



Sjukdomsrelaterad undernäring – äldreomsorgens utmaning

Elisabet Rothenberg

Med Dr, Chefdietist, Sahlgrenska Universitetsjukhuset
Adjungerad lektor, Avdelningen för klinisk näringslära, Göteborgs Universitet

Sjukdomsrelaterad undernäring drabbar många sjuka äldre. Tillståndet kan obehandlat vara livshotande, leder till minskad funktion och livskvalitet samt ökad morbiditet och mortalitet. Evidensbasen för diagnostik och behandling har ökat kraftigt under senare år. Kunskapen om vad som bör göras är tillgänglig. Problemet är att denna inte är tillräckligt spridd. Det gäller slutenvården och i än högre utsträckning kommunal äldreomsorg. Att få tillstånd ett adekvat nutritionsomhändertagande i äldreomsorgen är en stor utmaning. Här vid behöver framförallt hemtjänsten uppmärksammas då allt fler sjuka äldre bor i ordinärt boende med hemtjänst. Samverkan mellan är av stor betydelse för att vårdkedjan skall fungera och nödvändig information överförs mellan vårdgivarna. Det finns också ett behov av tydliga riktlinjer för matens kvalitet då kosten utgör basen i nutritionsbehandlingen.

Prevalens

Sjukdomsrelaterad undernäring är vanligt, undervärderat och underbehandlat (1). Kombinationen av hög ålder, multipla kroniska sjukdomar och flera läkemedel bidrar till att öka risken (2). Prevalensen varierar mellan 10-70% beroende på diagnos och ålder (3). I Storbritannien har de årliga kostnaderna beräknats till 7,3 miljarder £, varav 50% kan härledas till gruppen 65+ (4). Bland dessa beräknas 10% av befolkningen vara drabbade. Frågan har också varit uppe till diskussion i det Brittiska överhuset (4). Vid en jämförelse med de samlade sjukvårdskostnaderna för övervikt och obesitas drar sjukdomsrelaterad undernäring lika stora kostnader (House of Commons Health Committee 2004). Således utgör tillståndet ett kvantitativt mycket omfattande folkhälsoproblem. Motsvarande beräkningar saknas för Sverige, men då andel äldre i befolkningen är högre, finns det goda skäl att anta att motsvarande kostnader är minst lika höga här som i Storbritannien. Tillståndet medför minskat välbefinnande och minskad självständighet, försämrad kroppsfunction, försenad tillfrisknad och ökad risk för morbiditet och mortalitet. I en nyligen publicerad avhandling (5) bedömdes nutritionsstatus hos äldre 65+ i olika boendeformer. Totalt undersöktes 1 305 individer (medelålder 85 år, 73 % kvinnor) varav 73 % bedömdes vara i riskzonen för undernäring. Det fanns ett tydligt samband mellan undernäring och mortalitet i en tre-årsuppföljning samt mellan BMI och mortalitet. Tugg- och sväljproblem bidrog till att reducera aptiten. Upplevd ohälsa och nedstämdhet observerades i högre utsträckning hos dem som var undernärda i förhållande till de välnärda.

Aptit, miljö och organisation kring måltid

En påverkande faktor till sviktande aptit är miljö och organisationen runt måltiden (6). I en kvalitativ studie gjordes intervjuer med äldre som bodde på servicehus respektive sjuk- eller ålderdomshem (5). De som bodde på servicehus upplevde ett visst inflytande över maten och måltiderna, viss grad av aptit, och de tillämpade olika strategier för att behålla sitt oberoende. Medan de som bodde på sjuk- eller ålderdomshem upplevde bristande aptit samt begränsad möjlighet att påverka maten och måltiderna. Upplevelsen av sällskapet under måltiden skilde sig också mellan boendeformerna. De som bodde på sjuk- eller ålderdomshem upplevde inte sällskapet positivt utan som något man stod ut med. Däremot såg de som bodde på servicehus sällskap vid måltid som något positivt som bidrog till att maten smakade mycket bättre. De påpekade dock att det skulle vara sällskap som man själv valt och personer man trivdes med (5). Ju mindre hjälp man behövde desto större upplevdes möjligheten att välja mat som man tyckte om för att bibehålla aptiten. Medan äldre inom dygnetruntomsorg istället framförde klagomål på både mat, meny, portionsstorlek och måltidsmiljö. Till orolig måltidsmiljön bidrog både personal och medboende.

Minskad muskelmassa

Sarcopeni utgör en naturlig del av åldrandet. Muskelmassan minskar ca 3-8% per dekad från 30-års ålder och från 60-årsåldern accelererar hastigheten i förlust av muskel (7, 8). De bakomliggande mekanismerna utgörs av åldersrelaterade hormonella, neurologiska och immunologiska förändringar (9-11) samt fysisk inaktivitet. Denna ofrivilliga förlust av muskelmassa, styrka och funktion utgör en grundläggande och starkt bidragande orsak till handikapp bland äldre (12, 13). Detta därför att sarcopeni ökar risken för fall och sårbarhet för skada, vilket leder till funktionellt beroende och handikapp (12, 13). Sarcopeni medför, oaktat närvaro av sjukdom, äldre mer sköra än yngre ur nutritionssynpunkt (14).

Nutrition – medicinsk behandling

Socialstyrelsen publicerade 2000 rapporten "Näringsproblem i vård och omsorg – prevention och behandling(15). Rapporten konstaterar att "Ett gott näringstillstånd är en förutsättning för att undvika sjukdom och återvinna hälsa" vidare "den sjuka individens nutrition måste betraktas på samma sätt som annan medicinsk behandling och därmed underkastats samma krav på utredning, diagnos, behandlingsplanering och uppföljning/dokumentation". Europarådet gav 2003 ut tydliga riktlinjer för hur detta skall ske (16). Förra året publicerades en skandinavisk studie (17, 18) vars syfte var att studera hur väl sjukhus i de skandinaviska länderna efterlever de rutiner som bör upprättas för ett gott

nutritionsomhändertagande. Studien belyser tydligt ”the care gap” mellan vad man vet att man borde göra och vad man faktiskt gör. Inget av de tre skandinaviska länderna lever upp till Europarådets riktlinjer och som främsta skäl anges brist på kunskap och ansvarsfördelning (17, 18).

Äldre-DELegationen - ÄDEL

I Sverige genomfördes en omfattande reform 1992 -ÄDEL - som innebar att kommunerna ålades ett samlat ansvar för långvarig service och vård av äldre, medan landstingens ansvar renodlades till hälso- och sjukvård. Kommunerna kom att överta den somatiska långtidsvård som landstingen tidigare svarat för, vilket inkluderar ett lagligt reglerat sjukvårdsansvar. Finansieringen skedde genom en reduktion av antalet slutenvårdsplatser med 50% totalt, och inom geriatriken med 70%, där medelvårdtiden sjönk från 133 till 18 dagar mellan 1990-98 (SoS). Efter ÄDEL följde en period när platserna i särskilda boenden, kraftigt reducerades. Mellan 2000-06 ökade andelen med hemtjänst 16 % samtidigt som andelen inom särskilda boenden minskade med 17%. Av dem som är 80+ har idag 21% hemtjänst och 16% (-4%) bor i särskilt boende, där ca 70 % är kvinnor och ca 81 % 80+ (19). Allt fler riktigt gamla och multisjuka bor således i ordinärt boende, vilket innebär att allt fler gamla med mat- och näringsproblem i riskzonen för att utveckla sjukdomsrelaterad undernäring bor i egen bostad med hjälp från hemtjänsten.

Stimulanspengar

Regeringen har uttalat målet “ att äldre ska kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende, bemötas med respekt och ha tillgång till god vård och omsorg.” Insatser som redovisas för att uppnå målet handlar bland annat om att utveckla kvalitet och tillgänglighet inom vård och omsorg. Ansvar för insatserna vilar primärt på kommunerna, men även landstingen och staten svarar för betydelsefulla insatser. Som ett led i arbetet beslutade regeringen den 21 juni 2006 (Regeringsbeslut 13a,S2006/5281/ST) att ge Socialstyrelsen i uppdrag att fördela 600 miljoner för att stödja kommuner och landsting i arbetet med att utveckla och förstärka vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Kommuner och landsting gavs möjlighet att hösten 2006 inkomma med ansökningar om medel för detta ändamål. Medlen skulle användas för att utveckla och förstärka insatser för de mest sjuka äldre och leda till effekter bland annat inom området kost/nutrition. Avsikten var en utökning/förstärkning och inte en ersättning för befintliga kommunala och landstingsmedel. Inom området har 71% av kommunerna och 75% av landstingen sökt medel. En majoritet av kommunerna har inrättat dietisttjänster. Dessa har bidragit till ett omfattande utvecklings och kvalitetsarbete, mest koncentrerat till särskilt boende.

Ansvar

Ansvarsfördelningen när det gäller nutritionsomhändertagandet är till mycket ringa del definierat i socialstyrelsens författningssamling och befintlig lagstiftning. Dock är både 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) tillämpliga. Att det är lättare att utveckla och etablera arbetssätt och rutiner i det särskilda boendet jämfört med det ordinära är inte märkligt. Det bottnar i att HSL och SoL är två lagstiftningar med helt olika konstruktion. Enligt HSL erbjuder huvudmannen insatser inom ramen för sitt ekonomiska utrymme. Den enskilde har en lagstadgad rätt till stöd om behovet är tillräckligt stort. Beslut kan överklagas. Utslagsgivande domar på området uttalar tydligt att kommunens ekonomiska förhållanden saknar betydelse för bedömningen. I äldreomsorgen möts företrädare för de båda lagstiftningarna bland annat i form av sjuksköterskor och biståndsbedömare. Dessa båda yrkesgrupper har haft svårt att integrera, definierat som en strävan mot ett idealt tillstånd mellan två parter (20) beroende på olika referensramar. I avhandlingen *I skuggan av Ädel – integrering i kommunal vård och omsorg* har dessa skillnader identifierats (20). Socialtjänstens personal uppvisade en servicegivande karaktär som var reglerad och formell. Uppdraget följde en fastställd ärendegång. Med stöd av SoL tillströktes eller avlogs den enskildes ansökningar om bistånd. Hälso- och sjukvårdens personal hade andra drag, de representerade en vårdande karaktär som var mer informell och mindre reglerad. Förändringar i vårdplaner gjordes med flexibilitet. Prioriteringssituationer eller situationer där vårdtagaren riskerade att inte få sina behov besörjda undveks. Detta skedde genom ett ökat tempo i arbetet eller att administrativa uppgifter gavs lägre prioritet. Sjuksköterskorna kännetecknades således av hög flexibilitet, aktivitet och tillgänglighet. De var mer lojala mot vårdtagarna än mot organisationen. Med bemanning dygnet runt var tillgängligheten hög. Biståndsbedömarna var lojala mot den egna organisationen. De tedde sig metodiska, strukturerade och sakliga, men var svårtillgängliga. Det kunde saknas rutiner för att klara uppkomna situationer på kvällar, nätter och helger. Skälet var, menade biståndsbedömarna att verksamheten skulle planeras. Dessa olika kulturer präglar starkt äldreomsorgen och skapar problem i det dagliga arbetet.

Sjuksköterskornas närvaro är väl etablerad i det särskilda boendet och borgar för förståelse och acceptans för medicinska rutiner. I det ordinära boendet har, av tradition och hävd, SoL haft företräde.

Grundläggande principer för insatserna är självbestämmande och normalisering. Tyvärr innebär socialtjänstens tolkning av lagens intention ofta ett neglect när det gäller individens behov av hälso- och sjukvårdsinsatser, sannolikt beroende på rädsla och okunskap (20). Det utgör en hämsko för utvecklingen av nutritionsomhändertagande i ordinärt boendet. Socialstyrelsen har uppmärksammat problemet men uttrycker sig mycket försiktigt ”Regeringens uppdrag att ge nationellt stöd för kvalitetsutveckling i måltids- och näringsfrågor inom vård och omsorg Dnr 00-4285/2005”. Att mat, kost och näring inte nämns explicit i vare sig HSL eller SoL anges som en orsak till att måltids- och näringsfrågor inte alltid betraktas som en del i vården och omsorgen. Ansvaret för mat och måltider omfattas dock av både SoL och HSL, på samma sätt som övrig vård och omsorg om äldre. När de medicinska och sociala behoven är så tydligt sammanvävda som på detta område är det inte givet att separat hantering leder till kvalitet för den enskilde, menar Socialstyrelsen. Kommunerna måste i större utsträckning än hittills, inkluderar måltidsfrågor i det systematiska kvalitetsarbetet och därmed behovet av att rätt kompetens utnyttjas. I ett nyligen publicerat cirkulär från Sveriges Kommuner och landsting (SKL 08:9) har väsentliga förtydliganden gjorts. Man slår fast att till socialtjänstens uppgifter hör insatser av servicekaraktär och personlig omvårdnad. En utgångspunkt i SoL är att det är först när en äldre människa inte längre själv klarar av mathållningen som denna blir en uppgift för kommunen. Trots detta, konstaterar SKL, är mat för äldre en stor del av verksamheten inom vården och omsorgen av äldre. Insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. Det skall finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet, verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras (3 kap. 3 § SoL). Kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård framgår av bl.a. 18 § HSL. SKL har i cirkulär 2003:82 ”Hälso- och sjukvårdsansvaret i boendeformer eller bostad enligt SoL, LSS m.m.” tydliggjort kommunernas ansvar. En dietist är enligt lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS) hälso- och sjukvårdspersonal och har ett självständigt medicinskt ansvar för sitt arbete. Kommunen kan inom ramen för sitt hälso- och sjukvårdsansvar tillhandahålla dietistens specialinsatser för enskilda patienter. Om dietist anställd i en kommun anlitas för bedömning angående nutrition rörande skild patient utifrån medicinska behov i samband med sjukdomstillstånd eller förebyggande rådgivning i samband med sjukdom, så är detta en insats som kan genomföras inom det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret. Bedömningen ska grundas på vårdtagarens medicinska diagnos och insatsen ska dokumenteras i vederbörandes journal i kommunen (SKL 08:9).

Det yttersta ansvaret för utvecklingen bärs av regeringen, men det konkreta ansvaret bärs av kommuner och lansting. Kommunerna måste således formulera verksamhetsidé, och konkreta mål för nutritionsomhändertagandet, som botten i fastlagda rutiner och definierade ansvarsområden för olika yrkesfunktioner. Inom slutenvården krävs ett motsvarande arbete. Bäst fungerar det om läkare, dietister, sjuksköterskor och övrig personal samverkar kring problemen utifrån respektive professionsansvar. Ansvarsfördelning mellan slutenvården och kommunen präglas av korta vårdtider. Inom akutsjukvården hinner man möjligtvis upptäcka ett nutritionsproblem men knappast åtgärda det. Om den patienten förflyttas till geriatrisk rehabilitering finns det där möjlighet att utreda problemet och inleda en behandling. Längre hinner man inte innan patienten är utskrivningsklar, vilket dock inte är det samma som färdigrehabiliterad. Nutritionsbehandling av gamla kroniskt sjuka måste i de flesta fall vara livslång och ansvaret faller kommunens äldreomsorg. Nutritionsbehandlingen måste därför inkluderas i vårdkedjan mellan huvudmännen. I samband med utskrivning är överrapportering till nästa vårdgivare nödvändig. Vid vårdplaneringsmöten måste aktuella nutritionsproblem, ordinerad behandling överrapporteras och ställning tas till behov av bistånd relaterat till detta. Biståndsbedömaren har här en mycket viktig roll då det är han/hon som beslutar om typ och tid för bistånd. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har en nyckelroll som ansvarig för de medicinska rutinerna i kommunen. I samverkan med dietist bör detta ansvar också inkludera rutiner för nutritionsomhändertagandet. Ett gott exempel är den Nutritionspolicy som tagits fram på Tre Stiftelser i Göteborg (21). Patientansvarig läkare bär ansvaret för att bedöma patientens status och prognos och för den totala medicinska behandlingen. Sjuksköterskan bör ansvara för att identifiera individer i risk att utveckla undernäring, och dietisten för nutritionsutredning och -behandling, samt utbildning till annan personal. Det krävs insikt i äldres specifika problem för att kunna laga mat som är anpassad till behoven. Utbildade kostchefer bör därför ansvara för matsedel, -produktion, att kosten motsvarar de nationella kvalitetskraven (22) samt att det som beställts också levereras. Övrig vårdpersonal ansvarar för att genomföra nutritionsbehandlingen och rapportera hur denna fungerar. För att förbättra situationen krävs således yrkesspecifika utbildningsinsatser för att höja kompetensen, uppbyggnad av rutiner och tydligt definierat ansvar för respektive yrkesfunktion, såväl inom hälso- och sjukvård som inom kommunal äldreomsorg, samt för hur dessa båda organisationer skall samverka.

Evidens - nutritionsbehandling

Evidensbasen för hur nutritionsproblem skall utredas, diagnostiseras och behandlas har förbättrats avsevärt under senare år, och utgör i dag en stabil grund för ett strukturerat omhändertagande. På ett övergripande plan, handlar de rådande bristerna således inte om avsaknad av evidens och kunskap, utan om strukturella problem med två lagstiftningar som inte samverkar optimalt. Att få tillstånd ett adekvat nutritionsomhändertagande i särskilda boenden utgör en stor utmaning och att erbjuda äldre i ordinärt boende det samma ter sig med dagens förutsättningar som mycket svårt. Men, om kommunerna vill leva upp till målsättningen att samhällets insatser skall underlätta självständighet och kvarboende och uppskjuta flytt till särskilt boende är det nödvändigt att satsa resurser för att utveckla nutritionsomhändertagandet i också det ordinära boendet. Bokstavigt talat låta HSL följa med SoL över tröskeln till vårdtagaren. Med förhållandevis enkla åtgärder kan situationen förbättras avsevärt. I samtal med nya vårdtagare bör det vara rutin att inkludera frågor om vikt, aptit och matvanor. Alla äldre i ordinärt boende bör erbjudas viktkontroll regelbundet, och de med låg vikt och dålig aptit bör uppmärksammas med individuellt utformade åtgärder. Det kan innebära att välutbildad hemtjänstpersonal stöttar och uppmuntrar för att, vid livsmedelsinköp, handla energi- och näringstäta livsmedel. Bistånd i form av tillsyn dvs att någon kommer på ett kort besök, vanligen ca 5 minuter, och gör i ordning ett enkelt mellan/kvällsmål och att påstötning vid maten ingår i biståndet på motsvarande sätt som t ex påstötning med påklädning. De vårdtagare som uppvisar stora problem med kostintaget bör få träffa dietist.

Kliniska tecken på undernäring

De gerontologiska och geriatriska populationsundersökningarna – H70 – i Göteborg startade 1971/72. Målsättningen var att studera normalt åldrande och förekomst av sjukdom i hög ålder (23, 24). H70 omfattar både longitudinella studier och tvärsnittsjämförelser av representativa grupper av äldre. Bland annat har vikt och längd studerats (25). För individer som följdes longitudinellt över 25 år minskade medellängden med 5 respektive 4 cm för kvinnor respektive män och medelvikten 5.1 respektive 3.2 kg. Body Mass Index (BMI kg/m²) 23-25 för kvinnor och 26-28 för män vara associerat med lägst risk för död (26). Låg vikt och viktförlust var riskfaktorer för död medan en moderat viktuppgång tycktes vara skyddande (26). Upp i 95-årsåldern uppvisades helt normala BMI värden. Normalt BMI för äldre har föreslagits ligga mellan 24-28 (27). BMI utgör en indikator på nutritionsstatus och används kliniskt för att värdera grad av under- eller övervikt. BMI <22 kg/m² används i Sverige som gräns för lågt BMI bland personer över 70 år (22). Oaktat aktuellt BMI utgör signifikant viktsförlust, 5 % inom en månad och 10-20% inom de senaste 6 månaderna, tydliga tecken på risk för undernäring. Tyvärr utgör inte ICD-10

kodsystemet en god grund för undernäingsdiagnos, vilket är en starkt bidragande orsak till att tillståndet är kraftigt underdiagnostiserat inom svensk sjukvård.

Nutritionsbehandling - terapiformer

Målsättningen med nutritionsbehandling enligt European Society of Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN,) är ”While reducing morbidity and mortality is a priority in younger patients, in geriatric patients maintenance of function and, QOL is often the most important aim” ESPEN guidelines för Enteral and Parenteral nutrition (www.espen.org). På indikationerna dålig aptit och eller låg vikt eller ofrivillig viktsförlust bör nutritionsbehandling sättas in. Basen i behandlingen är vanlig mat med tillgång till mellanmål spridda över dygnet så att nattfastan inte överskrider 11 timmar (22).

Energi- och proteinrik kost

För att stimulera uppbyggnad av muskulatur antas tillgången till essentiella aminosyror (EAA) (28) vara viktig. Ett högt proteinintag kan därför troligen minska katabolism och främja proteinsyntes. När energiintag är lågt uppstår problem att tillfredsställa behovet av protein och mikronutrient(er) (29). Detta är motivet till den energi- och proteinrika kosten (E-kost) i Mat och näring till sjuka inom vård och omsorg (22), eller som den kallas på danska ” Kost til småtspisende”, som rekommenderar 20 energiprocent (E%) protein. Det dagliga proteinbehovet vid flertalet tillstånd som behandlas med E-kost, bedöms vara 1,0–1,5 gram/kg kroppsvikt. Med protein i detta sammanhang avses de mixade proteinkällor som ingår i en ”normal” västerländsk kost (29, 30). Effekter av Energi- och proteinrik kost har belagts (31, 32). E-kosten ska tillgodose behovet av energi, protein och övriga näringsämnen. För att göra detta möjligt, behöver matens volym minskas med bibehållet näringsinnehåll d.v.s. hög energi- och näringstäthet. Målsättningen är att en portion med halva volymen av en normal portion ska uppfylla detta mål.

Näringsdrycker

För äldre som utvecklat undernäring räcker oftast inte E-kost. Ett viktigt komplement till maten blir då näringsdrycker och eller energimoduler. Ordination av vitamin- och mineral-supplementering kan också vara motiverat. Näringsdrycker finns i flera olika former. Två huvudkategorier är *klara näringsdrycker*, vilka inte är kompletta ur energi- och näringssynpunkt, men som kan användas som ett energi- och proteinrikare alternativ till saft eller måltidsdryck, samt *mjölkiga näringsdrycker* som kan ha olika sammansättning, men ofta är kompletta ur energi- och näringssynpunkt dvs om man serverar en mängd motsvarande energibehovet täcks också behovet av mikronutrient(er). Energimoduler finns både i

pulverform för berikning av mat samt i flytande form. Utvecklingen under senare år har varit omfattande och allt fler typer av näringsdrycker och energimoduler finns att tillgå.

Konsistensanpassning

Dysfagi är vanligt förekommande bland äldre inom särskilda boenden ofta är det inte utrett och diagnostiserat. Primärt är problemet mycket obehagligt för den drabbade och kan leda till andnöd och ångest i samband med måltid. Sekundärt är det allvarligt då dysfagi kan leda till ökad risk för lunginflammation och andra luftvägsrelaterade problem. Dysfagi uppträder ofta hos individer som också har ett lågt BMI och eller äter långsamt. Kostanpassning är en viktig del av nutritionsbehandling vid dysfagi. Olika typer av sväljningsdysfunktion kräver olika typer av anpassning. I vissa fall behövs endast förtjockning av dryck. Kolsyrad vätska har också visat sig fungera lättare vid sväljningsproblem (33). Oftast behöver dock konsistensen på såväl fast föda som dryck förändras (22, 34). Tandstatus och tuggförmåga är andra viktiga faktorer att ta hänsyn till (35). Sjukdom och handikapp kan också medföra behov av mat som är "lättäten", i bemärkelsen lätt att dela på tallriken, håller ihop på en sked eller gaffel när den förs till munnen och lätt att tugga och svälja. Orsaken är vanligen en kombination av dålig armmuskelstyrka och koordination samt muntorrhet. Lättare anpassning av konsistens värd att beakta vid planering av måltidsservice till äldre omsorgstagare bygger på val rätter. När det gäller kötträtter kan dessa med fördel bygga på kött utan ben, gärna i färs- eller korvform. Andra rätter som både är lättätna, har ett bra energi- och proteininnehåll och är uppskattade av äldre är omeletter, puddingar av olika slag och mjölkkokta grötar.

Riktlinjer för matens kvalitet

Sveriges kommuner och landsting ställde en enkät till landets kommuner våren 2006. "Hemsänd mat till äldre. Sveriges Kommuner och Landsting. 2006-09-27". I 276 av de 281 kommuner som besvarade enkäten, fick drygt 57 000 personer bistånd i form av hemsänd mat. Detta är således en mycket omfattande verksamhet, som för många äldre utgör basen i en medicinsk behandling. . Samtidigt råder det stora skillnader både med avseende kvalitet och pris mellan olika kommuner. Behovet av nationella riktlinjer för matens kvalitet i äldreomsorgen, på motsvarande sätt som Livsmedelsverket givit ut för barn- och skolbarnomsorgen, är en angelägenhet som Socialstyrelsen tillsammans med Livsmedelsverket borde få i uppdrag att ta fram. Dessa riktlinjer bör innefatta både mat inom särskilda boenden och matdistribution och innehålla väl definierad kvalitét avseende näringsinnehåll, tider för och typer av

måltider, måltidskomponenter, samt antal måltider per dag, tillagnings- och uppvärmningstider etc.

Härvid är begreppet nattfasta av betydelse. Olika typer av specialkost och kost med anpassad konsistens måste också innefattas.

Goda exempel

Goda exempel ”best practice” bör spridas över landet för inspiration och effektiv kvalitetsutveckling.

Vårdalinstitutet är en nationell miljö för forskning och utveckling inom vård- och omsorgsområdet i nära samverkan mellan universiteten och huvudmännen för vård och omsorg. Avsikten med Vårdalinstitutets tematiska rum är att sprida evidensbaserad kunskap inom områden av relevans för personal, anhöriga och andra intresserade involverade i vård och omsorg. Vårdalinstitutets tematiska rum för Näring och Ätande

www.vardalinstitutet.net.

Referenser

1. Elia M, Zellipour L, Stratton RJ. To screen or not to screen for adult malnutrition? *Clin Nutr.* 2005 Dec;24(6):867-84.
2. Margetts BM, Thompson RL, Elia M, Jackson AA. Prevalence of risk of undernutrition is associated with poor health status in older people in the UK. *Eur J Clin Nutr.* 2003 Jan;57(1):69-74.
3. Akner G, Cederholm T. Treatment of protein-energy malnutrition in chronic nonmalignant disorders. *Am J Clin Nutr.* 2001 Jul;74(1):6-24.
4. Malnutrition among Older People in the Community Policy Recommendations for Change. London: European Nutrition for Health Alliance, BAPEN, ILC; 2006 Contract No.: Document Number|.
5. Saletti A. Nutritional status and mealtime experiences in elderly care recipients. Stockholm, 2007.
6. Sydner YM, Fjellstrom C. Food provision and the meal situation in elderly care - outcomes in different social contexts. *J Hum Nutr Diet.* 2005 Feb;18(1):45-52.
7. Holloszy JO. The biology of aging. *Mayo Clin Proc.* 2000 Jan;75 Suppl:S3-8; discussion S-9.
8. Melton LJ, 3rd, Khosla S, Crowson CS, O'Connor MK, O'Fallon WM, Riggs BL. Epidemiology of sarcopenia. *J Am Geriatr Soc.* 2000 Jun;48(6):625-30.
9. Proctor D, Balagopal P, Nair K. Age-related sarcopenia in humans is associated with reduced synthetic rates of specific muscle proteins. *J Nutr.* 1998;128(2):351-5.
10. Kim J, Wang Z, Heymsfield SB, Baumgartner RN, Gallagher D. Total-body skeletal muscle mass: estimation by a new dual-energy X-ray absorptiometry method. *Am J Clin Nutr.* 2002 Aug;76(2):378-83.
11. Doherty TJ, Vandervoort AA, Brown WF. Effects of ageing on the motor unit: a brief review. *Can J Appl Physiol.* 1993 Dec;18(4):331-58.
12. Wolfson L, Judge J, Whipple R, King M. Strength is a major factor in balance, gait, and the occurrence of falls. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 1995 Nov;50 Spec No:64-7.
13. Tinetti ME, Williams CS. Falls, injuries due to falls, and the risk of admission to a nursing home. *N Engl J Med.* 1997 Oct 30;337(18):1279-84.
14. Wolfe RR. The underappreciated role of muscle in health and disease. *Am J Clin Nutr.* 2006 Sep;84(3):475-82.
15. Akner G, Bosaeus I, Cederholm T, Eckerlund I, Elmståhl S, Johansson I, et al. Näringsproblem i vård och omsorg. Prevention och behandling. 1 ed. Stockholm: Socialstyrelsen; 2000. p. 1-202.
16. Resolution ResAP(2003)3 on food and nutritional care in hospitals COUNCIL OF EUROPE; 2003 Contract No.: Document Number|.
17. Mowe M, Bosaeus I, Rasmussen HH, Kondrup J, Unosson M, Irtun O. Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: a questionnaire based survey. *Clin Nutr.* 2006 Jun;25(3):524-32.
18. Johansson U, Larsson J, Rothenberg E, Stene C, Unosson M, Bosaeus GI. Nutritionsbehandling inom slutenvården Svenska sjukhus klarar inte Europarådets riktlinjer. *Läkartidningen.* 2006;103(21-22):1718-24.
19. Sverige. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre : lägesrapporter 2006. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.

20. Carlström E. I skuggan av Ädel : integrering i kommunal vård och omsorg. Göteborg: Förvaltningshögskolan, Göteborgs universitet; 2005.
21. Martinsson L, Rothenberg E, Wänman U. Nutritionpolicy - Tre Stiftelser. Göteborg: Tre Stiftelser; 2007 Contract No.: Document Number].
22. Bosaeus I, Balknäs Nilsson U, Ellegård L, Rothenberg E. Mat och näring för sjuka inom vård och omsorg. Uppsala: Statens livsmedelsverk; 2003.
23. Rinder L, Roupe S, Steen B, Svanborg A. Seventy-year-old people in Gothenburg. A population study in an industrialized Swedish city. I. General presentation of the study. *Acta Med Scand.* 1975;198(5):397-407.
24. Steen B, Djurfeldt H. The gerontological and geriatric population studies in Gothenburg, Sweden. *Z Gerontol.* 1993;26(3):163-9.
25. Dey D, Rothenberg E, Sundh V, Bosaeus I, Steen B. Height and body weight in the elderly. I. A 25-year longitudinal study of a population aged 70 to 95 years. *Eur J Clin Nutr.* 1999;53(12):905-14.
26. Dey DK, Rothenberg E, Sundh V, Bosaeus I, Steen B. Body mass index, weight change and mortality in the elderly. A 15 y longitudinal population study of 70 y olds. *Eur J Clin Nutr.* 2001 Jun;55(6):482-92.
27. Beck AM, Ovesen L. At which body mass index and degree of weight loss should hospitalized elderly patients be considered at nutritional risk? *Clin Nutr.* 1998;17(5):195-98.
28. Volpi E, Kobayashi H, Sheffield-Moore M, Mittendorfer B, Wolfe RR. Essential amino acids are primarily responsible for the amino acid stimulation of muscle protein anabolism in healthy elderly adults. *Am J Clin Nutr.* 2003 Aug;78(2):250-8.
29. Nordiska ministerrådet. Nordic Nutrition Recommendations 2004 : integrating nutrition and physical activity. 4th edition ed. Copenhagen: Nordic Council of Ministers; 2004.
30. Young V. Protein and amino acid metabolism with reference to aging and the elderly. *Prog Clin Biol Res.* 1990;326:279-300.
31. Odlund Olin A, Armyr I, Soop M, Jerstrom S, Classon I, Cederholm T, et al. Energy-dense meals improve energy intake in elderly residents in a nursing home. *Clin Nutr.* 2003 Apr;22(2):125-31.
32. Gall MJ, Grimble GK, Reeve NJ, Thomas SJ. Effect of providing fortified meals and between-meal snacks on energy and protein intake of hospital patients. *Clin Nutr.* 1998 Dec;17(6):259-64.
33. Bülow M. Therapeutic aspects of oral and pharyngeal swallowing dysfunction : videoradiographic and videomanometric analyses of adult healthy volunteers and dysphagic patients. Malmö: Univ.-sjukhuset MAS; 2003.
34. Bisch E, Logemann J, WA R, Kahrilas P, CL L. Pharyngeal effects of bolus volume, viscosity, and temperature in patients with dysphagia resulting from neurologic impairment and in normal subjects. *J Speech Hear Res.* 1994;37(5):1041-59.
35. Hildebrandt GH, Dominguez BL, Schork MA, Loesche WJ. Functional units, chewing, swallowing, and food avoidance among the elderly. *J Prosthet Dent.* 1997 Jun;77(6):588-95.

Elisabet Rothenberg

Med Dr, Chefdietist Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Adjungerad lektor, avdelningen för klinisk näringslära, Göteborgs Universitet

413 45 Göteborg

elisabet.rothenberg@vgregion.se

Denna artikel är tidigare publicerad i tidskriften Nordisk Geriatrik 2008:1.

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:

Rothenberg, E., (2008). Sjukdomsrelaterad undernäring : äldreomsorgens utmaning [Elektronisk].

Vårdalinstitutets Tematiska rum : Näring och ätande.

Tillgänglig: www.vardalinstitutet.net, Tematiska rum.