

# KARTLÄGGNING AV ÄLDRES NÄRINGSTILLSTÅND

SKOGSLYCKANS ÄLDREBOENDE



NUTRITIONSPROJEKTET  
DELRAPPORT 1

September 2007

Eva Abrahamsson, sjuksköterska  
Johanna Calles, dietist  
Gunilla Dimsjö, projektledare  
Andreas Imming, kökschef



UDDEVALLA KOMMUN  
DÄR MÄNNISKOR VÄXER OCH ERBJUDS GOD LIVSKVALITET

## Sammanfattning

I Uddevalla Kommun startades i januari 2007 ett nutritionsprojekt. Ett syfte med projektet var att kartlägga näringstillståndet hos vårdtagare på Skogslyckan Äldreboende och utifrån resultatet ge förslag på riktlinjer för att upprätthålla ett gott näringstillstånd samt hur man kan implementera dessa i verksamheten.

Kartläggningen omfattar bedömningsinstrumenten: vikt i kg, längd i cm, Body Mass Index, Mini Nutrition Assessment, modifierad Nortonskala, Revised Oral Assessment Guide, 3dagars kost- och vätskeregistrering och antal timmar med nattfasta.

Resultaten visar att det största problemet hos den undersökta målgruppen är antal timmar med nattfasta som hos 95 % överstiger de rekommenderade 11 timmarna. Det näst största problemet är att vätskebehovet inte tillgodoses samt att nästan lika många vårdtagare ligger i riskzonen för malnutrition enligt MNA-SF. Många av vårdtagarna har egna tänder men majoriteten d v s 88 % har någon anmärkning på tänderna enligt ROAG. Det har också visat sig att ca 30 % av vårdtagarna inte uppfyller sitt energibehov och att ungefär lika många har ett BMI under gränsvärdet. Slutligen har en relativ stor grupp en ökad risk för trycksår enligt Nortonskalan.

Utifrån redovisade resultat ges förslag på förändringar och ansvarsfördelning.

# Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Stimulansbidrag till kommuner och landsting för insatser inom vård och omsorg om de mest sjuka äldre .....	1
Styrdokument .....	1
Syfte .....	1
Material och metod.....	2
Resultat.....	4
BMI .....	4
MNA-SF .....	6
Norton.....	6
Revised Oral Assessment Guide (ROAG) .....	7
3-dagars kost- och vätskeregistrering .....	8
Antal timmar med nattfasta .....	12
Diskussion / Förslag till förändringar.....	13
BMI .....	13
Mini Nutritional Assessment (MNA).....	13
Modifierad Nortonskala .....	14
Revised Oral Assessment Guide (ROAG) .....	14
Kost- och vätskeregistrering.....	15
Antal timmar med nattfasta .....	16
Övriga förslag.....	17
Ansvar och yrkesfunktioner .....	18
Referenser.....	20

## Inledning

Under de senaste decennierna har betydelsen av ett gott näringstillstånd kommit att uppmärksammas som en viktig komponent för ett gott resultat i sjukvården. Effekterna av behandling och rehabilitering är beroende av att patienterna inte är undernärda.

I ett antal svenska studier har man kunnat konstatera att många patienter både inom akutvården och äldrevården är undernärda men också att näringstillförseln är så bristfällig att patienter/boende minskar i vikt under vårdtiden.

## Stimulansbidrag till kommuner och landsting för insatser inom vård och omsorg om de mest sjuka äldre

Riksdagen har behandlat regeringens proposition *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre* (prop.2005/06:115) där en plan för de kommande tio årens utveckling av vården och omsorgen om äldre läggs fram. Regeringen anser att resurser till kommuner och landsting behöver förstärkas för att förbättra vården och omsorgen om de äldre med sämst hälsa. Regeringens avsikt är att utveckla rehabilitering, nutritionsarbete, läkemedelsgenomgångar och förstärkt läkarmedverkan.

Ett nutritionsprojekt startades av dessa stimulansmedel i Uddevalla Kommun januari 2007. Projektet består av dietist, nutritionssjuksköterska och kökschef. Inledningsvis utfördes en kartläggning av näringstillståndet hos samtliga boende på Skogslyckan Äldreboende.

## Styrdokument

I samband med nutritionsarbete och livsmedelshantering skall följande lagar, föreskrifter och rekommendationer följas:

- [Socialtjänstlagen](#)
- [Livsmedelslagen](#)
- [Hälso- och sjukvårdslagen](#)
- [”Näringsproblem inom vård och omsorg” Socialstyrelsen](#)
- [”Kommunernas kost och nutritionsarbete” Socialstyrelsen](#)
- [”Mat och måltider i Äldreboende” Länsstyrelsen](#)
- [Svenska näringsrekommendationer – 2005](#)
- [”Omvårdnadsprogram för att förebygga undernäring” Nutritionsgruppen i Uddevalla Kommun](#)
- [”Mat och näring för äldre sjuka inom vård och omsorg” Livsmedelsverket](#)

## Syfte

Syftet är att utifrån kartläggningens resultat ta fram förslag på riktlinjer för att upprätthålla ett gott näringstillstånd hos vårdtagare inom särskilt boende, samt tydliggöra ansvarsfördelningen för respektive yrkeskategori.

## Material och metod

I studien ingår samtliga vårdtagare på Skogslyckan Äldreboende d.v.s. 75 kvinnor och 18 män. Inga exklusionskriterier har använts. Alla bedömningar är utförda av dietist och sjuksköterska anställda i projektet. Vid kost och vätskeregistreringarna har även vårdpersonal på Äldreboendet medverkat. Personalen och anhöriga har svarat på de frågor som vårdtagare av olika anledningar inte själva kunnat svara på.

De bedömningsinstrument som använts är följande:

### Vikt i kg

Kroppsvikt registrerades på morgonen före frukost och avrundas till närmaste 0,5 kg på nollställd och kalibrerad våg.

### Längd i cm

Utifrån patientens förmåga har följande mätmetoder använts:

- Stående mot vägg
- Mätning av kroppslängd i liggande ställning.
- Mätning av armspännvidden. Armspännvidden mäts mellan fingertopparna på vänstra och högra armen.
- Mätning av halva armspännvidden. Halva armspännvidden mäts mellan brötsbenets mittskåra och roten mellan lång- och ringfinger på ena armen. Uppskattning av kroppslängden görs med hjälp av bestämda ekvationer.

### Body Mass Index (BMI).

BMI är ett mått för att jämföra kroppsvikten mellan olika personer med olika kroppslängd. Kroppsvikten uttryckt i kg dividerat med kvadraten på kroppslängden uttryckt i meter. Gränsen för undervikt hos yngre och medelålders personer anses ligga vid BMI <20. Hos kroniskt sjuka och hos äldre (>70år) är BMI<20 förmodligen en för låg gräns. Gränsen bör ligga på 22-23. Det finns även uppgifter som talar för att BMI mellan 23-29 skulle vara ett lämpligare intervall för kroniskt sjuka och äldre personer. (1,2)

### Mini Nutrition Assessment, short form (MNA-SF)

MNA är ett bedömningsinstrument/frågeformulär som är särskilt anpassad för att gradera och bedömma näringstillståndet hos äldre människor. MNA omfattar 18 poängsatta frågor och utger en syntes av antropometriska mått (BMI, omkretsen på överarm och viktförlust), allmän bedömning (frågor om livsstil, mediciner och mobilitet), kostundersökning (frågor relaterade till antal mål mat, mat- och vätskeintag och behov av hjälp vid ätandet) och individens subjektiva bedömning om hälsa och näringstillstånd. De första sex frågorna används som initial bedömning (MNA- SF) och de resterande 12 för slutlig bedömning. Är summan av de sex första frågorna mindre än 11 kan vårdtagaren vara i risk för undernäring och slutlig bedömning bör utföras. Beroende på den totala poängsumma bedöms individen som välnärd, i riskzoon för undernäring eller undernärd. Instrumentet är validerat mot klinisk status som referensstatus. (3) I kartläggningen har den korta varianten används.

### Modifierad Nortonskala

Norton är ett bedömningsinstrument/frågeformulär som används för att identifiera vårdtagare som är i riskzonen för att utveckla trycksår. Svaren poängsätts från 1-4. Maxpoängen är 28. Ett värde på 20 poäng eller lägre visar på en ökad risk för tryckskada. Även födo- och vätskeintag bedöms.(4)

### Revised Oral Assessment Guide (ROAG)

Ett munbedömningsinstrument som syftar till att få en bild över eller en indikation på munhålans tillstånd i syfte att kunna främja hälsa. Munstatus registreras utifrån kriterier som är graderade på en skala med 1 som betyder frisk eller normal, 2 betyder lätta till måttliga förändringar och 3 innebär allvarigare problem. (5)

### **3-dagars kost- och vätskeregistrering**

Vårdtagarens totala intag av energi och vätska har registrerats av personalen under 3 dagar, där både dag- och nattpersonal deltog. Information till personal lämnades muntligt samt skriftligt. För att förtydliga portionsstorlekar lämnades ett bildmaterial där fotografier på hel- och halv portion visades.

Kost- och vätskeregistreringarna har beräknats i dataprogrammet Matilda av projektmedlemmarna. Ett medelvärde på 3 dagar har tagits fram. Detta har sedan jämförts med varje enskild vårdtagares uträknade energi- och vätskebehov som är beräknat utifrån basalmetabolism, aktivitetsnivå samt korrigering för över- och undervikt (6).

### **Antal timmar med nattfasta**

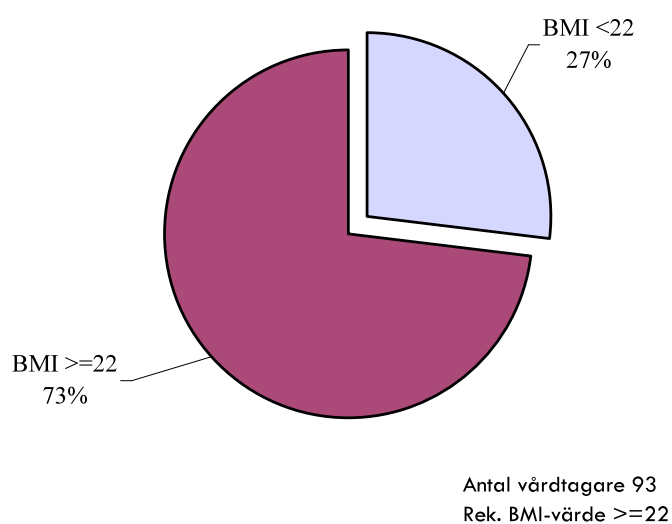
Med nattfasta menas antal timmar från sista till första intaget av något energigivande ämne ex ett glas mjölk eller en smörgås. Nattfastan har räknats ut med kostregistreringen som grund. Ett snittvärde har räknats ut på varje vårdtagare. I många av de omvårdnadsprogram och riktlinjer som finns i kommuner rekommenderas att nattfastan inte ska överstiga 11 timmar. Detta bygger på en rimlighetsbedömning när det gäller nackdelar med att komprimera energiintaget under få timmar. Microtarmfloran börjar atrofiera efter 11-12 timmar om den inte tillförs näring.

# Resultat

## BMI

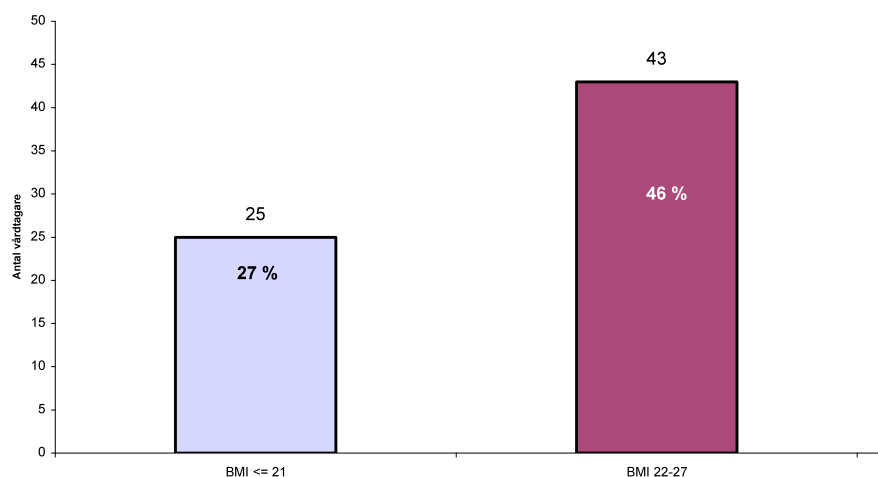
Fördelningen av BMI visar att 25 vårdtagare av 93 har ett BMI under 22 som är det lägsta gränsvärdet.

Fördelning av BMI över och under rekommenderat värde

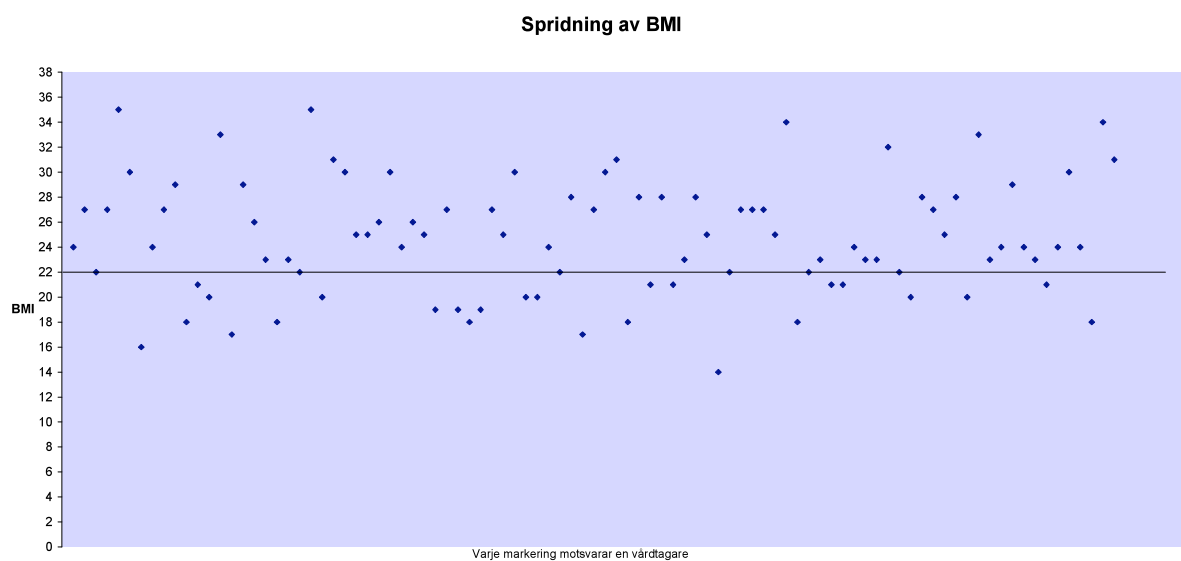


Fördelningen av BMI visar att 25 av vårdtagarna har ett BMI värde som är lika eller lägre än 21. Av de övriga 68 vårdtagarna har 43 ett BMI värde som är 22-27, och de resterande 25 har ett värde som är lika med eller högre än 28.

Fördelning av BMI



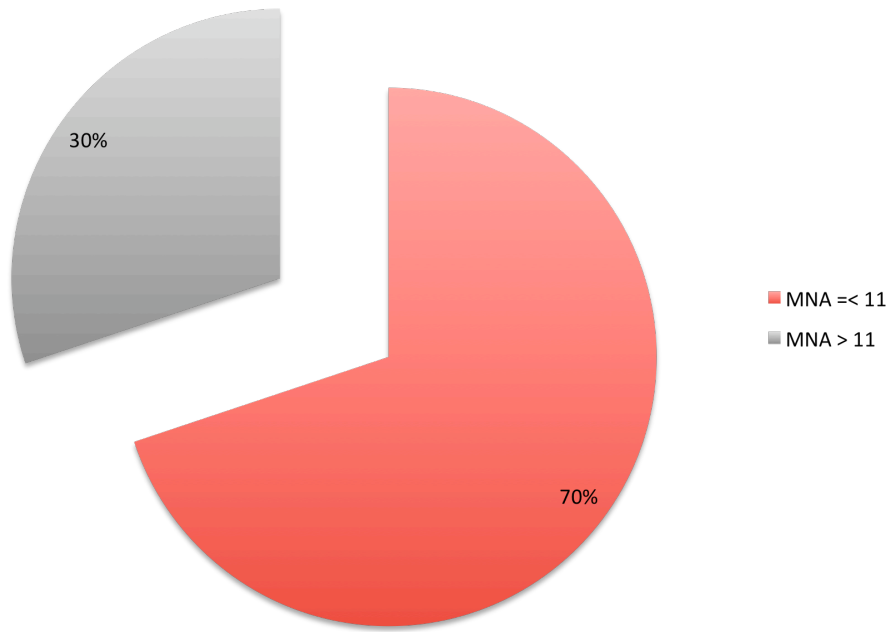
Vårdtagaren med lägsta BMI har ett värde på 14 och vårdtagaren med högsta BMI har värdet 35.



## MNA-SF

Fördelningen av MNA-SF visar att 65 vårdtagare av 93 har ett värde under 11 och de ligger därmed i riskzonen för undernäring.

### Fördelning av MNA-SF över och under rekommenderat värde

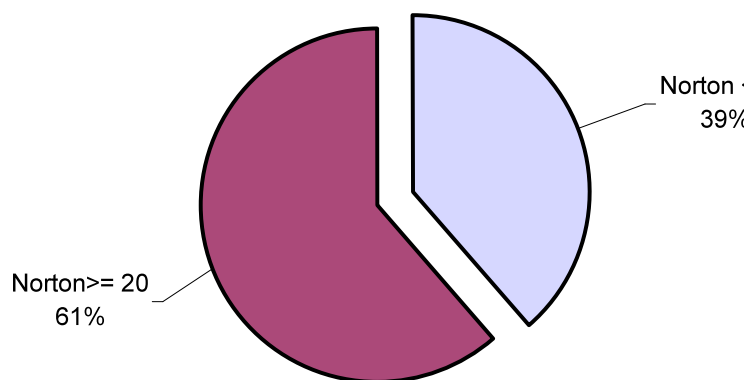


Antal: 93 vårdtagare

## Norton

Fördelningen av Norton visar att 21 vårdtagare av 93 har ett värde under 20 och har därmed ökad risk för tryckskada.

### Fördelning av Norton över och under 20

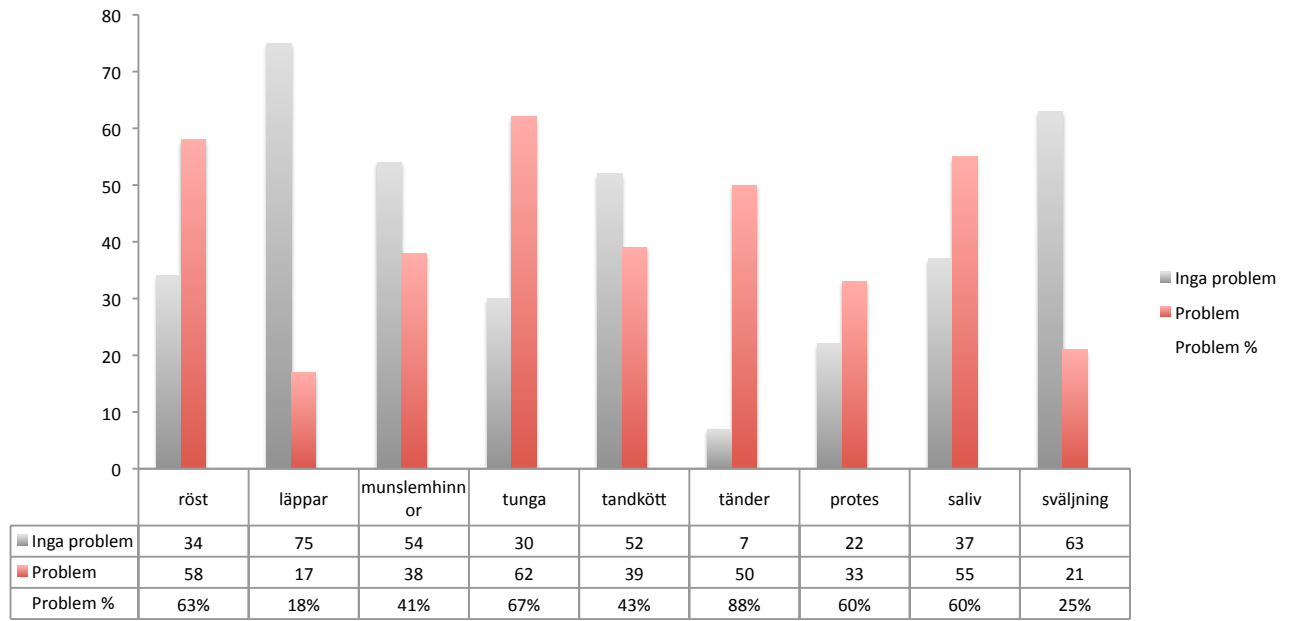


Antal: 93 vårdtagare  
Rek. värde >=20

## Revised Oral Assessment Guide (ROAG)

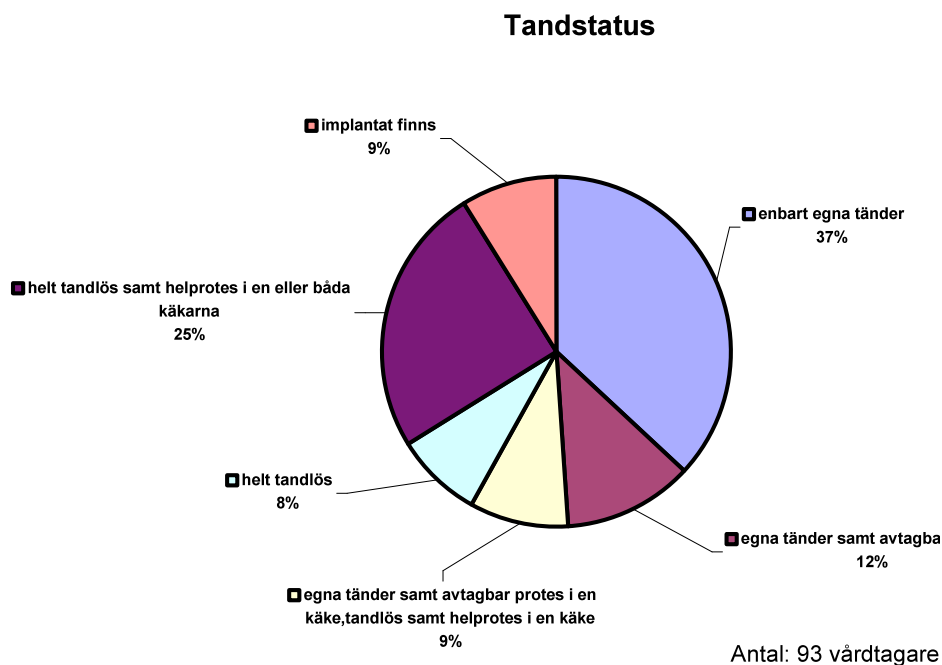
### Munhälsobedömning

Av 93 vårdtagare har 57 egna tänder varav 50 st. uppvisar någon form av problem. Vanligast förekommande, vid munhälsobedömningen, var problem med tänder, tunga, röst och saliv. Kriterierna 2 och 3 i munhälsobedömningen är sammanslagna och benämns som problem.



### Tandstatus

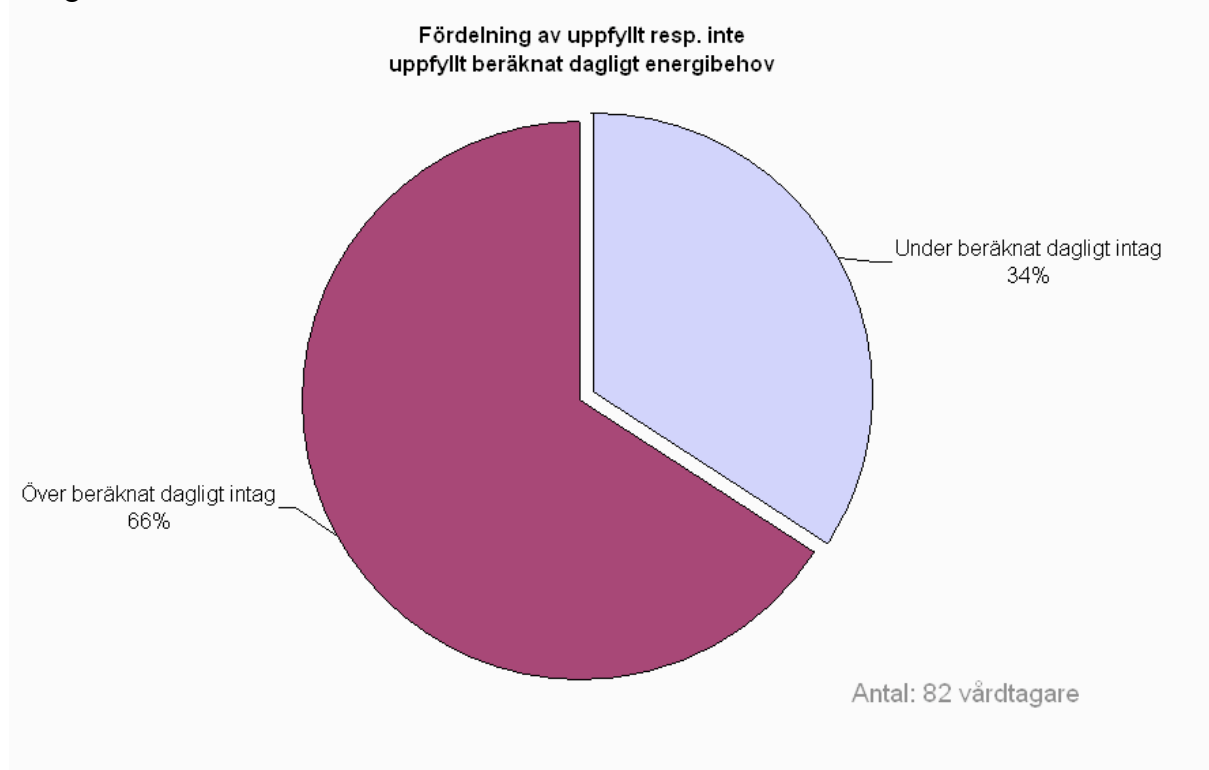
Hos vårdtagarna på Äldreboendet varierade förekomsten av de vårdtagare som enbart hade egna tänder, hel- eller delproteser, implantat eller helt saknade tänder. Störst var gruppen som hade egna tänder.



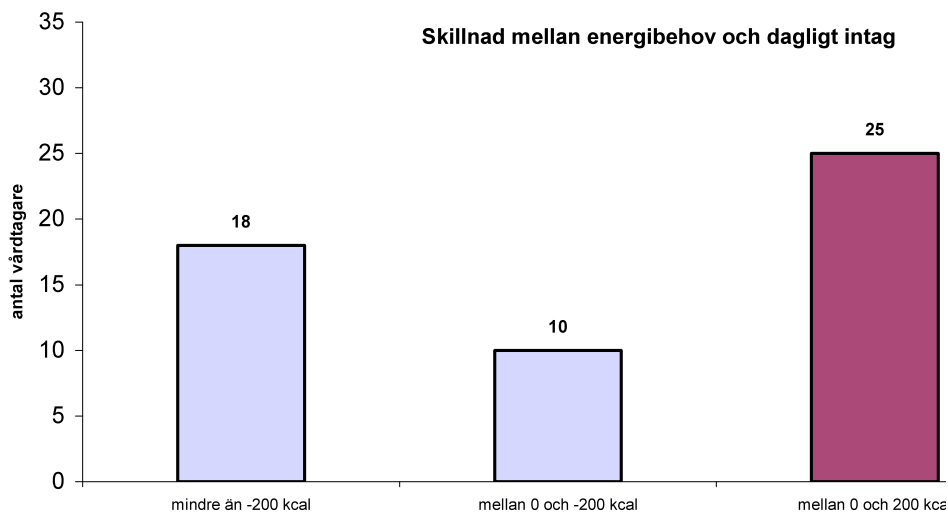
## 3-dagars kost- och vätskeregistrering

### Energi intag

Resultatet av kostregistreringen visar att 28 av totalt 82 vårdtagare inte får i sig sitt beräknade energibehov.

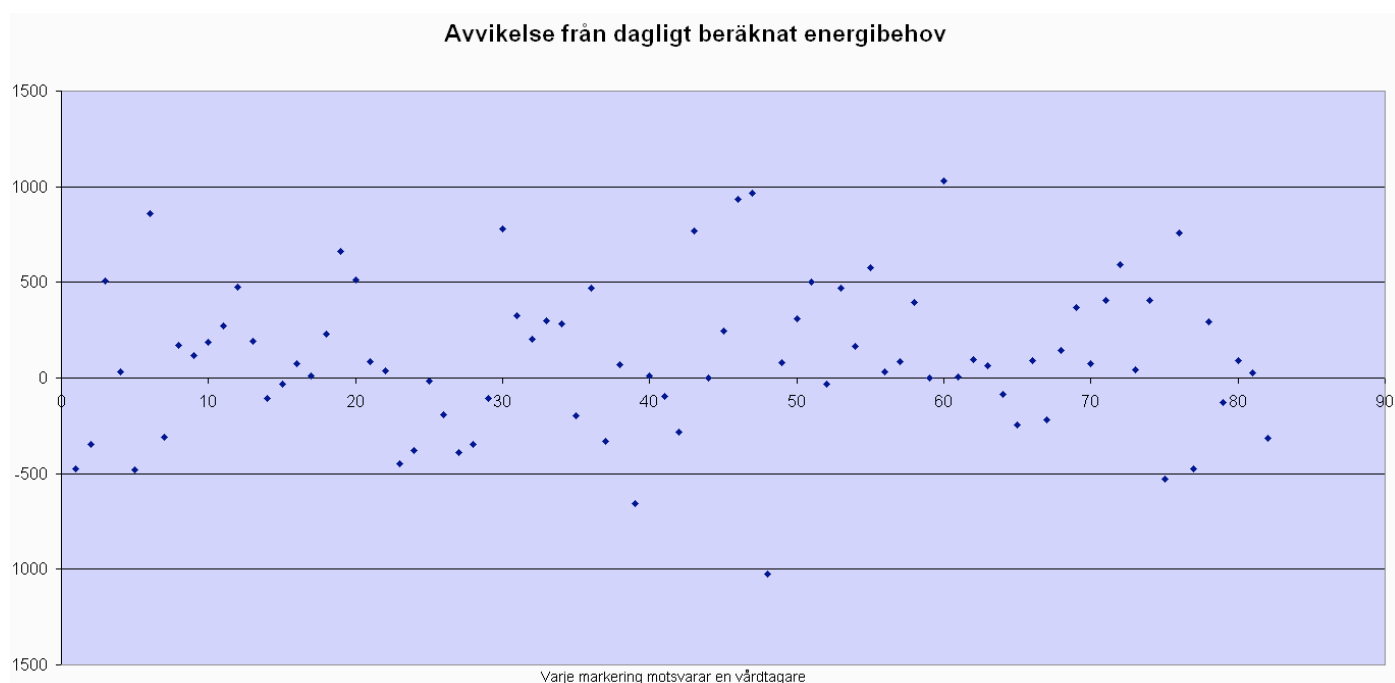


Av de 28 vårdtagare som inte får i sig sitt beräknade energibehov är det 10 stycken som har ett intag på mer än 0-200 kcal under sitt behov och 18 stycken som har ett intag på mer än 200 kcal under sitt behov. Av de vårdtagare som får i sig sitt uträknade behov är det 25 stycken som har ett intag på 0-200 kcal över behovet och 29 stycken som har ett intag på mer än 200 kcal över sitt behov.



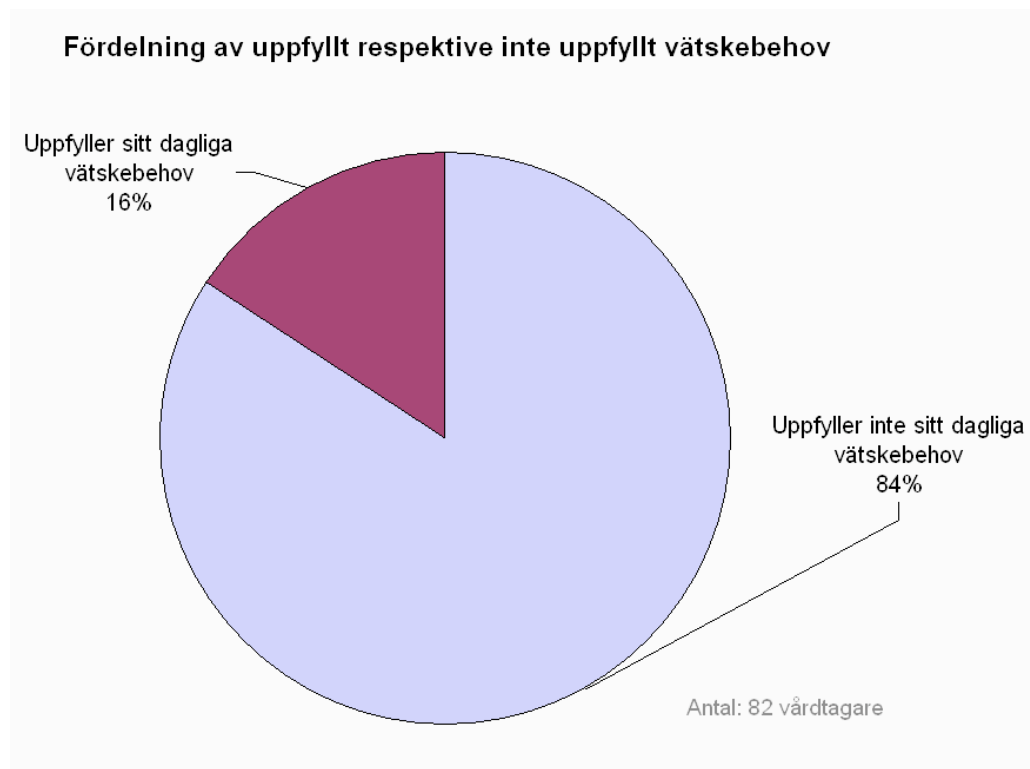
## Skillnad mellan energibehov och energiintag hos varje vårdtagare

Figuren nedan visar att spridningen hos hela gruppen är stor. Det största energiintaget över behovet är 1100kcal och det lägsta energiintaget under behovet är -1100kcal.

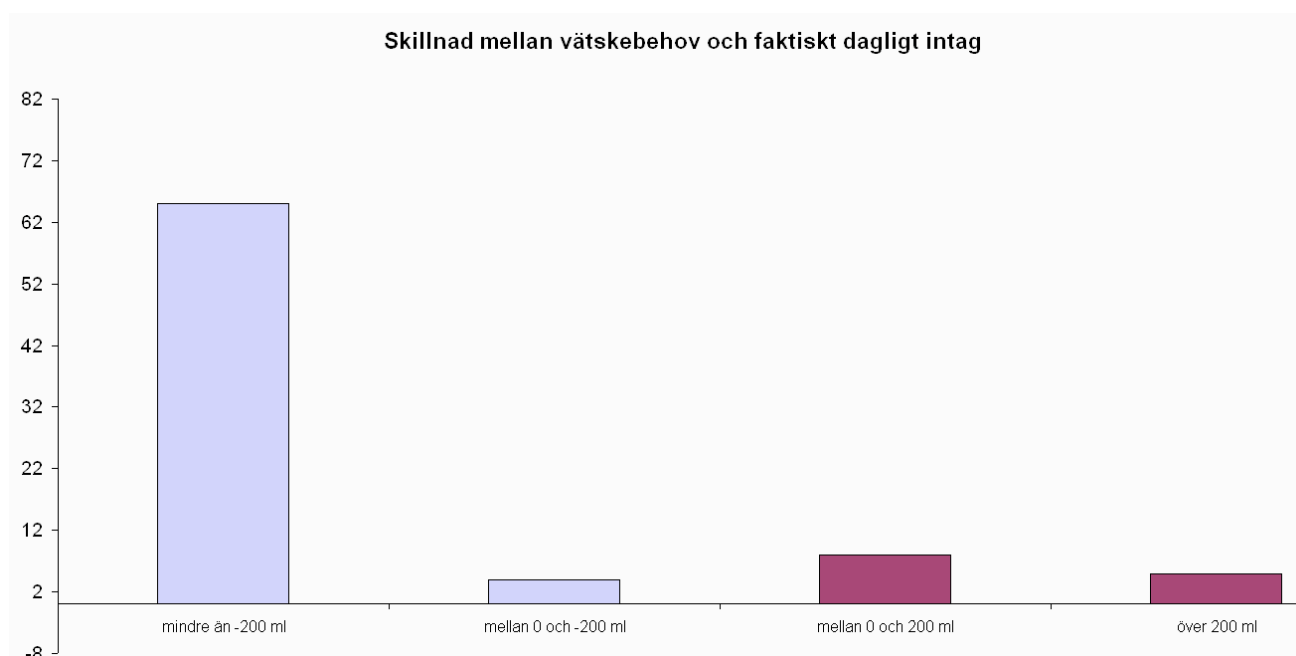


## Vätskeintag

Resultatet av kostregistreringen visar att 69 av totalt 82 vårdtagare inte får i sig sitt beräknade vätskebehov.

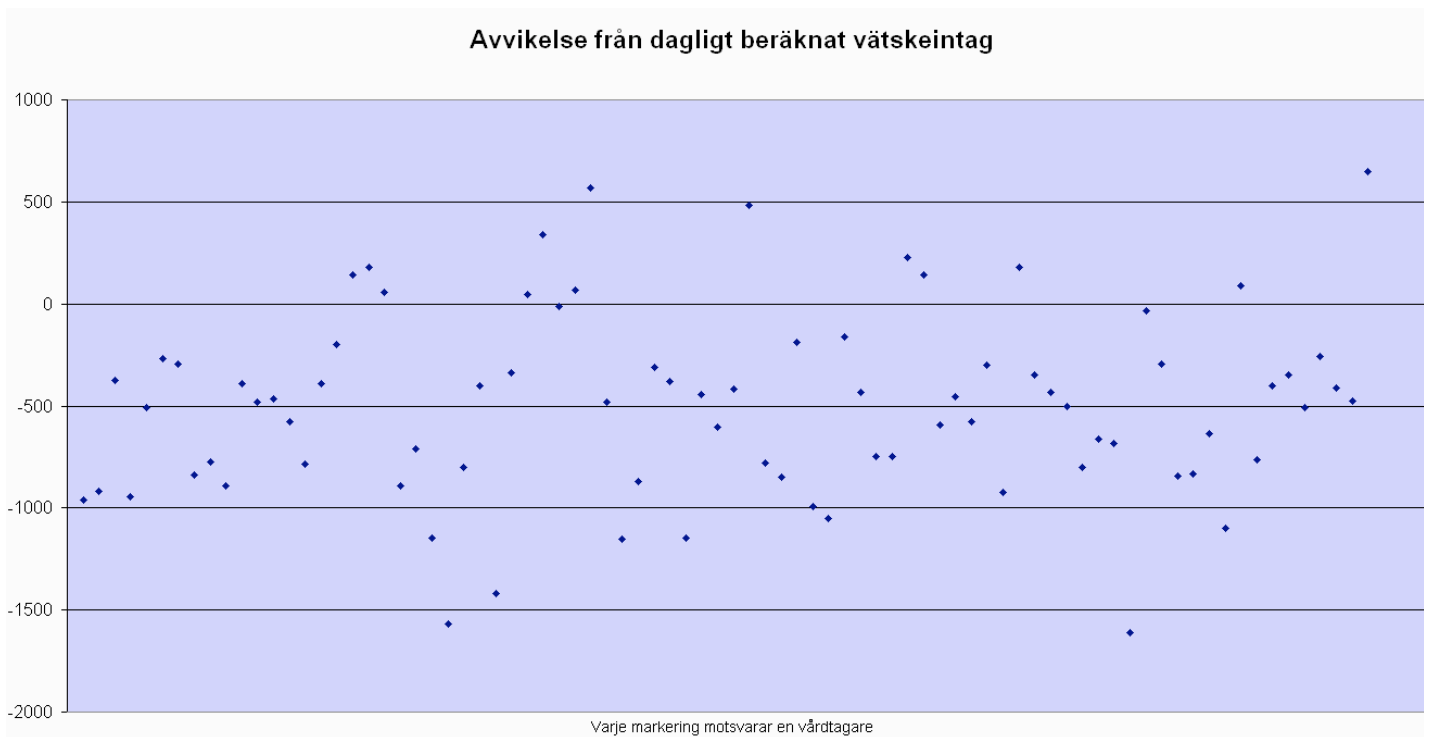


Av de 69 vårdtagare som inte uppfyller sitt vätskebehov är det 65 stycken som har ett intag på minst 200ml under sitt beräknade behov.



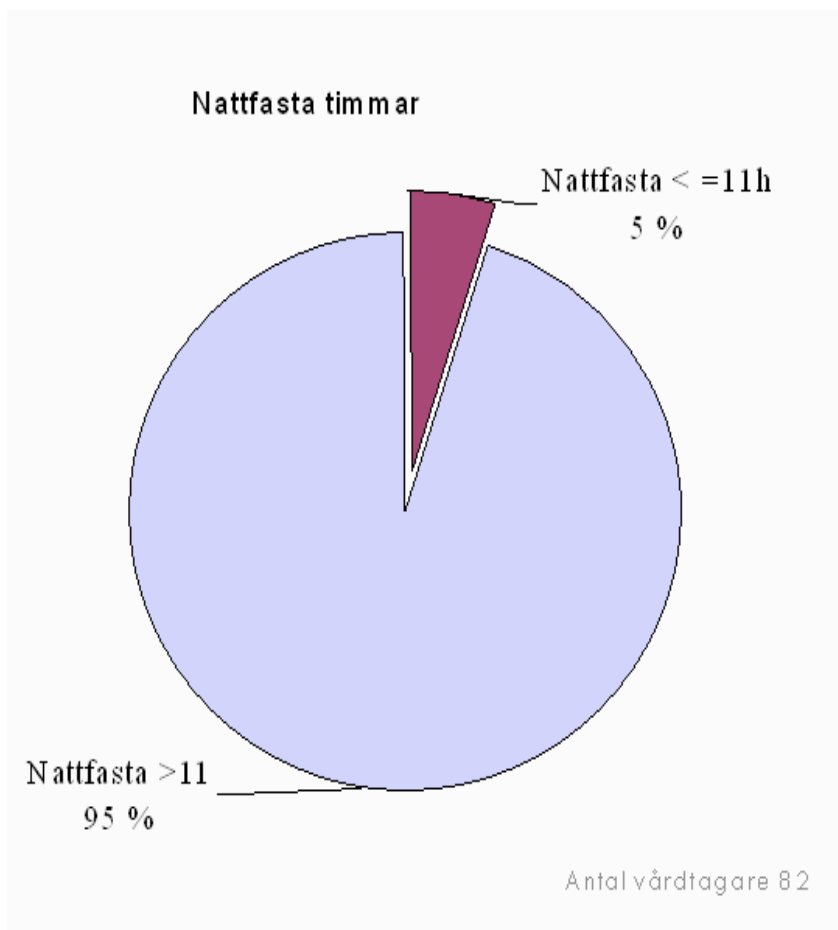
### Skillnad mellan vätskebehov och vätskeintag hos varje vårdtagare

Figuren nedan visar spridningen av vätskeintag hos hela gruppen. Det minsta vätskeintaget under behovet är 1610 ml och det största vätskeintaget över behovet är 650 ml.

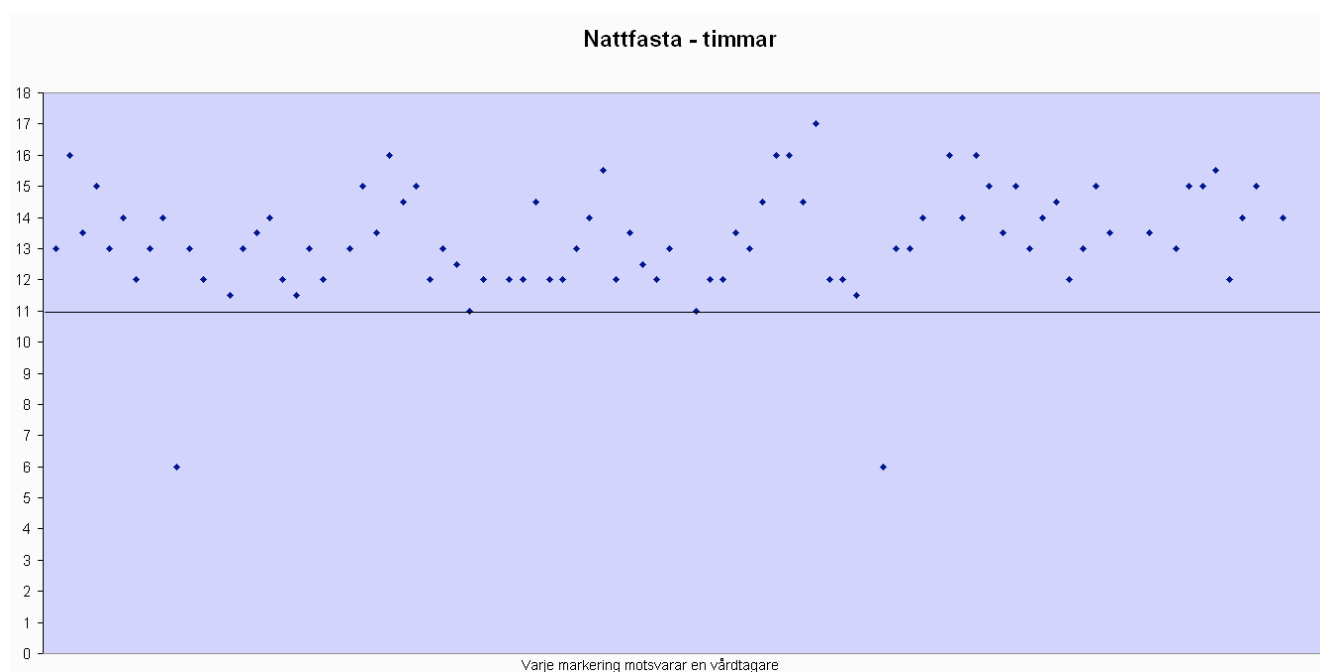


## Antal timmar med nattfasta

Vårdtagare med en nattfasta längre än 11 timmar är 78 av 82.



Figuren nedan visar att spridningen av antal timmar är från 6 timmar-17 timmar.



## Diskussion / Förslag till förändringar

### Vikt

Regelbundna mätningar av kroppsvikten kan vara det bästa sättet att upptäcka förändringar i näringstillståndet. Viktminskning är starkt sammankopplat med komplikationer i samband med vård och behandling. (7) Ofrivillig viktminskning med mer än 5 % under en månad eller mer än 10% under 6 månader betyder lätt undernäring (8 ). Viktnedgång över 20 % innebär svår undernäring med stor risk för utveckling av funktionella försämringar i olika organsystem (9). Äldre personer har mindre marginaler och kan vara mer känslig för vikt förlust än yngre.

### Förslag:

Viktkontroll minst en gång per månad.

### Ansvar:

*Vårdpersonal* väger vårdtagare en gång per månad, antecknar aktuell vikt på signeringslistan för läkemedel.

*Omvårdnadsansvarig sjuksköterska* Bedömer och dokumenterar. Vi behov kontaktas läkare och dietist.

*Verksamhetschefen* ombesörjer att våg av god kvalitet finns lättillgänglig för vårdpersonal.

### BMI

BMI är ett enkelt, lätt och billigt mått. Nackdelen är att det är ett statistiskt mått och ganska okänsligt för små förändringar av vikten. Höga värden visar inte om det beror på överskott av fett, muskelmassa eller vätska. Det säger med andra ord inget om *fördelningen* av fett, muskelmassa och vätska. Med BMI kan man missa en pågående viktnedgång då en person som har förlorat en stor del av sin kroppsvikt vid mättillfället ändå har ett BMI-värde över normalgränsen och kan bedömas som välnärd. BMI är ett mått som bör användas tillsammans med andra bedömningsinstrument.

### Förslag:

Alla vårdtagare ska ha ett aktuellt BMI värde i sitt status.

### Ansvar:

*Omvårdnadsansvarig sjuksköterska* dokumenterar BMI i samband med vikt förändring. Följer upp samt utvärderar. Vid behov kontaktas läkare eller/och dietist.

### Mini Nutritional Assessment (MNA)

MNA är ett vanligt förekommande instrument inom kommuner och landsting. Det går snabbt att använda och är kostnadseffektivt. MNA klassificerar färre patienter som välnutrierade jämfört andra liknande mätinstrument som exempelvis Subjective Global Assessment, (SGA). Det kan ses positivt eftersom det är en fördel att sätta in interventioner i ett tidigt skede för att undvika dåligt näringstillstånd.

I kartläggningen hade ett så stort antal som 70 % ett MNA under 11. Detta kan delvis bero på att en aktuell vikt saknades och att man då inte kunde se en eventuell vikt förändring. Det gav då 2 poäng mindre.

**Förslag:** MNA kan med fördel ingå som instrument då bedömning av näringstillståndet utförs. Den korta formen av MNA, det vill säga de första sex frågorna används som initial bedömning.

**Ansvar:**

*Omvårdnadsansvarig sjuksköterska* bedömer, vidtar åtgärder och dokumenterar. Vid behov kontaktas annan yrkesgrupp exempelvis läkare, dietist, sjukgymnast, logoped eller arbetsterapeut.

## **Modifierad Nortonskala**

Idag används Nortonskalan bl a av sjuksköterskor inom hemsjukvården i Uddevalla Kommun i första hand för att identifiera vårdtagare med risk att utveckla trycksår. Trycksår kan bl a bero på en bristande näringstillförsel.

**Förslag:**

Näringsbedömning bör utföras på vårdtagare som har ökad risk för tryckskada enligt Nortonskalan.

**Ansvar:**

*Omvårdnadsansvarig sjuksköterska* bedömer, vidtar åtgärder och dokumenterar. Vid behov kontakt med annan yrkesgrupp exempelvis läkare, dietist, sjukgymnast, logoped eller arbetsterapeut.

## **Revised Oral Assessment Guide (ROAG)**

Hur mycket som än satsats på bra mat och en trevlig måltidssituation för äldre så kan matlusten ändå utebli för dem som har problem med munhälsan ( 10 ).

När vård- och omsorgspersonal upptäcker att en patient har dålig tandhälsa är det viktigt att man först ordnar en bedömning av tandvårdspersonal. Därefter bör vård- och omsorgspersonalen kontrollera den äldres munhälsa med jämna mellanrum.

Tandvårdsreformen 1999 innebär att vårdpersonal verksam inom särskilda boenden och inom hemtjänst ska erhålla munvårdsutbildning. Utbildningen skall vara både teoretisk och praktisk. Den praktiska delen av utbildningen kan ges i samband med en munhälsobedömning.

**Förslag:**

- Munvårdsbedömning på alla vårdtagare.
- Munvårdsutbildning till all vårdpersonal verksam inom särskilda boenden.
- Den skriftliga informationen (munvårdskort) skall sättas upp på väl synlig plats, så att all involverad vårdpersonal kan ta del av de givna rekommendationerna. Förslagsvis i en plastficka på väggen bredvid handfatet.

**Ansvar:**

*Omvårdnadsansvarig sjuksköterska* kontaktar tandvården för munvårdsbedömning. Sjuksköterskan har det yttersta ansvaret för bedömning, analys, planering, genomförande, utvärdering av munvården och dokumentation.

*Vårdpersonal* i första hand vårdtagarens kontaktman bör vara närvarande när munvårdsbedömning görs. Vid förändring av mun eller tandstatus kontaktas sjuksköterska. *Verksamhetschefen* bevakar att vårdpersonal får munvårdsutbildning.

## **Kost- och vätskeregistrering**

För att uppskatta mat- och vätskeintaget är en kostregistrering ett bra instrument. Här kan man se hur måltidsfördelningen över dagen ser ut, vilka tider mat samt vätska intas samt vilka livsmedelsval som görs. Tänkvärt är att livsmedelsvalen inte enbart behöver vara vårdtagarens eget då personalen har ett stort inflytande här. En kostregistrering är dock inte helt tillförlitlig då felkällor kan uppstå som exempelvis att mat medvetet eller omedvetet glöms bort att registreras och att portionsstorleken felbedöms. I studien kost- och vätskeregistrerades samtliga vårdtagare, 93 personer. När insamlad data bearbetades visades det att registreringen var ofullständig eftersom en del vårdtagare åt nattetid. Detta resulterade i ett bortfall på 11 personer. Resultatet visar att 28 av 82 vårdtagare inte får i sig sitt beräknade energibehov och att 69 av 82 vårdtagare inte får i sig sitt beräknade vätskebehov. Det är anmärkningsvärt att så många inte uppfyller sitt vätskebehov. Detta kan kanske delvis förklaras med att många äldre har en minskad förmåga att känna törst och tillgodoser därmed inte sitt behov. En del kan ha svårt att komma ur sängen eller ens nå ett glas med dryck. Det kan även vara så att många äldre är inkontinenta och vill då begränsa sitt vätskeintag. Här har då personalen en stor roll.

### **Förslag:**

- Kost- och vätskeregistrering ska vara ett av instrumenten som används då en vårdtagares näringstillstånd skall utredas. Registreringen ska vara utförd under minst tre dagar och innehålla även en helgdag. Blankett ”Mat- och vätskeregistrering”.
- Kost och näringsutbildning till vårdpersonal.

### **Ansvar:**

*Omvårdnadsansvarig sjuksköterska* initierar kost- och vätskeregistrering, utvärderar och följer upp samt dokumenterar. Tar vid behov kontakt med dietist och/eller läkare. Handleder och informerar vårdpersonal.

*Dietist* initierar kost- och vätskeregistrering, utvärderar och följer upp samt dokumenterar. Tar vid behov kontakt med läkare. Har det yttersta ansvaret för utbildning och information till vårdpersonal.

*Vårdpersonalen* ansvarar för att kost- och vätska registreras då registrering har initierats av sjuksköterska eller dietist. Erbjuder och ser till att vårdtagaren tillgodoser sitt vätskebehov.

## Antal timmar med nattfasta

I studien visade resultatet på en alltför lång nattfasta för ett så stort antal vårdtagare som 95 procent. Det är något som uppmärksammades redan för två år sedan och man bör nu finna en strategi för att åtgärda detta stora problem.

### Förslag:

- Kost och näringsutbildning till vårdpersonal.
- Följa svenska näringsrekommendationer angående måltidsfördelning över dagen.
- Senarelägga det andra huvudmålet
- Morgonmålet ska ges så snart som möjligt och prioriteras före andra sysslor som exempelvis hjälp med dusch.
- Frukost på sängen bör erbjudas oftare. Alla behöver inte äta samtidigt på samma ställe.
- Morgon, kväll och nattmedicin bör ges med en energigivande dryck exempelvis yoghurt, mjölk, näringsdryck eller juice. "Sängfösaren" är en energi- och näringsrik dryck som kan tillverkas i köket och ges till medicin eller som ett extra mål på kvällen.
- Då dryck erbjuds nattetid bör detta vara något energigivande exempelvis mjölk eller juice.
- Vårdtagare som är oroliga och har svårt att sova kan erbjudas ett glas mjölk och/eller en smörgås då oro nattetid ofta kan bero på hunger.
- Sömntabletter bör ges så sent som möjligt på kvällen helst inte före klockan 22.00. Målet bör vara att sömntabletter ges vid behov och inte som stående administrering.
- Mätning av nattfastan var tredje månad. Blankett "Mätning av nattfasta".

### Ansvar:

*Kostchef eller dietist* ansvarar för att måltidsfördelningen över dagen följer rekommendationerna.

*Dietisten* har det övergripande ansvaret av utbildning och utbildningsmaterial.

*Omvårdnadsansvarig sjuksköterska* bör i samråd med *läkare* eftersträva att nattmedicin ges så sent som möjligt.

*Omvårdnadsansvarig sjuksköterska* följer upp och dokumenterar.

*Vårdpersonalen* har en viktig roll med att erbjuda och servera vårdtagaren dryck/mat (Nattpersonalen spelar här en stor roll).

Kontakt med sjuksköterska skall tas då nattfasta överskrider 11 timmar.

*Verksamhetschefen* erbjuder personal möjlighet till utbildning. Bör anpassa arbetsscheman och rutiner för personal enligt dessa rekommendationer. Skapar rutin för kontroll av nattfastan var tredje månad. Blankett "Mätning av nattfastan".

## Övriga förslag

- *Kostpärm* skall finnas på varje enhet. Kostpärmerna utarbetas av nutritionsansvarig dietist/MAS i kommunen. Förslag på pärm utarbetad av Nutritionsprojektet -07.
- *Kostombud* skall finnas på varje enhet. Kontrakt med tydlig arbetsbeskrivning skall upprättas mellan kostombud och verksamhetschef. Förslag på kontrakt är utarbetat av Nutritionsgruppen -07.
- *Kostråd* skall finnas på varje särskilt boende. Kostrådet skall fungera som ett diskussionsforum där enskilda åsikter kan framföras. I kostrådet skall ingå representanter från boende, kök samt kostombud. Protokoll utförs av kostombud.
- *Representant från köket* skall närvara vid APT, förslagsvis ca 15 minuter. Aktuella frågor mellan enhet och kök kan tas upp och diskuteras.
- *Kostintyg* för varje vårdtagare skall fyllas i av omvårdnadsansvarig sjuksköterska och kontaktman i samband med nyinflyttning. Förslag på kostintyg är utarbetat av Nutritionsprojektet -07.
- *Energi- och näringsberäknad matsedel* skall finnas på varje särskilt boende. Två alternativa maträtter skall erbjudas varav den ena är energi- och näringsberäknad och den andra enbart energiberäknad.

## Ansvar och yrkesfunktioner

**Verksamhetschefen** skall svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet. Verksamhetschefen ansvarar också för att det finns ett ändamålsenligt kvalitetssystem för att fortlöpande styra, följa upp, utveckla och dokumentera kvaliteten i verksamheten för att nå målen och främja kostnadseffektivitet. Verksamhetschefen har det yttersta ansvaret för att fullgoda nutritionsrutiner finns inom verksamheten. Verksamhetschefen får dock endast bestämma över diagnostik, vård och behandling av enskilda patienter om hon/han har tillräcklig kompetens och erfarenhet av detta. Detta innebär att en verksamhetschef som inte har medicinsk utbildning inte kan besluta om nutritionsbehandling.

**Läkaren** har patientansvar, vilket bland annat omfattar ansvar för utredning och ordination av behandling. Läkaren bör ta ställning till om avmagring eller pågående viktförlust orsakas av medicinska faktorer som behöver utredas eller motverkas genom specifik medicinsk behandling. I samråd med annan personal, som sjuksköterska, dietist, logoped, undersköterska, vårdbiträde skall läkaren ordinera lämplig nutritionsbehandling.

**Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)** har ansvaret för kvalitet och säkerhet i den verksamhet som kommunen bedriver enligt 18 och 18a § HSL. MAS har en viktig uppgift som samordnare av nutritionsrutiner i kommunen. Detta arbete bör utföras i samråd med dietist.

**Sjuksköterska/Distriktssköterska** har omvårdnadsansvaret när det gäller patientens näringstillstånd. Detta innebär att sjuksköterskan identifierar problem med den boendes mat- och vätskeintag eller förmåga att äta, bedömer den boendes behov av omvårdnad samt utvärderar åtgärderna. Sjuksköterskan ansvarar för att enligt läkarordination genomföra nutritionsbehandling och följa upp den boendes tillstånd efter behandling. I sjuksköterskans ansvar ingår att informera och förbereda den boende inför behandlingen samt att fortlöpande journalföra processen och vidarebefordra dokumentationen till nästa ev vårdgivare.

**Dietisten** ansvarar i samråd med ansvarig läkare för individuella nutritionsinsatser som utredning, behandling, uppföljning och utvärdering samt vid behov initiera förändringar av behandlingen. Dietisten kan ta initiativ till och föreslå berikning med näringspreparat (flytande kosttillskott, berikningsmedel) och efter läkarordination utföra näringstillförsel via mag-tarmkanalen (enteral nutritionsbehandling). Dietisten är en viktig resurs när det gäller utbildning av personal i näringsfrågor. Alla vårdinstitutioner och kommuner bör ha tillgång till dietist som kan utföra beskrivna utgifter och tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) utforma rutiner för dessa i den kommunala omsorgen. För att bäst tillgodose behovet av nutritionsbehandling bör läkare, sjuksköterska och dietist samarbeta vad gäller bedömning av näringstillstånd, behandling, uppföljning och utvärdering av insatserna samt dokumentation av förloppet.

**Övrig vårdpersonal** som tillför vårdtagaren mat och vätska efter samråd med sjuksköterska, rapporterar om avvikelser i mat- och vätskeintaget.

**Sjukgymnasten** kan förbättra patientens sittställning i samband med måltid och på så sätt gynna matintaget.

**Logopeden** kan genom sitt arbete förbättra patientens förmåga att äta

**Arbetsterapeuten** kan genom att prova ut lämpliga hjälpmedel underlätta ätandet och därmed också bidra till bättre matintag.

**Kuratorn** bidrar med väsentliga insatser för att anpassa hjälpen till den enskilda individens speciella behov och förutsättningar.

**Kostchefen** ansvarar för matsedeln, matproduktion, att maten motsvarar de nationella kvalitetskraven och näringsinnehåll (ESS gruppens rekommendationer), att den står i överensstämmelse med produktansvarslagen och avdelningarna får vad de beställt. Kostchefen ska också följa upp och utvärdera kvaliteten på den mat som lagas. (11)

## Referenser

1. SoS-rapport 2000:11. Näringsproblem i vård & omsorg. Prevention och behandling. Socialstyrelsen.
2. Cederholm T. Nutrition hos äldre. Nordisk geriatrik 2004; 1: 32-36.
3. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. Facts Res Gerontol, 1994;(Suppl):15-59.
4. Ek A C et al. The Modified Norton Scale and the nutritional state. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 1988; 3: 183-187.
5. Andersson Pia, Öhrn Kerstin (red) Munvård inom vård och omsorg. Studentlitteratur 2006.
6. Mat och kostbehandling för äldre- Problem och möjligheter. Livsmedelsverket 2001.
7. Baumgartner RN. Body weight and weight change in the elderly: What do the association risk mean? Facts and research in Gerontology 1995;(Suppl:Nutr):7-15.
8. Blackburn GL, Bistran BR, Maini BS, Schlamm HT, Smith MF, Nutritional and metabolic assessment of the hospitalized patients. JPEN 1977;1:11-22.
9. McMahon MM&Bistran BB, The physiology of nutritional assessment and therapy in protein-calorie malnutrition. Dis Month 1990;36:378-384.
10. Inger Wårdh,Mål i mun – en artikel om äldre och mat. Socialstyrelsen nr 20 juni 2007. artikelnr:2007-123-21.
11. Mat och näring för sjuka inom vård och omsorg. Livsmedelsverket 2007.