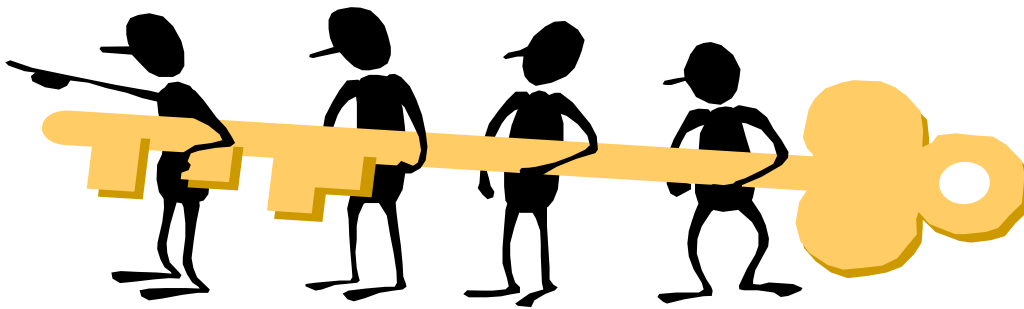


En vård värd samverkan

Vårt uppdrag till samverkan mellan äldreomsorg och äldreomsorg



PRO



förbundet
sveriges arbetsterapeuter



SFAM SVENSK FÖRENING FÖR
ALLMÄNNEMEDICIN

SGF SVENSK GERIATRISK FÖRENING
"Ett GERIATRISKT team till alla som behöver det"



Svenska Logopedförbundet



SENIORER I TIDEN

INFLYTANDE • VALFRIHET • LIVSKVALITET

INLEDNING

Alla säger sig vara överens om behovet av samverkan inom vården och omsorgen av äldre. Ändå är den uppsplittrad och fragmentiserad. Vi nöjer oss inte längre med den allmänna välviljan utan efterlyser resultat. I vår plattform för samverkan, vill vi visa hur den kan utformas utifrån individens behov i tvärprofessionella team. Utgångspunkten för oss är att den enskilde ska kunna erbjudas en vård och omsorg av god kvalitet. Samtidigt vet vi att en väl fungerande samverkan också är ekonomiskt lönsam för landsting och kommuner. Dagens uppsplittrade vård och omsorg leder ofta till dyra insatser med t. ex upprepade sjukhusinläggningar och många besök inom primärvården.

Våra förslag utgår från äldre personer med stora och sammansatta behov och som därmed behöver insatser från olika yrkesgrupper inom vård, omsorg och rehabilitering. Samtidigt kommer en väl fungerande samverkan även att gynna andra där behoven är betydligt mindre.

Så bör samverkan utvecklas

Det finns ingen fix och färdig modell för hur samverkan praktiskt ska utformas vid alla situationer. Utgångspunkten för all samverkan är naturligtvis vilka behov den enskilde har. Det innebär att skilda yrkesgrupper kommer att samverka vid olika tidpunkter. Ofta tillsammans med en anhörig.

Det skiljer sig också åt mellan landsdelarna. En modell som passar för en stor tätort kan vara en mycket dålig lösning i glesbygden. Oavsett dessa skillnader finns dock vissa grundläggande förhållanden som alltid måste tillgodoses för att det ska bli en väl fungerande samverkan utifrån de behov den enskilde har. Dessa presenterar vi nedan i punktform.

Vi vill också understryka att den samverkan vi föreslår, kan börja byggas upp redan idag i alla landsdelar, utifrån de skilda förutsättningar som råder.

Våra förslag i åtta punkter för en fungerande samverkan

- Kring varje äldre person med stora och sammansatta behov ska det finnas ett för individens behov anpassat tvärprofessionellt team, med en huvudansvarig utifrån personens hela vård- och omsorgssituation. Huvudansvarig kan variera med de insatser den enskilde behöver. Det är den enskilde brukaren som i samförstånd med berörda yrkesgrupper avgör vem den huvudansvarige ska vara.
- Vård- och rehabiliteringsplan ska upprättas mellan vård- och omsorgstagaren och det team som övertar ansvaret efter utskrivning från slutenvården.
- Primärvården bör ha det samlade medicinska huvudansvaret för den enskilde vård- och omsorgstagaren. En fast kontaktperson ska finnas där, som antingen kan vara distriktssköterska eller läkare i primärvården. Utifrån den enskildes behov kan denne ingå i teamet eller på annat sätt stå till teamets förfogande. Ett alternativ till primärvårdens ansvar kan vara att det medicinska huvudansvaret läggs på en geriatrisk klinik, som utser en särskild kontaktperson. Valet av alternativ bedöms utifrån vad som är bäst för den enskilde. En viktig uppgift för det medicinska ansvaret är att det inte ska förekomma onödiga besök vid akutsjukvården.

- Teamen ska ha tillgång till geriatrisk kompetens, som vid en akut situation för vård- eller omsorgstagaren ska kunna besluta om direktinläggning till geriatrisk klinik eller vårdavdelning med tillgång till geriatrisk kompetens och övriga medicinska specialiteter, som det kan finnas behov av.
- För att få ut det optimala för varje enskild vård/omsorgstagare förutsätts att personella resurser finns i tillräcklig omfattning inom varje kommun och landsting. Som tidigare sagts, krävs att teamen är flexibla och kan ändra sammansättning över tid. Utifrån en fast grupp måste kompetens kunna kompletteras snabbt och enkelt då behov uppstår. Exempel på yrkesgrupper kan vara arbetsterapeut, dietist, geriatriker, logoped, sjukgymnast, tandsköterska etc.
- Det krävs en satsning på utbildning och kompetensutveckling av personal verksamma inom sjukvård och äldreomsorg. Idag råder en stor brist på personal med tillräcklig utbildning och kompetens rörande gerontologi, geriatrik, demenssjukdomar m.m. Förstärkningar behövs inom alla delar av vården och omsorgen om äldre. En väl fungerande samverkan förutsätter också att personalen har den tillräckliga kompetensen för sina uppgifter.
- Samverkan mellan personalgrupper kräver också en ekonomisk samverkan. Resurserna måste samlas runt den enskilde med en gemensam budget.
- För att skapa stabilitet bakom de politiska besluten om samverkan inom vård och omsorgsverksamheten, krävs tvärpolitiska lösningar som fungerar långsiktigt, oavsett politisk majoritet.

Bakgrund till dagens samverkansproblem

Äldres vård och omsorg är splittrad och fragmentiserad. Gränser har dragits upp och murar rests som förhindrar en verklig samverkan. Vi har fått en utveckling som ingen säger sig vilja ha. Flera förklaringar kan ges till detta.

Olika huvudmän är inblandade. Landstingen och kommunerna bevakar sina respektive områden och budgetar. Den s.k. stuprörsmodellen råder mellan de instanser som är inblandade i äldres vård och omsorg. I stället för samverkan splittras arbetet upp och fragmentiseras.

Även inom respektive huvudman är resurserna uppsplittrade istället för samordnade. I kommuner med kommunal hemsjukvård, dras ofta gränser upp mellan hemsjukvården och övrig äldreomsorg. Liknande gränser finns även mellan landstingens öppenvård/slutenvård.

Hemtjänsten beviljas ofta i form av bestämda insatser utifrån biståndshandläggarens bedömning. Många gånger kan det vara olika utförare inblandade i hemtjänsten. Detta kan försvåra kontinuitet och samverkan.

I samband med biståndsbedömningarna tvingas handläggarna rätta sig efter snäva budgetrestriktioner. Både formella och informella kommunala regelverk inskränker de rättigheter som anges i socialtjänstlagen.

Nära knutet till budgeten finns också en arbetsorganisation som försvårar samverkan över avdelnings- och enhetsgränser.

Både inom och mellan olika yrkesgrupper kan också skapas förhållningssätt som utgör hinder för samarbetet. Det kan gälla olika uppfattningar om vilka insatser som behövs i omsorgen och omvårdnaden. Hierarkier i en arbetsorganisation försvårar samverkan.

När allt fler olika utförare erbjuder vård och omsorg kan också nya hinder för samverkan uppstå. Som exempel kan nämnas uppsplittrade administrativa, tekniska och geografiska gränser.

Det är i första hand två lagar som reglerar äldreomsorgen - socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Dessa båda lagar har helt olika konstruktion och har skapat två olika kulturer och traditioner inom kommuner och landsting. Socialtjänstlagen ger brukaren en viss lagstadgad rätt till stöd om behov föreligger medan hälso- och sjukvårdslagen anger en skyldighet för huvudmannen att erbjuda en god sjukvård. SOL ger därmed ett starkare rättsligt skydd än HSL.

I det praktiska arbetet har SOL ofta gett mindre utrymme för flexibilitet, många gånger krävs formella beslut för att en insats ska kunna komma ifråga. HSL är mindre reglerad vilket ofta leder till bättre möjligheter för ett informellt arbetssätt, där den aktuella situationen avgör insatserna.

Sverige är inte ensamt om svårigheterna att samverka över personal och budgetgränser. I rapporten "Who Cares" som presenterades vid konferensen "Healthy and Dignified Ageing" under det svenska ordförandeskapet, lyftes

bland annat bristen på samverkan fram som ett vanligt problem i vården och omsorgen om äldre personer i Europa.

Stimulansmedel- måste vara långsiktiga

De statliga stimulansmedlen har gett resultat som förhoppningsvis kommer att bidra till en utveckling av äldreomsorgen. Idag finns t.ex. dietister anställda i de flesta av landets kommuner. Även om syftet med dessa stimulansmedel har varit att åstadkomma varaktiga förändringar finns ändå en stor risk att satsningarna stannar på projektstadiet. Tidigare erfarenheter ger tyvärr anledning till oro. Ofta återgår förhållandena till det gamla när projekten upphör. Större krav på långsiktighet bör därför ställas när statliga stimulansmedel beviljas.

Politiska lösningar krävs

Vi har ovan presenterat våra förslag i åtta punkter. Vi vill här ge en mer allmän beskrivning av vad som behöver göras för att skapa en god grund för samverkan inom vården och omsorgen om äldre. I sista hand handlar det om politiska beslut som ger incitament för samverkan på alla samhällsnivåer.

Det finns goda exempel på samverkan men de bygger ofta på engagerade enskilda personer, vilket ger en bräcklig grund för en mer bestående organisation. En långsiktig samverkan ska klara personalbyten, politiska skiften och ekonomiskt svåra tider. Den måste vara byggd på en stabil organisation, där samverkan ses som ett självklart arbetssätt.

Det ska finnas en gemensam ekonomi för omhändertagandet av äldre mellan landsting och kommuner i stället för dagens två parallella skattefinansierade system för samma vård- och omsorgstagare. Oavsett vem som utför vård och omsorgsåtagandena, är det kommun och landsting som bär ansvaret för att tillräckliga resurser finns tillgängliga för att motsvara HSL och SoL:s krav på insatser.

Samverkan och samarbetet måste formas och utvecklas i det praktiska arbetet. Lagar och övriga författningar, budget, arbetsorganisation, statsbidrag m.m. ska ge förutsättningar för samverkan mellan olika personalgrupper runt äldre med stora och sammansatta behov. Hur denna samverkan sedan utformas i

praktiken måste avgöras av dem som är verksamma i det dagliga arbetet och naturligtvis tillsammans med den enskilde brukaren/vårdtagaren.

Som framgår ovan menar vi att dagens lagstiftning kan skapa svårigheter för en god samverkan. Mot den bakgrunden menar vi att en översyn behövs av både SOL och HSL när det gäller vården och omsorgen av äldre. De båda lagarna måste harmoniera vad gäller förhållningssätt och utgångspunkter, där tydliga rättigheter kombineras med den flexibilitet och det informella arbetssätt som ges i HSL.

I socialtjänstlagen 2 kap 6§ anges att "kommunen ska planera sina insatser för äldre" och då "ska kommunen samverka med landstingen samt med andra samhällsorgan och organisationer". Detta är uppenbarligen otillräckligt och mer tvingande regler med tydliga krav på samverkan behövs. Därutöver måste Socialstyrelsen vara tydligare i sina föreskrifter, råd och vägledningar.

Samverkan kan utvecklas även utan en förändring av lagarna men en hel del av de svårigheter som idag uppstår i kontakterna mellan olika yrkesgrupper kommer att kunna undanröjas och planeringen av insatser underlättas om lagarna utformas utifrån ett gemensamt förhållningssätt.

Utöver Sol och HSL finns även lagen om kommunernas betalningsansvar som ger kommuner och landsting en skyldighet att samverka vid vårdplaneringen när en äldre patient är utskrivningsklar. Även om en vårdplanering oftast genomförs så brister kvaliteten många gånger.

Följande yrkesgrupper har hittills deltagit i arbetet med att ta fram plattformen

Allmänläkare, specialister i allmänmedicin, har ett patientfokuserat arbetssätt där andra engageras vid behov för en optimal insats för den specifika individen. Allmänläkaren följer människan genom livet, och har kompetens att ställa tidig diagnos, att följa sjukdomars förlopp och att ge rätt behandling vid rätt tidpunkt. Allmänläkaren har stor kunskap om det naturliga åldrandet och att ta hand om de äldre multisjuka. Allmänläkare är utbildade i läkemedelsanvändning generellt men också mer specifikt hos den äldre delen av befolkningen.

En specialist i allmänmedicin har överblick över den vård som finns tillgänglig för patienten och lotsar patienten rätt i vården, men ser också till att rätt resurser och kompetens finns på den egna vårdenheten.

Arbetsterapeuten sätter fokus på meningsfulla aktiviteter och stöttar den äldre i att öka eller upprätthålla sin aktivitetsförmåga och kunna vara delaktig i sitt vardagliga liv. Insatserna utgår från individens behov och eget uppsatta mål. De utförs genom individuell träning av aktivitetsförmågan, utredning och utprovning av hjälpmedel, bostadsanpassning och anpassning av den yttre miljön. Andra viktiga områden för arbetsterapeuten är fallprevention och handledning till personal och anhöriga.

Dietisten förebygger, undersöker och behandlar nutritionsrelaterade problem. Syftet är att stoppa ofrivillig viktnedgång och därmed bibehålla vikt och muskulatur, som är viktiga för den funktionella förmågan och möjligheten till autonomi. Mat, måltid och ätande skall också vara lustfyllt trots funktionsnedsättningar, här kan dietisten hjälpa till med individinriktade insatser. I arbetsuppgifterna ingår också utbildning av personal, och utveckling av goda rutiner för mat, måltid och nutritionsbehandling tillsammans med övrig personal.

Geriatrikerns ansvarsområde är kompetens inom gerontologi (läran om det friska åldrandet) och geriatrik (läran om det sjuka åldrandet) och omfattar en bred bedömning av den äldre patientens såväl medicinska som sociala funktionsförmåga. Målet är att för den enskilde individen minimera och kompensera de handikapp som följer av ett sjukdomstillstånd. Geriatrikern har en samordnande funktion vilket kräver ett tvärprofessionellt arbetssätt i nära samarbete med andra medicinska specialiteter, andra personalkategorier och övriga samhällsinstanser.

Logopeden är specialist på svårigheter med tal, språk, läsning/skrivning, munmotorik, det vill säga kommunikation och ätande. Logopeden undersöker, behandlar och tränar svårigheter som rör kommunikation och tal samt ät- och sväljningssvårigheter. Även förskrivning och/eller tillverkning av kommunikationshjälpmedel samt handledning av personal och anhöriga ingår i logopedens uppgifter. Vid behov ges rekommendationer om konsistensanpassning och annat som underlättar ett säkert födointag.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska(MAS). I alla kommuner finns en MAS, med ett övergripande ansvar för att kommunal hälso- och sjukvård är god och

säker i enlighet med gällande författningar. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan ser till att det finns direktiv och instruktioner för hur vården ska bedrivas, samt följer upp att dessa efterlevs. MAS har inget primärt ansvar för den individuella inriktade vården av enskild patient men kan ingripa i enskilt fall och bestämma över vård och behandling.

Sjukgymnasten förebygger, undersöker och behandlar rörelsesvårigheter som begränsar eller riskerar att begränsa den äldre personens rörelseförmåga och hälsa, t.ex. att förebygga komplikationer vid långvarigt sängläge och ett stillasittande liv genom att anpassa aktiviteter och träning för att nå bästa möjliga rörelseförmåga och hälsa. I arbetsuppgifterna ingår också att hitta lämpliga hjälpmedel, bedöma risken att falla, behov av hjälp i hemmet tillsammans med arbetsterapeut, samt handledning till personal, personliga assistenter och studenter.

EXEMPEL PÅ HUR SAMVERKAN KAN UTFORMAS, UTIFRÅN SITUATIONEN FÖR TVÅ PERSONER

Doris – ett dåligt exempel på samverkan

Doris är 81 år och ensamboende i lägenhet. En morgon ramlar hon och slår i den ena höften. Trots smärta och lite omtumlad, lyckas Doris nå telefonen som står på ett bord i sovrummet. Ambulans och snabb färd till sjukhus där ortopedjouren undersöker henne. Hon blir liggande några timmar på britsen på akuten innan hon skickas till röntgen där man konstaterar att inget är brutet. Doris ger ett förvirrat intryck och växlar lite i hur klar i huvudet hon är, så ortopedjouren misstänker att det kan vara något fel på hjärnan och skickar en remiss till neurologjouren där han undrar om Doris kan ha fått en stroke. Neurologjouren är upptagen med mycket annat, men efter en tid bedömer neurologjouren Doris och skickar en remiss för skiktröntgen av hjärnan. Så småningom blir skiktröntgen av hjärnan gjort och man kan där inte se någon säker stroke utan åderförkalkningsförändringar i hjärnan. Då Doris således inte har någon neurologisk sjukdom återgår ansvaret för henne till ortopedjouren.

Dagen har nu nästan gått. Doris mår inte bra. Hon har varken fått något att äta eller dricka på hela dagen, och ortopedjouren bedömer nu att det blir svårt att skicka hem henne. Det går ytterligare tid innan personal från Akutmottagningen hinner transportera Doris till avdelningen som ligger en bit bort, men klockan 8 på kvällen är hon där. Sjuksköterskan på avdelningen konstaterar att hon vid ankomsten är förvirrad, har kissat ner sig i sängen och ojar sig lite. All väntan på Akutmottagningen – i början på brits – har medfört att Doris tyvärr hinner få ett trycksår i rygglutet under den tiden.

Smärtan från höften är ringa jämfört med smärtan från trycksåret och det är svårt för henne att över huvud taget röra sig; hon behöver hjälp med det mesta under lång tid. Hon skickas till ett korttidsboende för vila, vidare träning och ny bedömning av situationen. Doris, som innan denna händelse, verkat frisk och utan några speciella

kontakter med vården eller omsorgen, blir nu ett fall för densamma. Hon är i och för sig listad inom primärvården, men har inte besökt den sedan flera år tillbaka, och har inte varit i kontakt med sin ansvarige läkare. Denna behandlar nu Doris med smärtlindring men inleder aldrig någon utredning av minnet eller nedstämdheten eftersom dessa uppgifter aldrig når läkaren från boendet där detta är uppenbart för personalen.

Så småningom genomförs ett vårdplaneringsmöte på korttidsboendet. Samarbetet mellan kommunen och landstinget fungerar tyvärr dåligt varför både personalen på boendet och biståndshandläggaren är illa förberedda inför mötet. Man upptäcker under sittande möte att varken distriktssköterska eller anhöriga kallats, och mötet får skjutas upp ett par veckor till stor frustration för alla inblandade. Kostnaderna för de extra veckorna på korttidsboendet blir upptakt till en långdragen träta mellan kommunen och landstinget.

Vid det andra planeringsmötet står det klart att varken Doris lägenhet eller hennes tillstånd kommer tillåta en hemgång, och man beslutar att erbjuda Doris ett särskilt boende i närheten av hennes nuvarande bostad. Detta blir också verkställt. Med fortsatt träning kan Doris så småningom förflytta sig med hjälp av rollator korta sträckor inomhus.

Efter ett halvår på boendet så har Doris problem med minnet och humöret blivit så stora att läkaren kontaktas på nytt och inleder en utredning. Doris får slutligen en demensdiagnos ett drygt år efter den första skadan. Man hamnar nu i ett dilemma eftersom hon börjat rota sig på boendet men detta boende är mindre lämpat för patienter med besvärande demenssymptom. Hade man vetat om hennes diagnos tidigare så kunde hon ha kommit rätt från början. Bekymren växer till problem och till sist blir man tvungen att flytta Doris till ett demensboende vilket i och för sig är bra med tanke på sjukdomen – men att bryta upp igen och flytta bryter ner Doris ytterligare.

Doris – ett gott exempel på samverkan

Doris är 81 år och ensamboende i lägenhet. En morgon ramlar hon och slår i den ena höften. Trots smärta och lite omtumlad, lyckas Doris nå telefonen som står på ett bord i sovrummet. Ambulans och snabb färd till sjukhus. På sjukhuset finns akutgeriatrik och geriatrikjour där Doris tas om hand som alla patienter över 75 år som har ramlat. Redan på akutrummet har man vid en rutinkontroll lagt märke till att Doris har lite svårt med minnet och att hon ter sig lätt förvirrad. Då Doris har mycket ont och medtagen måste hon läggas in på sjukhuset. Rehabiliteringen går långsamt och hon skickas till ett korttidsboende för vila, vidare träning och ny bedömning av situationen. Vid utskrivningen från sjukhuset har geriatrikaren noterat i journalen att Doris kan ha en begynnande demensutveckling och att detta bör utredas när hon åter mår mera som vanligt¹. Doris som innan denna händelse, verkat frisk och utan några speciella kontakter med vården eller omsorgen, blir nu ett fall för densamma. Hon är i och för sig listad inom primärvården, men har inte besökt den sedan flera år tillbaka, och har inte varit i kontakt med sin ansvarige läkare. Denna utreder nu vidare och utredningarna tyder på en demenssjukdom samt depression. Tillsammans med geriatriker på Minnesmottagningen på sjukhuset så fastställs diagnosen Alzheimers sjukdom. Man sätter in en "bromsmedicin" och planerar för några uppföljande besök på Minnesmottagningen för att utvärdera bäst möjliga behandling och dosering samt hur demenssjukdomen utvecklas. Doris får också behandling med antidepressiva mediciner och dagvårdsinsatser. Relativt snart upplever Doris tillvaron som betydligt ljusare.

Efter två månader på korttidsboendet väcks frågan om den fortsatta planeringen för Doris. Man kontaktar kommunens biståndsbedömare. Det finns ett väl inarbetat samarbete mellan kommunen och landstingsvården. Man genomför ett vårdplaneringsmöte med Doris, biståndsbedömaren, personal från korttidshemmet

¹ Det är viktigt att inte göra demensutredning i samband med akut kropplig sjukdom då ett tillfälligt förvirringstillstånd kan misstolkas som demenssjukdom

och distriktssköterskan inom primärvården där Doris är listad. Man upprättar en vårdplan som Doris känner sig bekväm med. Inför mötet har arbetsterapeut och sjukgymnast gjort ett besök hemma hos Doris för att bedöma möjligheten att återvända hem. De har konstaterat att en återgång till bostaden är i stort omöjlig, då Doris lägenhet ligger på tredje våningen utan hiss. Lägenheten är också svår att anpassa efter hennes behov i övrigt, och man beslutar därför att erbjuda Doris ett särskilt boende i närheten av hennes nuvarande bostad. Detta blir också verkställt. Med fortsatt träning kan Doris så småningom förflytta sig med hjälp av rollator korta sträckor inomhus.

En äldresjuksköterska blir ansvarig för Doris på det särskilda boendet, tillika sammankallande för teamet kring Doris. Boendet besöks varje vecka av en geriatriker inom primärvården, hos vilken Doris nu blir listad. Var tredje månad gör teamet runt Doris en strukturerad genomgång av hennes fortsatta behov av stöd i sin vardag samt tar ställning till övriga behandlingsinsatser. Smärtorna klingar så småningom av och man kan minska ner och sedan ta bort de smärtlindrande medicinerna.

Inge – ett dåligt exempel på samverkan

Inge, 76 år, drabbas av en stroke i sitt hem. Inge behandlas sedan tidigare för högt blodtryck och diabetes. Hemtjänsten hittar Inge liggandes på köksgolvet och larmar ambulans, som tar honom till akutmottagningen på regionsjukhuset. Det tar tid innan man på akuten får uppgifter om hur Inge varit tidigare, det dröjer innan man kan konstatera att han har en färsk stroke och kanske hjärnskadan blev onödigt stor. Inge har fått funktionsnedsättningar till följd av stroke, vilket innebär en försämrad balans och gång samt svårigheter att tala och svälja. På den vårdavdelning där Inge ligger finns vare sig geriatriker eller andra doktorer med inriktning på äldre sköra patienter men man rehabiliterar Inge efter de förutsättningar som man har. Inge tränar med sjukgymnast och arbetsterapeut men någon egentlig rehabiliteringsplan blir inte upprättad och därför vet inte personalen riktigt vilka mål som skall uppnås innan hemgång. Det är brist på logopeder på Inges sjukhus men han får i alla fall träffa en logoped för bedömning (någon egentlig träning av talet finns det inte tid till), men dietist tillkallas inte för utredning av konsistensanpassning.

För att undvika nya slaganfall så har Inge fått en hel del mediciner insatta, både kraftfulla blodförtunnande och blodfettssänkande tabletter. Eftersom ingen strukturerad bedömning har gjorts av Inge som helhet så tänker ingen på de andra mediciner som Inge tar och att några av dem är olämpliga för honom. Han får också en hel del biverkningar i form av sura uppstötningar och muskelvärk men innan han hunnit berätta om dessa för doktorn på avdelningen så har det blivit dags att skrivas ut.

Inge som är listad inom primärvården, har där sin ansvariga läkare, som haft kontakten med Inge i hans tidigare sjukdomar. Inför utskrivningen träffar Inge personal från primärvården samt biståndshandläggaren för att planera hemgången. Inges hjärnskada gör att han har svårt att tala och göra sin vilja hörd på mötet. Han känner sig inte trygg hemma och vill helst inte hem direkt. Detta förstår Inges barn, men ingen av dem har kallats till planeringsmötet. De närvarande bestämmer att

Inge kan klara sig i det egna boendet med förstärkt hemtjänst. Det behöver göras en hel del anpassningar i hemmet för att det skall fungera tillfredsställande där för Inge; han får gå hem i väntan på dessa anpassningar men ingen får i uppgift att följa upp att anpassningarna sker. Bland annat är det några trösklar som tas bort först efter två månader och upprepade påstötningar av anhöriga som är oroliga att Inge, med sin släpande gång, skall snava.

I praktiken blir Inge mest sittande i TV-soffan efter hemkomsten. Någon träning blir inte av vilket var tanken på sjukhuset – överrapporteringen till rehabteamet inom primärvården har tyvärr inte fungerat. Ingen har heller uppmärksammat att Inge har kvarstående sväljproblem.

Inges läkemedel följs inte upp som tänkt; någon samlad läkemedelsberättelse där man redovisar medicinändringarna som gjorts, når aldrig hans ansvariga läkare i primärvården. När värken och magsmärtorna förvärras så kopplar man därför inte samman dessa symptom med medicineringen och han får ytterligare mediciner för att behandla vad som egentligen är biverkningar.

Ett år efter stroken får Inge plats på ett omsorgsboende; han har då ont i hela kroppen, hans år i hemmet har karaktäriserats av kronisk värk, otrygghet och nedstämdhet, samt viktnedgång till följd av dåligt matintag.

Inge – ett gott exempel på samverkan

Inge, 76 år, drabbas av en stroke i sitt hem. Inge behandlas sedan tidigare för högt blodtryck och diabetes. Hemtjänsten hittar Inge liggandes på köksgolvet och larmar ambulans, som tar honom till akutmottagningen på regionsjukhuset. Man konstaterar stroke, och sätter in behandling omgående. Inge har fått funktionsnedsättningar till följd av stroke, vilket innebär en försämrad balans och gång samt svårigheter att tala och svälja. I början av hans rehabilitering kopplas ett geriatriskt team in, med såväl sjukgymnast som arbetsterapeut, logoped och läkare. De gör först en strukturerad bedömning av Inges sjukdomstillstånd och livssituation, och gör tillsammans med honom upp en plan för träning och övriga fortsatta behandlingar. Logoped och dietist finns med i teamet. Logopeden för att bedöma och följa upp samt träna tal-, tugg- och sväljförmågan, vilket är viktigt för Inges allmäntillstånd och möjlighet till kommunikation med omgivningen. Dietisten för utprovning av rätt konsistens på mat och dryck och för ordination av näringsdryck.

För att undvika nya slaganfall så har Inge fått en hel del mediciner insatta, både kraftfulla blodförtunnande och blodfettssänkande tabletter. Inge har tidigare ätit blodsockersänkande mediciner men eftersom Inges njurfunktion försämrats så börjar den medicineringen bli riskabel, och geriatrikern hjälper till med insättande och inställning av insulin istället.

Efter några veckors behandling och rehabilitering är det dags att skrivas ut. Inge som är listad inom primärvården, har där sin ansvariga läkare inom primärvården, som haft kontakten med Inge i hans tidigare sjukdomar. Inför utskrivningen samlas Inge, personal från det geriatriska teamet och från primärvården, biståndshandläggaren och ansvarig från hemtjänsten för att planera hemgången. Tillsammans bedömer man att Inge kan klara sig i det egna boendet med förstärkt hemtjänst och hembesök av sjukgymnast och arbetsterapeut någon gång i veckan inledningsvis. Inge fick också beviljat omsorgsmåltid och stöd i vardagens aktiviteter. Logoped informerar personal och anhöriga om hur Inges tal och språk är påverkat och hur Inges

kommunikation och tal bäst stöttas i samtal. Arbetsterapeuten föreslår vidare att lägenheten ska anpassas efter den nya situation Inge befinner sig i. Genom hjälpmedel och bostadsanpassning kan toaletten förhöjas, badkaret bytas ut till dusch och trösklar tas bort. En automatisk dörröppnare på ytterdörren till fastigheten gör det också möjligt för Inge att själv ta sig ut och in. Detta sker också några dagar efter att Inge kommit hem. Inge bedöms ha fortsatt behov av konsistensanpassad kost via matdistribution och näringsdrycker. Dietisten informerar personalen.

Inge får en kontinuerlig uppföljning i hemmet av det geriatriska teamet för att stödja honom i hans fortsatta träning och i att hantera sin nya situation. Det är av stor vikt att Inge trots sina begränsningar får möjlighet att vara aktiv och utföra de aktiviteter han känner är meningsfulla och viktiga för honom.

Eftersom Inge har flera kroniska sjukdomar och bedöms vara skör så behåller han kontakt med det geriatriska team som gjort en strukturerad bedömning av hans tillstånd i början av den inneliggande rehabiliteringen. En gång i halvåret görs också en läkemedelsgenomgång med teamet för att följa upp resultatet av behandlingen, och väga effekter av behandlingen mot möjliga biverkningar. Teamets roll blir alltmer rådgivande till primärvården, i takt med att Inges livssituation stabiliseras.

En vård värd samverkan



Alla säger sig vara överens om behovet av samverkan inom vården och omsorgen av äldre. Ändå är den uppsplittrad och fragmentiserad. Vi nöjer oss inte längre med den allmänna välviljan utan efterlyser resultat. I denna plattform för samverkan, vill vi visa hur den kan utformas utifrån individens behov i tvärprofessionella team. Våra förslag utgår från äldre personer med stora och sammansatta behov och som därmed behöver insatser från olika yrkesgrupper inom vård, omsorg och rehabilitering. Samtidigt kommer en väl fungerande samverkan även att gynna andra där behoven är betydligt mindre.

Stockholm Juni 2010

PRO



SENIORER I TIDEN
INFLYTANDE • VALFRIHET • LIVSKVALITET



SFAM SVENSK FÖRENING FÖR
ALLMÄNNE MEDICIN

SGF SVENSK GERIATRISK FÖRENING
"Ett GERIATRISKT team till alla som behöver det"



Svenska Logopedförbundet



Stimulansmedel nutrition; 2007 – 2008

Innehåll

Inledning Stimulansmedel nutrition; 2007 – 2008	2
Förutsättningar för tjänsten.....	2
Tjänster	2
Mycket arbete återstår, men en del har hänt.....	4
”Allt har blivit bättre”	5
Kortsiktiga mål och oklar ansvarsfördelning	5
Slutsatser av enkäten 2007; <i>Stor osäkerhet, avsaknad av ledarskap, lång startsträcka</i>	7
Slutsatser av enkäten 2008 <i>Bättre resursutnyttjande och mer erfarna dietister, men osäkerheten kvarstår</i>	7
Samband mellan sår, fallprevention, rehabilitering och nutrition	9
<i>Tvärprofessionellt samlat grepp stävjar Sarkopeni, en del av det naturliga åldrandet</i>	9
Slutsatser.....	10
Referenser	11
Exempel.....	12
Remissvar: I den äldres tjänst (SOU 2008:126)	18



www.dr.f.nu

Inledning Stimulansmedel nutrition; 2007 – 2008

Stimulansmedel till kommuner och landsting för insatser inom vård och omsorg om äldre personer syftar till att:

- ✓ förbättra eftersatta områden
- ✓ utveckla samarbetet mellan huvudmännen
- ✓ stärka tryggheten och
- ✓ ge brukarna en bättre vardag

I syfte att få en samlad bild av stimulansprojekt med inriktning på nutrition där dietist varit involverad sände Dietisternas Riksförbund ut en enkät i november 2007, denna upprepades i oktober 2008. Enkäten besvarades av 76 personer (71%) 2007 och av 82 personer (69%) 2008.

Förutsättningar för tjänsten

2008 hade 84% heltidstjänst eller deltidstjänst >75% jämför med 83% 2007. Genomsnittlig tid på tjänsten hade ökat från 14 till 18 månader. En majoritet har tjänstetiteln dietist. 2008 uppgav 80% att de hade tidsbegränsade projektanställningar. 2007 var motsvarande siffra 75%. 2008 var 78% av tjänsterna finansierade med Stimulansmedel jämfört med 73% 2007.

Av de som besvarat enkäten har tolv personer tillsvidareanställning. Siffran är oförändrad mellan 2007 och 2008. Trettiofyra personer hade endast 2 månader kvar på tjänsten, 40 visste inte om tjänsten skulle bli förlängd, medan 6 visste att projektet inte skulle bli förlängt. Endast 23 personer visste att de hade anställning det närmaste halvåret.

Enligt en annan enkätundersökning utförd bland kommundietisterna (90 svarande) är 17,5 tillsvidarejänster, 6 är vikariat, 76 utgörs av projektanställningar

Tjänster

Tillsvidarejänster april 2009

25 tjänster (hel- resp. deltid) (uppgifter från kommundietistnätverket):

Göteborg Stad, Tynnered	Katrineholm	Umeå
Huddinge	Mark	Uppsala
Hudiksvall	Malmö - 2 tjänster	Varberg
Hammarö	Skara	Växjö
Järfälla	Skellefteå - 3 tjänster	Örnsköldsvik
Jönköping - 50%	Stenungsund - 75%	Huddinge (FouCenter)
Karlskrona	Sundsvall	
Karlstad	Trelleborg	



www.dr.f.nu

Enligt den sammankallande i nätverket för kommundietister har följande nitton projektjänster inte förlängts under 2009:

Avesta, Bollnäs, Bräcke kommun i Jämtland (projektet avslutat 1/4-09), Falköping, Gällivare, 2 tjänster inom Göteborg (Kärre-Rödbo och Backa), Hedemora, Härnösand, Ljusdal, Luleå, Mora, Olofström, Partille, Stockholms stads Äldreförvaltning, Valdemarsvik, Vansbro, Ydre, Östhammar.

Fem tjänster har tillkommit sedan årsskiftet:

Krokom, Oskarshamn, Stockholm (Enskede/Årsta/Vantör), Trosa och Umeå.

(Alla har ännu inte lämnat sina uppgifter).

Sjuttioen procent arbetar inom särskilt boende, jämfört 49% inom hemtjänst. 2007 var motsvarande siffror 76 respektive 57%, se tabell 1. Allt flera arbetar inom handikapp och funktionshinder. Vi noterar att det 2008 inte längre är någon dietist som anger att de arbetar med ”annat”, d v s arbetsuppgifter som inte bör ingå i en dietisttjänst. Tjänsterna har gått från en bredare allt-i-allo-tjänst till att få en mer specialiserad funktion, både vad gäller arbetsområden och arbetsuppgifter.

Arbetsuppgifter som ingår i tjänsten har omfördelats något, se tabell 2. 2008 arbetar de flesta med utbildning, styrdokument och kartläggning av nuläget, precis som vid föregående enkätundersökning. Arbete med nutritionsbehandling av enskilda har ökat.

Vilket/vilka områden ingår i tjänsten?	2008		2007	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Äldreomsorg	63	77%	63	84%
Hemtjänst	40	49%	43	57%
Särskilt boende	58	71%	57	76%
Barnomsorg	3	4%	7	9%
Skola	5	6%	8	11%
Handikapp och funktionshinder	21	26%	13	17%
Annat	0	0%	11	15%
Genomsnittligt ant. arbetsområden	2,4		2,3	

Tabell 1. Arbetsområden som ingår i tjänsten som kommundietist.

	2008		2007	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Kartläggning av nuläget	54	66%	49	64%
Utbildning av personal	73	89%	62	83%
Nutritionsbehandling av enskilda	31	38%	24	33%
Framtagande av styrande dokument	61	74%	49	66%
Annat	9	11%	40	53%

Tabell 2. Arbetsuppgifter som ingår i tjänsten.

Mycket arbete återstår, men en del har hänt

Dietistfunktionen börjar etablera sig. Under 2008 har flera gått in på sitt andra verksamhetsår. Många kommuner har fått en tydligare medvetenhet om nutitionsfrågornas betydelse och därmed också om vilken nytta man kan ha av dietist när det gäller kvalitetsutvecklingen inom området. Flera dietister har fått en mer framträdande roll i planering och styrning, t ex när det gäller att ta fram styrdokument. Allt fler kommuner har tillgång till viktiga verktyg för kvalitetsutveckling och styrning jämfört med 2007, se tabell 3. Detta är en direkt följd av dietistens arbete. Många kommenterar att de byggt upp tjänsten från grunden och skapat sina egna förutsättningar bland annat genom att ta fram dessa verktyg. Kontakt med andra yrkesgrupper såsom logoped, arbetsterapeut finns etablerad på många ställen, många har tankar på utökat samarbete i verksamhetsplanen för 2009.

Endast 5% anser att kommunen har kommit långt i sitt nutitionsarbete. En övervägande majoritet (87%) anser att kommunen har långt kvar. Men en del har trots allt hänt, se tabell 3.

	Fanns 2007 hos	Fanns 2008 hos
Egenkontrollprogram	48%	66%.
Näringsberäknad matsedel	35%	48%
Instrument för nutitionsbedömning	43%	68%
Riktlinjer / policy angående nutrition	41%	71%

Tabell 3. Kommunernas tillgång till viktiga verktyg för kvalitetsutveckling och styrning.



www.dr.f.nu

Handikapp och funktionshinder är en ny arena som visat intresse för att få hjälp och stöd av kommundietist. Vårdtagarna är yngre och såväl under- som övervikt, tugg- och sväljproblem, samt andra nutritionsproblem som allergier och intoleranser förekommer. Personalen inom dessa boendeformer har ett stort ansvar trots bristande kompetens, då de både ska planera och laga mat för personer med nutritionsrelaterade problem.

"Allt har blivit bättre"

Kommentarer från enkäten:

- *"Ledningen inom äldreomsorgen och omsorgsnämnden är mycket positiv till nutritionsarbetet och jag tycker att vi successivt lyckas genomföra förbättringar."*
- *"Mycket har hänt sedan den förra dietisten började sin anställning här. Nu gäller det dels att upprätthålla det arbetet samt att vidareutveckla och fullt ut förankra detta."*
- *"Ett nutritionstänk har så smått börjat i förvaltningen. Men det finns massor kvar att arbeta med"*

Enkäten visar att fler dietister trivs på sin arbetsplats, och de flesta menar att utvecklingen gått i en positiv riktning. De får gehör för sina idéer och känner sig respekterade för sin kompetens och för det arbete de utför.

Osäkerheten är dock fortfarande mycket stor. Vid svarstillfället uppgav 41 % (34 av 82 svarande) att projektet skulle avslutas inom två månader (=årsskiftet 2008/2009). Endast 23 personer visste att de hade jobb längre än det närmaste halvåret.

Kortsiktiga mål och oklar ansvarsfördelning

Kommunerna befinner sig på väldigt olika nivåer. Flera dietister vittnar om att verksamheten börjat i fel ände: önskemål om utbildning och resultat finns, men det saknas samtidigt förankring för nutritionsfrågorna i verksamhetsplanen. Man har önskemål om att en nutritionspolicy ska tas fram, men nödvändiga nämndbeslut för att få denna att bli ett av verksamhetens kvalitetsdokument uteblir. I andra kommuner har politiska beslut tagits angående nutritionsrutiner.



www.drff.nu

Ansvarsfördelningen är fortfarande oklar på många ställen. Ingen ser nutrition riktigt som "sin" fråga. Att ha dietist i projektform medför att frågorna inte förankras på allvar i organisationen – man ser det just som ett kortsiktigt projekt utanför den ordinarie verksamheten. Trots att många kommuner ser fördelar med ett mer strukturerat sätt att arbeta med nutrition är man inte beredda att införliva dietistfunktionen i den ordinarie verksamheten.

Kommentarer från enkäten:

- *"Det kommer alltid att finnas mycket kvar att göra, för klar blir man nog aldrig men i denna kommun finns det inget som tyder på att nutritionsarbetet har kommit långt och ju mer man rotar i hur saker och ting går till förstår man hur långt det är kvar. Självklart har det varit betydelsefullt att ha en dietist anställd, den vårdpersonal som fått utbildning tänker verkligen ur ett "kost-perspektiv". Jag tror att det hade gett mer pondus om tjänsten varit en tillsvidaretjänst, nu är det många som säger att detta är något som bara kommer att finnas under tiden som dietisten finns på plats och sedan dö ut och kanske de därför inte engagera sig lika mycket."*
- *"Man har inte en fungerande struktur och rutiner kring maten, eller en tydlig ansvarsfördelning. Upplever att personalen verkligen har väntat på hjälp med att förbättra matsituationen för de äldre."*
- *"Vi har kommit långt om man jämför med hur det var innan jag började här, men det är långt ifrån att vara optimalt. Rutinerna sitter inte ännu och på en del ställen existerar de inte ens."*

Flera som besvarat enkäten uttrycker oro för att nutritionsomvårdnaden successivt kommer att erodera när dietist inte längre finns på plats. Förändringsarbete tar tid och skall det som uppnåtts få bestående värde och utvecklas vidare krävs att nutritionskompetensen införlivas permanent i verksamheten. Det går inte att utvärdera långsiktiga verksamhetsmål inom ramen för ett kortsiktigt projekt.



www.dr.f.nu

Slutsatser av enkäten 2007;

Stor osäkerhet, avsaknad av ledarskap, lång startsträcka

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 innehas av många oerfarna ligger i osäkerheten och de korta projektperioderna som innebär att mer erfarna dietister inte accepterar arbetets förutsättningar. När man är ny i yrket är det svårt att skapa och bygga upp en helt ny tjänst, 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. Att svarsfrekvens inte är högre kan sannolikt också förklaras av den ganska stor rörlighet på dessa tjänster.

Slutsatser av enkäten 2008

Bättre resursutnyttjande och mer erfarna dietister, men osäkerheten kvarstår

Förutsättningarna för tjänsterna har i formell mening inte förändrats. Fortfarande utgörs en majoritet av tidsbegränsade projekt och de flesta vet inte om de kommer att få förlängning. Ett antal tjänster har också upphört i samband med att projekttiden löpt ut. Då kommunernas ekonomi försvagats under det senaste året finns det anledning att

Kommentarer från enkäten:

- *"Finns inga nutritionsbedömningsinstrument eller policy. Varken vårdpersonal eller högre uppsatt personal vet vad man skall göra om någon börjar gå ner i vikt. I dagsläget görs inget alls, oavsett storleken på viktnedgången."*
- *"De har inte förstått hur viktigt det är med rutiner, vilket är grunden till att kunna undervisning, vi undervisar men det finns inga rutiner att följa, då kommer det att falla när dietisten inte är här. Inte långsiktigt mål!"*
- *"Mycket har gjorts men vårt uppdrag blir tufft därför att det är så stort rent geografiskt. Det är inte så lätt att effektivt jobba med förändringsarbete när man ska jobba mot tio olika stadsdelar. Bara LSS bostäderna är 100 st."*
- *"Det har länge funnits riktlinjer här men jag tror att förståelsen brister på ledningsnivå för vad en dietist kan göra. I en större kommun tar arbetet mycket längre tid."*
- *"Det finns väldigt mycket att göra, frågan är hur långt kommunen kan sträcka sig inom sina budgetramar. Känns som ekonomin styr mer än vad den borde."*
- *"Det skulle även behövas en syn att dessa frågor KAN och FÅR kosta pengar, och på politisk nivå så måste resurser avsättas för att möjliggöra att tid kan läggas på nutritionsfrågor och att rätt kompetens anställs inom stadsdelen."*
- *"... det behövs ett långsiktigt arbete där man ökar medvetenheten hos alla nivåer inom stadsdelen/kommunen. Maten behöver få större utrymme samtidigt som vi måste få realistiskt stöd uppifrån."*
- *"Att starta upp ny verksamhet tar mycket tid, att bara anställa en dietist 50% är för lite."*
- *"Först måste man inse att någon kontinuerligt behöver jobba med dessa frågor."*



www.dr.f.nu

befara att många tjänster kommer att försvinna. Osäkerheten är således stor och påverkar starkt hur långsiktigt man kan planera när det gäller utveckling och förändringsarbete. I kommentarerna framkommer vanmakt.

Kommentarer från enkäten:

- *”Nutritionsarbetet med dietist och kostchef har pågått sedan 2002, medarbetarna vet vad en dietist är och hur man kan använda en dietistresurs, intresset för nutritionsfrågor är stort genom flera led.”*
- *”Jag upplever att jag har goda förutsättningar för att göra ett bra jobb åt kommunen. Det finns en tydlig plan och vilja med projektet men samtidigt rörelsefrihet att påverka innehållet och former. Jag har etablerat en bra kontakt med ledningen och förankrat mina idéer. Jag har en bra budget som kan användas för utbildning av sjuksköterskor.”*
- *”Jag tror att det behövs en nutritionsansvarig dietist fast anställd inom kommunen innan man kan säga sig ha nått helt fram.”*
- *”Ja, det finns mycket att göra. Förändringar tar tid, och måste också få ta tid för att få stanna kvar och bli en del av verksamheten.”*
- *”... Ansvarsfrågor behöver utredas, ledarskap stärkas, medvetenhet av vikten av att äta utöka, samt förståelse uppnås för att individuella lösningar behövs. Politiker vill erbjuda krav o närodlat... Var maten lagas är en het fråga, jag jobbar för att de ska förstå komplexiteten i det ovan beskrivna och nått fram en liten bit!”*
- *”Även om vi har kommit en bra bit på väg finns det massor kvar att göra för att bibehålla och bygga på kompetens. Inom handikappdistriktet har vi knappt börjat...”*
- *”Tycker fortfarande att kunskapen om hur svält påverkar en (äldre) människa verkar mycket låg. Det verkar inte som att folk förstår bakgrunden till t ex nutritionsrutiner. På motsvarande sätt kan man säga att många ute i personalen på gruppbostäderna ännu inte riktigt ser poängen med att arbeta med förebyggande hälsovård. Men det finns också de som gör ett makalöst bra arbete.”*
- *”Vi har börjat, det är lång väg kvar.”*

När det gäller andra förutsättningarna ser situationen betydligt ljusare ut än för ett år sedan. Det förefaller som att flera nu funnit sig tillrätta och känner sig uppskattade för sitt arbete, vilket flera kommentarer vittnar om. Den positiva bilden kan också förklaras av att verksamheterna nu bättre förstår vad en dietist kan bidra med. Dietisten har hunnit sätta avtryck i verksamheten.



www.dr.f.nu

Samband mellan sår, fallprevention, rehabilitering och nutrition

Genom regeringsbeslut har Socialstyrelsen fått i uppdrag att utveckla ett nationellt system för *öppna jämförelser inom vården och omsorgen om äldre personer*.

Målsättningen är att få en nationell bild av vården och omsorgen om äldre, att resultaten ska kunna användas i verksamhetens eget förbättringsarbete samt som underlag för den nationella styrningen av vården och omsorgen om de äldre.

De nationella kvalitetsindikatorerna ska stödja arbetet med kvalitet i socialtjänsten och i hälso- och sjukvården i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Socialstyrelsen presenterade nyligen i rapporten ”Nationella kvalitetsindikatorer. Vården och omsorgen om äldre personer, 2009-126-111” några kvalitetsindikatorer inom följande områden:

- Undernäring – identifiera och förebygga
- Fall – identifiera och förebygga
- Trycksår – identifiera och förebygga
- Vård och omsorg i livets slutskede
- Läkemedelsgenomgångar
- Läkemedel förskrivna och uthämtade från apotek

Kvalitetsindikatorerna skall utgöra ett komplement till Äldreguiden. Kunskap om hur man kan identifiera att en person riskerar att falla, utveckla undernäring eller trycksår är en av förutsättningarna för att tidigt uppmärksamma risker och problem och att förhindra onödigt lidande samt att därmed bidra till en bättre livskvalitet. **”Multisjuka äldre är en grupp människor med stort behov av en vård som ser till individens samlade situation under en längre, sammanhängande tid. En vård som ställer stora krav på helhetssyn, kontinuitet och samverkan över specialitets-, professions- och organisationsgränser.”** (Svensk förening för allmänmedicin, Svensk geriatrisk förening, Svensk Internmedicinsk förening). Det finns således ett tydligt samband mellan de olika indikatorområdena som bygger fysiologiska och patofysiologiska förändringar relaterat till åldrande.

Tvärprofessionellt samlat grepp stävjar Sarkopeni, en del av det naturliga åldrandet

Med stigande ålder minskar muskelmassa, styrka och funktion. Detta tillstånd benämns *sarkopeni* [1, 2] och utgör en del i det normala åldrandet. Studier har visat att förekomsten ökar från 13–24 % bland personer under 70 år till > 50 % bland dem över 80 år. Muskelmassan avtar från 30 års ålder och hastigheten i förlusten tilltar efter 60 [3, 4]. Muskelstyrkan avtar med 20–40 % mellan 20 och 70 år. Vid 90 års ålder återstår bara ca 50 procent av muskelstyrkan vid 20 [5]. Sarkopeni utgör således ett folkhälsoproblem bland äldre [6] som bidrar till funktionshinder med ökad risk för bland annat sår och fall, nedsatt förmåga att hantera stress i samband sjukdom och ökad



www.dr.f.nu

dödlighet [7, 8]. De bakomliggande mekanismerna utgörs av ärftligt styrda faktorer och livsstilsfaktorer i kombination där kosten utgör en del.

Sambandet mellan sår-, fallprevention, rehabilitering och nutrition är därför viktig att uppmärksamma och för full effekt av preventiva och rehabiliterande insatser måste också nutrition inkluderas i arbetet.

Eventuella framtida satsningar på stimulansmedel bör därför tydligt prioritera projekt av tvärprofessionell karaktär med fokus på helheten. Som en jämförelse nämns att när enkäten genomfördes fanns det 11 900 sjuksköterskor, 2900 arbetsterapeuter och 1600 sjukgymnaster kommunalt anställda mot 119 kommundietister (Aktuellt på äldreområdet 2008, SKL). Antalet sjukgymnaster och arbetsterapeuter har ökat med vardera 100 personer mellan 2006 och 2007. I rapporten Aktuellt på äldreområdet från Sveriges kommuner och Landsting 2008, nämns dietist överhuvudtaget inte.

	Antal 2007	Förändring 06-07	Antal 2006	Förändring 03-06
Sjuksköterskor	10.800	100	10.700	300
Arbetsterapeuter	2.600	200	2.500	200
Sjukgymnaster	1.400	100	1.300	200
Totalt antal sysselsatta	223.900	2.500	221 300	3.000

Tabell 4. Antalet kommunalt sysselsatta inom olika yrkesgrupper, förändring 2003 till 2007. Källa: SKL, Aktuellt på äldreområdet 2008 tabell 14

Slutsatser

Dynamiskt utvecklingsarbete pågår på många håll i landet 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. Handikapp och funktionshinder visar allt större intresse för att anlita dietist.

Många känner att de får gehör för sina idéer och känner sig respekterade för sin kompetens och för det arbete de utför. Bilden är således på många sätt positiv MEN det som hitintills åstadkommit utgör bara en början. Att utarbeta och införa nya rutiner tar lång tid varför detta arbete måste ses långsiktigt för att ges förutsättningar att på integreras i verksamheten.

Risken att många projektjänster kommer att försvinna är stor och därmed riskerar det arbete som inletts att rasera, tvärt emot regeringens intentioner om varaktig kvalitetshöjning av vården och omsorgen av äldre.



www.dr.f.nu

Referenser

- [1] Baumgartner RN, Koehler KM, Gallagher D, Romero L, Heymsfield SB, Ross RR, et al. Epidemiology of sarcopenia among the elderly in New Mexico. *Am J Epidemiol.* 1998 Apr 15;147(8):755-63.
- [2] Holloszy JO. The biology of aging. *Mayo Clin Proc.* 2000 Jan;75 Suppl:S3-8; discussion S-9.
- [3] 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.
- [4] 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.
- [5] 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.
- [6] Bauer JM, Sieber CC. Sarcopenia and frailty: a clinician's controversial point of view. *Exp Gerontol.* 2008 Jul;43(7):674-8.
- [7] 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.
- [8] 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.

Omslagsfoto: Jenny Fontaine-Rönnby, projektanställd dietist i Malmö.



www.dr.f.nu

Exempel

Nedanstående exempel från olika delar i landet illustrerar hur olika förutsättningarna ser ut i olika kommuner:

Munkedal. Vissa kommuner befinner sig på en låg/basal nivå och arbetet är fortfarande på en grundläggande nivå. Dietisten jobbar i motvind och ett bristande intresse hos chefer och övrig personal gör att man inte använder stimulansmedlen på ett effektivt sätt; ”Målsättningen att skapa en sammanhållen kostorganisation har inte kunnat genomföras eftersom projektet inte varit tillräckligt avgränsat och befogenheter saknats.” Dietisten upplever att ”arbetet med att strukturera nutritionsarbetet har påbörjats” trots att han har arbetat på tjänsten under drygt 1,5 år. Här arbetar man med att ta fram dokument som styr nutritionsomhändertagandet.

För att belysa detta visar vi här denna kommuns prioriterade huvuduppgifter under resterande projektperiod (t o m april 2009):

- ✓ Skapa ett styrande dokument för nutritionsomhändertagande där ansvar, utredning, ordination, dokumentation, kostbehandlingar, mm finns belyst. Här ingår också en riskbedömning för undernäring.
- ✓ Portioneringsmallar och matsedel. Näringsvärdesberäkning av A-kost, anpassning till E-kost. Definiering av specialkost, t ex konsistensanpassning.
- ✓ Implementera nutritionsrutiner, konsistensanpassat och E-kost.

Det finns även många goda exempel; i vissa kommuner är ansvarsfördelningen specificerad (nämnden, verksamhetschefen, enhetschefen). I **Sala kommun** har arbetet inom projektet utmynnat i en detaljerad ansvarsspecifikation (fördelat på Nämnden, Verksamhetschef, Enhetschef, Dietist, Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), Patientansvarig sjuksköterska (PAS), Patientansvarig läkare, Kostombud, Kontaktman, Baspersonal, Sjukgymnast, Syn- och hörselinstruktör, Nutritionsrådet, Boende). I kvalitetssäkringsdokumenten definieras det politiska ansvaret (vårdgivarens), kommunens medicinska ansvar (MAS), samt kommunens övergripande kostansvar (kostchefens). Vidare finns Vård och omsorgsförvaltningens dietists ansvar, Nutritionsrådets (bestående av enhetschef, MAS, PAS, kostchef, dietist och kostombud) samt Enhetschefens, enheternas kostombud, enheternas baspersonals, sjuksköterskornas samt rehabpersonalens ansvarsområden definierade. Hur arbetet ska utföras och hur frekvent det ska utvärderas finns också definierat.

I Sala finns System för kvalitetssäkring gällande nutrition inom Salas kommuns särskilda boendeformer. I verksamhetsmålen ingår ”Att verka för att de boendes/patienters näringsbehov tillgodoses”. Här har projektet utmynnat i att en kostchef anställts från årsskiftet 2008/2009.



www.dr.f.nu

Malmö stad var en av de första kommunerna att anställa en dietist. Under 2008 togs en FoU-rapport fram inom ramen för Kompetensstegen. Kompetensstegen är en treårig nationell satsning från regeringen, där medel getts för åren 2006-2008. Målet är att stödja kommunernas långsiktiga arbete med kvalitets- och kompetensutveckling inom vård och omsorg om äldre:

Kost- och nutritionsarbete borde vara en ständigt aktuell fråga för personal inom äldreomsorgen. Syftet med projektet "Vikten av mat" var att ge ökade kunskaper inom kost och nutrition för personal i hemtjänst.

Medvetenheten hos personalen och förbättra rutiner för att identifiera vårdtagare i risk för undernäring behöver förbättras, så att man vid behov kan vidta åtgärder i tid.

Fyra olika hemtjänstgrupper i Malmö med hemtjänstpersonal, deras chefer, distriktssköterskor samt biståndsbedömare deltog i undersökningen. Utbildning av personalen skedde med genombrottsmetoden.

I rapporten redovisas även vårdtagarnas inställning till kost och nutrition med fokus på undernäring. Dessutom har vårdtagarnas intag av måltider och mellanmål samt dess innehåll, och måltidsordning studerats.

FoU-rapporten belyser vikten av mat och måltider samt undernäringssjukdomar, kunskaper och attityder hos personal och vårdtagare. Den visar också resultaten/effekten av ett utbildningsprogram som genomförts hos hemtjänstpersonal i fyra hemtjänstgrupper i Malmö, och att man med relativt enkla medel kan förbättra nutritionsförutsättningarna avsevärt.

Vårdtagarnas rapporterade kostintag påvisar att risk kan finnas för ett bristfälligt energi- och näringsintag. En tredjedel av vårdtagarna var underviktiga. Personalen anser att nutritionsbedömning är viktigt, och bör ligga till grund för eventuell nutritionsbehandling.

Ett adekvat energi- och näringsintag är en viktig förutsättning för att kunna klara sig själv och ha ett meningsfullt liv. Kost och nutrition bör prioriteras i ännu högre utsträckning av beslutsfattare i såväl Malmö som andra kommuner.

Kostkonsistens och matglädje är en rapport från en utredning gjord av en kommundietist och en logoped. Kartlägga förekomst av tugg- och sväljsvårigheter samt behov av konsistensanpassad kost. Dysfagi är en vanlig anledning till bristande näringsintag. Konsistensanpassad kost är en viktig del av behandlingen; Kosten ska vara lätt och säker att svälja, välsmakande, hälsosam och estetiskt tilltalande för att möjliggöra mat- och måltidsglädje samt ett gott nutritionstillstånd.



www.drf.nu

Andra Malmöbaserade projekt belyser matens funktion som en källa till glädje, välbefinnande och god livskvalitet. God och vällagad mat som serveras i en trivsamt miljö ger stimulans och dagliga positiva upplevelser, och för många äldre är måltiderna viktiga hållpunkter i vardagen. Man betonar också vård- och omsorgspersonalens roll som marknadsförare av maten, som ansvariga för måltidsmiljön eftersom den spelar en stor roll för att stimulera aptiten. För att på bästa sätt utnyttja detta krävs en ökad medvetenhet hos personalen, samt stöd och utbildning.

Basala krav som man kan ställa är att vårdtagaren bemöts med respekt och ges möjlighet att påverka måltiderna. Ett s k matråd (representanter från verksamheten, representanter från eventuell entreprenör samt vårdtagare/brukare och pensionärsråd) ska finnas i alla verksamheter. Här kan man t ex diskutera matsedel, mattider och måltidsmiljö. Utbildningar erbjuds för personal inom hemtjänst och gruppboende (handikapp och funktionshindrade).

Som grundläggande för goda matvanor gäller att måltiderna ska serveras regelbundet och fördelas jämnt över dagen; små, näringsrika måltider flera gånger om dagen för att tillgodose energi- och näringsbehov även hos den som har dålig aptit. Nattfastan bör inte vara längre än 10-11 timmar.

Eftersom en stor andel av vårdtagarna i äldreomsorgen är underviktiga och har ett bristande näringsintag krävs dessutom mer individuellt riktade insatser som kräver en högre nutritionskompetens. Här finns dessutom en definierad handlingsplan vid misstanke om risk för undernäring.

På **Gotland** har en *Handbok för gott nutritionsomhändertagande* tagits fram. Här definieras ansvarsfördelningen hos vårdtagaren, verksamhetschefen, omvårdnadsansvarig sjuksköterska (OAS), omvårdnadspersonalen, kontaktperson, kostombud, kostgrupp, läkare, dietist, logoped, arbetsterapeut, sjukgymnast, tandhygienist, samt medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).

Lagar och andra styrdokument presenteras. Olika kosttyper och konsistensanpassningar definieras. Måltidsordning och lämpliga portionsstorlekar. Hygien, måltidsmiljö. Riskgrupper. Energibehov, näringsbehov, vätska, bedömning av nutritionsstatus.

I **Halmstad** har man tagit fram *Nutritionsanvisningar för Hemvårdsnämnden och Riktlinjer för nutrition*, med syfte att styra utformning av riktlinjer för nutritionsarbete och nutritionsomhändertagande. Anvisningarna ska ligga till grund för allt arbete som på något sätt påverkar matkedjan och måltidsservicen inom Halmstad Kommuns äldreomsorg, styra kvalitetskrav vid upphandling/inköp samt ligga till grund för vägledning och undervisning för personal som planerar, lagar och serverar mat till äldre. Kost och nutrition ska vara en integrerad del av vården och omsorgen av äldre och präglas av kvalitets- och servicetänkande på alla nivåer. innefattar riktlinjer kring bl a



www.drff.nu

nattfasta, näringsvärdesberäkning, specialkost, konsistensanpassning, nutritionsbedömning, dietistkompetens, patientinflytande och ansvarsfördelning.

I **Uppsala** har delar av projektet haft en merindividuell utformning, och bl a tagit fram dokumentet *Dietist i hemvården med individuell kostbehandling*. Här har teamarbetet varit centralt. Teamet (dietist, läkare i primärvårdens hemvårdsenhet, läkare i primärvården och alla vårdgivare i Uppsala kommun) ansvarar för att brukare/vårdtagare med kommunala insatser och som har stort behov av hälso- och sjukvård, får en optimal handledning och hjälp vad gäller nutritionsbehandling.

I projektplanen beskrivs Visioner, Mål, Nuläge, Organisation, Resurser, Metod, Uppföljning, Samverkansparter (Samverkan sker med primärvården och dess Hemvårdsenhets läkare, kommunala distriktssköterskor, dietister och logopeder inom verksamheterna samt måltidsleverantörer till kommunens verksamheter), Avgränsningar, Hinder, samt Tidsplan.

I projektet ingår även ett nära samarbete med logopeder och dietister inom primärvården och specialistvårdens geriatrik. Vidare ingår att samarbeta med projektledare och dietister som på uppdrag av Äldrenämnden arbetar med att ta fram en modell för att implementera Äldrenämndens inriktning och Riktlinjer för mathantering inom äldreomsorgen i Uppsala kommun.

Östersunds kommun har sedan tidigare en rad policydokument och rutiner rörande äldre och kost, men det framgår inte alltid vem som ansvarar för vad, dessutom saknas rutiner t e x vid måltider och vid dokumentation, råd och riktlinjer, ett samlat synsätt och enhetlig hållning. Frågorna kring de äldres kost- och näringsintag är många och komplexa.

Vård- och omsorgsnämnden saknar ett övergripande kvalitetssystem som säkrar att de äldre får den mat och näring de är i behov av i en lugn, trevlig miljö.

Analys av innehållet; näringsmässigt, kost överensstämmelse, livsmedelshygieniskt, smak, utseende, förskrivning av rätt kost – rutiner, dokumentation mm.

Riktlinjer och rekommendationer runt måltider och portionsstorlekar finns men av olika skäl följs de inte alltid. Viktiga rutiner missas vilket leder till svårigheter att tillgodose energi- och näringsbehov. Utredningen som gjorts visar att rutiner kring måltider och mellanmål behövs för att tillgodose energibehovet och förkorta nattfastan, dessutom behöver måltidsmiljön ses över för att reducera störande moment. Ansvarsfördelningen behöver förtydligas, personalen behöver kompetensutveckling inom näringslära, livsmedelkunskap, samt utvecklande av rutiner. För att tillgodose de mest sjuka äldres behov behövs dietistkompetens.



www.drff.nu

Vidare behöver rutiner kring vägning och uppföljning av nutritionstatus fastställas och implementeras.

Prioriterade förbättrings förslag under 2008-2009

- ✓ Kompetensutveckling för olika personalgrupper
- ✓ Vidareutveckling/aktualisering av policy och rutiner
- ✓ Förtydligande av ansvarsfrågor gällande bl.a. ordination av specialkost i ordinärt och särskilt boende
- ✓ Checklista för utredning och åtgärder vid konstaterad undernäring
- ✓ Utarbeta direktiv och riktlinjer för matlådornas innehåll, märkning, rutiner för leverans/hantering av matlådor till/i ordinärt boende
- ✓ Installation/kontroll av belysning, utformande av belysningsrutin
- ✓ Rekommendation om översyn av porslin och textil
- ✓ Översyn av måltidsrutiner med målsättning att tillgodose de behov som finns och skapa en lugn, harmonisk måltidsmiljö
- ✓ Tillförande av dietist kompetens under 2010, för att säkerställa att de mest sjuka äldres individuella behov tillgodoses.

I **Sundsvalls** kommun gjordes i februari 2009 en punktprevalensstudie. Man mätte nattfasta och näringstillstånd. Mätningen gjordes på 11 enheter, totalt medverkade 148 vårdtagare. Metoden som användes var screening via Mini Nutritional Assessment (MNA), som graderar näringstillståndet som antingen undernär, risk för undernäring eller ingen risk för undernäring.

Den genomsnittliga nattfastan i undersökningen var nära 13 timmar.

Rekommendationen gällande nattfasta hos äldre är att den inte bör överstiga 11 timmar. Äldre har en ökat vävnadsnedbrytning och vid lång tid utan mat ökar denna nedbrytning av kroppen ytterligare. Lång nattfasta medför även en stor fallrisk under natten på grund av lågt blodsocker.

68 % av vårdtagarna var undernärda eller låg i riskzonen för att drabbad av undernäring. 32 % hade således ingen risk för undernäring.

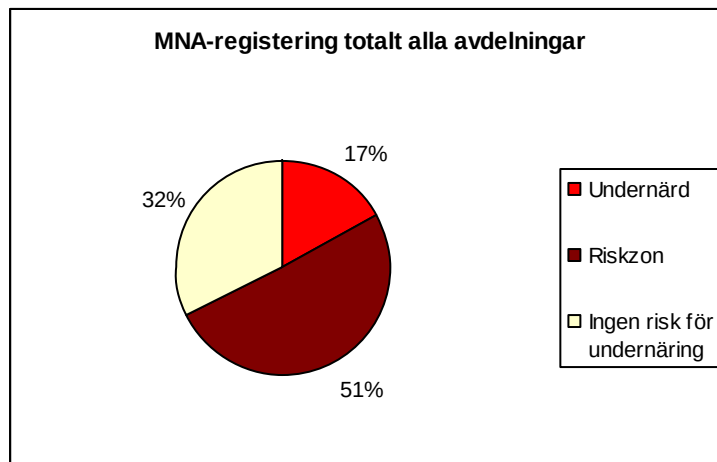
I undersökningen sågs inget samband mellan lång nattfasta och ökad undernäring. De somatiska enheterna i undersökningen hade en lite högre frekvens av vårdtagare som var undernärda jämfört med de renodlade demensenheterna, däremot hade demensenheterna en högre frekvens av vårdtagare som låg i riskzonen för att drabbas av undernäring.

Undernäring är nästan alltid förknippad med sjukdom och i takt med sjukvårdens förmåga att behandla kroniska sjukdomar och förlänga liv ökar också problemen med undernäring. En av sjukvårdens stora utmaningar just nu är att diagnostisera



www.drf.nu

undernäring i tid och sätta in lämpliga åtgärder. Komplikationer vid undernäring blir ofta infektioner, försämrad sårhäkning samt ökad sjuklighet och dödlighet. (Referens: Mat och kostbehandling för äldre- problem och möjligheter. Livsmedelsverket 2001)



Dietisternas Riksförbund (DRF) är en yrkesförening vars medlemmar är legitimerade och har en universitetsutbildning med huvudinriktning på näringslära och nutrition omfattande 120-160 poäng. Av DRF:s drygt 1200 medlemmar arbetar de flesta inom sluten- och öppen vård samt kommunal äldreomsorg, med prevention och behandling av nutritionsrelaterade problem samt undervisning av personal.

www.drf.nu



www.dr.f.nu

Bilaga 1
Remissvar 2009-04-15

Remissvar: I den äldres tjänst (SOU 2008:126)

Socialdepartementet har genom remissen daterad 2009-01-26 givit Dietisternas Riksförbund (DRF) möjlighet att yttra sig över förslag på kompetensreform för personal inom omsorg och vård av äldre. Förbundet anser att inrättandet av funktionen Äldreassistent är bra för att höja kompetens och status hos dem som arbetar med äldre och därmed bidra till en kvalitetshöjning av vården. Förbundet delar också synen på vilken kompetens äldreassistenterna bör inneha. Vi vill dock peka på och understryka några saker när det gäller nutitionsomhändertagande.

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 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 kroppsfunction samt ökad risk för sjukdom och död. De drabbade har ett omfattande behov av individanpassad vård under en längre tid, vilket ställer krav på helhetssyn, kontinuitet och samverkan över professions- och organisationsgränser. För denna grupp äldre utgör mat och näring inte enbart matglädje utan också en viktig del av den medicinska behandlingen (SOS 2000:11). Ofta krävs individriktade insatser i form av specialkost, nutitionsstöd och ätstödande åtgärder och det behövs specialistkompetens för utredning, ordination och uppföljning.

Det är också viktigt att framhålla sambandet mellan sår-, och fallprevention, rehabilitering och nutrition. För full effekt av preventiva och rehabiliterande insatser måste också nutrition inkluderas i arbetet. Med stigande ålder minskar muskelmassa, styrka och funktion. Detta tillstånd benämns *sarkopeni* och utgör en del i det normala åldrandet. Studier har visat att förekomsten ökar från 13–24 % vid 70 år till > 50 % över 80 år. Muskelmassan avtar från 30 års ålder och hastigheten i förlusten tilltar efter 60. Muskelstyrkan avtar med 20–40 % mellan 20 till 70 år. Sarkopeni utgör således ett folkhälsoproblem bland äldre som bidrar till funktionshinder med ökad risk för bland annat sår och fall, nedsatt förmåga att hantera stress i samband sjukdom och ökad dödlighet. För att bromsa denna utveckling krävs viktstabilitet och energi-, protein- och näringstät kost.

Utredningen skriver att "i takt med det ökade omsorgs- och vårdbehovet kommer efterfrågan öka på den kunskap som framförallt sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter besitter. Efterfrågan kommer också att öka behovet av fritidspedagoger, kulturarbetare och dietister med deras kompetens" och fortsätter "Vi ser ett behov av ett mycket nära samarbete mellan den specialiserade Äldreassistenten och högskoleutbildad personal" där bl. a dietister nämns som mentorer, handledare och kvalitetssäkrare för att den specialiserade Äldreassistenten ska få stöd att klara sina arbetsuppgifter. "Tanken är inte att den specialiserade Äldreassistenten ska ersätta dessa personalgrupper utan att yrkesgrupperna ska komplettera varandra för att bättre stödja den äldre och öka kvaliteten i insatserna". Vi instämmer men vill samtidigt uppmärksamma att det finns 11 900 sjuksköterskor, 2900 arbetsterapeuter och 1600



www.drff.nu

sjukgymnaster som är kommunalt anställda (Aktuellt på äldreområdet 2008, SKL). Vilket skall jämföras med drygt 100 projektanställda kommundietister vars framtid är ytterst osäker när projekten som finansieras av stimulansmedel löper ut. Då dietister utgör en kraftigt underdimensionerad yrkesgrupp inom kommunal äldreomsorg är vi allvarligt oroad över om det inom nutritionsområdet inte kommer att finnas denna möjlighet till stöd av högskoleutbildad personal som utredning framhåller som viktigt. När nutritionsproblem uppstår måste Äldreassistenterna kunna vända sig till dietist för vägledning och ställningstagande till ordination av nutritionsstöd (som näringsdrycker, energimoduler).

Det måste också tydliggöras vem som har tillräckligt med kunskaper för att validering av undersköterska. I texten står det vårdlärare tillsammans med erfaren undersköterska. Det räcker inte med tanke på hur lite kost och nutrition som sjuksköterskor och undersköterskor läser på utbildningen. För att säkerställa en rättvis bedömning med tillräckligt höga krav bör detta göras av person med kompetens och erfarenhet inom området, vilket naturligen borde vara en dietist.

Vi vill också påpeka behovet av nutritionskompetens bland de lärare som skall utbilda Äldreassistenterna. Dessa måste bibringas basal kunskap om relationen mat, näring och hälsa för äldre, i matlagning samt få kunskap för att kunna identifiera individer som är i riskzonen att utveckla sjukdomsrelaterad undernäring.

På sidan 149 i utredningen står att ” Även andra personalgrupper kan därutöver bedömas ha sådan kompetens. Det kan t.ex. i vissa delar handla om personer utbildade i social omsorg och socionomer men också om arbetsterapeuter, sjukgymnaster och sjuksköterskor. Vi föreslår att Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om vilka andra yrkesgrupper som anses ha sådan dokumenterad kompetens.”. Vi vill påpeka att dietister genom sin legitimation utgör en sådan yrkesgrupp.

Sammanfattning

Dietisternas Riksförbund stödjer utredningens förslag men förtydligande krävs om att Äldreassistent måste arbeta tillsammans med dietister på samma sätt som med arbetsterapeuter och sjukgymnaster. För att Äldreassistenten ska kunna utföra sitt arbete ska vederbörande ha en handledare. När det kommer till ”måltider, kost och näring” utgör legitimerad dietist den naturliga handledaren. Det måste också tydliggöras vem som har tillräckligt med kunskaper för att validera en undersköterska till att bli Äldreassistent. När det gäller kost och nutrition bör denna bedömning naturligen göras av dietist. Avslutningsvis vill vi betona vikten av det tvärprofessionella temaarbetet där nutrition måste jämföras med omvårdnad, rehabilitering, medicin och omsorg för god och säker vård av äldre i behov av äldreomsorg.

Dietisternas Riksförbund (DRF), Ordförande Elisabet Rothenberg,
tfn 0706-41 45 81,
E-post: elisabet.rothenberg@vgregion.se

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



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.

Ansaret 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.

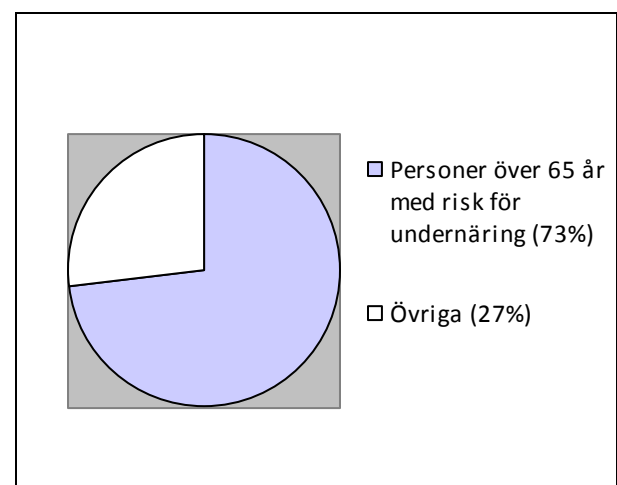
Vad är nutrition?

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 hemtjänstagare 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 projekttjänst 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	89%
Hemtjänst	57%
Särskilt boende	76%
Barnomsorg	9%
Skola	11%
Handikapp och funktionshinder	17%
Annat	14%

Tabell 2. Arbetsuppgifter som ingår i tjänsten.

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

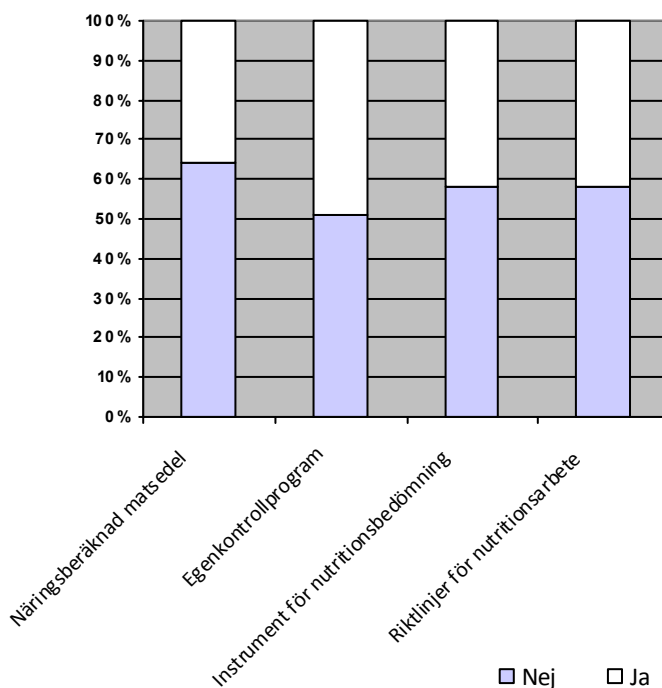
Oklara förutsättningar – stor osäkerhet

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 projekttjänster 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. Projekttjänsterna 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.

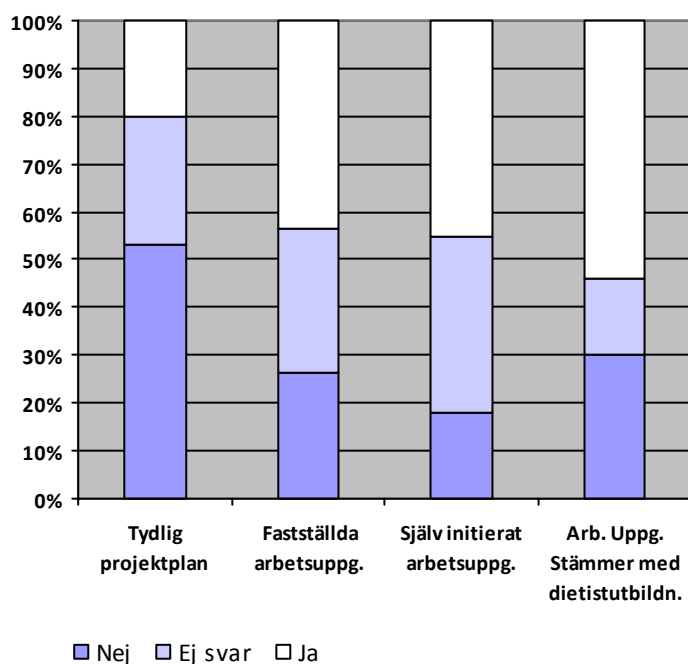
(Figur 2)

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 uträtta, dock kände två av tre att deras yrkeskompetens respekteras och att de får gehör för sina idéer. Tre av tio är nöjda med innehålllet 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 innehåses av 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
Totalt	221.300	+ 3.000

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?**



UNDERNÄRING – ETT TYST OCH DYRT PROBLEM

Drabbar

70% är i riskzonen eller drabbad

Kostar

Kostar lika mycket som fetma
motsv. 98 miljarder kr
varav hälften berör personer >65 år*

Sociala och medicinska orsaker:

sjukdom, minskad rörlighet, social isolering

Indikerar **ojämlikhet** i hälsa och vårdberoende

Undernäring måste ingå i folkhälsoarbetet

**Referens: European Nutrition for Health Alliance Malnutrition among Older People in the Community Policy Recommendations for Change. London: European Nutrition for Health Alliance , BAPEN, ILC; 2006.*



UNDERNÄRING – ETT TYST OCH DYRT PROBLEM – VARFÖR?

- Ökad risk för annan sjuklighet
- Minskad möjlighet till rehabilitering
- Längre vårdtider och ökad vårdtyngd
- Ökad risk för död
- Minskad livskvalitet



UPPMÄRKSAMMAS I MEDIA

Måndag 29 juni 2009 E24.se MinTur.se Tasteline.com Jobb24.se

SvD "Bäst i klassen" Internetworld Topps 100



SANNA RAYMAN
SDU letar sura socialdemokrater
BLOGG | Ledarredaktionen

Startsidan Näringsliv Kultur & Nöje Sport Stockholm **Opinion** Blogg Resor Motor Webb-tv

Opinion start Ledarbloggen Ledarsidan PJ Anders Linder **Brännpunkt** Synpunkt Bloggar Kolumnister

Undernäring kan inte åtgärdas med god mat

REPLIK OM ÄLDREMATEN | Vård som ställer stora krav

Publicerad: 28 juni 2009, 04.44

Om kvarboende i den egna bostaden skall vara realistiskt måste näringsproblem uppmärksammas och inkluderas i hälso- och sjukvårdsinsatser och personligt bistånd. Det behövs en sammanhållen lagstiftning och etisk kod för hela vård- och omsorgsområdet, och geriatriska vårdplatser med situationsorienterad vård måste öka.

Den äldre vårdtagaren har rätt till tillgänglig specialistkompetens för att vården ska bli värdig.

UNDERNÄRING – ETT TYST OCH DYRT PROBLEM –VARFÖR?

Stimulansmedel har inneburit en
kvalitetshöjning när det gäller att
möta näringsproblem

men

**9 av 10 kommuner
riskerar stå utan
nutritionskompetens
när projektperioden löper ut**



ÖKAD KOMPETENS INOM NUTRITION ÄR KOSTNADSEFFEKTIVT

Kostnader för högre kompetens
inom nutrition <1%
av vad sjukdomsrelaterad undernäring kostar

HAR VI RÅD ATT AVSTÅ?



DRF
DIETISTERNAS
RIKSFÖRBUND