

# Sjukdomsrelaterad undernäring i äldreomsorgen

– har vi råd?



## **Dietisternas Riksförbund (DRF)**

Dietisternas Riksförbund (DRF) är en yrkesförening vars medlemmar är legitimerade och har en universitetsutbildning med huvudinriktning på näringslära och nutrition omfattande 3-4 års högskolestudier.

DRF:s drygt 1200 medlemmar arbetar främst med prevention och behandling av nutritionsrelaterade problem, samt undervisning av personal. De flesta är anställda inom sluten- och öppenvård, en liten del inom kommunal äldreomsorg.

[www.drf.nu](http://www.drf.nu)



**Sjukdomsrelaterad undernäring i äldreomsorgen – har vi råd? Tre av fyra är drabbade eller ligger i riskzonen. Obehandlat är tillståndet livshotande och leder både till minskad funktion och livskvalitet, och ökad vårdtyngd. Kunskapen om vad som behöver göras finns men är dåligt spridd. Den största utmaningen finns i hemtjänsten då allt fler sjuka äldre bor i ordinärt boende. Regeringens stimulanspengar för att utveckla och förstärka vård och omsorg om de mest sjuka äldre har lett till många projekt inom kost och nutrition. Drygt hundra kommundietister har anställts och startat upp kvalitetsarbeten inklusive utbildning och kompetenshöjning för övrig personal. Detta trots att förutsättningarna för projekten på många ställen har varit mycket oklara.**

**Ansvar är kommunernas. När projekttiden är slut riskerar 9 av 10 att stå utan nutritionskompetens, samtidigt som 3 av 4 har mycket långt kvar i arbetet med att erbjuda god och säker nutritionsvård för de allra mest sjuka äldre.**

## Allt fler äldre

I Sverige utgör de äldre en ökande andel, år 2000 var 17 procent av befolkningen 65 år eller äldre, och 2030 kommer nära en fjärdedel att vara ålderspensionärer. Medellivslängden är hög och förväntas till år 2050 öka ytterligare från dagens ca 83 till ca 86 år för kvinnor och från 79 till ca 84 år för män [1].

Sambandet mellan ökad medellivslängd och hälsoutveckling är omdiskuterad. De flesta äldre är, trots hög ålder, vid god hälsa och lever friska och självständiga liv. Det gäller dock främst de yngre pensionärerna. Under 1990-talet skedde en kraftig ökning av andelen 65–84 år med minst tre långvariga sjukdomar, också andelen hjärtsjuka ökade kraftigt, sannolikt beroende på allt fler ”sjuka överlevare” [2].

Kvinnor uppger överlag mer hälsoproblem än män [3]. Det ökande antalet ”äldreäldre” ställer allt högre krav på vårdresurserna, då hög ålder är den största riskfaktorn för sjukdom och funktionshinder. Oavsett om hälsan varit god eller man har varit sjuk länge, är sannolikheten för att man kommer att behöva omfattande vårdinsatser under de sista levnadsåren stor. Näringsproblem är en naturlig del i många sjukdomsförlopp som drabbar äldre. Det kan leda till sjukdomsrelaterad undernäring som är allvarligt och innebär minskat välbefinnande och självständighet, försämrad kropps-funktion, och ökad risk för sjukdom och död.

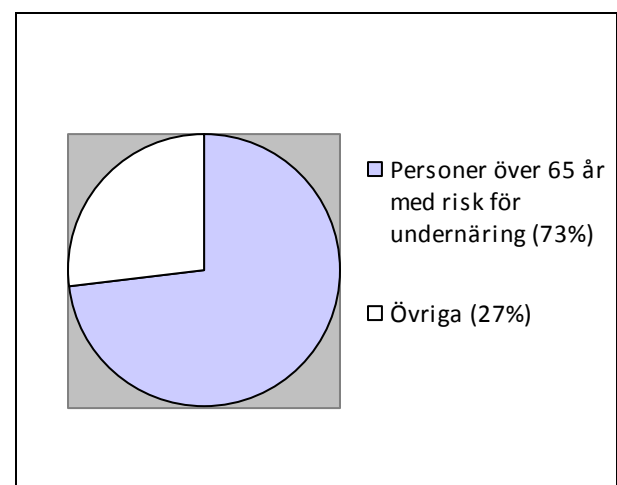
### Vad är nutrition?

Sambandet mellan näring, näringstillförsel och näringsupptag.

### Vad är sjukdomsrelaterad undernäring?

Ett tillstånd med brist eller överskott (eller obalans) av energi, protein och andra näringsämnen som orsakar mätbara ogynnsamma effekter på kroppen, dess funktion samt förutsättning att klara behandling.

Figur 1. Äldre med risk för undernäring.



## Undernäring – vanligt och dyrt

Förekomsten av sjukdomsrelaterad undernäring är hög. I en svensk avhandling [4] bedömdes nutritionsstatus hos drygt 1300 äldre, 65+, (medelålder 85 år) varav 73 procent befanns vara i riskzonen, (Figur 1). Efter 3 år konstaterades samband mellan undernäring, lågt BMI (Body Mass Index) och död. Tugg- och sväljproblem bidrog till minskad aptit och upplevd ohälsa. Nedstämdhet var vanligare bland de undernärda.

### Fakta

**Body Mass Index** är ett sätt att värdera nutritionsstatus. Det beräknas som vikt i förhållande till kroppslängd:

$$\text{BMI} = \frac{\text{vikt (kg)}}{\text{längd (m)} \times \text{längd (m)}}$$

I Storbritannien beräknas kostnaderna till 7,3 miljarder £/år, varav 50 procent handlar om gruppen 65+ [5], där 10 procent beräknas vara drabbade. Det är lika mycket som hälso- och sjukvårdskostnaderna för övervikt och fetma tillsammans. Motsvarande beräkningar saknas för Sverige, men då andelen äldre i befolkningen är högre, finns det goda skäl att anta motsvarande kostnader här. Trots höga kostnader och många drabbade är problemet undervärderat och underbehandlat [6]. *Har vi verkligen råd?*

### Kostnader

En dietist i varje kommun (290 st) motsvarar mindre än 1 % av vad sjukdomsrelaterad undernäring kostar.

## Går det att göra något?

Vetenskapliga studier har visat att nutritionsbehandling i kombination med fysisk träning kan öka muskelmassan, även hos mycket gamla [7]. Nutritionsbehandling kan också öka den funktionella förmågan och minska komplikationer, framför allt infektioner, bland sjuka äldre. Med god nutritionsbehandling höjs livskvalitet för den enskilde samtidigt som vårdkostnader för samhället kan reduceras genom mindre vårdtyngd och färre komplikationer. Det krävs också fastlagda rutiner och tydligt definierade ansvarsområden för olika yrkesfunktioner [8] för att det skall fungera.

### Målsättningen

måste vara att ingen skall lida av obehandlad under- eller felnäring

## Vård och omsorg om äldre

Kommunerna bär ansvaret för vård och omsorg om äldre, enligt socialtjänstlagen (2001:453) och hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Självbestämmande och normalisering utgör grunden för socialtjänstens insatser, som skall underlätta kvarboende i det egna hemmet så långt som möjligt. Mellan 2000 och 2006 ökade andelen hemtjänsttagare med 16 procent, hela ökningen i gruppen 80+, och beviljade hemtjänststimmar ökade med 21 procent. Av de som bor i särskilda boenden var ca 70 procent kvinnor och ca 81 procent 80 år eller äldre. Antalet platser där har minskat med 17 procent.

Inriktningen på kvarboende avspeglas i kostnadsutvecklingen. Kostnaden för särskilt boende har minskat med 13 procent, medan hemtjänstens ökat med drygt 10 procent mellan 2002 och 2006. Det innebär att de totala kostnaderna för äldreomsorgen minskat med närmare 6 procent under perioden samtidigt som antalet äldre ökat. Kraven på medicinska och omvårdnadsinsatser ökar när fler äldre bor hemma. Konsekvenserna av färre platser på sjukhus och i särskilt boende blir allt mer synliga [3]. Detta innebär att fler gamla sjuka med mat- och näringsproblem bor i egen bostad med hjälp från hemtjänsten.

## Stimulanspengar

Regeringens mål är "att äldre ska kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende, bemötas med respekt och ha tillgång till god vård och omsorg". Under 2006 och 2007 fördelades närmare 2 miljarder kronor för att utveckla och förstärka vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Inom området kost och nutrition sökte 71 procent av kommunerna och 75 procent av landstingen medel för 2007. Beviljade projektmedel har inneburit att kommundietisttjänster inrättats i ca 80 kommuner. De har bidragit till ett omfattande utvecklings- och kvalitetsarbete, mest koncentrerat till särskilt boende.

Dietisternas Riksförbund ser mycket positivt på denna utveckling men konstaterar samtidigt att det är en stor utmaning att starta helt nya yrkesfunktioner med hjälp av projektpengar. Många av de som fått projektjänst upplever att förutsättningarna för arbetet och den roll de skall fylla är mycket oklara.

I syfte att få en samlad bild av situationen gick vi i november 2007 ut med en enkät till samtliga kommundietister. Enkäten besvarades av 76 personer, svarsfrekvens 71 procent. 47 av landets 290 kommuner hade dietist i oktober 2007, i sju kommuner fanns mer än en. I mars 2008 hade siffran stigit till 79, och tio kommuner hade mer än en, de flesta i storstadsregionerna. 72 procent har tillkommit genom regeringens stimulanspengar och 4 % genom kompetensstegen.

**Tabell 1.** Arbetsområden som ingår i tjänsten.

Äldreomsorg totalt	<b>89%</b>
Hemtjänst	<b>57%</b>
Särskilt boende	<b>76%</b>
Barnomsorg	<b>9%</b>
Skola	<b>11%</b>
Handikapp och funktionshinder	<b>17%</b>
Annat	<b>14%</b>

**Tabell 2.** Arbetsuppgifter som ingår i tjänsten.

Kartläggning av nuläget	<b>64%</b>
Utbildning av personal	<b>83%</b>
Nutritionsbehandling av enskilda	<b>33%</b>
Framtagande av styrande dokument	<b>66%</b>
Annat	<b>53%</b>

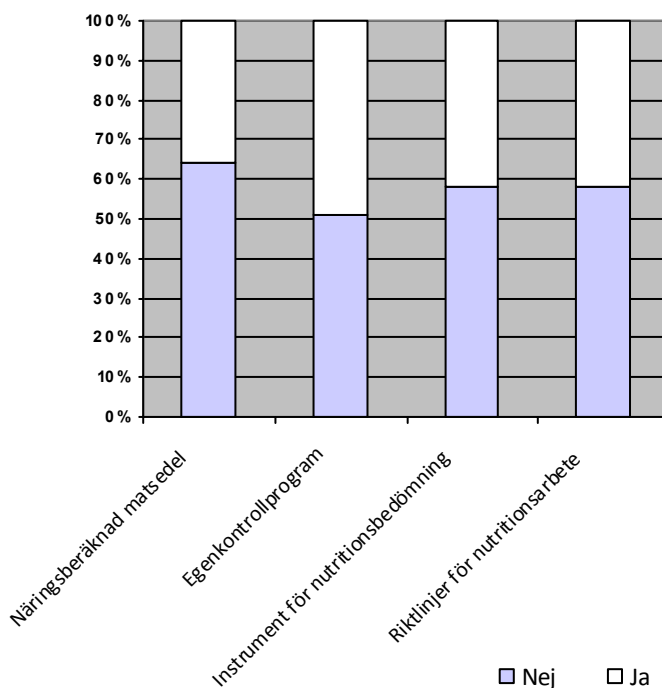
## Oklara förutsättningar - stor osäkerhet

En av fem var helt nya i yrket och drygt hälften hade tagit examen för högst fem år sedan. Två femtedelar hade mindre än 1 års yrkeserfarenhet och för en av fem var det den första tjänsten. Tre av fyra hade tidsbegränsade projektjänster och få hade någon uppfattning om hur länge de skulle få stanna kvar. Endast en av fem svarade att tjänsten kommer att förlängas och att kommunen planerade söka pengar för dietist även för 2008. Projektjänsterna präglas således av stor osäkerhet. Endast 16 procent var tillsvidareanställda. När enkäten besvarades hade knappt hälften bara några månader eller max 1 år kvar på tjänsten.

89 procent arbetade inom äldreomsorg, 76 procent med särskilt boende och 57 procent med hemtjänst. De flesta arbetade inom flera olika områden (Tabell 1). De vanligaste arbetsuppgifterna var utbildning av personal, kartläggning av nuläget, framtagande av styrande dokument och annat kvalitetsutvecklingsarbete; t ex kartläggning av näringsintag, måltidsmiljö mm (Tabell 2).

Endast en tredjedel har bedrivit individuell behandling, vilket är anmärkningsvärt när så många äldre lider av näringsrelaterade problem. Ibland går ordination via sjuksköterska eller annan vårdare. Det innebär stora risker för missuppfattningar och felbedömningar och är oacceptabelt ur patientsäkerhetssynpunkt.

**Figur 2.** Befintliga arbetsredskap.



## Mycket arbete återstår

**Egenkontrollprogram** saknas hos hälften

**Näringsberäknad matsedel** saknas hos två av tre

**Instrument för nutritionsbedömning** saknas hos två av tre

**Riktlinjer/policy angående nutrition** saknas hos två av tre.

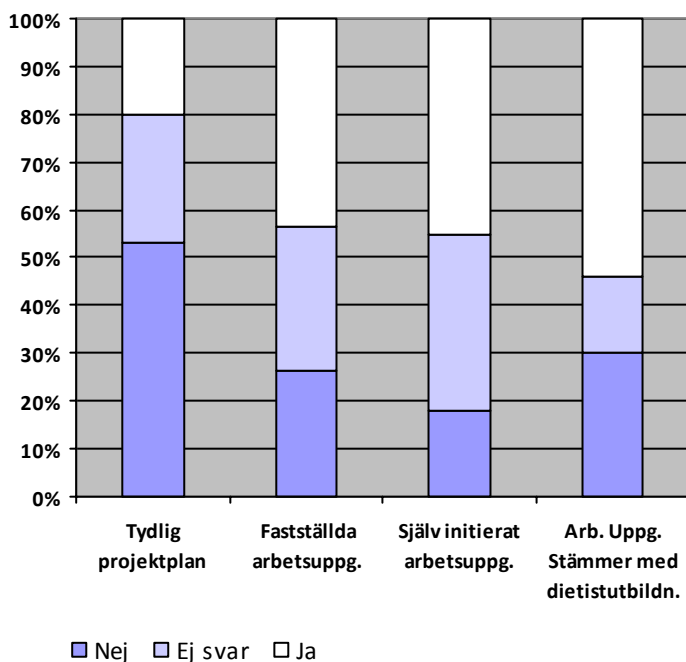
(Figur 2)

Endast 3 av 76 svarande anser att kommunen har kommit långt i sitt nutritionsarbete, medan 54 av 76 anser att kommunen har långt kvar.

Bara en av fem hade fått en tydlig projektplan, över hälften menade att det saknades. Och bara drygt två av tio svarade att arbetsuppgifterna var fastställda när de började, medan en fjärdedel menade att det inte var bestämt. Nästan hälften hade själva fått initiera vad de skulle arbeta med. Riktlinjerna och målen för projekten har alltså varit mycket otydliga (Figur 3).

Bara drygt hälften uppger att arbetsuppgifterna överensstämmer med utbildningen. Drygt två av tio menar att kommunerna inte vet vad en dietist kan utträta, dock kände två av tre att deras yrkeskompetens respekteras och att de får gehör för sina idéer. Tre av tio är nöjda med innehållet i tjänsten medan en fjärdedel inte är det, då arbetsuppgifterna ligger för långt ifrån det man är utbildad för och för att rollen är otydlig.

**Figur 3. Förutsättningar för tjänsten**



## Vad händer framöver?

Mellan 2007 och 2008 ökade antalet kommuner med tillgång till egen dietist. Ett dynamiskt utvecklingsarbete har på kort tid påbörjats tack vare stimulanspengarna. De projektfinansierade dietisterna har åstadkommit mycket när det gäller kompetenshöjning av övrig personal, kartläggning av nutritionssituationen och utveckling av nödvändiga rutiner och styrdokument. Bilden är således på många sätt positiv MEN det som hitintills åstadkommit är bara en början. Arbetet måste fortsätta för att nutritionsomhändertagande om de mest sjuka äldre skall etableras ordentligt och integreras med övrig vård och omsorg. De tar tid och en begränsad projektanställning räcker här inte långt. Arbetet måste ses långsiktigt.

För en majoritet är tjänsten tillfällig och för många deras första jobb. Få vet vad som händer när projekttiden är slut. Förklaringen till att tjänsterna innehåller många oerfarna ligger i osäkerheten och de korta projektperioderna som innebär att mer erfarna dietister inte accepterar förutsättningarna. När man är ny i yrket är det svårt att skapa och bygga upp en helt ny funktion, speciellt om det saknas riktlinjer och intresserade chefer. På vissa ställen har det inte ens funnits en arbetsplats.

Om ingen vet vilken funktion och vilka kunskaper en dietist har, och hur viktig nutritionen är för de mest sjuka äldres välbefinnande och livskvalitet, är det svårt att sätta avtryck i verksamheten under en kort projektperiod. En lång inledningsfas åtgår till att etablera kontakter och till att ständigt påminna om vad man kan bidra med.

Bristande struktur och oklar ansvarsfördelning gör det svårt att införa nya rutiner, och att mäta hur mycket av förändringsarbetet som kommer de äldre till gagn. Vi efterlyser här ett tydligt verksamhetschefsansvar enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:12) om Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården och Föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:11(S) om Ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt Socialtjänstlagen (SoL).

## Matens kvalitet är central

Vår enkät tyder på att endast några få kommuner har kommit långt i sitt nutritionsarbete och en övervägande majoritet har mycket långt kvar. Enligt Socialstyrelsens öppna jämförelser av vårdens kvalitet i äldreomsorgen framgår att av de som bodde permanent i särskilt boende hade i genomsnitt 59 procent en nattfasta som var längre 11 timmar och att av de som bodde i ordinärt boende och som hade matdistribution, ca 57 000 personer, kunde endast 42 procent välja mellan minst två olika rätter.

De allra flesta kommuner producerar mat i egen regi, några har lagt ut all produktion på entreprenad och andra har en kombination av egen tillagning och entreprenörer [9]. En enkätstudie från 2006 [10], utförd av Socialstyrelsen i samarbete med Institutionen för kostvetenskap vid Umeå universitet, visade att det fanns stora olikheter mellan kommunerna beträffande hur matförsörjningen ordnades. Maten är grunden för att förebygga och behandla näringsproblem och därför är kvaliteten central. Livsmedelsverket har gett ut riktlinjer för matens kvalitet i förskola och skola. Det behövs motsvarande riktlinjer för maten i äldreomsorgen.

Många av vårdtagarna lever ensamma och har svårt att motivera sig till att äta tillräckligt. Stora satsningar på hemtjänsten kommer därför att krävas.

## 9 av 10 kommer att stå utan

Om tjänsterna inte permanentas kommer 9 av 10 kommuner stå utan nutritionskompetens när projekten löper ut. Detta i en situation då äldreomsorgen bär ansvar för allt fler gamla multisjuka med näringsproblem. Socialstyrelsen skriver ”Samverkan mellan huvudmän, verksamheter och professioner är centralt i vården och omsorgen om de äldre, som handlar om att tillgodose sammansatta och snabbt föränderliga behov av vård och omsorg.”[3]. Sjukdomsrelaterad undernäring är ett av dessa behov. Som en jämförelse har antalet anställda inom kommunal vård och omsorg om äldre utvecklats enligt följande under åren 2003-06 [11], tabell 3.

Tabell 3. Sysselsatta inom vård och omsorg

Yrkesgrupp	Antal 2006	Förändring 2003-2006
Sjuksköterskor	10.700	+300
Arbetsterapeuter	2.500	+ 200
Sjukgymnaster	1.300	+ 200
<b>Totalt</b>	<b>221.300</b>	<b>+ 3.000</b>

## Nutritionsansvarig Dietist (NAD)

Mycket arbete återstår. Om kommunerna ska ta sitt ansvar och garantera de mest sjuka äldre värdig vård som är god och säker också när det gäller nutrition krävs nyckelpersoner med rätt kompetens och det är kommundietisterna. På motsvarande sätt som kommunerna har egna sjukgymnaster och arbetsterapeuter för att klara rehabiliteringsansvaret. Många har också medicinskt ansvariga för rehabilitering (MAR) i syfte att utveckla rehabiliteringsarbetet och säkerställa kvalitet och säkerhet. MAR kompletterar medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS). För att klara dessa krav när det gäller nutrition måste också NAD (Nutritionsansvarig Dietist) tjänster inrättas.

## Referenser

1. Statistiska centralbyrån (Statistics of Sweden). Beskrivning av Sveriges befolkning 2006. Örebro: Statistiska centralbyrån 2007.
2. Rosén M, Haglund B. From healthy survivors to sick survivors - implications for the twenty -first century. *Scan J Public Health*. 2005;33:151-5.
3. Vård och omsorg om äldre: Lägesrapporter 2007. Socialstyrelsen 2008.
4. Saletti A. Nutritional status and mealtime experiences in elderly care recipients. Stockholm, 2007.
5. European Nutrition for Health Allinace Malnutrition among Older People in the Community Policy Recommendations for Change. London: European Nutrition for Health Alliance , BAPEN, ILC; 2006.
6. Elia M, Zellipour L, Stratton RJ. To screen or not to screen for adult malnutrition? *Clin Nutr*. 2005 Dec; 24(6):867-84.
7. Fiatarone MA, O'Neill EF, Ryan ND, Clements KM, Solares GR, Nelson ME, et al. Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. *N Engl J Med*. 1994 Jun 23;330(25):1769-75.
8. Resolution ResAP(2003)3 on food and nutritional care in hospitals COUNCIL OF EUROPE; 2003.
9. Hemsänd mat till äldre. Sveriges Kommuner och Landsting. 2006-09-27
10. Socialstyrelsen. (2007). Vård och omsorg om äldre – lägesrapport 2006. Stockholm: Socialstyrelsen.
11. Sveriges kommuner och Landsting, SKL, Aktuellt på äldreområdet; 2007, tabell 20.

## Sammanfattning

- Sjukdomsrelaterad undernäring är vanligt i äldreomsorgen; omkring 70 procent ligger i riskzonen eller är drabbade.
- Obehandlat är tillståndet livshotande och leder både till minskad funktion och livskvalitet, och ökad vårdtyngd.
- Riktlinjerna och målen för Stimulansprojekten inom nutrition har varit mycket otydliga.
- Projektjänsterna präglas av stor osäkerhet.
- Riktlinjer/policy angående nutrition saknas hos två av tre kommuner och endast ett fåtal har kommit långt i arbetet.
- Maten är grunden för att förebygga och behandla näringsproblem och därför är kvaliteten central. Det behövs riktlinjer.
- Det finns totalt 221 300 sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter anställda i kommunal äldreomsorg. Dietisterna är drygt 100 och nästa alla projektanställda.
- 9 av 10 kommuner står utan nutritionskompetens när projektperioden löper ut.
- Det krävs Nutritionsansvariga Dietister (NAD) för att säkerställa kvalitet och säkerhet när det gäller nutrition.
- **Kostnaderna för att anställa nutritionskompetens är mycket liten jämfört med vad sjukdomsrelaterad undernäring kostar samhället – har vi råd att avstå?**

