

# Vanligt att kommunalt bistånd till äldre rör nutrition

För ungefär hälften av de personer över 65 år som hade kommunalt bistånd för vård och omsorgsinsatser var biståndsbesluten relaterade till mat, måltider eller nutrition. Det visar en punktprevalensstudie i Örebro kommun.

**GUNNAR AKNER**, professor i geriatrik, läkare, institutionen för hälsovetenskap och medicin  
akner.gunnar@gmail.com

**STINA ENGELHEART**, leg dietist, doktorand, Örebro kommun; båda Örebro universitet

Det finns ingen operationell definition av begreppet »nutritionrelaterade hälsoproblem« och därmed inte heller någon nationell statistik över prevalens och/eller incidens av sådana problem. Erfarenheten är dock att nutritionrelaterade hälsoproblem är mycket vanliga inom vård och omsorg av äldre personer [1]. Inom särskilt boende för äldre kan arbetet med mat, måltider och nutritionsbehandling uppta upp emot hälften av vård- och omsorgspersonalens arbetstid under dagtid [2]. Trots detta är undervisning och praktisk träning i nutrition mycket begränsad i alla vårddykesutbildningar, och journalerna inom både landsting och kommuner innehåller bara undantagsvis någon integrerad orsak- eller sambandsanalys kopplad till en strukturerad behandlingsplan som inkluderar nutritionrelaterade aspekter. Detta har bidragit till att nutritionsbehandling inom äldreården tidigare kritiskt beskrivits som ett bortglömt perspektiv [3].

Ett sätt att belysa förekomsten av nutritionrelaterade hälsoproblem hos äldre personer är att studera kommunala beslut om bistånd som har koppling till mat, måltider och nutrition. Enligt socialtjänstlagen kan äldre personer efter ansökan hos kommunen få ett biståndsbeslut för omsorg och service. En del av dessa beslut avser hjälp med nutritionrelaterade problem, men det är inte känt hur stor andel av alla biståndsbeslut dessa utgör.

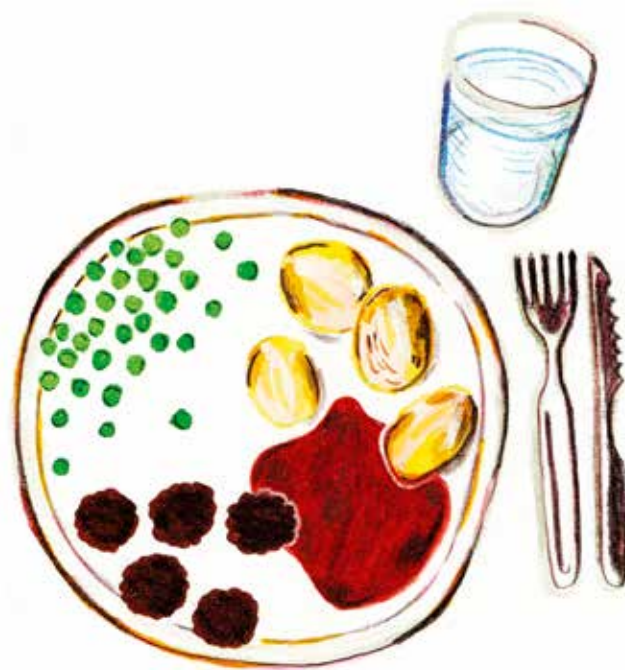
Syftet med denna studie var att undersöka omfattningen av mat-, måltids- och nutritionrelaterade insatser hos äldre personer i en mellanstor svensk kommun genom att studera hur stor andel av kommunens biståndsbeslut som avsåg dessa frågor.

## METOD

Undersökningen är en punktprevalensstudie av biståndsbeslut för vård och omsorg i Örebro kommun från den 31 december 2010. Uppgifterna har hämtats från kommunens verksamhetssystem, där alla kommunens insatser i vård, hjälp och stöd i hemmet eller särskilt boende enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen är registrerade.

## RESULTAT

Totalt hade 5 215 personer (69 procent kvinnor) i kommunen biståndsbeslut om vård, omsorg och/eller service. De flesta (75 procent) var över 80 år, och den enskilt största åldersgruppen var 85 till 89 år (29 procent). De 407 personer som var un-



der 65 år exkluderades från den fortsatta redovisningen. Därmed ingick 4 808 personer, 65 år och äldre, i studien. Medelålder och medianålder var 84 år med spridningen 65–110 år.

Tabell I visar kommunens insatser för de äldre personerna, fördelade på fyra huvudkategorier, där en person kan ha biståndsbeslut inom flera olika kategorier. De flesta (79 procent) hade vård- och/eller omsorgsinsatser i hemmet, 18 procent hade vård och omsorg i särskilt boende och 3 procent hade vård och omsorg i korttidsboende.

## Särskilt boende

Totalt hade 873 personer (69 procent kvinnor) vård och omsorg i särskilt boende. Medelåldern var 85 år, medianåldern 86 år och spridningen 65–105 år. Biståndsinsatserna i särskilt boende specificeras inte i verksamhetssystemet, då detta planeras på respektive enhet.

**Mat och måltider:** Alla personer fick hjälp med matlagning,

## SAMMANFATTAT

**Detta är den första** studien i Sverige av en kommuns vård och omsorg om äldre personer (≥65 år) i ett individperspektiv samt av hur stor del av biståndsbesluten som avser mat-, måltids- och nutritionrelaterade frågor.

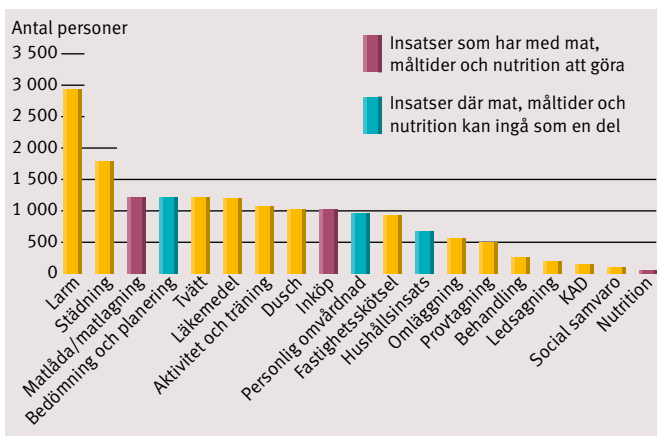
**Medelåldern för personer** i särskilt boende var 85 år (spridning 65–105 år). 69 procent var kvinnor. För personer med vård och omsorg i hemmet var medelå-

ldern 83 år (spridning 65–110 år). Där var 70 procent kvinnor.

**Knappt 20 procent** av personer ≥65 år i Örebro kommun hade biståndsbeslut för vård och omsorg, med i genomsnitt 3,5 (spridning 1–15) av totalt 19 olika insatser per person. Ungefär hälften hade insatser som var relaterade till mat, måltider eller nutrition. Antalet insatser hade inget samband med ålder.

**TABELL 1. Vård och omsorg i Örebro kommun fördelad på fyra huvudkategorier med uppgift om antal personer 65 år och äldre med biståndsbeslut inom respektive kategori, andel av Örebro kommuns invånare ≥65 år, och jämförelse med nationella data (i förekommande fall) [4]. Utöver denna redovisning hade även 1 478 personer ej behovsprövade insatser, som kan köpas utan biståndsbeslut (maximalt 8 timmar per månad).**

Huvudkategori	Förklaring	Antal personer (kvinnor/män)	Andel ≥65 år Örebro kommun, procent	Andel ≥65 år nationellt, procent [4]
Särskilt boende (vårdboende och demensboende)	Heldygnsomsorg med tillgång till sjuksköterska och omsorgspersonal dygnet runt.	873 (604/269)	3,8	5,2
Korttidsboende (korttidsplats och växelvård)	Korttidsplats vid tillfälligt ökat vårdbehov eller som tillfällig avlastning för närstående.	125 (68/57)	0,5	0,7
Dagverksamhet	Aktiviteter (sociala eller funktionsbevarande), där man vistas dagtid en eller flera dagar i veckan.	17 (9/8)	0,07	0,7
Vård, omsorg och/eller service i hemmet	Hemsjukvård vid återkommande behov utan möjlighet att ta sig till vårdcentralen. Service och omsorg kan erhållas efter biståndsbeslut.	2 391 (1 592/799)	10,5	



**Figur 1.** Antal personer 65 år och äldre med biståndsbeslut om 19 olika insatser inom huvudkategorin vård och omsorg i hemmet. De tre insatser där mat, måltider och nutrition ingår har vinröda staplar, medan de tre där sådana insatser kan ingå har turkosa staplar (n = 3 937).

då mat till huvudmåltider (lunch och kvällsmat) levererades från något av kommunens elva tillagningskök medan frukost och mellanmål tillreddes på respektive avdelning.

**Korttidsboende**

Platser för korttidsboende var förlagda vid nio särskilda boenden. Under 2010 var medelvårdtiden på korttidsboende 48 dagar. Vid studiens genomförande hade 125 personer vård och omsorg i korttidsboende.

**Mat och måltider:** Inom korttidsboende fungerade mat, måltider och nutrition på samma sätt som inom särskilt boende.

**Dagverksamhet**

Kommunen har tre typer av dagverksamhet med totalt 148 platser: dagrehab, social dagvård samt dagvård för personer med demenssjukdom där deltagarna kan besöka dagvården en till fem dagar/vecka. Enligt statistiken hade bara 17 personer dagverksamhet, vilket förklaras av att statistiken endast visade beslut enligt socialtjänstlagen och inte hälso- och sjukvårdslagen (som gäller majoriteten av deltagarna).

**Mat och måltider:** Inom dagverksamheten serverades lunch,

som levererades från ett av kommunens tillagningskök. Mellanmål på för- och eftermiddag tillagades på plats.

**Vård och omsorg i hemmet**

Totalt hade 3 937 äldre personer ≥65 år (70 procent kvinnor) biståndsbeslut för vård, omsorg och/eller service i hemmet, vilket motsvarar ca 17 procent av Örebro:s befolkning över 65 år. Medelåldern var 83 år, medianåldern 84 år och spridningen 65–110 år.

Vård, omsorg och service i hemmet kan kompletteras med att köpa service av kommunen (utan behovsbedömning), vilket 1 478 personer gjorde. Totalt 878 personer (22 procent) hade insatser inom antingen vård, omsorg eller service, men vanligast var att ha insatser inom alla tre kategorierna (24 procent). Insatserna inom vård, omsorg och service i hemmet har delats upp i 19 insatser enligt terminologin i kommunens verksamhetssystem. Figur 1 visar att den vanligaste insatsen var larm (76 procent), följt av hjälp med städning (43 procent).

**Mat och måltider:** De insatser som har med mat, måltider och nutrition att göra var matlåda/matlagning, inköp och nutrition, vilka har markerats med vinrött i figuren. Nedan visas inom parentes andelen av alla personer med respektive biståndsbeslut:

- *Matlåda/matlagning* (30 procent) avser leverans av matlåda eller matlagning i hemmet. Matlåda (två tredjedelar av besluten) beviljas för en till sju dagar varje vecka, där de flesta besluten (83 procent) avsåg sju dagar i veckan.
- *Inköp* (25 procent) avser framför allt inköp av livsmedel. Inköp kan ske en eller flera gånger i veckan alternativt mer sällan.
- *Nutrition* (1 procent) avser matning, stöd vid ätandet, enteral nutrition med mera. Stöd vid matsituationen kan även ingå i insatsen »personlig omvårdnad« (enligt nedan).

Mat, måltider och nutrition kan dessutom ingå som en del av följande tre beslutade insatser (turkosfärgade i Figur 1):

- *Bedömning och planering* (30 procent), till exempel bedömning av nutritionstillstånd och behov av behandling.
- *Personlig omvårdnad* (25 procent), till exempel hjälp med förberedelser och servering av huvud- och/eller mellanmål, matning eller annan hjälp vid måltiden.
- *Hushållsinsats* (17 procent), till exempel att ta hand om inköpt mat, diska efter måltid med mera.

I genomsnitt hade de äldre personerna 3,5 (spridning 1–15) av totalt 19 olika insatser per person, men många (32 procent) hade bara en enda insats. Som mest hade 3 personer vardera 15 olika insatser. Det fanns inget samband mellan ålder och an-

tal insatser. Sammantaget hade 1630 (40 procent) av äldre personer med vård och omsorg i hemmet mat-, måltids- och nutritionsrelaterade insatser. Dessutom hade ytterligare 625 personer (16 procent) insatser som kan vara mat- och nutritionsrelaterade.

### DISKUSSION

Oss veterligen är detta den första studien i Sverige av en kommuns vård och omsorg om äldre personer med fokus på mat, måltider och nutrition utifrån ett individperspektiv. Knappt 5 000 personer  $\geq 65$  år hade i genomsnitt 3,5 olika biståndsinsatser med mycket stor spridning (1–15), vilket illustrerar den omfattande heterogeniteten i kommunens biståndspopulation. Den stora åldersspridningen inom såväl särskilt boende som vård och omsorg i hemmet återspeglar skillnaden mellan kronologisk och biologisk ålder.

Cirka hälften av de äldre personerna med vård och omsorg i hemmet hade nutritionsrelaterade insatser. Sådana som berör mat, måltider och nutrition ingår eller kan ingå i minst 6 av de 19 specificerade insatserna, vilket gör det svårt att få överblick. En förklaring är att kommunen redovisar insatserna i ett utförarperspektiv och inte i de enskilda äldre personernas perspektiv. Utförarperspektivet innebär en redovisning på gruppnivå av produktionen av vård och omsorg, där syftet är att ge underlag för kommunens politiska och ekonomiska styrning. Det vore även värdefullt att kunna redovisa biståndsbeslut på individnivå, för att kunna få ett grepp om de

enskilda personernas specificerade insatser, men verksamhetssystemet ger inte förutsättningar för detta. De individuella besluten skulle då kunna ingå som komponenter i varje enskild äldre persons vård- och omsorgsprogram med uppdelning på olika typer av åtgärder, som läkemedel, mat, dryck och nutrition, fysisk aktivitet och träning, hjälpmedel, socialt stöd och stöd för ADL (både personligt och instrumentellt).

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

■ *En mer utförlig rapport från denna studie finns publicerad på [www.gunnar-akner.se](http://www.gunnar-akner.se): Akner G, Engelheart S. Mat, måltider och nutrition hos äldre personer i Örebro kommun. Slutrapport.*

### REFERENSER

1. Akner G, Ellegård L. Klinisk nutrition bör återinföras som medicinsk specialitet! *Läkartidningen*. 2011;108:1770.
2. Akner G, Flöistrup H. Individual assessment of intake of energy, nutrients and water in 54 elderly multidiseased nursing-home residents. *J Nutr Health Aging*. 2003;7:1-12.
3. Johansson U, Bosaeus I, Larsson J, et al. Nutritionsbehandling i äldreomsorg – ett bortglömt perspektiv. Enkätstudie visar tydliga brister i omhändertagandet av äldre. *Läkartidningen*. 2009;40:2538-42.
4. Socialstyrelsen. Äldre – vård och omsorg den 1 november 2010. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.

### SUMMARY

To our knowledge, this is the first study in Sweden of the type of care elderly people ( $\geq 65$  years) receive by a municipality, from an individual perspective, and how much of the care that comprise food-, meals- and nutritional aspects.

The mean age for nursing home residents was 85 years (range 65–105 years), with 69% females. For elderly people with home care the mean age was 83 years (range 65–110 years), with 70% females. About 20% of the people  $\geq 65$  years in the municipality had formal municipal decisions regarding medical or social care, with an average of 3,5 (range 1–15) of a total of 19 different types of decisions of care per person. About 50% of the elderly people with such decisions had food-, meal- or nutritionally related types of care. There was no relation between the number of decisions and age.