



Näringstillståndet hos äldre, som tar emot kommunal omsorg och vård

Anja Saletti
Dietist, med.lic.
[2004-08-12]

Om mitt arbete

I mitt arbete har jag haft förmånen att utföra fyra stycken studier i samarbetet med Socialstyrelsen. I de tre första har jag tillsammans med andra undersökt 1 305 äldre med stöd av äldreomsorgen. Näringstillståndet undersöktes med hjälp av ett instrument som heter Mini Nutritional Assessment (MNA). Instrumentet är utvecklat av franska och amerikanska forskare och är validitetstestat, vilket innebär att man undersökt om instrumentet mäter det de ska mäta. Upphovsmännens syfte med instrumentet var att det skulle hitta undernäring innan undernäringen gav några symtom, eftersom vi vet att det är lättare att förebygga än att återuppbygga. Tre olika kartläggningar utfördes under 1997-2002 för att undersöka förekomsten av näringsproblem inom äldreomsorgen och de ingår alla tre i min licentiatavhandling - Nutritional status in elderly receiving municipal services and care. Den sista studien Kommunernas kost och nutritionsarbete finns publicerad som en Socialstyrelserapport.

Nutritional status in elderly receiving municipal services and care

Delarbete 1:

Saletti A, Yifter-Lindgren E, Johansson L, Cederholm T.

Nutritional status according to Mini Nutritional Assessment in an institutionalised elderly population in Sweden.

Gerontology 2000;46:139-145.

Frågeställning: Hur vanligt är näringsproblem inom särskilda boendeformer?

Material och metod: Alla, d.v.s. 1000 äldre personer, inom särskilt boende i tre kommuner i Sverige tillfrågades om de ville delta i undersökningen. 872 äldre tackade ja, varav 349 personer bodde på servicehus, 261 på ålderdomshem, 96 på gruppboende för dementa och 166 på sjukhem. Medelåldern var 85±8 år. Kontaktpersoner och patientansvariga sjuksköterskor bedömde nutritionsstatus på sina äldre hjälptagare med hjälp av Mini Nutritional Assessment (MNA). MNA består av 18 poängviktade frågor, indelade i fyra kategorier. Första delen består av fyra uppgifter om kroppsmått (antropometriska mått). Därefter följer sex "globala" frågor, som behandlar t.ex. antal läkemedel, förmåga att röra sig och neuropsykologiska problem. Den tredje delen består av sex frågor, som bedömer kostintaget, t.ex. hur många hela måltider som intas, mängden vätska per dag och hur mycket hjälp personen som undersöks behöver under måltiden. Sista delen på skalan består av två frågor. Undersökningsspersonen gör själv en subjektiv bedömning om matintaget är tillräckligt och av sitt hälsotillstånd. Frågorna kan totalt ge 30 poäng. Mindre än 17 poäng indikerar malnutrition, 17-23,5 poäng risk för malnutrition och 24 poäng eller däröver indikerar att personen är välnärd.

Resultat: Av de boende bedömdes 36 procent som malnutrierade. I riskzonen för malnutrition befanns sig 48 procent och andelen välnärda var 16 procent. Sjuttien procent av de, som bodde på sjukhem bedömdes som malnutrierade, 39 procent på gruppboende för dementa, 33 procent på ålderdomshem och 21 procent på servicehus. Body mass index (BMI) var ≤ 23 hos 55 procent av de undersökta äldreomsorgstagarna. En av tre individer drack mindre än en liter vätska/dag. De som behövde hjälp med sitt matintag åt färre hela måltider än de som klarade sitt födointag utan hjälp.

Konklusion: Malnutrition enligt MNA, är vanligt i särskilt boende, d.v.s. från 21% på servicehus

upp till 71% hos sjukhemsboende. Födointaget tycks vara otillräckligt särskilt hos de individer som behövde måltidsassistans. Om malnutritionen hos dessa individer är reversibel är oklart.

Delarbete 2:

Saletti A., Johansson L. and Cederholm T.

Mini Nutritional Assessment in elderly subjects receiving home nursing care.

J Human Nutr Diet 1999;12, 381-387

Frågeställning: Hur vanligt är näringsproblem hos äldre boende i hemmet med hemsjukvård?

Material och metod: Av 89 hemsjukvårdspatienter över 70 år i två hemsjukvårdsdistrikt i Stockholm inkluderades 80 personer (medelålder $84 \pm 5,5$ år). Två distriktsjuksköterskor och en arbetsterapeut undersökte nutritionsstatus med Mini Nutritional Assessment (MNA, se metod ovan) hos alla de deltagande patienterna.

Resultat: Tre procent bedömdes som malnutrierade, 62 % i riskzonen för malnutrition och 35 % som välnärda. BMI var ≤ 23 hos 64 % av hemsjukvårdstagarna. Över hälften av samtliga försökspersoner drack mindre än en liter per dag. Drygt hälften av de malnutrierade och misstänkt malnutrierade hade inte matjänst från kommunen.

Konklusion: Studien visar hög andel av misstänkt malnutrition, bedömt med MNA, hos hemsjukvårdspatienterna. Att hälften av dessa inte har matjänst från kommunen kan tyda på bristande rutiner i nutritionsomhändertagandet.

Delarbete 3:

Saletti A., Johansson L., Yifter-Lindgren E., Wissing U., Österberg K., Cederholm T.

Nutritional status and a three year follow-up study in elderly receiving support at home.

Manuscript

Frågeställning: Skiljer sig andelen med näringsproblem mot tidigare studier och hur är nutritionstillståndet enl. MNA relaterat till 3-årsöverlevnad hos en åldrad hemmaboende population? Hur förändras näringstillståndet under tre år hos hemmaboende äldre hemtjänsttagare?

Material och metod: Samtliga äldre över 65 år med hjälp från hemtjänsten i fem kommuner, i nio olika hemvårdsdistrikt, i Sverige tillfrågades om de ville delta. Av totalt 507 personer inkluderades 356 personer (medelålder $82,3 \pm 7$ år). Nutritionsstatus bedömdes med Mini Nutritional Assessment (MNA, se ovan). Dessutom användes ett frågeformulär som kontaktpersoner, efter utbildning, fyllde i utifrån omsorgstagarens uppgifter. I formuläret fanns frågor om hjälpbehov, ADL, läkemedelsintag och sjukdom. Även förändring i aptit, upplevd sinnesstämning och hälsotillstånd efterfrågades.

Efter tre år har uppgifter om död inhämtats från folkbokföringsregistret. Av de 356 personerna har 224 stycken varit möjliga att följa upp avseende mortaliteten.

Av 64 individer boende i Uppsala har 32 överlevande personer undersökts enl. samma protokoll som vid inklusionstillfället.

Resultat: Sex procent av hemtjänsttagarna bedömdes som malnutrierade, 43 % i riskzonen för malnutrition och 51 % som välnärda. Över en tredjedel hade ett BMI ≤ 23 . Tugg och sväljproblem, reducerad aptit så väl som upplevd ohälsa och nedstämdhet fanns i högre grad hos dem, som var undernärda i förhållande till de som var välnärda ($p=0.001$). En tredjedel av de äldre fick matlåda. Sjuttio procent av dem använde en portion till två eller fler mål. Tre-årsmortaliteten var 50, 40 och 28 procent för de som bedömdes som undernärda, misstänkt undernärda och välnärda ($p<0.05$) enligt MNA. Motsvarande mortalitetssiffror var 45, 36 och 22

procent för dem med BMI <23, BMI 23-28 and BMI >28 (p=0.05). Data avseende näringsstatus hos de överlevande individerna är ännu inte analyserade.

Konklusion: Nära 50 procent var klassificerade som undernärda eller misstänkt undernärda enligt MNA. Malnutrition var förenat med ökad risk för död efter tre år.

Av all de 1 305 äldre bedömdes 26 procent vara undernärda (MNA <17,0). De var 47 procent som bedömdes ligga i riskzonen för undernäring (MNA 17,0 –23,5) och 27 procent bedömdes vara välnärda (MNA > 24,0). Ett BMI (Body mass index) under ≤ 23 hade över hälften av de äldre, 25 procent hade BMI 24-26 och 24 procent hade ett BMI ≥ 27 . Undernäring bedömt med MNA och undervikt BMI <23 är förenat med ökad dödlighet. Nutritionsrutiner behöver större fokus inom äldreomsorgen.

Kommunernas kost och nutritionsarbete <http://www.sos.se/FULLTEXT/123/2003-123-19/2003-123-19.pdf>

Ansvaret för att driva kost- och nutritionsomhändertagandet inom kommunerna framåt är otydligt och varken Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) eller socialtjänstlagen (SOL) lagstadgar något ansvar för kommunerna i denna fråga. Kommunerna har till sin hjälp Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd för att utveckla system för att "fortlöpande säkra och utveckla kvaliteten" i hälso- och sjukvården och inom omsorgen om äldre och funktionshindrade (SOSFS 1996:24 och SOSFS 1998:8). Ett utvecklat kvalitetssystem kan underlätta för verksamheter att fördjupa förbättringsarbetet och upptäcka svagheter i de dagliga rutinerna.

Socialstyrelsen initierade denna kartläggning, för att kunna följa upp kommunernas arbete med att utveckla kvaliteten i omsorgen av de äldre med särskild inriktning på kost och nutrition. En enkät utformades 2002 efter Socialstyrelsens allmänna råd om kvalitetssystem inom omsorgen av de äldre och funktionshindrade. Enkäten adresserades till de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna i kommuner/kommundelar/stadsdelar, sammanlagt 418 stycken. I flera kommuner har de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna ansvar för flera kommundelar/stadsdelar och de har då returnerat endast ett enkätsvar, vilket försvårar beräkning av bortfallet. Totalt inkom 251 svar inom angiven tid, bortfallet var 40 procent.

Av 251 kommuner/kommundelar/stadsdelar har 157 angett att de har kvalitetspolicy/kvalitetssystem, varav 80 har uppgett att de inkluderat ett avsnitt om kost- och nutritionsomhändertagandet. Vanligast förekommande är kvalitetssystem inom särskilt boende, sedan följer hemtjänst och hemsjukvård. I enkäten efterfrågades om någon hade det övergripande ansvaret för kvaliteten inom kost- och nutritionsomhändertagandet och i så fall vem. 43 procent har angett att de har en person med övergripande ansvar och i närmare 50 procent av fallen är det kostchefer och kostekonomier som ålagts det övergripande ansvaret. Att rutinmässigt mäta de äldres vikt skedde vanligtvis i särskilt boende men var däremot mindre vanligt i hemsjukvård och mycket sällan förekommande i hemtjänsten. Det var mindre vanligt att mäta body mass index (BMI) som rutin för att identifiera äldre i riskzonen för undernäring. 81 procent av kommunerna svarade att vårdpersonalen har möjlighet att konsultera personer med särskild kost och nutritionskompetens. Främst angavs dietister och kostekonomier, följt av sjuksköterskor. I många mindre enheter lagas mat inom boendet. På frågan vem som planerar maten uppgavs det till 40 procent vara vårdpersonalen.

Nära 40 procent har genomfört utvecklingsarbete och drygt 40 procent planerade att göra det under 2002. Ämnesområden som utvecklingsarbetena innehåller finns beskrivna i rapporten och främst har man fokuserat på att forma övergripande policys/kvalitetssystem, utveckla riskidentifieringsrutiner, fortbilda vårdpersonal, skapa kostombudsfunktioner, förbättra måltidsmiljön och införa kostpärmar.

Studien visar att många kommuner har utvecklat sitt kost- och nutritionsomhändertagande i vården och omsorgen av de äldre. Bland annat har många utvecklat kvalitetssystem i ämnet, men långt ifrån alla. Stora skillnader finns mellan kommunerna i hur långt man kommit i utvecklingen av kost- och nutritionsomhändertagandet. En otydlighet finns i lagtext i hur näringsbehovet ska tillgodoses mellan vårdgivarna och mellan personal. Det finns också en oklarhet i vem som har det övergripande ansvaret för att driva utveckling framåt i kommunens egen organisation. De som i störst utsträckning angetts ha ansvaret är kostcheferna. De kan ha betydande svårigheter att påverka kvaliteten på kost- och nutritionsomhändertagandet i det direkta vårdarbetet, då detta normalt ligger långt ifrån deras arbetsuppgifter. Ytterst få kommuner har tydliggjort, vem som har ansvar för vad i, nutritionsarbetet runt brukaren. Skillnader finns i vilka rutiner som används mellan de olika verksamheterna inom äldreomsorgen. Flertalet kommuner strävar mot att möjliggöra kvarboende i det egna hemmet för de äldre. Det medför ett ökat omsorgsbehov som höjer risken för undernäring, även i det ordinära boendet. Detta tydliggör behovet av rutiner och kvalitetssystem även där.

Resultatet talar för att ansvaret måste förtydligas när det gäller hur äldres näringsbehov ska tillgodoses i de olika verksamheterna inom kommunens vård och omsorg av de äldre. Vilken/vilka myndigheter som ska ha tillsyn över området behöver också klargöras. Vidare bör övervägas behovet av nationella riktlinjer för att tydliggöra för kommunen vilka kvalitetskrav som bör gälla för kost- och nutritionsomhändertagandet. Detta skulle stötta förbättringsarbetet i alla kommuner. För att fördjupa förbättringsarbetet inom kommunens kost- och nutritionsomhändertagande behövs tillgång till särskild kostkompetens i form av dietister och kostekonomier som komplement till sjuksköterskor och nutritionssjuksköterskor.

Anja Saletti
Dietist, med.lic
Stockholms sjukhem, Älvsjö
E-post: anjas@algonet.se

Allt material på dessa sidor är upphovsrättsligt skyddade och får inte användas i kommersiellt syfte. Använd gärna texten för eget bruk men ange var materialet har hämtats.

Ange referensen på följande sätt:

Saletti, A., (2004). Näringstillståndet hos äldre, som tar emot kommunal omsorg och vård.. [Elektronisk]. Vårdalinstitutets Tematiska rum : Näring och ätande.
Tillgänglig: www.vardalinstitutet.net, Tematiska rum.