

# Orsaker till mat- och nutritionsproblem inom äldre vården samt förslag till utveckling och förbättring

Av **Gunnar Akner**

*I de två tidigare artiklarna i detta temanummer har diskuterats kring kvalitetssäkring av mat som serveras till äldre (1) samt hur man kan bedöma en persons nutritionstillstånd respektive undersöka, bedöma och behandla undernutritionstillstånd hos äldre (2). I denna avslutande artikel beskriver författaren sin syn på orsakerna till de utbredda nutritionsrelaterade problemen inom äldre vården samt ger sex förslag till hur förbättringsarbetet kan läggas upp.*

Många samstämmiga vetenskapliga studier, offentliga utredningar och rapporter har visat att det finns utbredda problem kring mat, måltider och ätande inom den svenska äldre vården, både på sjukhus, inom kommunernas s.k. ”särskilda boenden för äldre” och inom ordinärt boende (3–7). Enligt min mening finns det åtminstone sex grundläggande orsaker till de utbredda problemen inom nutritionsområdet hos äldre och här nedan diskuteras dessa orsaker kortfattat och föreslås hur utvecklings/förbättringsarbete kan läggas upp.

## 1. Bristande kunskapsläge

Den vetenskapliga kunskapsnivån är svag inom flera centrala delar av området nutritionsrelaterade problem hos äldre, bl. a. följande:

- Biologiskt behov:** Vilket är behovet av energi och näringsämnen för äldre personer, såväl för friska äldre som för äldre med olika kombinationer av sjukdomar/skador och nedsatt fysisk, psykisk och social funktion/aktivitet (1)?<sup>1</sup>
- Klassifikation:** Hur skall en persons nutritionstillstånd beskrivas på ett standardiserat sätt respektive hur skall ett undernutritionstillstånd beskrivas till typ och grad (2)?
- Behandling:** Hur bör behandling med energi, näringsämnen och vatten läggas upp vid olika mat/näringsintag, energiomsättning, kroppssammansättning, viktändring,

funktionsförmåga och aktuell behandling (t. ex. behandling med läkemedel) och omvandlas till mat, dryck, måltider och måltidsordning? Vilka metoder för bedömning av behandlingseffekt bör användas? Hur stor är den förväntade behandlingseffekten i olika avseenden? Hur bör behandlingseffekter följas upp och dokumenteras över tid (2)?

### Förslag till utveckling/förbättring

Strategisk satsning på klinisk forskning på nutritionsområdet inom äldre vården, både beträffande diagnostik, behandling och uppföljning samt prevention. Särskilt viktigt är utveckling av standardiserade metoder för att beskriva en persons nutritionstillstånd samt att genomföra kontrollerade behandlingsstudier med samma stringens som för läkemedel (kallas där ”kliniska läkemedelsprövningar”). Detta förutsätter bl. a. 1) metodutveckling angående hur patienter selektas till olika behandlingsgrupper så att grupperna verkligen är jämförbara och 2) metodutveckling angående hur nutritionstillstånd bör klassificeras till typ och grad så att man undviker att sammanblanda etablerade undernutritionstillstånd med ”risk för” undernutritionstillstånd.

<sup>1</sup> Som framhållits tidigare (1) är det vetenskapliga underlaget för näringsrekommendationer till enskilda äldre, multisjuka och multibehandlade personer mycket svagt (8).

## 2. Bristfällig infrastruktur/vårdorganisation

I boken "Multisjuklighet hos äldre" diskuteras 14 delvis överlappande systemfel, vilka tillsammans bildar en vårdorganisation som försvårar och delvis motverkar en sammanhängande analys och handläggning av äldre multisjuka och multibehandlade personer över tid (9). En färsk rapport från Stockholms läns landstings revisorer, "Styckevis och delat" bekräftar denna bild (10). Eftersom nutritionsrelaterade problem i vid mening är mycket vanliga hos gruppen bräckliga, multisjuka äldre får avsaknaden av en ändamålsenlig vårdorganisation särskilt stora negativa konsekvenser för just dessa personer. I Sverige saknas så gott som helt en infrastruktur i hälso- och sjukvården avseende kunskapsområdet klinisk nutrition och detta gör att det i det närmaste helt saknas en instans att remittera patienter till för kompletterande kvalificerad utredning, bedömning ("second opinion"), behandling/handläggning och uppföljning. Följande två exempel illustrerar den rådande situationen:

- a) I sammanfattningen av Socialstyrelsens rapport, "Kommunernas kost- och nutritionsarbete 2003, anges följande: "För att fördjupa förbättringsarbetet inom kommunens kost- och nutritionsomhändertagande behövs tillgång till särskild kompetens i form av dietister och kostekonomier som komplement till sjuksköterskor och nutritionssjuksköterskor" (11). Det vore givetvis bra om man hade möjlighet att kunna koppla in personer med viss kompetens för att hjälpa till med vissa nutritionsrelaterade problem, men detta måste kompletteras med en specialicerad vårdorganisation, analogt med hur den övriga sjukvården är organiserad (lokaler, utrustning, personal, kompetensutveckling, klinisk forskning etc).
- b) Om patienten inte kan svälja själv kan det ibland bli nödvändigt att lägga in en plastslang genom bukhuden direkt till magsäcken, s. k. "PEG" (Perkutan, Endoskopisk Gastrostomi). PEG läggs in i stor omfattning på grund av sväljningsproblem relaterade till stroke, medvetslöshet, matstrupscancer eller ospecificerade sväljningsproblem och används en del även på äldre patienter. Metoden betraktas i första hand som en teknisk lösning för att säkerställa tillförseln av energi, näringsämnen och vatten, men är inte kopplad till vare sig någon närmare utredning av nutritionstillståndet, energi-/näringsbehov, fysisk och psykisk funktion, hälsorelaterad livskvalitet respektive etiska aspekter och inte heller till någon strukturerad, regelbunden analys av hur nutritionstillståndet utvecklas över tid efter inläggningen av PEG (12).

Den allmänna föreställningen inom hälso- och sjukvården synes vara att nutritionsrelaterade problem skall utredas och behandlas lokalt, i den vårdmiljö där patienten just nu vårdas, t.ex. på en vårdcentral, ett



särskilt boende för äldre eller på en vårdavdelning på sjukhus. Gör tankeexperimentet att man tillämpade liknande föreställningar angående t.ex. kardiologi och att patienter med svår hjärtsvikt, hjärtklaff-fel, hjärtrytmrubbningar etc. skulle handläggas inom befintlig vårdenhet utan kompetensstöd av specialistkompetenta läkare och vid behov inläggning på kardiologisk klinik! Denna analogi blir särskilt tydlig om man jämför behandling med t.ex. pacemaker med behandling med PEG: Pacemakerbehandling sker alltid i nära samarbete med kardiolog, medan PEG sätts in regelmässigt utan krav på fortlöpande kontakt med läkare och övrig personal som är specialinriktade på klinisk nutrition för löpande systematisk analys och utvärdering av behandlingens effekter över tid och utan systematiskt stöd och handledning till vård och omsorgspersonal.

**Förslag till utveckling/förbättring**

Äldre personer med nutritionsrelaterade problem befinner sig ofta i en gråzon mellan landstingens (Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763) och primärkommunernas (HSL och Socialtjänstlagens 2001:453) ansvarsområden. Det är därför angeläget att skapa en utvecklingsprocess som är inriktad på den enskilda äldre individens behov av kvalificerad och evidensbaserad bedömning, handläggning och uppföljning över tid och inte på finansiella huvudmän, olika vårdformer, yrkesgrupper etc.

Eftersom bedömning och behandling av nutritionsrelaterade problem hos äldre alltid måste integreras med den övriga analysen av hälsotillståndet och handläggningen (2, 9) måste kommunernas behov av kompetensstöd betydligt tydligare än nu kopplas till den medicinskt ansvarige läkaren ("husläkaren") med tillhörande vårdteam i primärvården.

Parallellt med detta bör en infrastruktur med nutritionsenheter byggas upp inom landstingen för handläggning av olika slags svårösta nutritionsproblem hos äldre i ordinärt eller särskilt boende, respektive i öppen eller slutna sjukvård. Till en sådan enhet kan patienterna söka själva eller remitteras för rådgivning respektive för kompletterande utredning och behandling. Sådan enhet kan även ansvara för utredning inför eventuell inläggning av PEG, uppföljning av dess effekter och eventuella komplikationer samt stöd och handledning till vård- och omsorgspersonal, i nära samarbete med den enhet som sätter in PEG.

Eftersom nutritionsrelaterade problem med tillhörande etiska frågeställningar är mycket vanligt förekommande, och behovet av klinisk forskning (särskilt behandlingsforskning) är särskilt stort inom vården av bräckliga och multisjuka äldre, är det rimligt att nutritionsenheter inledningsvis etableras med inriktning mot äldre personer. Sådana enheter kan med fördel förläggas till vårdenhet där man handlägger många äldre personer, förslagsvis en vårdcentral i primärvården med nära samarbete med kommunens biståndsverksamhet i ordinärt och särskilt boende och dessutom gärna kopplad till en närliggande geriatrisk klinik med intresse för dessa frågor.

Arbetet bör fokuseras på utveckling av metoder och arbetssätt kopplade till undervisning och klinisk forskning.

Detta organisatoriska förbättringsarbete bör betraktas som ett utvecklingsarbete i sig själv och inledningsvis etableras som försöksverksamhet på en eller några platser. Under utvecklingsskedet räcker det inte med mobila "nutritionsteam", utan det krävs en specialiserad vårdorganisation (nutritionsenhet) med tillgång till medicinsk- och näringsfysiologisk kompetens, utrustning för utredningar etc. och integration med klinisk forskning. Om dylika nutritionsenheter visar sig framgångsrika och rekryteringen av kvalificerad personal förbättras kan man gradvis etablera fler enheter respektive mobila nutritions-team i flera landsting, där den exakta organisationen får utformas beroende på lokala förhållanden. En förutsättning är att de mobila nutritionsteamens kompetensmässigt är kopplade till någon särskild nutritionsenhet.

Detta förslag innebär att området klinisk nutrition skulle få en struktur och arbetssätt som liknar andra medicinska specialiteter. Förslaget har diskuterats närmare i Socialstyrelserapporten "Näringsproblem i vård och omsorg" 2000 (13) och i en särskild utredning beställd av Stockholms läns landsting 2002 (14).

**3. Bristande kvalitetssäkring av mat som serveras till äldre**

För en sammanfattning av situationen hänvisas till en tidigare artikel i detta temanummer av Nordisk Geriatrik (1).

**Förslag till utveckling/förbättring**

Tidigare publicerade kvalitetskrav gällande kost som serveras till äldre (15–16) utgör exempel på hur en kvalitetsutvecklingsprocess kan utformas. Kvalitetskraven kan ligga till grund för en inventeringsstudie baserad på den föreslagna utvärderingsmallen (15). Resultatet av inventeringen redovisas som en strukturerad "är"-nivå som jämförs med kvalitetskravens "bör"-nivå. För varje punkt i utvärderingsmallen specificerar man hur det fortsatta förbättringsarbetet skall bedrivas samt när och på vilket sätt resultaten skall följas upp. Sådant arbete kan inledningsvis bedrivas i projektform, men bör senare integreras i verksamhetens reguljära kvalitetssäkringsprocess.

**4. Bristande analys och handläggning av undernutritionstillstånd**

För en sammanfattning av situationen hänvisas till en tidigare artikel i detta temanummer av Nordisk Geriatrik (2). Här framhålls bl. a. att diagnosen "undernutritionstillstånd" endast ställs i undantagsfall i den reguljära hälso- och sjukvården, trots att många studier visat att detta tillstånd är vanligt, särskilt hos äldre. En konsekvens av detta är att Socialstyrelsens löpande statistik på detta område är helt missvisande och inte alls återspeglar problemets omfattning i sjukvården. Egna erfarenheter från många års kliniskt arbete med multisjuka äldre har visat att nutritionsproblem upptar en mycket stor andel av vårdpersonalens arbetstid och att många är djupt engagerade i frågan. Trots detta, förekommer analyser av patienternas nutritionstillstånd endast sällan i löpande journaltext och epikriser (slutanteckningar vid utskrivning) och ännu mer sällan som formella diagnoser respektive som behandlingsordinationer. Nutritionsåtgärder betraktas uppenbarligen inte som professionellt baserade bedömningar utmynnande i specifika ordinationer analogt med t. ex. läkemedelsordinationer.

### Förslag till utveckling/förbättring

Det är angeläget att nutritionsrelaterade problem utreds och handläggs med samma omsorg och i enlighet med "vetenskap och beprövad erfarenhet" som andra hälsoproblem inom andra kunskapsområden i hälso- och sjukvården. För att denna självklarhet skall bli en integrerad del av hälso och sjukvården krävs en samordnad kvalitetsutvecklingsprocess som berör flera områden: utbildning (grundutbildning, vidareutbildning, fortbildning), dokumentation, vårdorganisation, arbetssätt, kvalitetssäkring, landstingens uppdrag/beställningar av vård, attityder hos patienter, närstående och vårdpersonal m. m. Den kanske enskilt viktigaste reformåtgärden är att se till att alla delar i patienternas behandling – inklusive nutritionsåtgärder – tydligt anges i ett maskinskrivet, strukturerat behandlingsprogram som kommuniceras med patienten själv, närstående och berörd vårdpersonal. I programmet skall klart framgå **vad** som ordinerats och **varför** (indikationer) samt **hur**, **när**, **var** och **av vem** effekterna skall utvärderas.

De ovan föreslagna nutritionsenheterna får en viktig uppgift i denna utvecklingsprocess.

### Förslag till utveckling/förbättring

Ett förslag till nationellt processarbete publicerades 1997 (19). I korthet innebär detta att det nationella förslaget till målbeskrivning i klinisk nutrition för läkarutbildningen vid landets sex fakulteter bör föranleda lokalt arbete för att anpassa det till de lokala förhållandena. Ett sådant arbete har redan utförts i en brett sammansatt referensgrupp vid Karolinska Institutet i Stockholm (22) och där borde det kunna gå snabbt att få igång förbättringsarbetet.

För övriga vårdutbildningar bör ett motsvarande arbete inledas och detta kan med fördel utgå från strukturen i dokumenten för läkarutbildningen (19–20) och kompletteras på lämpligt sätt utifrån respektive utbildningsinriktning.

Det är även viktigt att stimulera fler läkare att vidareutbilda sig inom kunskapsområdet klinisk nutrition. För att detta skall ske krävs att landstingen inrättar tjänster, inledningsvis organiserade vid utvecklingsenhet för klinisk nutrition, t. ex. ovan föreslagna nutritionsenheter.

## 5. Bristfällig utbildning

Grundutbildningen i klinisk nutrition är både ostrukturerad och otillräcklig, såväl inom läkarutbildningen som sjuksköterskeutbildningen (17). Kunskapsnivån i klinisk nutrition hos studenterna på läkarlinjen har studerats vid flera tillfällen och befunnits vara otillräcklig (18). Beträffande läkarutbildningen har Svensk Förening för Klinisk Nutrition tagit fram en nationell målbeskrivning för grundutbildningen (19) och specialistutbildningen (20) i klinisk nutrition, men hittills (september 2006) har ingen av landets sex medicinska fakulteter varken antagit den som officiell målbeskrivning eller börjat använda den. Karolinska Institutet erbjuder sedan 2004 en valfri enveckas kurs med sex olika "stationer" på läkarlinjen kallad "Analys av nutritionstillstånd", där studenterna får analysera och diskutera sitt eget nutritionstillstånd och jämföra sina egna resultat med alla kursdeltagares medelvärden samt nationella undersökningar (21). Ingen läkare har påbörjat specialistutbildning i klinisk nutrition i Sverige de senaste tio åren. Regeringen beslöt i december 2005 att den tidigare medicinska specialiteten "klinisk nutrition" skall upphöra som självständig specialitet i Sverige. Detta beslut kommer att försvåra utvecklingen av ämnesområdet samt försvåra rekryteringen av läkare och övrig personal som vill fokusera på klinisk nutrition.

## 6. Attityder

I sin doktorsavhandling "Den maktlösa måltiden", baserad på fältstudier i fyra servicehus i Stockholms stad 2002, visade kostekonomen Ylva Mattsson Sydner att det ofta saknas både riktlinjer för verksamheten och en tydlig ansvarsfördelning för vad verksamheten måste eller borde innehålla (4). De äldre själva har små möjligheter att påverka sin egen mathållning och måltidssituation. Mattsson Sydner poängterade särskilt omgivningens och personalens betydelse: Strukturen kring matförsörjningen begränsas starkt av vad som är möjligt i en viss boendeform, restaurangens öppettider och omsorgsgivarens bedömning av de äldres behov. Maten och måltiden används ofta för att markera regler, tidspress och överordning från berörda personalgrupper. När Mattsson Sydner intervjuade inblandade politiker och tjänstemän framkom att de visserligen ansåg att de äldres kosthåll var en viktig fråga, men att de trots detta inte betraktade frågan som ett bestämt område i förhållande till sitt eget arbete. De chefer för äldreomsorgen, som arbetade ute i verksamheterna, hade en likartad uppfattning – de ansåg att området var av vikt, men att de aldrig arbetade aktivt med frågan. Därför uttalade de sig till stor del om hur de idealt trodde eller önskade att de äldres kosthåll skulle utformas. Denna idealbild kontrasterade mot vad som framkom under studien,

där hantering av livsmedel och ordnande av mathållning var långt ifrån statliga regler och rekommendationer.

Även hos restaurang- och omsorgspersonal fanns ett missnöje över nuvarande situation. Men även de, liksom politiker och tjänstemän, upplevde att de var maktlösa i förhållande till hur mat och måltider ordnades. Ingen av de involverade i den sociala organisation som ordnade äldreomsorgens matförsörjning ansåg att de kunde påverka situationen och denna känsla av maktlöshet gav politiker och olika personalgrupper en upplevd frihet från ansvar, viken kan förklara många brister i äldre människors kosthåll. Man kan verkligen undra hur det kan komma sig att omsorgspersonal, restaurangpersonal, enhetschefer, tjänstemän och politiker med arbetsuppgifter inom området kost för äldre i primärkommuner känner att frågan om mat/näring till äldre personer är av stor betydelse (och upptar en stor del av personalens arbetstid), men samtidigt anger bristande struktur/tydlighet och maktlöshet som förklaring till att angelägna förbättringsåtgärder inte genomförs. Likartade attityder kan även föreligga inom landstingen. En bidragande orsak är troligen uppdelningen av ansvaret för de äldres hälsosituation på två olika lagstiftningar (Hälso- och sjukvårdslagen respektive Socialtjänstlagen).

## Konklusion

Syftet med de här framförda förslagen är att de skall ingå i en integrerad utvecklingsprocess och leda fram till en ändamålsenlig vårdorganisation för äldre, där man arbetar på ett evidensbaserat, strukturerat och kvalitets-säkrat sätt med särskild tonvikt på regelbundet upprepade uppföljning och kritisk värdering av uppnådda behandlingseffekter hos de enskilda äldre vårdtagarna. I denna utvärdering måste ingå både subjektiva- (symptom, attityder, önskemål) som objektiva kvalitetsmått utgående från ett kvalitetssäkrat systemtänkande. Vårdorganisationen för äldre bör inriktas på att optimalt stödja *vad* som skall göras och utformas för att se till att så sker (*hur, när, var, vem*) med fokus på utvärdering av att avsedda behandlingseffekter verkligen uppstår respektive att negativa effekter/biverkningar inte uppstår. Den föreslagna utvecklingsprocessen har goda förutsättningar att i hög grad förbättra kvaliteten på hela nutritionsarbetet inom äldreomsorgen.

## Referenser

1. Akner G. Kvalitetssäkring av mat och måltider inom äldreomsorgen. Temanummer – Nutrition. Nordisk Geriatrik: 2006; 4: 18–22.
2. Akner G. Bedömning och behandling av nutritions- och undernutritionstillstånd inom äldreomsorgen. Temanummer – Nutrition. Nordisk Geriatrik: 2006; 4: 24–34.
3. Dietisternas Riksförbund (DRF) referensgrupp i geriatrik. Vad kan forskning lära

### Förslag till utveckling/förbättring

De attitydproblem som redovisas ovan måste bemötas med en kombination av ovanstående förslag till förbättringsåtgärder. Det är grundläggande att förstå att mat- och näringstillförsel samtidigt fungerar som basal förutsättning för livets fortbestånd och dessutom ofta används som specifik behandling vid etablerade undernutritionstillstånd associerade med olika sjukdomar, särskilt hos äldre. Detta innebär att analysen av om det föreligger "kvalitet i nutritionsprocessen" måste delas upp på flera delområden, förslagsvis enligt modellen "mat", "ätande" och "kropp" som tidigare diskuterats (1).

När det gäller analysen av effekter av mat och dryck på kroppens struktur och funktioner (2) är det viktigt att tillskapa strukturer och tydlighet kring hur nutritionsrelaterade problem hos enskilda äldre personer bedöms, handläggs och följs upp och att den nutritionsrelaterade bedömningen och handläggningen integreras med den äldre personens hela hälsosituation. En metod för hur detta kan ske (DBU-metoden, "Diagnostik – Behandling – Uppföljning") har publicerats (9, 23).

I korthet innebär metoden:

**Diagnostik:** att de äldre personernas hälsotillstånd utreds och bedöms adekvat, med beaktande av både den äldre personens egen subjektiva uppfattning kompletterat med relevanta objektiva undersökningar.

**Behandling:** att de äldre personernas individuella behandlingsprogram (läkemedel, nutrition, fysisk träning, hjälpmedel, anpassningsåtgärder, sårvård, psykoterapi etc.) anges tydligt, där de olika delarna understödjer varandra så mycket som möjligt.

**Uppföljning:** att behandlingsprogrammet i sin helhet och de enskilda delarna blir föremål för en regelbundet upprepade kritisk granskning av att avsedda effekter verkligen uppnåtts.

Alla tre delarna skall givetvis så långt som möjligt bedrivas i enlighet med det aktuella vetenskapliga kunskapsläget (dvs. evidensbaserad äldreomsorg) och beprövad erfarenhet.

Det är uppenbart att det professionella inflytandet på utformning av vårdorganisation, arbetsprocess, arbetsledning och kvalitetssäkring av vård av äldre personer måste förstärkas betydligt. De ovan föreslagna nutritionsenheterna får en viktig uppgift i denna utvecklingsprocess.

Slutligen föreslås att ansvariga politiker överväger att ändra den kontraproduktiva uppdelningen av ansvaret för äldres hälsa på två olika lagstiftningar.



oss om maten för äldre? Socialstyrelsens artikelserie "Mat för äldre - inom vård och omsorg". 2006; artikel nr 2 (tillgänglig på: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/ECFFE9D9FB54443C8933BB575800FD24/4764/20061237.pdf>).

4. Mattsson Sydner Y. Den maktlösa måltiden. Om mat inom äldreomsorgen. Akademisk doktorsavhandling, Uppsala Universitet 2002 (tillgänglig på: [urn:nbn:se\\_uu\\_diva-2534-1\\_fulltext-9.pdf](http://urn.nbn.se_uu_diva-2534-1_fulltext-9.pdf)).

5. Länsstyrelsen i Stockholm och Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Stockholm. Rapport: Kost och näring på äldreboenden. Näringsvården 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>).

6. Socialstyrelsen. Rapport: Kommunernas kost- och nutritionsarbete. 2003 (tillgänglig på: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/EF1E198C-AC22-4F4E-B9E8-83F8CAC44BC7/1039/200312319.pdf>).

7. Socialstyrelsen. Mossberg T (redaktör). Näringsproblem i vård och omsorg. Prevention och behandling. Rapport 2000:11 (tillgänglig på: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/CF1D5626-2B44-4757-A8DE-467C2E7C09B5/1887/0003012.pdf>).

8. Livsmedelsverket. Svenska näringsrekommendationer 2005. (tillgängliga på [http://www.slv.se/templates/SLV\\_Page.aspx?id=2866](http://www.slv.se/templates/SLV_Page.aspx?id=2866)).

9. Akner G. Multisjuklighet hos äldre. Analys, handläggning och förslag om Äldrevårdscentral. Liber förlag, 2004.

10. Stockholms läns landstings revisorer. Styckevis och delat. Om vården och omsorgen till multisjuka äldre som bor kvar i det egna hemmet. Projekt rapport 2005, nr 19. (tillgänglig på: [http://www.lsl.se/docs/w\\_rev/projr-05/Projekt-rapport-19-styckevis-och-delt.pdf](http://www.lsl.se/docs/w_rev/projr-05/Projekt-rapport-19-styckevis-och-delt.pdf)).

11. Socialstyrelsen. Kommunernas kost- och nutritionsarbete. 2003 (tillgänglig på: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/EF1E198C-AC22-4F4E-B9E8-83F8CAC44BC7/1039/200312319.pdf>).

12. Akner G. PEG treatment: an increasing dilemma. Age and Ageing. 2005; 34: 320–1.

13. Socialstyrelsen. Mossberg T (redaktör). Näringsproblem i vård och omsorg. Prevention och behandling. Rapport 2000:11. Del 1, kap 7: Akner G. Nutrition/näringslära – struktur och organisation, sid 66-9 (tillgänglig på: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/CF1D5626-2B44-4757-A8DE-467C2E7C09B5/1887/0003012.pdf>).

14. Akner G. Utredningsrapport: Nutritionsproblem inom äldreboenden. Analys av situationen och förslag till utvecklingsarbete. Beställd av Stockholms läns landsting, Nordöstra sjukvårdsområdet i Stockholm, 2002 (tillgänglig på: [www.gunnar-akner.se](http://www.gunnar-akner.se), länk: "Organisation").

15. Kangas H, Strand S, Lammes E, Willén E, Akner G. Kvalitetskrav gällande kost som serveras till äldre. 2:a reviderade upplagan 2002. Äldre- och omsorgsförvaltningen i

Sundbyberg (tillgänglig på [www.aldeforskningnordvast.se](http://www.aldeforskningnordvast.se)).

16. Hallgren T, Hilborn I, Sandström L. Bok: Kommunala driftföretag. Svenska Kommunförbundet. 1997; 326-32.

17. Socialstyrelsen. Mossberg T (redaktör). Näringsproblem i vård och omsorg. Prevention och behandling. Rapport 2000:11. Del 1, kap 9: Akner G, Unosson M. Utbildning i klinisk nutrition, sid 78-84 (tillgänglig på: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/CF1D5626-2B44-4757-A8DE-467C2E7C09B5/1887/0003012.pdf>).

18. Akner G, Bosaeus I, Forsum E, Thesleff P. Diagnostiskt prov i klinisk nutrition för läkarstuderande. Prover resultat visar att utbildningen i klinisk nutrition måste förbättras. Läkartidningen 2001; 98: 2604-10.

19. Akner G, Andersson H, Forsum E, Hallmans G, Thesleff P, Vessby B. Nationellt dokument i klinisk nutrition. Utvecklingsarbete för förbättring av läkarnas grundutbildning. Läkartidningen. 1997; 94: 1731-3.

20. Akner G, Bosaeus I, Thesleff P. Utbildningsbok för specialutbildning i klinisk nutrition (tillgänglig på [www.sls.se](http://www.sls.se)).

21. Karolinska Institutet. Katalog angående valfria perioder för läkarprogrammet 2006/2007, sid 38.

22. Akner G, Bäck M, Eriksson S, Finkel Y, Hellénus M-L, Lindgren JÅ, Mossberg T, Sjöstrand A. Förslag till Lokalt bascurriculum i klinisk nutrition för Karolinska Institutet. Denna arbetsgrupp lade i mars 1997 fram förslag till ett lokalt anpassat måldokument för läkarnas grundutbildning i klinisk nutrition vid Karolinska Institutet. Programkommittén för läkarutbildning har ännu (augusti 2006) ej handlagt förslaget. Förslaget kan erhållas via författaren.

23. Akner G. Analys och handläggning av äldres multisjuklighet måste samordnas. Med DBU-metod tillämpad vid äldreboendecentral kan behandling utvärderas. Läkartidningen. 2005; 102: 758-65.

Gunnar Akner, docent i geriatrik vid Karolinska Institutet, överläkare, vetenskaplig sekreterare i Svensk Förening för Klinisk Nutrition (SFKN) sedan 1996 samt ordförande i Karolinska Institutets referensgrupp för klinisk nutrition sedan 1997. Jakobsbergsgeriatriken/FoU, Jakobsbergs sjukhus, Järfälla  
Tel: 070-620 48 46, E-post: [gunnar.akner@chello.se](mailto:gunnar.akner@chello.se)  
Webadress: [www.gunnar-akner.se](http://www.gunnar-akner.se)