

”Metod och implementering av åtgärdsprogram vid undernäring hos äldre vårdtagare”

- ett samverkansprojekt mellan Staffanstorps kommun, Vårdcentralen Staffanstorp och Skånes universitetssjukhus

Delrapport 2011

Carin Andersson 1
Elisabet Johansson 2
Sylvia Bianconi- Svensson 3
Bodil Berglund 4
Margaret Fritz 5

Mars 2012

- 1 Leg dietist, Geriatriska kliniken/ Kunskapscentrum för geriatrik, Skånes universitetssjukhus Malmö
- 2 Leg dietist, Akutkliniken, Skånes universitetssjukhus Lund
- 3 Leg dietist, Primärvården Skåne
- 4 Verksamhetschef, specialistläkare internmedicin, Vårdcentralen Staffanstorp
- 5 Medicinskt ansvarig sjuksköterska, Staffanstorps kommun

Innehållsförteckning	Sid
Sammanfattning	3
Bakgrund	4
Syfte	4
Metod	4
Resultat	7
Diskussion	10
Slutsats	11
Referenser	12
Bilagor, A-M	

Sammanfattning av delrapporten

Syftet med projektet är att utveckla en metod för att genom screening identifiera äldre personer, inom ordinärt och särskilt boende, som är i riskzon för undernäring samt åtgärda, följa upp och överrapporter till nästa vårdgivare. Projektet genomförs i samverkan mellan Staffanstorps kommun, Vårdcentralen Staffanstorp och Geriatriska kliniken/Kunskapscentrum för geriatrik, Skånes universitetssjukhus (SUS) Malmö i samarbete med Akutkliniken SUS Lund.

Riskbedömningen baserades på tre riskfaktorer; BMI, förekomst av ätproblem och ofrivillig viktförlust.

Före projektstart genomgick flertalet vårdpersonal inom särskilt- och ordinärt boende samt vid vårdcentralen en grundutbildning i nutrition för äldre.

Visade screeningen att patienten var i riskzon för undernäring gjordes en bedömning av sjuksköterska/dietist. Frågor ställdes bland annat om nattfasta, livsmedelsval, kommunala hjälpinsatser, kosttyp och hur patienten själv såg på sitt hälso/näringstillstånd. Riskpatienterna fick kostråd av sjuksköterska eller dietist. Uppföljningar sker 4-, 8- respektive 12 månader efter screening.

Resultaten i delrapporten gäller en jämförelse mellan den första screeningperioden våren 2011 och resultaten vid uppföljningen 4 månader senare.

243 patienter screenades våren 2011. Av dessa kom 82 patienter från kommunens särskilda boende, 74 från hemsjukvården och 87 från Vårdcentralen. Efter slutlig bedömning var 61 (74%) patienter vid särskilda boende, 31 (42%) från hemsjukvården och 7 (8%) från Vårdcentralen i riskzon för undernäring.

Vid uppföljningen 4 månader senare var det endast marginella skillnader i BMI fördelningen. Av resultatet framkom att BMI inte räcker som parameter för att identifiera riskpatienter för undernäring. Det är därför nödvändigt att även identifiera eventuellt ätproblem och ofrivillig viktförlust.

Antalet patienter med ätproblem var något lägre vid uppföljningen. De fem vanligaste problemen var: nedsatt ork, snabb mättnadskänsla, nedsatt aptit, tuggsvårigheter och hjälp att matas.

Det totala antalet riskpatienter med ofrivillig viktförlust var oförändrat vid uppföljningen men antalet på särskilda boende hade ökat medan det inom hemsjukvården hade minskat. Den största minskningen av nattfastan var inom hemsjukvården. Antalet riskpatienter med sent kvällsmellanmål/nattmål/tidigt morgonmål hade ökat inom hemsjukvården medan det hade minskat inom särskilt boende.

En förklaring till resultaten kan vara att de som beviljats plats på särskilt boende har svårare medicinska tillstånd jämfört med tidigare.

För att uppnå en ökad patientsäkerhet är det viktigt att risk för undernäring upptäcks och åtgärdas tidigt, redan på vårdcentralen.

Bakgrund

Näringsproblem är en naturlig del i många sjukdomsförlopp som drabbar äldre. Exempel på dessa sjukdomstillstånd är demens, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), Parkinsons sjukdom, infektioner, hjärtinkompensation, stroke eller cancer. I samband med stroke är dessutom sväljningsproblem vanligt förekommande och detta kan i sig vara en orsak till näringsproblem. Vid nämnda tillstånd kan näringsproblem leda till sjukdomsrelaterad undernäring som är vanligt speciellt hos äldre multisjuka personer. Även åldrandet i sig är en riskfaktor för undernäring (1). Många äldre personer som drabbas av inaktivitet och sjukdom, i kombination med ett för lågt intag av energi och protein, får minskad muskelmassa (sarkopeni). Förmågan att klara ADL-funktioner försämras och risken för fall ökar. Ungefär hälften av dem som drabbas av en höftfraktur är underviktiga och sarkopena. Energi- och näringsrik mat samt styrketräning kan hjälpa till att bromsa det sarkopena förloppet (2).

För lågt intag av energi, protein och andra näringsämnen leder till undernäring oavsett kroppsvikt. Utan åtgärder leder undernäring till minskad kroppsfunktion och försämrad livskvalitet vilket medför ökad risk för komplikationer och död hos äldre. Detta bidrar till ökad vårdtyngd, förbrukning av stora resurser inom vård och omsorg samt medför ökade vårdkostnader. Det är därför viktigt att tidigt upptäcka dessa patienter, sätta in åtgärder, följa upp och överrapportera till nästa vårdgivare (3).

Studier visar att drygt 20 % av patienterna på sjukhus är undernärda och lika många är i riskzonen, på särskilt boende är andelen högre, ca 60 %. Av alla svenskar över 70 år är ca 30 % undernärda eller i riskzonen. Av dessa bor flertalet i sitt ordinära boende (4). Förebyggande åtgärder från primärvården och den kommunala omsorgen skulle sannolikt vara positivt för denna patientgrupp.

Socialstyrelsen uppskattar att man kan spara 0,5-1 miljard kronor per år om sjukdomsrelaterad undernäring åtgärdas. I denna summa ingår inte äldrevården eftersom man inte kunde göra någon bedömning av denna (5).

Syfte

Syftet med projektet är att utveckla en metod för att genom screening identifiera äldre personer, inom ordinärt och särskilt boende, som är i riskzon för undernäring samt åtgärda, följa upp och överrapportera till nästa vårdgivare. Projektet genomförs i samverkan mellan Staffanstorps kommun, Vårdcentralen Staffanstorp och Geriatriska kliniken/Kunskapscentrum för geriatrik, SUS Malmö i samarbete med Akutkliniken, SUS Lund. Målsättningen är att det ska bli ordinarie omhändertagande av de äldre patienterna/vårdtagarna.

I delrapporten benämns alla deltagare patienter oavsett vårdform.

Metod

Staffanstorpsbor 70 år eller äldre och som inte var i ett sent palliativt skede, erbjöds screening för undernäring under två perioder 2011. Patienter vid tre särskilda boenden i Staffanstorps kommun (Pilegården, Magnoliagården och Klöverlyckan), inom hemsjukvården och på Vårdcentralen Staffanstorp erbjöds att delta. Screening gjordes under april-maj samt oktober-november 2011. Projektet finansierades med hjälp av statliga stimulansmedel.

Projektet har delgivits genom annons, bilaga A och artikel i lokaltidningen Spegeln samt annons på Vårdcentralen. Informationsbrev om projektet, undertecknat av medicinskt

ansvarig sjuksköterska (MAS), har lämnats till särskilda boende och vårdtagare med hemsjukvård, bilaga B.

För att inventera nuläget om nutritionsrutiner gjorde dietist före projektstart ett introduktionsbesök på kommunens samtliga särskilda boende och inom hemsjukvården. I dessa deltog enhetschefer och nutritionsansvariga sjuksköterskor. Uppgifter inhämtades angående främst diagnoser, rutiner för längdmätning, vägning, måltidernas servering och serveringstider, specialkost, förekomst av kosttillskott, sittställning, munhälsobedömning och äthjälpmiddel.

Dietist gjorde även ett besök på kostenheten där kostchefen och arbetsledaren på Pilegårdens kök deltog. Frågor ställdes om vilka kostnader som kan levereras, deras sammansättning och konsistenser. Pilegårdens kök levererar även mat till Magnoliagården.

Klöverlyckan får sin matleverans från Restaurang Lillgården, Åkarp. Kvällsmaten lagas på boendet av undersköterskorna.

Till Sodexo, som är upphandlad leverantör av måltider för hemleverans till ordinärt boende, ställdes frågorna per telefon.

Utbildning

I samband med projektstart genomgick flertalet i de berörda personalgrupperna en grundutbildning i nutrition för äldre. Aktuella personalgrupper var verksamhetschef, enhetschefer, medicinskt ansvarig sjuksköterska, läkare, distriktssköterska, sjuksköterska, undersköterska, biomedicinsk analytiker (BMA), sjukgymnast, arbetsterapeut, vårdbiträde, sekreterare, både dag- och nattpersonal inom kommunen och på Vårdcentralen.

Direkt innan screening påbörjades fick undersköterskor/kostombud, BMA och sjuksköterskor vid samtliga enheter utbildning om screeningmetoden. Sjuksköterskorna fick en mer omfattande utbildning för att kunna ge enklare kostråd.

Till samtliga frågeformulär utarbetades manualer för vårdpersonalen, bilagorna C-E.

Projektets dietister har ansvarat för utbildningarna samt arbetat fram screeningformulär, manualer och informationsmaterial.

Riskbedömning

Bedömningen av risk för undernäring baseras på tre riskfaktorer, BMI*, eventuell förekomst av ätproblem och ofrivillig viktförlust (6). De patienter som ingick i projektet screenades för undernäring enligt ett särskilt formulär, bilaga F.

Inom särskilda boende och hemsjukvården;

utförde undersköterskor screening avseende mätning av vikt och längd, beräkning av BMI samt frågor om ätproblem och viktförlust. Kroppslängden mättes stående eller liggande med hjälp av stelt måttband eller tumstock. En alternativ längdmätningsslag metod var att mäta halva armspännvidden. Kunde BMI inte räknas ut ersattes detta genom att istället mäta vadmåttkretsens**. Vägningen gjordes med hjälp av stå-, sitt- eller rullstolsvåg.

Efter screening bedömde sjuksköterska om patienten var i riskzon för undernäring enligt ett poängsystem, bilaga F. De patienter som enligt screening var i riskzon för undernäring erbjöds kostråd av sjuksköterska, remiss till dietist alternativt läkare.

* BMI= Body Mass Index, $\frac{\text{vikt (kg)}}{\text{längd}^2 \text{ (m)}}$

** Vadmåttkrets under 310 mm motsvarar BMI under 22 vid 70 år eller äldre.

På vårdcentralen:

gjordes vissa justeringar av metoden för att screeningen skulle fungera praktiskt. Patienter, 70 år och äldre, som besökte laboratoriet på vårdcentralen erbjöds att vara med i projektet. Under första screeningperioden vägde och mätte undersköterskor/BMA, de patienter som ingick i projektet i samband med besök på laboratoriet. De ställde frågor enligt screeningformuläret, utom den om ätproblem, som ställdes senare per telefon på grund av sekretess- och tidsmässiga skäl.

Under höstens screeningperiod modifierades metoden på grund av bristande personalresurser. De patienter som vid besöket på laboratoriet tackat ja till att delta i projektet erbjöds i stället tid då de fick komma tillbaka för att få utförd screening av undersköterska på vårdcentralen.

Efter utförd screening på vårdcentralen bedömde sjuksköterska enligt poängsystemet om patienten var i riskzon för undernäring.

Ett team bestående av sjuksköterska och läkare bedömde därefter om de patienter som enligt screening var i riskzon för undernäring skulle få kostråd av sjuksköterska, remiss till dietist alternativt läkare.

Patienter med BMI över 29 och som i screening på vårdcentralen bedömts vara i riskzon MEN som endast hade snabb mättnadskänsla som ätproblem, ingen ofrivillig viktning och inga medicinska problem som påverkade näringsintaget bedömdes vid teammötet inte vara i riskzon. I dessa fall bedömdes att ätproblemet inte var relevant och i regel hade ett samband med övervikten.

Patienter, på samtliga enheter, som inte bedömts vara i riskzon för undernäring fick av sjuksköterska enbart brev om resultatet, bilagorna G-H, samt en informationsfolder. Till dem med BMI 29 eller lägre skickades "Bra mat för seniorer", bilaga I och till dem som hade BMI över 29 "Bra mat för seniorer - för Dig med BMI över 29", bilaga J.

Visade screeningen att patienten var i riskzon för undernäring gjordes, på samtliga enheter, en bedömning av sjuksköterska/dietist. Besöket genomfördes på vårdcentralen/på det särskilda boendet/i hemmet där man gick igenom ett bedömningsformulär, bilaga K. Frågor ställdes bland annat om nattfastan, livsmedelsval, kommunala hjälpinsatser, kosttyp och hur patienten själv såg på sitt hälso/näringsstillstånd. Vid detta tillfälle gavs också individuella kostråd. Patienter med komplicerad nutritionssituation remitterades till dietist. Sjuksköterska/dietist gick igenom och delade ut material efter behov enligt en checklista, bilaga L. Exempel på dessa informationsmaterial är frukost, energirika mellanmål, hemlagade näringsdrinkar och maträtter till kvällsmat.

Behövdes en medicinsk bedömning remitterades patienten till läkare.

Uppföljningsbesök

4 månader efter screening kallades riskpatienten till sjuksköterska alternativt dietist för uppföljning enligt ett speciellt formulär, bilaga M. Även här gavs kostråd efter behov. I enstaka fall har riskpatient varit på separat återbesök hos dietist före 4 månaderskontrollen. Inga separata återbesök skedde hos sjuksköterska på vårdcentralen.

Separata nutritionsuppföljningar före 4 månaderskontrollen på särskilda boende och inom hemsjukvården var inte aktuellt. Ansvariga sjuksköterskor gjorde dock en indirekt uppföljning i samband med andra besök hos patienten, t ex blodprovstagning, medicindelning eller såromläggning. Dessa skedde inom sjuksköterskans totala omvårdnadsansvar och som en naturlig del i omvårdnadsarbetet.

Ytterligare uppföljningar kommer att ske 8 respektive 12 månader efter screening.

Uppgifterna från formulären fördes in i Excel och bearbetades därefter i statistikprogrammet SAS.

Resultat

Resultaten som presenteras i delrapporten gäller en jämförelse mellan den första screeningperioden, april-maj 2011 och resultaten som uppnåddes vid uppföljningen 4 månader senare.

Sammanlagt screenades 243 patienter i Staffanstorps kommun för om de var i risk för undernäring. Av dessa kom 82 patienter från kommunens samtliga särskilda boende, 74 patienter från Hemsjukvården och 87 patienter från Vårdcentralen. Vid resultatet av screeningen var antalet patienter med risk för undernäring 61 (74%) patienter vid särskilda boende, 31 (42%) patienter från hemsjukvården och 28 (32%) patienter från vårdcentralen. Av riskpatienterna från vårdcentralen hade 21 BMI över 29, snabb mättnadskänsla som enda ätproblem och ingen ofrivillig viktförlust. Dessa patienter hade dessutom inga medicinska problem som påverkade matintaget och omvärderades därför vid teammöte mellan läkare och sjuksköterska på vårdcentralen och bedömdes inte vara i riskzon för undernäring. Det slutliga antalet riskpatienter från vårdcentralen blir därför 7 (8%).

19 patienter från särskilda boende, 43 från hemsjukvården och 26 från vårdcentralen avböjde att vara med i projektet bland annat på grund av att de ansåg sig vara för gamla eller sjuka eller "har det bra som det är", hade redan dietistkontakt, var överviktiga och var ängsliga för att få kostråd eller inte ville vara med utan att orsak angavs.

Det särskilda boendet Klöverlyckan i Hjärup hade inga riskpatienter vid screening.

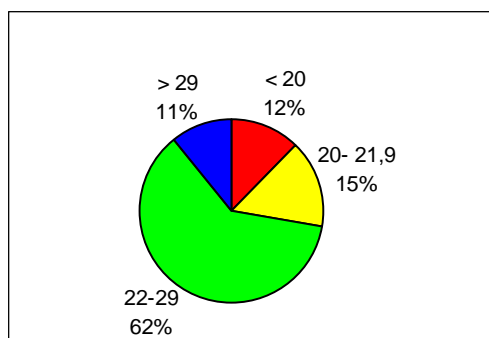
Vid 4 månadersuppföljningen hade 3 patienter flyttat, 4 hade avbrutit studien och 6 avlidit. Totalt ingår nu 65 riskpatienter i projektet. Av dessa kommer 37 från särskilda boende, 22 från hemsjukvården och 6 från vårdcentralen.

Vi har valt att i denna delrapport redovisa resultaten av Body Mass Index (BMI), ätproblem, ofrivillig viktförlust, nattfasta, antal mellanmål, hjälpinsatser enligt Socialtjänstlagen (SOL) avseende mat/ måltider och vilka åtgärder som riskpatienterna ordinerades vid screening respektive 4 månadersuppföljningen.

BMI fördelning hos riskpatienterna vid screening respektive uppföljning

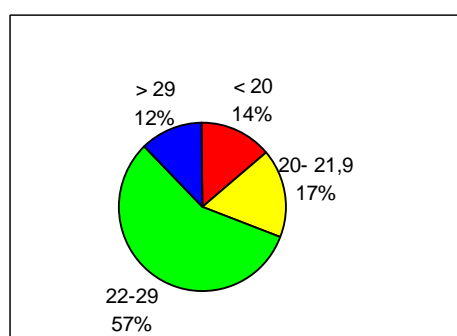
BMI har delats in i följande grupper: lägre än 20, 20-21,9, 22-29 och över 29. Vid screening har 62 % av deltagarna ett för äldre normalt BMI, 22-29 medan det vid uppföljningen var 57 %. BMI lägre än 22 hade 27 % vid screening men det var 31 % vid uppföljningen.

Resultatet visar endast marginella skillnader totalt och mellan grupperna vid screening jämfört med uppföljningen, figur 1 och 2.



Figur 1

BMI fördelning av riskpatienterna vid screening

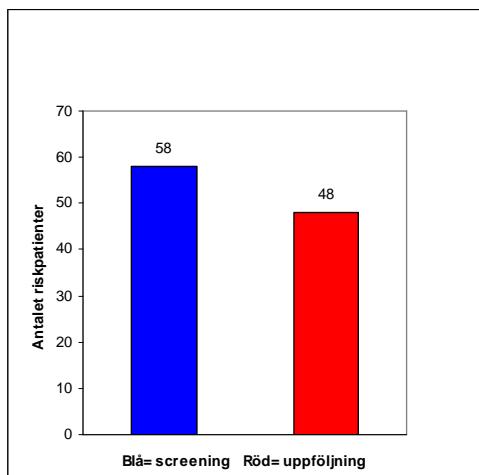


Figur 2

BMI fördelning av riskpatienterna vid uppföljning

Antalet riskpatienter med ätproblem vid screening respektive uppföljning

58 patienter hade vid screening ätproblem som påverkade matintaget. Vid uppföljningen hade detta reducerats till 48 stycken, figur 3. Reduktion har skett inom alla boendeformerna. De fem vanligaste ätproblemen var vid både screening och uppföljning och i nämnd ordning: nedsatt ork, snabb mättnadskänsla, nedsatt aptit, tuggsvårigheter och hjälp att matas.



Figur 3

Totala antalet riskpatienter med ätproblem vid screening och uppföljning

Ofrivillig viktförlust hos riskpatienterna vid screening och uppföljning

Figur 4 visar att 22 patienter vid screening hade ofrivillig viktförlust under de senaste 6 månaderna. 31 patienter hade inte haft ofrivillig viktförlust och 12 patienter visste inte. Dessa uppgifter hämtades från patientjournaler, från patienten själv eller från anhörig.

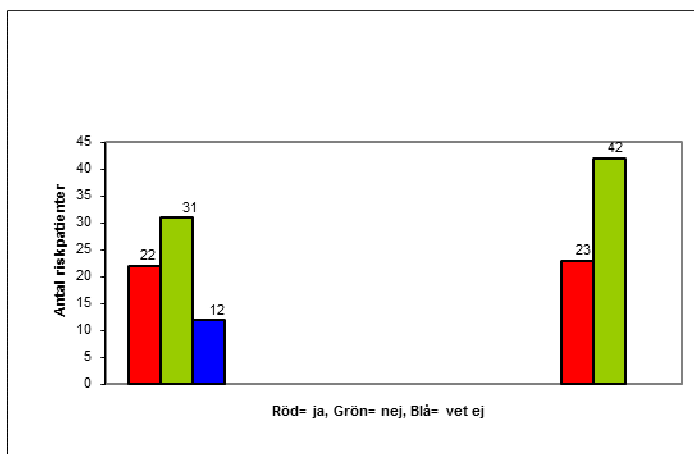
Vid uppföljningen hade 23 patienter ofrivillig viktförlust sedan screeningdagen, 42 patienter hade ingen ofrivillig viktförlust.

Det totala antalet patienter med ofrivillig viktförlust är oförändrad vid uppföljningen jämfört med vid screening. Fördelningen inom de olika boendeformerna visar dock att antalet på särskilda boende har ökat medan det inom hemsjukvården har minskat.

Av hemsjukvårdens 22 patienter svarade 8 patienter vid screening och 4 vid uppföljning att de haft ofrivillig viktförlust under de senaste 6 respektive 4 månaderna. 9 patienter vid screening respektive 0 vid uppföljning svarade "vet ej" och 5 respektive 18 svarade "nej" på frågan om de haft ofrivillig viktförlust.

Av 37 patienter på särskilt boende hade vid screening 12 patienter en ofrivillig viktförlust medan det vid uppföljningen var 18 patienter.

Av vårdcentralens 6 patienter hade vid screening 2 patienter ofrivillig viktförlust medan det vid uppföljningen var 1 patient.



Figur 4 Ofrivillig vikt förlust hos riskpatienter vid screening och vid uppföljning

Nattfastans längd

Nattfastans längd mättes genom att räkna ut tidsskillnaden mellan dagens sista mål och det första dagen efter. Vid screening hade 71 % en nattfasta över 11 timmar. Vid uppföljningen hade antalet minskat till 58 % men fortfarande har en stor grupp patienter en allt för lång nattfasta. Den största minskningen av nattfastan hade skett inom hemsjukvården, från 75 % till 57 % som hade mer än 11 timmars nattfasta.

Hjälpinsatser enligt Socialtjänstlagen (SOL) avseende mat/måltider

Hjälpinsatser för riskpatienterna avseende mat/måltider varierar i antal mellan noll, en per vecka upp till 4 per dag, tabell 1. Vid uppföljningen är skillnaden marginell jämfört med vid screeningen men en tendens till ett ökat antal per dag finns.

Tabell 1 Antal hjälpinsatser för riskpatienterna vid screening och uppföljning

Antal hjälpinsatser	Screening	Uppföljning
0	61	57
1/vecka	1	1
1/dag	1	2
2/dag	1	3
3/dag	1	1
4/dag	0	1

Mellanmål

Riskpatienterna fick ange antalet mellanmål de åt under dagen och när de åt mellanmål. Tabell 2 visar hur många av riskpatienterna som åt mellanmål på förmiddagen, eftermiddagen, kvällen eller vid annan tidpunkt. Även här är det en marginell skillnad mellan resultaten från screening och de från uppföljningen. Det är dock en viss tendens till en ökning av eftermiddags- och kvällsmellanmålen. Mellanmålen som anges vid "annan tidpunkt" utgörs av sent kvällsmål, nattmål och tidigt morgonmål, så kallad "förfrukost". 4 av vårdcentralens 6 riskpatienter hade vid uppföljningen börjat äta eftermiddagsmål. 9 av hemsjukvårdens 22 patienter åt kvällsmellanmål vid screening medan det var 15 vid uppföljningen. Måltiden "annan tidpunkt" var oförändrat men det var en inbördes omfördelning mellan särskilt boende och hemsjukvården med en ökning inom hemsjukvården.

Tabell 2 Antal riskpatienter med mellanmål vid screening och uppföljning

Typ av mellanmål	Screening	Uppföljning
Förmiddag	29	29
Eftermiddag	56	59
Kväll	49	53
Annan tidpunkt	21	21

Åtgärder för riskpatienterna efter screening och uppföljning

55 av 65 riskpatienter fick efter screening kostråd av sjuksköterska, 5 fick kostråd av dietist och 2 remitterades direkt till läkare.

I samband med uppföljning remitterades 2 patienter till dietist i stället för att enbart få kostråd av sjuksköterska och 6 patienter remitterades till läkare.

Diskussion

För att öka kunskapen om fördelningen av *BMI* hos äldre valde vi att göra indelningen enligt: lägre än 20, 20-21,9, 22-29 och över 29. Normalviktsområdet för personer 70 år eller äldre är *BMI* 22-29 och *BMI* över 29 är övervikt. Resultatet visar att 62 % av projektdeltagarna är normalviktiga men vid uppföljningen har denna andel minskat något, till 57 %. Andelen med *BMI* lägre än 22 har vid uppföljningen ökat från 57 % till 62 %. Detta kan bero på att patienterna har blivit sjukare och därför inte kunnat tillgodose sitt energi- och näringsintag. Hade inte patienterna fått information om en energi- och proteinrik kost (E-kost) samt råd om att komplettera med flera mellanmål hade sannolikt fler fått ett lägre *BMI* under perioden. Det är möjligt att patienterna inte har fått optimal kostrådgivning med kontinuerlig uppföljning under perioden mellan screening/sjuksköterskebedömning med åtgärder och uppföljning. Annan orsak till resultatet kan vara att patienten inte haft förmåga att tillgodogöra sig kostinformationen alternativt inte lyckats förändra sina matvanor. En fråga är om fler patienter borde ha fått kostråd av dietist redan vid ingången i projektet eller vid uppföljningen? Av resultatet framkom att *BMI* inte räcker som parameter för att identifiera riskpatienter för undernäring eftersom cirka 2/3 av riskpatienterna låg inom normalviktsområdet. Det är därför nödvändigt att även identifiera eventuellt ätproblem och ofrivillig viktförlust.

För de patienter som har *ätproblem* i form av nedsatt ork, snabb mättnadskänsla och nedsatt aptit är det viktigt att de erbjuds E-kost och att måltiderna fördelas på flera mindre måltider under dygnet. Här är portionsstorleken mindre vid både huvud- och mellanmål men innehåller lika mycket energi- och näring som allmän kost (A-kost).

Patienter med tuggsvårigheter måste uppmärksammas och erbjudas konsistensanpassad kost vilken kan levereras från Pilegårdens kök till särskilda boende och från Sodexo till hemsjukvården. Det är viktigt att patienter med grava sväljningssvårigheter efter stroke eller andra neurologiska sjukdomar ordinerar rätt konsistens på kosten av logoped. Därefter bör patienten remitteras till dietist för information om kostens sammansättning. Därmed förhindras ätproblem och risken för undernäring minskar betydligt.

Orsaken till att antalet patienter med *ofrivillig viktförlust* har ökat på särskilt boende kan vara flera. En förklaring kan vara att de som beviljats plats på särskilt boende har svårare medicinska tillstånd jämfört med tidigare. Trots det är det av stor betydelse att erbjuda en energi- och proteinrik kost samt att korta nattfastan.

Fortfarande har ett stort antal patienter *nattfasta* som är längre än 11 timmar. Antalet har minskat mellan screening och uppföljningen men ytterligare åtgärder bör sättas in. Det är

viktigt att regelbundet erbjuda patienter på både särskilt boende och inom hemsjukvården sena kvällsmellanmål, nattmål och/eller ”förfrukost”. Inom det ordinära boendet är det då av största betydelse att patienten är positiv till att ansöka om bistånd för denna insats. I denna handläggning är biståndshandläggaren central.

Frekvensen av *hjälpinsatser* avseende mat/måltider var låg under projektperioden. Antalet insatser har ökat något men endast marginellt. Det är av stor betydelse att distrikts-sköterskor/sjuksköterskor, undersköterskor och biståndshandläggare försöker motivera patienterna inom hemsjukvården till ett utökat antal hjälpinsatser för mat/måltider för de patienter som behöver hjälp vid måltiderna. Detta kan bidra till att patienten tillgodoser sitt energi- och näringsintag vilket leder till en förbättrad viktutveckling.

Det var ingen stor ökning av antalet *mellanmål* mellan screening och uppföljning. Mellanmålen bör utgöra 30-50 % av riskpatienternas energiintag. Eftersom patientgruppen ofta har en nedsatt aptit och inte orkar äta så stora portioner vid måltiderna är mellanmålen extra viktiga. Många patienter behöver komplettera med flera mellanmål eftersom de tidigare inte har ätit mellanmål på kvällen och natten/tidig morgon. För patienter med risk för undernäring är det viktigt att sjukvårdspersonal motiverar dem att äta dessa. Inom ordinärt boende kan patienten ibland behöva extra bistånd just för kvällsmellanmål/nattmål. Här är samarbete med biståndshandläggaren viktigt. På särskilt boende somnar patienten ofta tidigt på kvällen men kan vakna under natten eller tidigt på morgonen. Det är då viktigt att personalen har mellanmål till hands att erbjuda och uppmuntrar patienten att äta eller dricka.

Ett fåtal av riskpatienterna remitterades till dietist. Inom hemsjukvården har patienter erbjudits detta men avböjt. En anledning till detta är att de tycker att det är ”bra som det är” och orkar inte ta sig till vårdcentralen. Sannolikt skulle hembesök av dietist kunna vara ett alternativ för att motivera denna patientgrupp inom hemsjukvården. På särskilt boende kan individuell rådgivning av dietist alternativt teamträff med dietist, sjuksköterska och kontaktperson eller att dietist bedömer patient tillsammans med läkare och sjuksköterska vara alternativ.

Slutsats av delrapporten

Det är viktigt att patienter med risk för undernäring upptäcks tidigt, redan på vårdcentralen, för att försöka uppnå ett resultat där riskpatienter med BMI under 22 minskar eller stagnerar, att förhindra ofrivillig viktförlust och att ätproblem åtgärdas i högre grad. Då uppnås en ökad patientsäkerhet.

Åtgärder för att förbättra nutritionsomhändertagandet är i första hand energi- och proteinrik kost, fler mellanmål under hela dygnet och därmed en kortare nattfasta. För att uppnå detta bör hjälpinsatser med mat/måltider erbjudas mer intensivt. Riskpatienter med svårbehandlade nutritionproblem skulle sannolikt också kunna få en mer intensiv nutritionsbehandling om de mer frekvent remitteras till dietist på vårdcentralen. Är patientens energi- och näringsintag inte tillräckligt med dessa åtgärder kan industritillverkade kosttillskott ordinerars.

Ökad kunskap inom området kost och nutrition genom regelbunden utbildning för all vårdpersonal är också viktigt för att patienterna skall få en optimal nutritionsbehandling. Våren 2012 kommer därför biståndshandläggare och vårdpersonal inom kommunen samt på vårdcentralen erbjudas utbildning i form av patientfallsdiskussioner i samverkan mellan projektets dietister och vårdcentralens distriktsläkare. Även mätning av nattfasta inom både

ordinärt- och särskilt boende rekommenderas. Under hösten 2012 ska vård- och kökspersonal erbjudas utbildning om dysfagi (sväljningsbesvär) och vilka åtgärder som behöver vidtas.

Dessutom kommer ytterligare analys att ske angående om det är de riskpatienter som redan har lågt BMI och ofrivillig viktförlust som fortsätter att minska i vikt eller om det är andra grupper.

Referenser:

1. Elmståhl S Undernäring- prevention. I: Näringsproblem i vård & omsorg. Prevention och behandling. Socialstyrelsen. SoS rapport 2000:11;118-126
2. Näring för god vård och omsorg- en vägledning för att förebygga och behandla undernäring, Socialstyrelsen, 2011. Sid 116
3. Stratton R, Elia M. A review of reviews: A new look at the evidence for oral nutritional supplements in clinical practice. *Clinical Nutrition Supplements* 2007;2:5-23
4. *Läkartidningen* nr 49 2009 volym 106
5. Undernäring. Åtgärder för att förebygga. Sveriges Kommuner och Landsting. 2011. ISBN 978-91-7164-631-6
6. Nutritionsbehandling i sjukvård och omsorg, Swedish Society for Clinical Nutrition and Metabolism (SWESPEN)