat på insatser inom hälso- och sjukvård, omsorg och/eller service. Andelen av alla med vård och omsorg i hemmet anges inom parentes. Övriga 1 546 personer hade kombinationer av insatser som också inkluderade korttidsboende, dagvård eller annat, och presenteras inte i tabellen.

Insatser		Antal personer (andel)
Inom en huvudkategori		878 (22 %)
	Hälso- och sjukvård	455 (12 %)
	Omsorg	79 (2 %)
	Service	344 (9 %)
I kombinationer av huvudkategorier		1 513 (38 %)
	Hälso- och sjukvård och omsorg	248 (6 %)
	Hälso- och sjukvård och service	163 (4 %)
	Omsorg och service	153 (4 %)
	Hälso- och sjukvård, omsorg och service	949 (24 %)

Vård och omsorg i hemmet omfattar fyra av de sju huvudkategorierna i tabell 1 och figur 2 och visar en ganska jämn fördelning mellan kategorierna. Socialstyrelsen uppskattade 2011 att cirka 12 procent av personer över 65 år fick hälso- och sjukvård i hemmet [4], vilket kan jämföras med 8 procent i Örebro kommun.

De fyra kategorierna inom vård- och omsorg i hemmet (tabell 1) har av författarna delats upp i 19 insatser enligt terminologin i kommunens verksamhetssystem. Figur 3 visar att den vanligaste insatsen var larm (76 %) följt av hjälp med städning (43 %).



Figur 3 Antal äldre personer med biståndsbeslut om 19 olika insatser inom huvudkategorin Vård och omsorg i hemmet. De tre insatser där mat, måltider och nutrition ingår är inringade med rött medan de tre där sådana insatser kan ingå, är inringade med streckad linje (n=3 937).

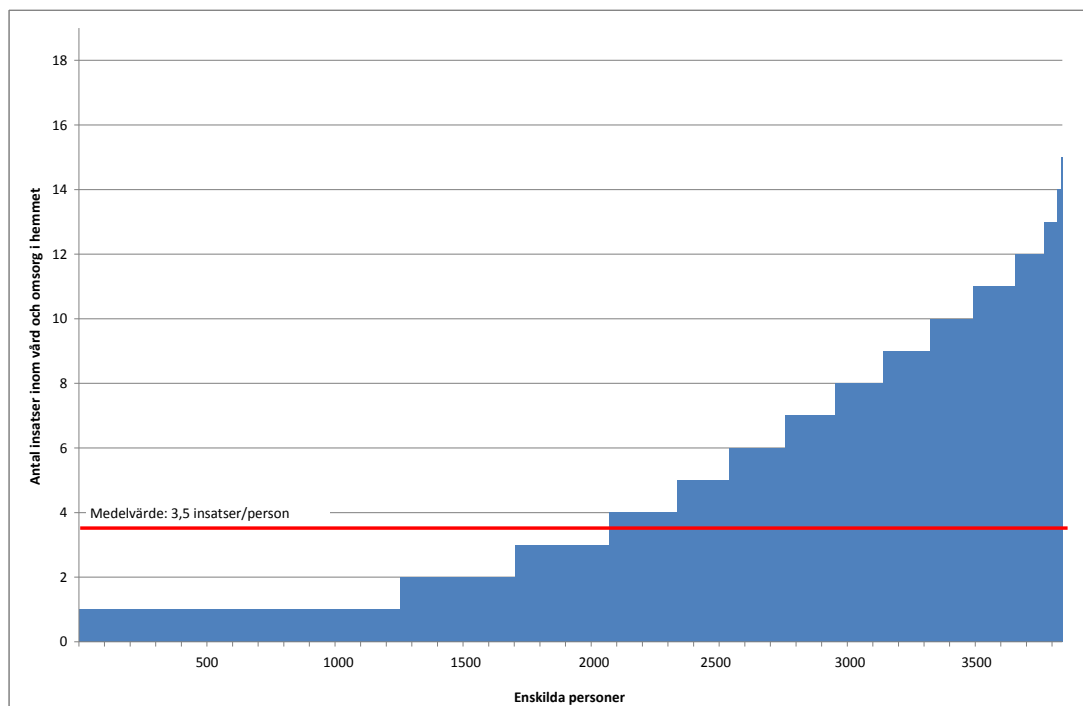
Mat och måltider: De insatser inom vård och omsorg i hemmet som avser mat, måltider och nutrition har inringats med rött i figur 3 och beskrivs närmare här:

- *Matlåda/matlagning* avser biståndsbeslut om leverans av matlåda eller matlagning i hemmet. Cirka 1 200 personer (30 %) hade sådana biståndsbeslut, varav 2/3 hade matlåda. Matlåda som levereras till hemmet kan beviljas för en till sju dagar varje vecka, där de flesta besluten (83 %) avsåg leverans sju dagar i veckan.
- *Inköp* avser framför allt inköp av livsmedel. Drygt 1 000 personer (25 %) hade biståndsbeslut om inköp, vilket kan ske en eller flera gånger i veckan alternativt mer sällan. I kommunens registrering framgår inte i vilken utsträckning de enskilda äldre personerna kan delta i inköpen och därmed få inspiration, idéer och uttrycka önskemål i butiken.
- *Nutrition* avser matning, stöd vid ätandet, skötsel av enteral sond med mera. Endast ett fåtal personer (cirka 1 %) hade insatsen. Det kan dock vara fler personer som får hjälp och stöd vid ätandet, då detta även kan ingå i insatsen *Personlig omvårdnad*.

Mat, måltider och nutrition kan dessutom ingå som en del av följande tre beslutade insatser (streckade i figur 3):

- *Bedömning och planering* kan bland annat avse nutritionsbedömning. Cirka 30 procent av alla med vård och omsorg i hemmet hade en sådan insats, men det är oklart hur många personer som verkligen fått nutritionsbedömningar, vad de konkret innehållit.
- *Personlig omvårdnad* kan till exempel avse hjälp med förberedelser och servering av huvud- och/eller mellanmåltider, men kan även avse matning eller hjälp vid ätandet. Hur många av de personer (25 %) med insatsen *Personlig omvårdnad* som hade hjälp i samband med måltider framgick dock inte av statistiken.
- *Hushållsinsats* kan exempelvis avse att ta hand om inköpt mat, diska efter måltid med mera, och insatsen erhöles av 650 personer (17 %).

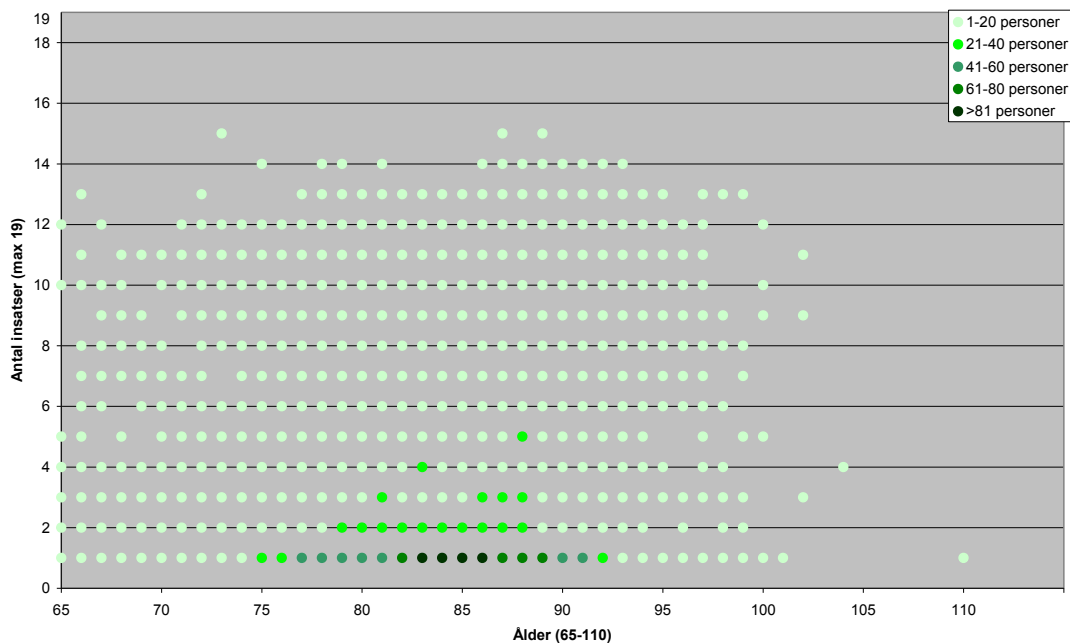
Figur 4 visar att 32 % av de äldre personerna med biståndsbeslut bara hade hjälp med en enskild insats. Det var också vanligt med två och tre insatser (11 % respektive 9 %) per person. Som mest hade tre personer vardera 15 av totalt 19 olika beslutade insatser.



Figur 4 Antal insatser per person av totalt 19 insatser (enligt figur 3). I genomsnitt var det 3,5 insatser per person med spridning 1-15 (n=3 937)

Sammantaget hade 1 630 personer (41 %) av alla personer med vård och omsorg i hemmet mat-, måltids- och nutritionsrelaterade insatser (matlagning/matlåda, inköp och nutrition). Dessutom hade ytterligare 625 personer (16 %) insatser som *kan* vara mat- och nutritionsrelaterade (bedömning och planering, personlig omvårdnad och hushållsinsats).

Figur 5 visar att det inte fanns något tydligt samband mellan ålder och antalet insatser. De flesta personerna var mellan 80 och 90 år och hade en eller två insatser.



Figur 5 Samband mellan ålder och antalet insatser, där varje punkt i diagrammet motsvarar en eller flera personer. (n=3 937).

Diskussion

Oss veterligen är detta den första studien av en hel kommuns vård och omsorg om äldre personer ur ett individ- och mat/måltids/nutritions-perspektiv.

Studien visade att knappt 5 000 personer ≥ 65 år inom Örebro kommun (ca 20 %) hade biståndsbeslut för vård, omsorg eller service. I genomsnitt hade de 3,5 olika insatser med mycket stor spridning (1-15), vilket illustrerar den omfattande heterogeniteten vad gäller fysisk och kognitiv funktionsnedsättning hos äldre personer med biståndsbeslut. Ungefär hälften av biståndstagarna hade beslutade nutritionsrelaterade insatser.

Medelåldern var två år högre hos personerna i särskilt boende jämfört med personerna med vård och omsorg i hemmet (85 respektive 83 år) med nästan samma åldersspridning och könsfördelning i grupperna. Den stora åldersspridningen illustrerar tydligt skillnaden mellan kronologisk och biologisk ålder [7].

I kommunens registrering fanns inga specificerade uppgifter om de enskilda personernas eventuella nutritionsbehandling. Vid en tidigare inventering på ett vård- och omsorgsboende i Örebro kommun [8] noterades att 11 av 38 personer (29 procent) hade ordinerats specialkost (E-kost, hackad kost, timbal och tjockflytande), 29 procent fick hjälp vid ätandet och en person hade ordinerats flytande kosttillskott tillfälligt inför en operation. Inga personer hade då enteral eller parenteral nutrition.

Vissa av kommunens insatser för vård och omsorg i hemmet var övergripande och kunde således bestå av flera olika delar (såsom personlig omvårdnad eller hushållsinsats), medan andra istället var mycket specifika (såsom KAD eller omläggning). Beskrivningen av insatserna var inte intuitivt begriplig, de var delvis överlappande och syftade inte till att ge en översiktlig beskrivning av handläggningen av varje enskild äldre person.

Insatser som berör mat, måltider och nutrition ingår, eller kan ingå, i minst sex av de 19 specificerade insatserna, vilket gör det svårt att få överblick. En förklaring är att kommunen redovisar insatserna utifrån ett utförarperspektiv och inte ur de äldre personernas individperspektiv. Detta förklarar också det omfattande manuella arbete som krävdes för att omarbeta materialet för att kunna beskriva situationen ur de äldre personernas perspektiv. En annan orsak till svårigheten att få överblick kan vara att strukturen är skapad enligt SoL och att man försökt att föra in insatser enligt HSL i samma ram.

En mer ändamålsenlig indelning av insatserna skulle exempelvis kunna vara att betrakta dem som komponenter i varje enskild persons samlade behandlingsprogram med uppdelning på olika åtgärder (behandlingsmetoder) såsom läkemedel, mat och måltider, fysisk aktivitet och träning, hjälpmedel, socialt stöd, ADL-stöd (både personlig och instrumentell ADL) och så vidare.

Den omfattande andelen kommunala biståndsbeslut som avser nutritionsrelaterade förhållanden måste leda till att dessa frågor inkluderas i den regelbundet upprepade hälsoanalysen av biståndstagarna samt till förbättrad utbildning i nutrition för vård- och omsorgspersonalen.

Svagheter

En svaghet med studien är att kommunens verksamhetssystem inte innehåller uppgifter om de beslutade biståndsinsatsernas omfattning avseende den tid som krävs för varje enskild insats (varken per person eller för de olika huvudkategorierna) och därmed behov av personella och ekonomiska resurser.

Tack!

I arbetet med denna kartläggning har vi anledning att tacka tre personer för deras engagemang, stöd och hjälp.

Viveca Bergström, utdataanalytiker i Örebro kommun har tagit fram data som behövts för kartläggningen samt svarat på frågor kring tolkningen av data.

Elisabet Liljekvist, utvecklingschef inom vård och omsorg i Örebro kommun har stöttat och stimulerat arbetet med sammanställningen.

Cecilia Lundberg, processledare för kommunens arbete med läkemedelsgenomgångar har fungerat som diskussionspartner under arbetet med kartläggningen.

Referenser

1. 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;7:1-12.
2. Johansson U, Bosaeus I, Larsson J, Rothenberg E, Stene C & Unosson M. Nutritionsbehandling i äldrevård – ett bortglömt perspektiv. Enkätstudie visar tydliga brister i omhändertagandet av äldre. *Läkartidningen* 2009;40:2538-42.
3. SCB. Hemsidan [online]. Tillgänglig på webbadress: www.scb.se
4. Socialstyrelsen. Lägesrapport 2011. Hälsa- och sjukvård och socialtjänst. Stockholm, Sverige: Socialstyrelsen; 2011.
Tillgänglig på webbadress: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-2-1>
5. Örebro kommun. Övergripande strategier och budget för år 2010 med flerårsplan 2011-2012. Örebro, Sverige: Örebro kommun; 2010.
Tillgänglig på webbadress: <http://www.orebro.se/download/18.15e431731248ade618e800025941/Övergripande+strategier+och+budget+2010.pdf>
6. Socialstyrelsen. Äldre – vård och omsorg den 1 november 2010. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm, Sverige: Socialstyrelsen; 2010. Tillgänglig på webbadress: <http://www.kunskapsguiden.se/aldre/Kunskapsunderlag/Statistik/Sidor/Aldre-var-d-och-omsorg-den-1-november-2010-Kommunala-insatser-enligt-sol-samt-hsl.aspx>
7. Akner G. Bräckligt åldrande och multisjuklighet drabbar allt fler. *Läkartidningen* 2010; 107: 2707-11
8. Akner G, Engelheart S. Inventering av Backagården i Örebro kommun hösten 2010: mat – måltider – hälsotillstånd. Örebro, Sverige: Örebro kommun; 2011.
Tillgänglig på webbadress: www.gunnar-akner.se