

NUTRITIONSKOMPETENS I KOMMUNAL ÄLDREOMSORG - VARFÖR?

Problemet kan beskrivas i två delar; dels hög prevalens av nutritionsproblem bland äldre och dels bristande struktur och kompetens i kommunal äldreomsorg för att hantera detta problemet. Många äldre riskerar att utveckla sjukdomsrelaterad undernäring, ett tillstånd som ökar vårdtyngden och minskar individens möjlighet till autonomi och god livskvalitet. Sjukdomsrelaterad undernäring leder därför till såväl samhällsekonomiska som individuella negativa konsekvenser.

Det finns god evidens för vilka rutiner som krävs på systemnivå och vilka behandlingsinsatser som har effekt på individnivå. Detta till trots är kunskap om och struktur för nutritionsomhändertagande av de mesta sjuka äldre fortfarande bristfällig inom kommunal äldreomsorg. Med förhållandevis små åtgärder i form av nutritionskompetens skulle den kommunala äldreomsorgen ha goda förutsättningar att snabbt förbättra vård och omsorg av de mest sjuka äldre med avseende på nutrition.

SJUKDOMSRELATERAD UNDERNÄRING

Enligt satsningen ”De mest sjuka äldre” beräknas nära 230 000 individer ha ett omfattande sjukvårds- respektive omsorgsbehov (1).

Biologisk ålder kan beskrivas genom begreppet bräcklighet eller skörhet (engelska: 'frailty') (2), vars centrala delar utgörs av nedsatt muskelmassa och minskad fysisk funktion och aktivitet. Denna skörhet orsakas av bl a sarkopeni, dvs gradvis förlust av skelettmuskelmassans struktur och funktion, primärt relaterat till åldrandet, och som också innebär minskade fysiologiska reserver och därmed ökad sårbarhet för ohälsa.

Risken för sjukdom, skador och funktionsnedsättningar ökar alltså med stigande ålder och därmed ökar också risken för sjukdomsrelaterad undernäring. Undernäring definieras som ett ”tillstånd där brist på energi, protein eller andra näringsämnen har orsakat mätbara och ogynnsamma förändringar i kroppens sammansättning, funktion eller av en persons sjukdomsförlopp” (3).

Undernäring är vanligt i samband med kronisk sjukdom och orsakas av minskat intag och/eller ökad omsättning av energi och näringsämnen, på grund av nedsatt aptit och ökad vävnadsnedbrytning. Båda faktorerna påverkas av sjukdomsorsakad systemisk inflammation. En individs nutritionsstatus är av stor betydelse för prognos, vårdtid, vårdtyngd, risk för komplikation, autonomi och livskvalitet. Ju tidigare nutritionsproblem uppmärksammas desto större är möjligheterna att förhindra eller minska dess effekter.

Förekomsten av risk för undernäring varierar beroende på screeningmetod och vilken population som studeras. Sverige saknar nationella data varför Storbritannien som studerat detta under många år används som exempel. Mer än 3 miljoner (motsvarande nästan 5 % av befolkningen) anses vara i risk för undernäring (4). Översatt till svenska förhållanden motsvarar detta närmare 500 000 invånare, varav 93% bor i ordinärt boende (4). Framförallt drabbas äldre (4,5) och huvuddelen av kostnaden kan relateras till personer från 65 år och uppåt, figur 1.

HÄLSOEKONOMI

Även hälsoekonomiska beräkningar för vad undernäringen kostar saknas i Sverige, varför data från Storbritannien används som exempel. Där har man sett att patienter som lider av undernäring utnyttjar betydligt större vårdresurser än välnärda patienter, motsvarande cirka 1000 pund/dygn (ca 10 000 kr). Efter justering för ålder och annan sjuklighet förblir undernäring en oberoende riskfaktor för död (6).

En systematisk analys av kostnaderna för användning av oralt nutritionsstöd (ONS), såsom näringsdrycker och berikningsprodukter, inom slutenvård och i kommunal vård gjordes för the Institute of Health and Clinical Excellence (NICE), den myndighet inom National Health Service (NHS) som tar fram evidensbaserade riktlinjer för medicinsk behandling och för klinisk praxis i Storbritannien. Kostnaderna beräknades 2003 och baserades på rapporterad förekomst av undernäring i olika vårdmiljöer, förekomst av artificiell nutrition i hemmet, vårdtid inom slutenvården och kostnader för nutritionsprodukter (7). Användningen av ONS studerades specifikt. De årliga kostnaderna för vård av patienter med medelhög eller hög risk för sjukdomsrelaterad undernäring uppskattades vara 7,3 miljarder pund (10,5 miljarder €), figur 2. Över hälften gällde slutenvård och en lika stor andel individer över 65 år. En nettokostnadsbesparing noterades vid användning av ONS inom ortopedisk kirurgi, äldrevård och före elektiv kirurgi (7).

År 2007 beräknades kostnaderna för sjukdomsrelaterad undernäring uppgå till över 13 miljarder pund (8). Det motsvarar mer än 10 % av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna och är nästan dubbelt så mycket som kostnaderna för fetma och dess följsjukdomar (8).

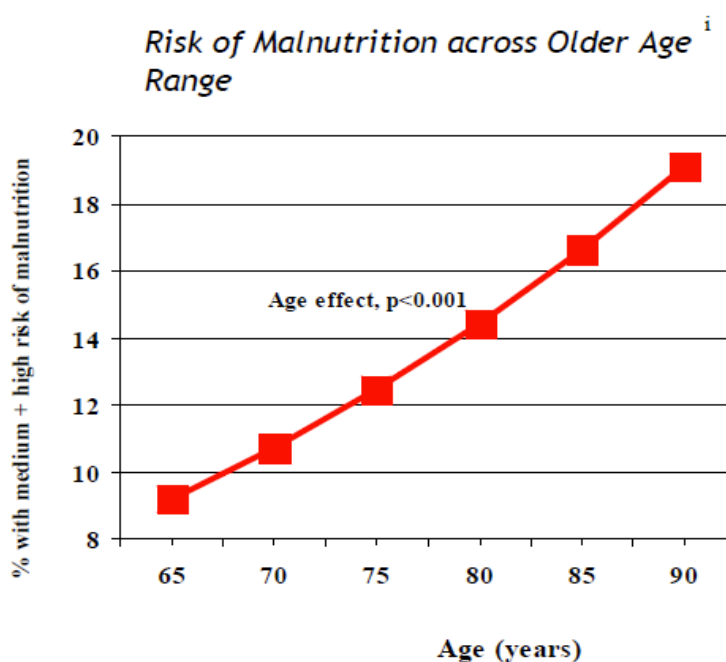
Figur 1 (9)

Why focus on older people?

* The prevalence of malnutrition is particularly high in older people: it affects over 10% of the population aged 65 years and above.

* Over half the costs of malnutrition are expended on people aged 65 and over.

* Older people are less likely to recover from malnutrition.



ⁱ Source: Based on a secondary analysis (M. Elia) of the National Diet and Nutrition Survey for people aged 65 years and over (*) using 'MUST' type criteria.⁷

Figur 2 (7)

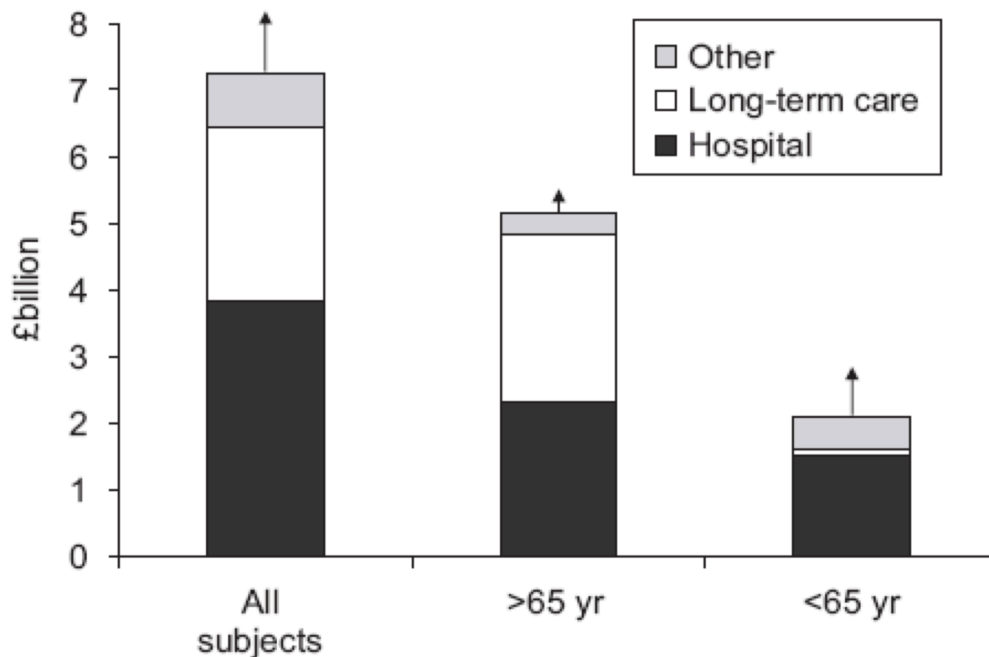


Figure 1 Annual cost of disease-related malnutrition in the UK. Estimated annual cost of disease-related malnutrition in the UK for subjects of all ages, those over 65 years and those under 65 years of age. The values represent the minimum costs as expenditure on home visits, private healthcare and visits to general practitioners or outpatient clinics by individuals under the age of 65 years are not included.

Oralt nutritionsstöd (ONS), i huvudsak i form av näringsdrycker, har visat sig förbättra utfall med avseende på hälsa samt vara kostnadsbesparande när de används postoperativt inom slutenvården. I en analys av 34 studier utförda på sjukhus, minskade ONS dödligheten från 25% till 19%. Komplikationerna minskade från 41% till 18% och längden på sjukhusvistelsen förkortades (10). NICE har därför identifierat ONS och andra specialiserade former av nutritionsstöd som en av de fyra mest kostnadseffektiva behandlingsformerna.

Kostnadseffektiviteten av ONS kan utökas till vård utanför sjukhus där de visat sig öka energi- och näringsintag bland individer i riskzonen för undernäring. På äldreboenden kan adekvat nutritionsbehandling som inkluderar ONS ge tydliga vinster, i synnerhet när den kombineras med fysisk aktivitet (11).

En systematisk litteraturgenomgång kommer fram till att ONS både förebyggande och i behandling av trycksår hos äldre kan rekommenderas (12). I synnerhet produkter som innehåller mycket protein kan ge en nettokostnadsbesparing på mellan 5 och 460 pund per patient, beroende på sårets omfattning (13).

Quality Adjusted Life Years (QALY) visar olika medicinska behandlingars/åtgärders värde i termer av livskvalitet och överlevnad. I England anses en behandling vara kostnadseffektiv om kostnaden understiger 20.000–30.000 pund och rekommenderas då sannolikt av NICE. Kostnadseffektivitet av nutritionsscreening avseende äldre, i kombination med ordination av ONS, konstaterades vara hög, 6.800 pund/QALY, vilket anses mycket kostnadseffektivt (7, 11).

FÖRÄNDRADE NÄRINGSBEHOV

Nutritionssatser syftar till att förebygga eller behandla nutritionrelaterade problem. Vid undernäring ställs andra krav på energi- och näringsintaget än för att förebygga och behandla övervikt och fetma.

- Protein: en kombination av sarkopeni och undernäring medför att äldre löper särskilt stor risk för negativa följder av proteinförluster, varför behovet av protein anses vara högre för äldre än för yngre (3).
- Energi: vid negativ energibalans behöver energiintaget öka för att undvika muskelproteinbrytning. Energi- och proteinrik kost (E-kost) är avsedd för personer med begränsad aptit (3).
- Vitaminer och mineraler: vid lågt energiintag är det svårt att täcka behovet varför ordination av ett dagligt multi-vitamin/mineral tillskott ofta är motiverat.

I två nyligen publicerade studier (15, 16) screenades personer, 65 år och äldre, på ett svenskt sjukhus med hjälp av screeningverktyget MNA (Mini Nutritional Assessment). Överlevnad följdes upp efter 35–50 månader. Av 1771 undersökta klassades 35,5 % som välnärda, 55,1 % med risk för undernäring och 9,4 % som undernärda. En nattfasta över 11 timmar var associerad med risk för undernäring och utvecklad undernäring. Färre än fyra ät-tillfällen per dag var associerat med risk för undernäring och utvecklad undernäring, liksom att inte laga mat själv. Vid uppföljning efter 50 månader var överlevnaden 75,2% för välnärda deltagare, 60,0% för dem med risk för undernäring och 33,7% för undernärda.

Risk för undernäring och utvecklad undernäring enligt MNA, efter justering för confounders andra variabler, befanns vara oberoende prediktorer avseende för tidig död jämfört med god nutritionstatus.

ÅTGÄRDER

Nutritionsåtgärder i kommunal äldreomsorg kan delas in i primär-, sekundär och tertiär prevention, samt vidare i vad som regleras av Socialtjänstlagen (SOL) respektive Hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

Primärpreventiva insatser syftar till förhindra att risk för undernäring uppkommer. De kan ligga på systemnivå eller vara individbundna, i huvudsak utgående från SOL. Exempel på systeminsatser är utbildning av vård- och omsorgspersonal inom hemtjänst och särskilt boende och etablering av rutiner (3, 17, 18). Både system- och individinsatser syftar till att tidigt upptäcka tecken på undernäring, t.ex. ofrivillig viktförlust och aptitförlust. Andra systeminsatser handlar om typ av matdistributionssystem, nattfasta, måltidsordning och måltidsmiljö inom särskilt boende. Individuella insatser inom ramen för SOL är t.ex. biståndsinsatser såsom matinköp, matdistribution och hjälp med matlagning i hemmet.

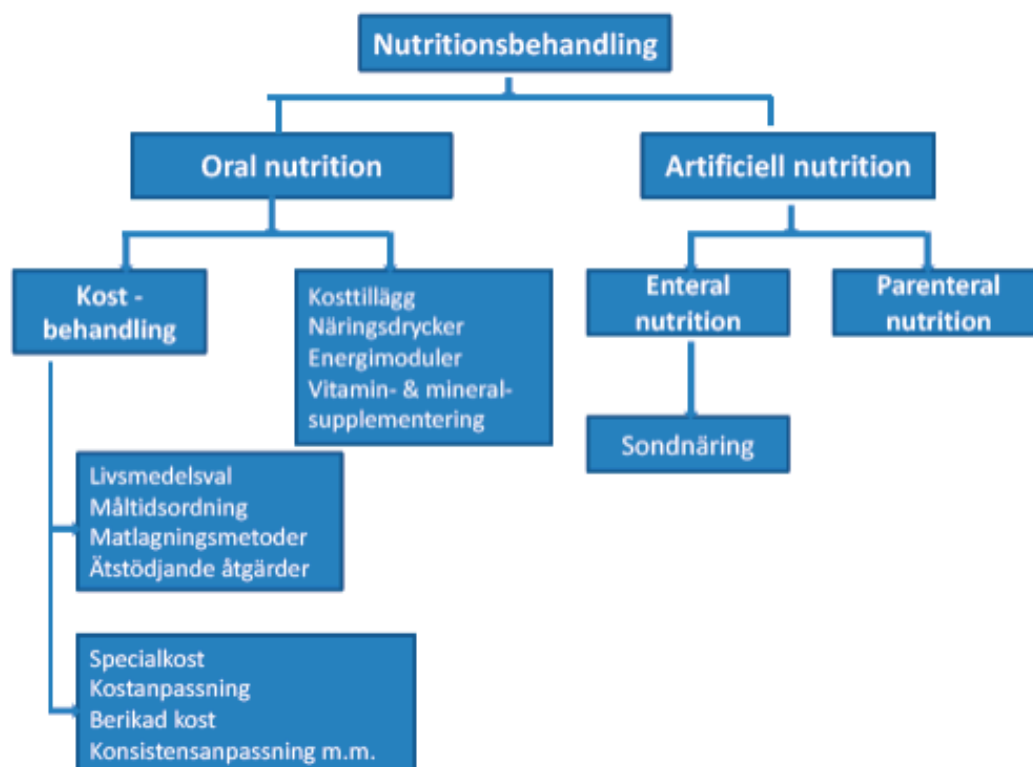
Sekundärpreventiva insatser handlar om att behandla konstaterad undernäring. På denna nivå är det framförallt insatser av individkaraktär som är aktuella. Dessutom krävs utredning av nutritionstillståndet samt av problemets orsak, art och grad. Insatserna är att betrakta som hälso- och sjukvårdsinsatser och måste därför underkastas samma krav på patientsäkerhet, patientmedverkan och etiskt övervägande som annan medicinsk

behandling. Vanligen är ordination av olika former av nutritionsterapi för att öka energi- och näringsintaget motiverat. Grundåtgärden är vanligtvis livsmedel med hög energi- och näringsstäthet och extra mellanmål. Många behöver dock också nutritionsstöd i form av kosttillägg (ONS), se figur 3. Biståndsinsatser inom ramen för SOL är olika åttstodjande insatser t.ex. hjalp med matlagning, tillredning av mellanmål och stöd under måltiden.

Tertiärpreventiva insatser handlar om att mildra effekterna av undernäring och bygger på samma principer som sekundärpreventiva insatser.

Figur 3 (3).

Figur. Grundläggande principer för nutritionsbekhandling



För att individbundna insatser skall ge avsedd effekt krävs utredning för ställningstagande till vilken/vilka insatser som kan vara motiverade. När det gäller kosttillägg (ONS), vanligen näringsdryck, krävs tydlig indikation samt för ordination ställningstagande till typ, tid och mängd. Både utredning och ordinerad behandling ska journalföras.

BRISTFÄLLIG HANDLÄGGNING?

Trots nationella kunskaps- och styrdokument (3, 17, 18) är förbättringspotentialen fortfarande oroväckande stor när det gäller handläggning av nutritionrelaterade problem i kommunal äldreomsorg. En D-uppsats på ett medelstort svenskt sjukhus (19) visade att dokumentation av nutritionsomhändertagandet var fragmentarisk och ostrukturerad, och i avsaknad av ett standardiserat språk. Huvuddelen av informationen om nutritionsomhändertagandet återfanns istället i registret Senior Alert. Registreringen i Senior Alert

överensstämde inte heller med dokumentationen i patientjournalen. Då registrerade uppgifter inte speglade vårdtillfället ifrågasätts Senior Alerts trovärdighet som kvalitetsvärderingssystem.

Kosttillägg som används flitigt för att förebygga och behandla undernäring ”ordineras” ofta enligt principen ”vem som helst kan ta vad som helst och ge till vem som helst utan att någon vet något”. Detta är en handläggning som knappast kan betraktas som vare sig patientsäker eller ekonomiskt försvarbar. Andra nutritionsinsatser, exempelvis val av kosttyp, sker också utan föregående utredning av problemet. Uppföljning och dokumentation har stora brister.

För att se att ordinerade åtgärder haft önskad effekt är det viktigt att utvärdera resultatet. Men det är också av stor vikt att följa upp hur åtgärderna har fungerat i praktiken. Nutritionskompetens i kommunen kan bidra med en adekvat uppföljning och utvärdering av ordinerade nutritionsåtgärder, och därmed bidra till en effektiv verksamhet – både vad gäller ekonomi, personalresurser, prioriteringar, tidsplanering och patientsäkerhet.

KOMMUNDIETISTFUNKTION

Dietisternas Riksförbund har under flera år genom upprepade enkätundersökningar kartlagt kommundietisternas arbete och kvaliteten på nutritionsomhändertagandet i kommunal äldreomsorg (se bifogad rapport).

Regeringens stimulansmedel har inneburit att många projekt inom kost och nutrition startats. Som mest arbetade ca 120 dietister i kommunal äldreomsorg med kvalitetshöjande projekt. Cirka hälften av tjänsterna har avvecklats när projekttiden löpt ut. Brist på kunskap och förståelse för nutritionens betydelse inom äldreomsorgen, och för att det tar tid att implementera nya rutiner, är vanliga anledningar enligt svaren i enkäten. Vidare råder det brist på kunskap kring hur dietistens kompetens skall användas på bästa sätt. Det leder många gånger till oklara arbetsuppgifter och att stimulansmedlen inte använts på ett kostnadseffektivt sätt. En person svarar i enkäten: ”Allt för mycket livsmedelshygien och för lite kost”.

Det finns också flera goda exempel där kommundietister har etablerat sig väl, fått en tydlig roll och tillsvidareanställts.

All erfarenhet som kommundietisterna tillsammans byggt upp är början till en gemensam kunskapsbank med flera goda exempel för landets kommuner. Resurserna som avsätts till individuella insatser är långt ifrån tillräckliga för att täcka det stora behov som finns. En tydligare normering kring dietistfunktionen i kommunal äldreomsorg är därför önskvärd och motiverad.

DÄRFÖR BEHÖVS DIETIST

Legitimerade dietister har en akademisk utbildning och klinisk träning som specifikt kvalificerar för prevention och behandling av nutritionsrelaterade tillstånd. Yrkeskompetensen utgör en kombination av kunskap beträffande näringslära, näringsbehov, livsmedel, livsmedelsval, matlagning och måltidsordning i kontexten av hälsa och sjukdom, och innefattar såväl psykologiska som fysiologiska faktorer. Dietister behärskar också olika former av nutritionsterapier och hur dessa skall användas.

Grunden för dietistens yrkesutövning är allas rätt att få sitt energi- och näringsbehov tillgodosett – en mänsklig rättighet, oomtvistad och självklar. Sjukdom och därtill kopplad medicinsk behandling kan försvåra eller omöjliggöra patientens möjlighet att täcka detta behov utan hjälp, samtidigt som sjukdomen i sig kan

förändra behoven. Även sociala, psykologiska och kulturella faktorer kan påverka förutsättningarna för optimalt energi- och näringsintag.

Det är kommunernas ansvar att erbjuda god och säker nutritionsvård för de allra mest sjuka äldre. För åtagandet krävs kompetens, ansvarsfördelning och rutiner. Att tillförsäkra sjuka äldre i ordinarie boende ett gott nutritionsomhändertagande är en stor utmaning. I kommunal äldreomsorg kan dietister arbeta både på system- och individnivå och inom ramen för både SOL och HSL. Exempel på arbetsuppgifter är kartläggningar, utveckling av nutritionsrutiner och utbildning av personal samt klinisk handläggning av patienter med nutritionsproblem. Dietisten kan på systemnivå axla samma ansvar som MAS och MAR, fast avseende nutrition, och tituleras NAD (nutritionsansvarig dietist).

REFERENSER

1. Socialstyrelsen. De mest sjuka äldre. Avgränsning av gruppen. 2011 2011-10-20.
2. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences*. 2001;56(3):M146-56. Epub 2001/03/17.
3. Socialstyrelsen. Näring för god vård och omsorg [Elektronisk resurs] : en vägledning för att förebygga och behandla undernäring. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011. 179 s. p.
4. Elia M, Russel CA (eds) . Combating malnutrition.: recommendations for action 2009 .Advisory group on malnutrition led by British Association for Parental and Enteral Nutrition [070910]; Available from: http://www.bapen.org.uk/pdfs/reports/advisory_group_report.
5. Elia M, Stratton R, Russell C, Green C, Pang F. The cost of disease-related malnutrition in the UK and economic considerations for the use of oral nutritional supplements (ONS) in adults.: BAPEN; 2005 []; No.: 1 899467 01].
6. Guest JF, Panca M, Baeyens JP, de Man F, Ljungqvist O, Pichard C, et al. Health economic impact of managing patients following a community-based diagnosis of malnutrition in the UK. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 2011. Epub 2011/03/17.
7. Russell C. The impact of malnutrition on healthcare costs and economic considerations for the use of oral nutritional supplements. *Clin Nutr Suppl*. 2007;2(1):25-32.
8. Elia M, Russell CA, Stratton RJ. Malnutrition in the UK: policies to address the problem. *Proc Nutr Soc*. 2010;69(4):470-6. Epub 2010/06/17.
9. 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.
10. Stratton R, Green C, Elia M. Disease-related malnutrition : an evidence-based approach to treatment. Wallingford: CABI; 2003. xvi, 824 s. p.

11. NICE Clinical guideline 32. Nutrition support in adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition. 2006; Available from: www.nice.org.uk.
12. Stratton RJ, Ek AC, Engfer M, Moore Z, Rigby P, Wolfe R, et al. Enteral nutritional support in prevention and treatment of pressure ulcers: a systematic review and meta-analysis. *Ageing research reviews*. 2005;4(3):422–50.
13. Elia M, Stratton R. A cost-benefit analysis of oral nutritional supplements in preventing pressure ulcers. *ESPEN*; Monday, 29 August 2005 Brussels: Clinical Nutrition; 2005. p. 640–1 (P210).
14. Soderstrom L, Rosenblad A, Adolfsson ET, Saletti A, Bergkvist L. Nutritional status predicts preterm death in older people: A prospective cohort study. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 2013. Epub 2013/07/03.
15. Soderstrom L, Thors Adolfsson E, Rosenblad A, Frid H, Saletti A, Bergkvist L. Mealtime habits and meal provision are associated with malnutrition among elderly patients admitted to hospital. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 2013;32(2):281–8. Epub 2012/08/18.
16. Sveriges Kommuner och Landsting. Nationell satsning för ökad patientsäkerhet – Undernäring. Åtgärder för att förebygga Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
17. Rothenberg E. Vetenskapligt underlag till råd om bra mat i äldreomsorgen. 2. Särskilda näringsbehov hos sköra äldre. Uppsala: 2011.
18. Jareteg A. Dokumentation av nutritionsonhändertagandet för äldre patienter med risk för undernäring – en studie på Ryhovs sjukhus: Göteborgs universitet; 2012.



DRF
DIETISTERNAS
RIKSFÖRBUND