

Det undernärda Sverige

Det undernärda Sverige är en rapport framtagen på initiativ av Nutritionsnätverket i samarbete med SPF Seniorerna

**NUTRITIONS
NÄTVERKET**

**SPF
SENIORERNA**

Innehållsförteckning

Om Nutritionsnätverket	2
Undernäring – den bortglömda folkhälsokrisen	3
Den onda cirkeln av sjukdom och undernäring	4
Undernäring är vanligare än vad de flesta anar	6
Undernäring leder till sjukdom, lidande och död	8
Undernäring går att behandla och förebygga	10
Alla inom vård och omsorg är skyldiga att hitta, förebygga och behandla undernäring	11
Sveriges landsting och kommuner lever inte upp till sina skyldigheter	13
Bara var femte brukare i äldreomsorgen med risk får hjälp	15
Undernäring är lågt prioriterat i vården	17
Åtgärder för ett bättre arbete mot undernäring	18
Skapa en organisation som arbetar mer målorienterat	18
Inför nationella nutritionsmål	19
Utveckla förbättrade systemstöd	19
Gör en bättre uppföljning av föreskrifter	19
Få fram fler dietister som ingår i en sammanhållen vårdkedja	19
Öka grund- och fortsättningsutbildningen inom nutrition	19
Ställ nutritionskrav i avtal med vård- & omsorgsutförare	19
Ge mer utrymme för måltiden	20

Om Nutritionsnätverket

Nutritionsnätverket är ett branschnätverk grundat av Fresenius Kabi, Nutricia och NestléHealthScience. Syftet med samarbetet är att ge en djupare förståelse av undernäring som samhällsproblem. Varför det uppstår, vad det leder till och vad som kan göras åt det.

Om SPF Seniorerna

SPF Seniorerna är en partipolitiskt och religiöst obunden medlemsorganisation för alla som har rätt till pension i Sverige, oavsett ålder. SPF Seniorerna har idag cirka 265 000 medlemmar i 27 distrikt och ca 800 föreningar runt om i landet.

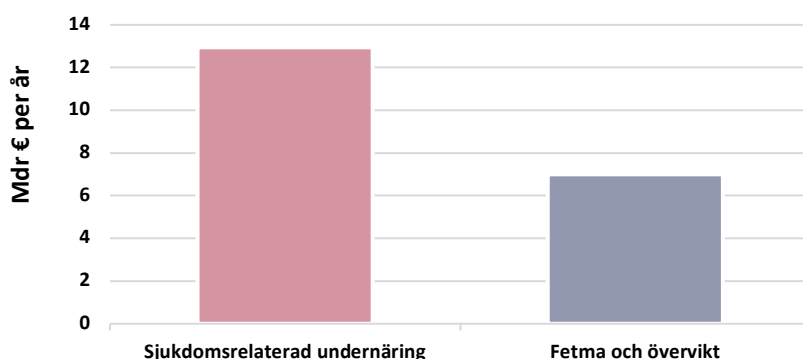
Läs mer om Nolltollerans mot undernäring på www.undernaring.se.

Undernäring – den bortglömda folkhälsokrisen

Det finns i dag förmodligen minst 400 000 svenskar som ligger i riskzonen för undernäring.¹ De finns i sina hem, på sjukhus och i äldreboenden. Vissa av dem kommer att dö av sin undernäring, andra kommer att behöva mer vård än vad som skulle vara nödvändigt och de allra flesta av dem har en lägre livskvalitet än vad de borde. Ändå är det väldigt tyst om dem. Undernäring är en dold epidemi, ett stort folkhälsoproblem som nästan ingen talar om.

Den samlade kostnaden för undernäring inom vård och omsorg är i runda tal dubbelt så stor som kostnaden för övervikt. Det var den överraskande slutsatsen i en omfattande brittisk studie från 2009.² Studier från flera andra länder visar på liknande resultat.

Diagram 1. Direkta kostnader inom vård och omsorg för fetma/övervikt respektive undernäring (UK)



Undernäring leder till förtida död, lägre livskvalitet, längre vårdtider, sämre svar på behandling och till stora samhälleliga kostnader. Undernäring är en följd av sjukdom och undernäring leder till sjukdom.

Trots detta är det snudd på omöjligt att hitta en enda skrivning om undernäring i olika nationella eller lokala rapporter om folkhälsa. I folkhälsomyndighetens senaste folkhälsorapport nämns fetma 14 gånger, övervikt 8 gånger och undernäring eller undervikt noll gånger. Fenomenet undernäring lyser också med sin frånvaro i statsbudgeten, i landstingsbudgetar och i stort sett alla typer av dokument och planer som relaterar till folkhälsa eller vårdens och omsorgens utmaningar.

Undernäring kan mycket väl vara det område inom vård och omsorg där klyftan är allra störst mellan den uppmärksamhet som ägnas åt det och dess betydelse. I ett land med en snabbt åldrande befolkning erbjuder åtgärder mot undernäring en enorm potential för att bättre hantera utmaningarna inom vården och omsorgen,

Den här rapporten syftar till att ge en djupare förståelse av undernäring som samhällsproblem. Varför det uppstår, vad det leder till och vad som kan göras åt det. Rapporten har sitt fokus på arbetet inom vård och omsorg för att upptäcka och förebygga samt behandla undernäring. Samtidigt är det viktigt att inse att vid varje givet tillfälle befinner sig majoriteten av alla som har problem med undernäring inte inom vården eller omsorgen. Men det är där som chanserna är störst att fånga upp problemet och att börja hjälpa – förutsatt att det görs riskbedömningar och förutsatt att hjälp faktiskt sätts in. Så är alltför ofta inte fallet.

¹ Baserat på en sammanläggning av fyra års nationella screeningveckor beräknas 5 procent av den vuxna befolkningen i Storbritannien vara i risk för undernäring. Det skulle i Sverige betyda drygt 400 000 personer.

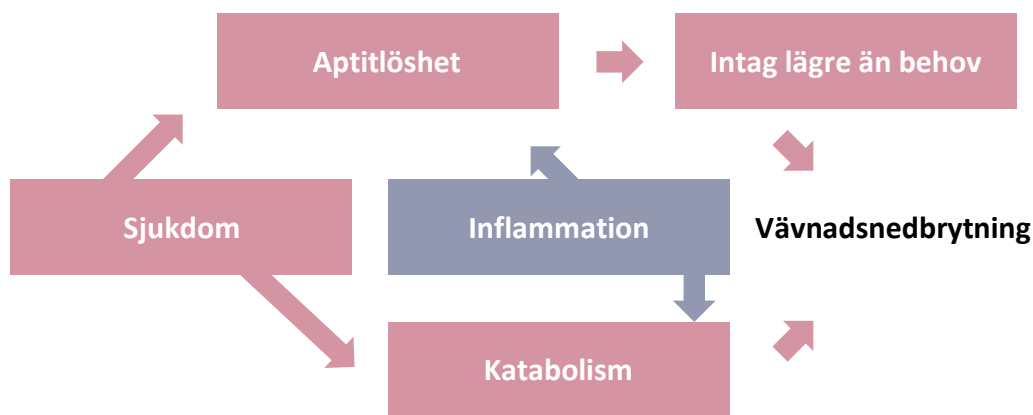
² Elia M, Stratton RJ. Calculating the cost of disease-related malnutrition in the UK in 2007. In: Combating malnutrition: recommendations for action. A report from the Advisory Group on Malnutrition led by BAPEN ed: M Elia, C.A. Russell. London: BAPEN; 2009. Report No.: 978 899467 36 5.

Den onda cirkeln av sjukdom och undernäring

”Människor utvecklar undernäring när förbrukningen av energi och/eller andra näringsämnen är större än intaget under en tillräckligt lång period och kroppens förråd minskar. Det medför biokemiska förändringar i kroppen, både när ämnesomsättningen förändras för att utnyttja förråden och när förråden börjar ta slut. Struktur och funktion i så gott som alla organsystem påverkas så småningom.”³

Undernäring uppkommer genom en obalans mellan intag och förbrukning men obalansen kan drivas av två olika mekanismer. Det kan vara för lågt intag vid normal förbrukning men det kan också vara förhöjd förbrukning beroende på sjukdom i sig. Ofta finns det ett samspel mellan sjukdomsförlopp och både intag och förbrukning. Sjukdom kan leda till svårigheter att äta, till bristande vilja och till dålig aptit. När dessutom sjukdomen leder till högre förbrukning kan det snabbt uppstå en betydande obalans. Obalansen i sig, undernäringen, kan i sin tur leda både till ännu lägre intag och ett förvärrat sjukdomsförlopp. Det kan uppstå en ond cirkel som är svår att bryta.

Figur 1. Undernäringens mekanismer



Det är viktigt att inse att undernäring för det mesta inte handlar om att man bara ”äter för lite”. Undernäringen är normalt sett en del av ett sjukdomsförlopp. Det räcker då inte med att servera godare mat för att komma åt problemet utan behandling av undernäring måste ses som en integrerad del av den övriga medicinska behandlingen.

Socialstyrelsen konstaterar i sin vägledning att ” Det är vanligt med sjukdomsrelaterad undernäring, speciellt vid kronisk sjukdom. Hälso- och sjukvården uppmärksammar sällan problemet och därför behandlas det sällan på ett rationellt sätt.”⁴

Det saknas i dag en allmänt vedertagen definition för exakt när någon ska betraktas som undernärdd. Ofta talar man i stället om ”risk för undernäring”. Risken kan sedan vara olika hög. Det finns en stor mängd olika bedömningsinstrument för att bedöma risken. Att någon klassificeras som att ha risk för undernäring betyder inte att de är undernärdda utan riskgruppen är den grupp där det måste göras ytterligare utredningar. Bland de som har risk finns de allra flesta som kan sägas vara undernärdda och även många som åtminstone behöver förebyggande behandling för att inte bli undernärdda. Det ligger i sakens natur att det är en glidande skala. Det som främst avgör om någon bedöms som ”undernärdd” är om det finns påtagliga kroppsliga förändringar och en nedsatt funktion. En av de vanligaste, och allvarligaste, förändringarna är förlust av muskelmassa. Det i sin tur leder till många funktionsförluster och ökar t.ex. risken för fallolyckor. Undernäring har också en nära koppling till dålig sårhäkning och problem med trycksår.

³ Näring för god vård och omsorg – en vägledning för att förebygga och behandla undernäring, Socialstyrelsen 2011.

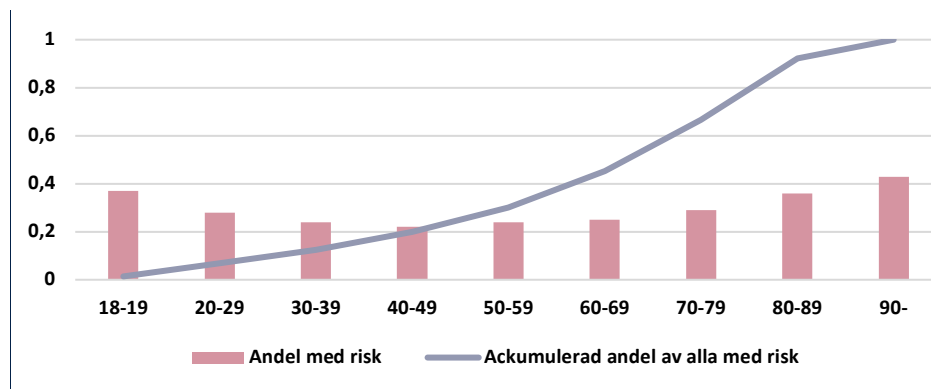
⁴ Näring för god vård och omsorg – en vägledning för att förebygga och behandla undernäring, Socialstyrelsen 2011, sid 109

Undernäring ses ibland som en "naturlig" följd av att vara sjuk eller gammal. Undertonen är att det hör till och kanske inte är så allvarligt. Det är ett farligt perspektiv. Det är ju naturligt i bemärkelsen att det är vanligt men det är på inget sätt oundvikligt. Undernäring är t.ex. mycket vanligt bland cancerpatienter men det finns stora skillnader i behandlingsresultat och sjukdomsförlopp för en person som också får en korrekt nutritionsbehandling jämfört med den som "tillåts" vara undernärd. Undernäring är behandlingsbart och bör ses som vilken annan del av den medicinska behandlingen som helst.

Det är också fullt naturligt att tappa i vikt när man åldras. Det finns flera delar av ett normalt åldrande som bidrar till en sådan process. Det hindrar inte att kost och träning har stor påverkan på hastigheten i förloppet. I en japansk studie har man visat att det till och med gäller för 100-åringar.⁵ Viktminskningen hos många äldre går dessutom långt utöver vad som kan betecknas som normalt. Där den normala nedgången ligger runt ett halvt kilo per år kan den ofta vara fyra till sex gånger så hög för den som lider av kronisk sjukdom och i samband med mer akuta tillstånd kan en person tappa flera kilo på bara några dagar. En nedgång som kan vara väldigt svår att ta tillbaka.

Undernäring är inte heller bara en fråga kopplad till äldre. Även om förekomsten ökar påtagligt med högre ålder återfinns undernäring i alla åldrar. I de mest omfattande studier som gjorts av nyinlagda på sjukhus, de brittiska "nutrition week" mätningarna, var nästan hälften av alla med risk för undernäring yngre än 70 år.

Diagram 2. Förekomst av risk för undernäring i olika åldersgrupper hos nyinlagda på brittiska sjukhus, genomsnitt för åren 2007–2011



Källa: Nutrition screening surveys in hospitals in the UK, 2007-2011

Undernäring kallas ibland för en dold epidemi. Och givet förekomsten är det inte orimligt att kalla det för en epidemi. Det är inte heller fel att kalla den för dold. Mot bakgrund av hur många som drabbas och av de allvarliga konsekvenserna är det närmast förbluffande hur lite uppmärksamhet frågan får.

⁵ Ozaki A et al. The Japanese Centenarian Study: autonomy was associated with health practices as well as physical status. J Am Geriatr Soc 2007;55:95-101.

Undernäring är vanligare än vad de flesta anar

Det klagas ibland på att det finns för få studier av förekomst av undernäring i Sverige. I viss mån är det absolut sant. Jämfört med flera andra länder har det gjorts relativt lite och framför allt var det länge sedan någon svensk myndighet gjorde en mer omfattande sammanställning av den kunskap som finns. I många sammanhang är det fortfarande Socialstyrelsens rapport från 2000 som utgör grunden.⁶ Samtidigt finns det faktiskt gott om nyare studier och inte minst internationellt finns det en stor mängd undersökningar av olika slag. Utifrån de jämförelser av länder som finns förefaller dessutom bilden i likartade länder också vara relativt likartad.

De studier som görs utgår i de allra flesta fall från något av de instrument för riskbedömning som finns. De instrumenten syftar till att fånga upp personer med risk för undernäring där det behövs vidare utredning och behandlande eller förebyggande insatser. Instrumenten skiljer ofta på olika nivåer av risk men i mer formell mening räcker de inte för att diagnosticera någon som "undernärd". Ofta finns dock två nivåer som båda faller inom kategorin "risk för undernäring" och där den högre nivån av risk ibland uttrycks som "undernärd". I svenska studier brukar andelen med hög risk ligga runt 20–25 procent av alla med risk. När vi diskuterar prevalens i denna rapport kommer vi dock genomgående att endast använda kategorin "risk". Inom ramen för de allra flesta av de riskbedömningar som görs med hjälp av validerade instrument innebär det en sammanläggning av två risknivåer.

En naturlig utgångspunkt för en diskussion om förekomst av undernäring är det stora kvalitetsregistret Senior Alert. En begränsning med registret är att det främst syftar till registrering av personer som är 65 år och äldre. Som vi har sett i de brittiska undersökningarna ökar förekomsten av risk för undernäring påtagligt med ökande ålder men på sjukhus är det vanligt förekommande i alla åldrar.

Under 2015 finns det 143 520 registrerade riskbedömningar från svenska vårdavdelningar. I 82 171, eller knappt 60 procent av dessa, förelåg risk för undernäring. Under samma år registrerades 94 148 riskbedömningar på särskilda boenden och i 55 819, också här knappt 60 procent, förelåg risk för undernäring. Vid en jämförelse av kommuner och landsting som hade många respektive få riskbedömningar syns ingen systematisk skillnad i andelen med risk. Detta rör alltså i huvudsak personer som är äldre än 65 år men även mätningar som omfattar en bredare grupp visar på en mycket hög förekomst av risk. Västerbottens läns landsting har både 2015 och 2016 gjort så kallade punktprevalensmätningar där målgruppen har varit alla inneliggande patienter vid ett givet tillfälle. Ungefär hälften av patienterna har riskbedömts och av dem bedömdes också ungefär hälften ha risk för undernäring. I Karolinska sjukhusets punktprevalensmätning 2014 hade ca 40 procent av patienterna risk för undernäring.⁷

Det är alltså helt uppenbart att förekomsten av personer med risk för undernäring, både inom sjukvården och äldreomsorgen, är mycket hög. Mot bakgrund av all kunskap som finns om de allvarliga effekterna av undernäring är det också uppenbart att hur vi hanterar den här frågan är helt avgörande för att säkerställa en god och effektiv vård och omsorg.

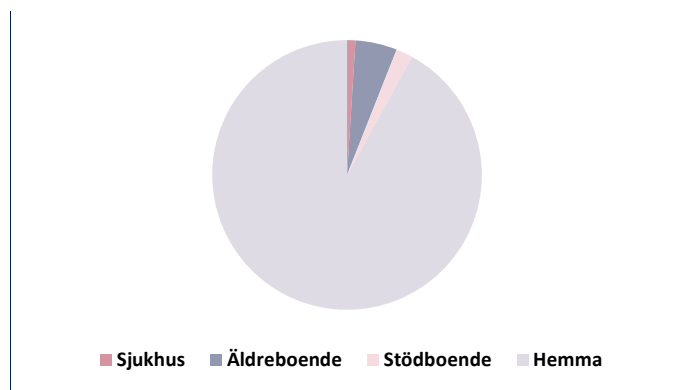
En viktig insikt är dock att de allra flesta som har risk för undernäring inte befinner sig på sjukhus eller särskilda boenden. De bor hemma.

⁶ Socialstyrelsen. Näringsproblem i vård och omsorg. Prevention och behandling. SoS-rapport 2000:11.

⁷ Patientsäkerhetsberättelse och Kvalitetsbokslut Karolinska Universitetssjukhuset 2014

Diagrammet nedan är baserat på sammanställning av de stora brittiska prevalensundersökningarna. Vad det visar är att vid ett givet tillfälle befinner sig över 90 procent av alla i risk för undernäring i ett eget boende, inte på ett sjukhus eller äldreboende. Eftersom äldreomsorgen är betydligt bättre utbyggd i Sverige har vi sannolikt en något lägre andel i eget boende men det är fortfarande den helt övervägande delen.

Diagram 3. Den del av den brittiska befolkningen som har risk för undernäring fördelat på boendeform



När vi talar om förekomst (prevalens) av undernäring är det viktigt att tänka på att mätningar vid ett givet tillfälle och i ett visst sammanhang bara ger en ögonblicksbild av just den tiden och platsen. Sverige har t.ex. ca 23 000 vårdplatser så om 40 procent av dessa upptas av personer med risk för undernäring motsvarar det drygt 9 000 personer. Men ca 800 000 personer är någon gång under året inlagda på sjukhus så baserat på det kan vi räkna med ca 320 000 personer under ett år som, om de screenades, skulle bedömas ha risk för undernäring. För att få en bild av helheten krävs det en sammanvägd bedömning utifrån olika mätningar.

Nedan är en sammanställning av prevalensen i England för olika sammanhang och en bedömning av vad de innebär för befolkningen som helhet.⁸

Tabell 1. Förekomst av risk för undernäring i Storbritannien

Nyligen inflyttade på äldreboende	35 %
På sjukhusavdelningar	34 %
Vid inläggning på sjukhus	30 %
Vid inläggning på psykiatrisk avdelning	18 %
På öppenvårdsmottagning vid sjukhus	15 %
Av vuxna som besöker husläkaren	10 %
Av hela den vuxna befolkningen	5 %

Siffrorna är överlag något lägre än motsvarande svenska uppskattningar, framför allt för äldre. Det kan delvis bero på att det vanligaste svenska riskbedömningsinstrumentet är särskilt utformat för äldre och tenderar att fånga upp fler i just den gruppen.⁹

Den svenska förekomsten bland vuxna kan alltså vara något högre än de 5 procenten i England men totalt sett handlar det alltså om minst 400 000 vuxna svenskar som vid ett givet tillfälle är i risk för undernäring. Det är ett mycket stort och underskattat folkhälsoproblem med stora konsekvenser.

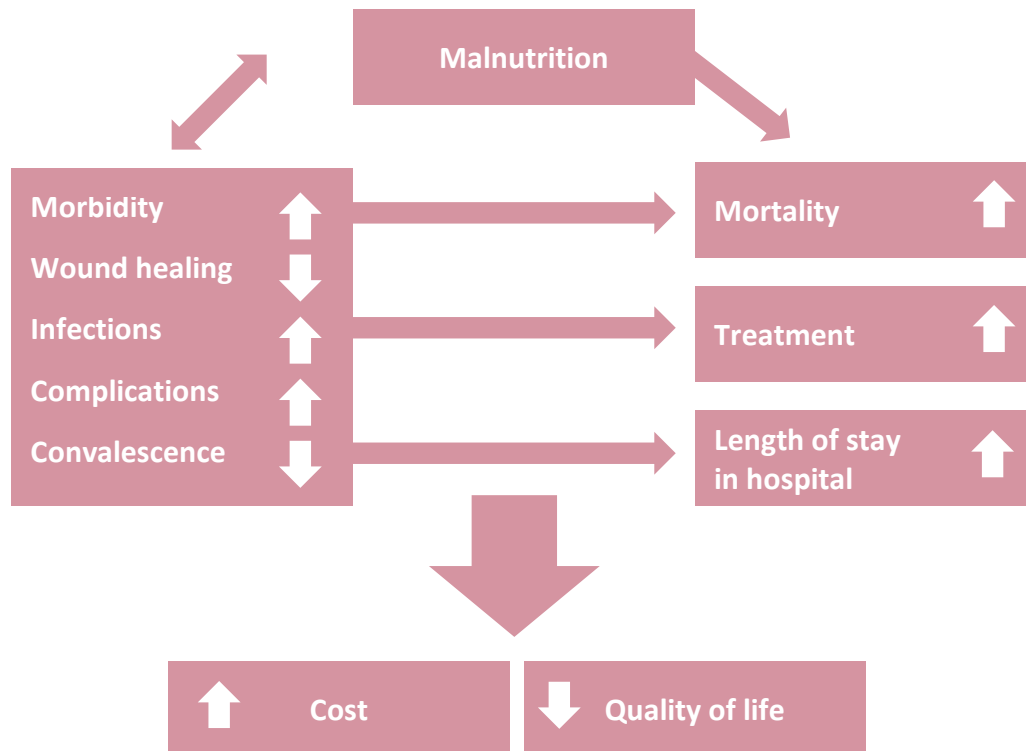
⁸ Elia M, Stratton RJ. Calculating the cost of disease-related malnutrition in the UK in 2007 (public expenditure only) In: Elia M, Russell CA, editors. Combating malnutrition: recommendations for action. A report from the advisory group on malnutrition led by BAPEN. Redditch: BAPEN; 2009. pp. 39–46

⁹ A comparison of the malnutrition screening tools, MUST, MNA and bioelectrical impedance assessment in frail older hospital patients Slee, Adrian et al. Clinical Nutrition, Volume 34, Issue 2, 296 - 301

Undernäring leder till sjukdom, lidande och död

Undernäring påverkar hela kroppen och i stort sett alla organ. I sin mest extrema form, svält, leder det till döden. Men långt innan det har gått så långt uppstår en lång rad komplikationer och problem. Forskningen har identifierat en lång rad effekter där undernäring i sig, efter kontroll för andra faktorer, leder till sjukdom, lidande, högre kostnader och faktiskt död. Figuren på följande sida är hämtad från det nederländska nationella initiativet "Fight Malnutrition" som drivs med starkt stöd av det nederländska socialdepartementet.

Figur 2. Effekter av undernäring



Samtliga de effekter som redovisas i figuren vilar på en lång rad studier från olika delar av världen. I många fall är de effekter som uppmätts inte bara statistisk signifikanta utan också stora. Ett exempel som ofta refereras är att sjukhusvistelserna för patienter med risk för undernäring beräknas vara ca 30 procent längre än för motsvarande patienter utan undernäring.¹⁰

Baserat på uppskattningen att ca 40 procent av alla patienter som skrivs in på svenska sjukhus har risk för undernäring och att ca 25 procent av dem har hög risk går det att göra ett enkelt räkneexempel. Om alla med risk antas ha 30 procent längre vårdtider skulle det motsvara 12 procent av alla vårddygn i Sverige under ett år och om vi begränsar oss till dem med allra högst risk skulle det motsvara 3 procent av alla vårddygn.¹¹ Bara längre vårdtider kan alltså översättas till högst betydande konsekvenser med stor ekonomisk betydelse.

¹⁰ Se t.ex. The cost of malnutrition in England and potential cost savings from nutritional interventions, BAPEN

¹¹ En nylig spansk studie som differentierar effekten på grad av risk i MNA-SF (det vanligaste instrumentet för riskbedömning i Sverige) fann knappt 30 procent längre vårdtid för medelhög risk och knappt 50 procent längre för dem med hög risk. Andelen av alla vårddygn i Sverige som kan kopplas till undernäring skulle med de siffrorna vara ännu högre än 12 procent.

Det finns numera en lång rad studier som har försökt att beräkna de samlade kostnaderna som är förenade med undernäring inom vård och omsorg.

I en relativt ny studie sammanställs resultaten för fyra länder.¹² Kostnaderna är beräknade som den marginella extra kostnad som uppstår inom sjukvård och äldreomsorg på grund av undernäring. I samtliga fall är kostnaderna för barn exkluderade. I tabellen nedan presenteras resultaten och vad de skulle motsvara för Sverige, baserat på befolkningens mängd.

Tabell 2. Direkta kostnader för undernäring inom vård och omsorg

	Tyskland	Nederländerna	Storbritannien	Irland
mdr kr	81	17	135	14
Sverige mdr kr	10	10	23	38

Skillnaderna mellan länder beror dels på skillnader i förekomst av undernäring men också på de totala kostnaderna för sjukvård och äldreomsorg. Kostnaden för undernäring beräknas nämligen utifrån en schabloniserad marginalkostnad för en undernörd patient/brukare jämfört med en patient/brukare utan risk för undernäring.¹³ Nederländerna har till exempel en låg förekomst av undernäring men höga kostnader för äldreomsorg. Jämfört med de studerade länderna har Sverige relativt höga kostnader, främst för äldreomsorg men också för sjukvård, och en hög förekomst av undernäring. I en svensk studie med samma metodik skulle vi därför sannolikt ligga i den övre delen av kostnadslistan.

Studier av det här slaget är inte okomplicerade och de rymmer en betydande osäkerhet, både vad gäller prevalens och vad gäller den exakta kostnadsökningen inom olika vård- och omsorgsformer. Sjukvården är betydligt mer studerad än äldreomsorgen. Samtidigt fångar studier av denna typ långt ifrån alla konsekvenser av undernäring. De siffror som redovisas är också mellan 6-11 år gamla. Tar man hänsyn till den kostnadsökning som skett under den tiden skulle de svenska resultaten vara ca 40 procent högre.

Det är uppenbart att de samlade kostnaderna för undernäring är betydande. De är däremot inte oundvikliga. Vi vet relativt väl hur de kan begränsas.

¹² The economic costs of disease related malnutrition, Freijer, Karen et al. Clinical Nutrition, Volume 32 , Issue 1 , 136 - 141

¹³ Schablonerna är beräknade utifrån en stor mängd studier som jämför patienter/brukare med risk för undernäring med dem som saknar risk och sedan kontrollerar för sjukdomstillstånd, ålder och andra bakomliggande faktorer.

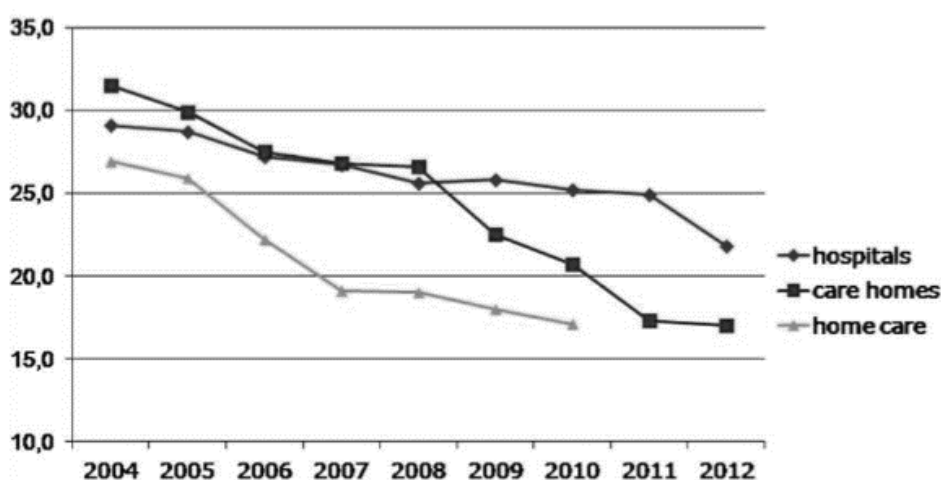
Undernäring går att behandla och förebygga

Den brittiska myndigheten för hälsoekonomiska bedömningar (NICE) har pekat ut implementering av deras riktlinjer kring undernäring som nummer tre av alla riktlinjer när det gäller kostnadseffektivitet.¹⁴ Vinsterna av att följa de riktlinjer som finns bedöms vida överväga kostnaderna.

En stor mängd studier har visat att bättre screening och behandling kan ge betydande vinster. En systematisk cochrane-review konstaterade nyligen att *"Economic benefit and cost-effectiveness of nutritional therapy was consistently reported in 16 identified studies for hospitalized patients"*.¹⁵

Det går även att på nationell nivå se att ett systematiskt arbete faktiskt kan ge resultat. Nederländerna är ett av de länder där frågan under en längre tid har legat högt på den politiska dagordningen. Där har man också under lång tid gjort nationella undersökningar av förekomsten av undernäring. Diagrammet nedan visar förekomsten inom sjukvård, hemsjukvård och äldreomsorg.¹⁶ Jämfört med t.ex. Sverige var förekomsten betydligt lägre redan i utgångsläget men den har dessutom fallit påtagligt över tid. Det går att bli bättre.

Diagram 4. Andel med risk för undernäring inom vård och omsorg i Nederländerna (2004–2012)



Om man väl hittar de personer som är i riskzonen finns det många åtgärder att sätta in. Det finns verkningsfulla åtgärder längs hela skalan från information och ett extra mellanmål till medicinska behandlingar som näringslösning i dropp. Det finns en lång rad produkter som kan sättas in och dietister samt andra experter inom nutrition har kunskapen om hur det går till.

Sverige har tyvärr gått från att vara en ledande nation inom området klinisk nutrition till ett läge där ämnet i dag har hamnat betydligt mer i skymundan. Det gäller såväl inom professionerna - sedan 2006 är det inte längre en särskild medicinsk specialitet - som inom verksamheterna. I många av de intervjuer som gjorts i samband med denna rapport är det en återkommande beskrivning att frågan i dag alltför ofta är beroende av engagemanget hos enskilda eldsjälar.

Detta gäller trots att alla aktörer inom vården och omsorgen faktiskt är skyldiga att bedriva ett systematiskt arbete för att upptäcka, förebygga och behandla undernäring. Att förebygga och behandla undernäring är en del av att ge god vård och omsorg.

¹⁴ NHS England Guidance – Commissioning Excellent Nutrition and Hydration, sid 6

¹⁵ Effectiveness and efficacy of nutritional therapy: A systematic review following Cochrane methodology, Muscaritoli, Maurizio et al., Clinical Nutrition, Volume 36 , Issue 4 , 939 - 957

¹⁶ de van der Schueren, M., Elia, M., Gramlich, L., Johnson, M. P., Lim, S. L., Philipson, T., Jaferi, A. and Prado, C. M. (2014), Clinical and economic outcomes of nutrition interventions across the continuum of care. Ann. N.Y. Acad. Sci., 1321: 20–40. doi:10.1111/nyas.12498

Alla inom vård och omsorg är skyldiga att hitta, förebygga och behandla undernäring

De senaste åren har Socialstyrelsen, SKL och i viss mån regeringen tagit steg för att lyfta frågan om undernäring inom vård och omsorg. Ett viktigt steg togs 2014 när Socialstyrelsen beslutade om en föreskrift på området.¹⁷ Där slås det tydligt fast att:

Vårdgivaren ska fastställa rutiner för

1. när en patients näringstillstånd ska utredas, och
2. hur en utredning av näringstillståndet ska göras.

Vårdgivaren ska vidare fastställa rutiner för

1. hur undernäring ska förebyggas, och
2. hur undernäring ska behandlas.

Liknande krav ställs också på kommunernas äldreomsorg och verksamheter som bedrivs med stöd av LSS. Det ska finnas rutiner för att förebygga och upptäcka undernäring.

Sedan 2011 finns det också en vägledning från Socialstyrelsen hur arbetet bör bedrivas och SKL har tagit fram flera material för att stödja landsting och kommuner i frågan.¹⁸

Under den tid 2010–2014 som Regeringen och SKL slöt överenskommelser kopplade till vården av mest sjuka äldre fanns det också en prestationsersättning knuten till registreringar i kvalitetsregistret Senior Alert vilket sannolikt bidrog till fler riskbedömningar av undernäring. Även den satsning på patientsäkerhet som fanns under några år upplevs på sina håll ha hjälpt till att lyfta frågan

Tyvärr finns det tendenser att när olika tillfälliga satsningar avslutas klingar också effekterna av.

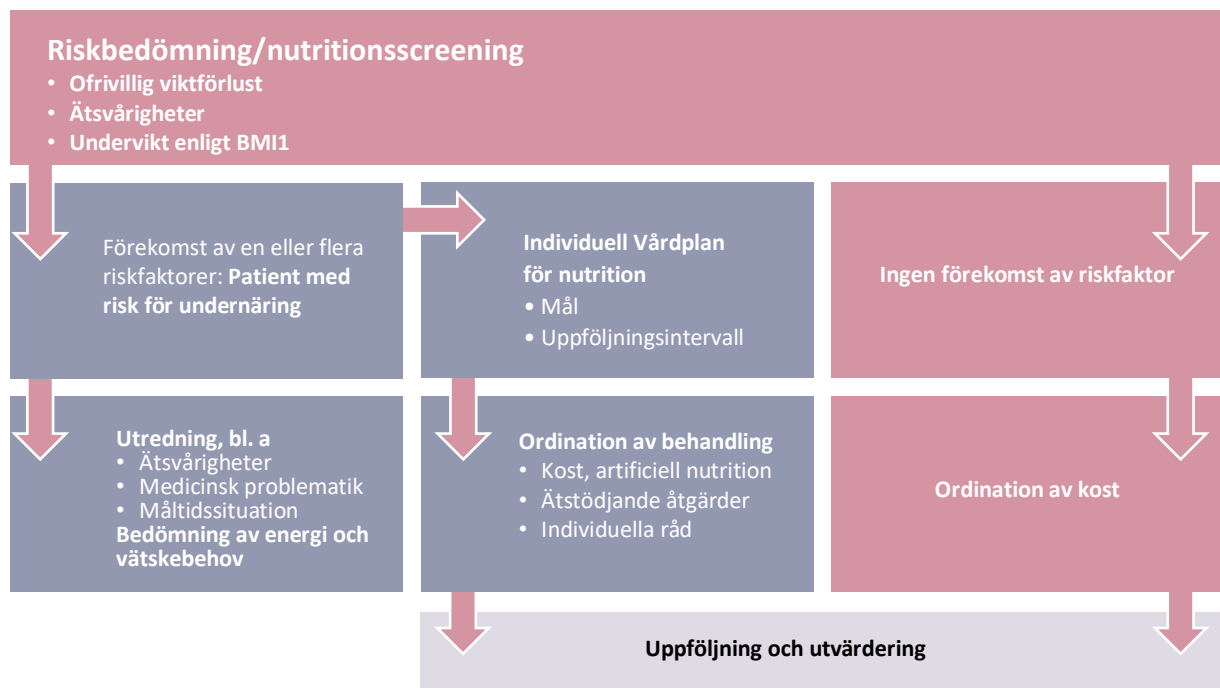
Som framgår av Socialstyrelsens föreskrift är inte arbetet med undernäring något som är valbart eller något som bara ska göras när det finns särskilda statliga satsningar. Det finns en lagstadgad skyldighet att arbeta systematiskt med frågan. I grunden är det inte heller något svårt eller underligt. Vad det handlar om är att screena för risk och ha stabila processer på plats för att utreda, förebygga och behandla.

Figuren nedan är hämtad från Socialstyrelsens vägledning och illustrerar hur det ska gå till. En riskbedömning ska göras av alla patienter och brukare. Den bygger i sin enklaste form på tre faktorer: har personen ofrivilligt tappat i vikt, finns det särskilda svårigheter att äta och har personen ett lågt BMI? Om svaret är ja på en av de frågorna ska det ske en vidare utredning. Därefter ska lämpliga insatser sättas in och resultatet ska följas upp.

¹⁷ SOSFS 2014:10 Förebyggande av och behandling vid undernäring

¹⁸ Se t.ex. Undernäring – åtgärder för att förebygga, SKL 2011

Figur 3. Processen för riskbedömning, utredning och behandling av undernäring



Riskbedömningar och utredningar sker naturligen i mötet med vården och omsorgen. Det är där frågan väcks. Helt avgörande är dock att behandling och uppföljning inte tar slut vid en utskrivning från ett sjukhus eller efter att en person till exempel lämnar ett kommunalt korttidsboende. Som vi har visat befinner sig en överväldigande majoritet av alla med risk för undernäring i ett eget boende.

Här finns en stor utmaning. Det är i många sammanhang viktigt med sammanhållna vårdkedjor och en bra kommunikation mellan olika vårdgivare och det gäller i mycket stor utsträckning i frågan om undernäring. I dagsläget är det, som vi kommer att visa i kommande avsnitt, främst en fråga som lever på sjukhus och äldreboenden men minst lika viktigt är att primärvård och hemtjänst hittar bra arbetssätt för att upptäcka och behandla undernäring. Av alla inlagda på sjukhus som har problem med undernäring är det en klar majoritet som hade problemen redan vid inskrivning.

Allt tyder på att det fortfarande finns en lång väg att gå. Det gäller på sjukhus och äldreboenden och i ännu högre grad inom den öppna vården och omsorgen.

Sveriges landsting och kommuner lever inte upp till sina skyldigheter

Socialstyrelsen har alltså slagit fast hur arbetet mot undernäring ska bedrivas men hur ser det då egentligen ut. Hur efterlevs den föreskrift som finns?

På ytan gör Socialstyrelsen bedömningen att andelen särskilda boenden och hemtjänstverksamheter som har rutiner för att förebygga undernäring ökar.¹⁹ Så gott som samtliga landsting redovisar också att de arbetar systematiskt med riskbedömningar. Frågan är dock vad som egentligen sker ute i verksamheterna.

Den bästa källan till kunskap om det praktiska arbetet är kvalitetsregistret Senior Alert. Det är ett register som är speciellt utformat för att utgöra ett stöd i det vårdpreventiva arbetet. Vårdprevention innebär att skador i vården ska undvikas och att alla patienter ska kunna garanteras en säker och lika vård. För att uppnå detta ska det förebyggande arbetssättet vara präglad av struktur, systematik och synliggjorda resultat.

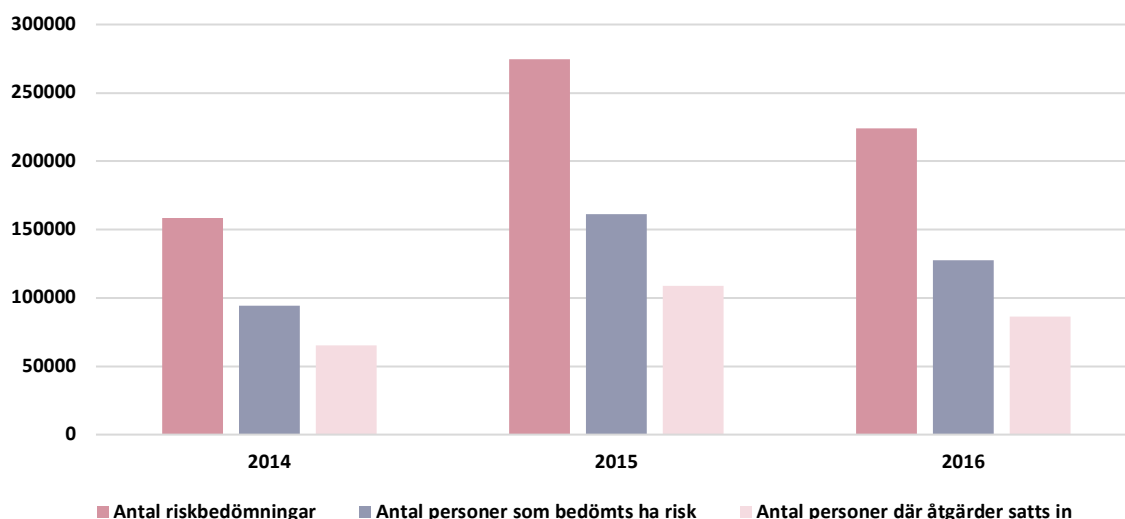
I den vårdpreventiva processen ingår att göra riskbedömningar och att sätta in åtgärder för personer inom fem områden: trycksår, undernäring, fall, munhälsa och blåsdysfunktion.

De fem områdena hänger samman. Den person som har problem med munhälsa äter mindre, får därmed i sig mindre näring och risken för att ådra sig ökad skörhet ökar liksom risken att falla. Blir han eller hon sedan sängliggande kan trycksår bli följden.

Fram till och med 2015 var nästan alla landsting och kommuner anslutna till Senior Alert. Under 2016 slutade ett antal landsting att registrera i registret men nästan alla kommuner använder det fortfarande. För den här rapporten har vi bearbetat data för alla landsting och kommuner samt ett antal privata utförare för åren 2014–2016. Vi har också hämtat in patientsäkerhetsberättelser och andra uppgifter för alla landsting och ett urval av kommuner för att få en bild av vad som görs vid sidan av Senior Alert.

I diagram 5 ges en övergripande bild för hela landet och alla sektorer. Där framgår hur många riskbedömningar som gjorts, hur många personer som bedömts ha risk för undernäring och hur många som fått någon form av åtgärd/insats. Antalet riskbedömningar var som flest under 2015 och har sedan dess minskat. Detta beror främst på att flera landsting har slutat använda registret. Andelen med risk ligger konstant på knappt 60 procent av de bedömda och av dem med risk har knappt 80 procent fått någon insats.

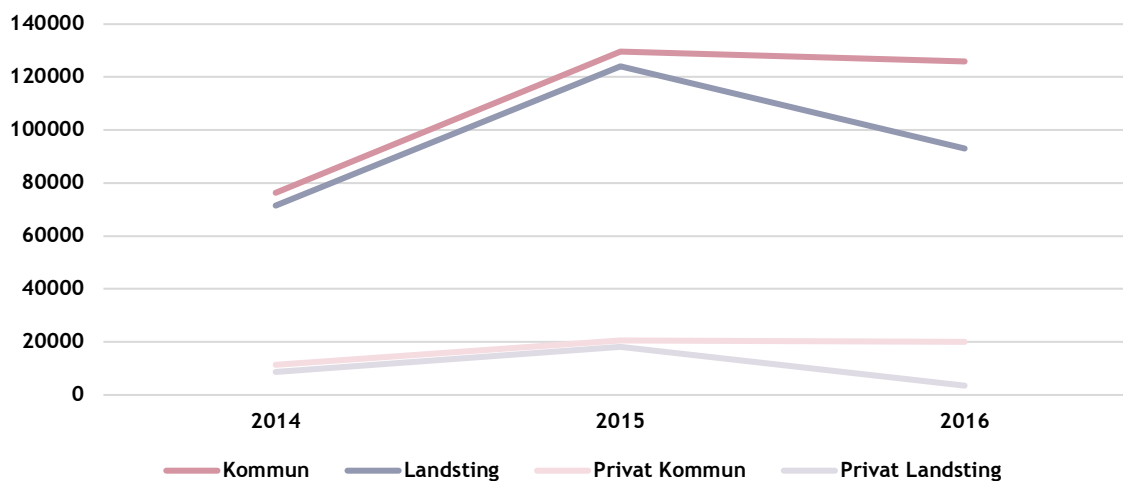
Diagram 5. Antal riskbedömningar och utfall av dessa, Senior Alert 2014–2016



¹⁹ Socialstyrelsen, Vård och omsorg om äldre Lägesrapport 2016, sid 39

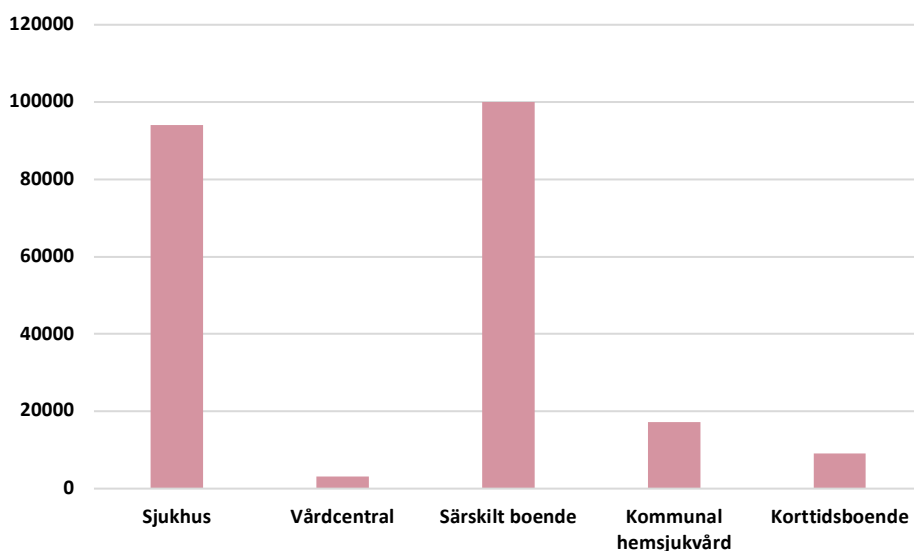
Den minskning som skett mellan 2015 och 2016 kan, som framgår av diagram 6, nästan helt hänföras till en nedgång på landstingssidan, det gäller både offentliga och privata utförare. Enligt landstingen själva har detta ersatts av registreringar i journalsystem. Det är dock oklart i vilken grad det egentligen motsvarar det stöd för ett systematiskt arbetssätt som ges av att arbeta med Senior Alert.

Diagram 6. Antal riskbedömningar fördelade på olika typer av huvudman, Senior Alert 2014–2016



Den helt övervägande delen av alla riskbedömningar görs på särskilda boenden och på sjukhus. Det är förstås viktiga verksamheter i sammanhanget men det illustrerar också problemet med att hitta och hjälpa alla dem som inte befinner sig på en institution. Med tanke på de brittiska siffrorna om att ca 10 procent av alla som besöker sin husläkare har risk för undernäring är det värt att notera att det görs så få bedömningar inom primärvården.

Diagram 7. Antal riskbedömningar i olika typer av verksamheter, Senior Alert



Detta är de bedömningar som registreras i kvalitetsregistret. Det görs, åtminstone i landstingen, helt uppenbart fler riskbedömningar. Det saknas dock ofta offentliga redovisningar av hur många och framför allt av vad de leder till. Själva riskbedömningarna är ju bara första steget i en kedja som måste fungera i alla sina delar.

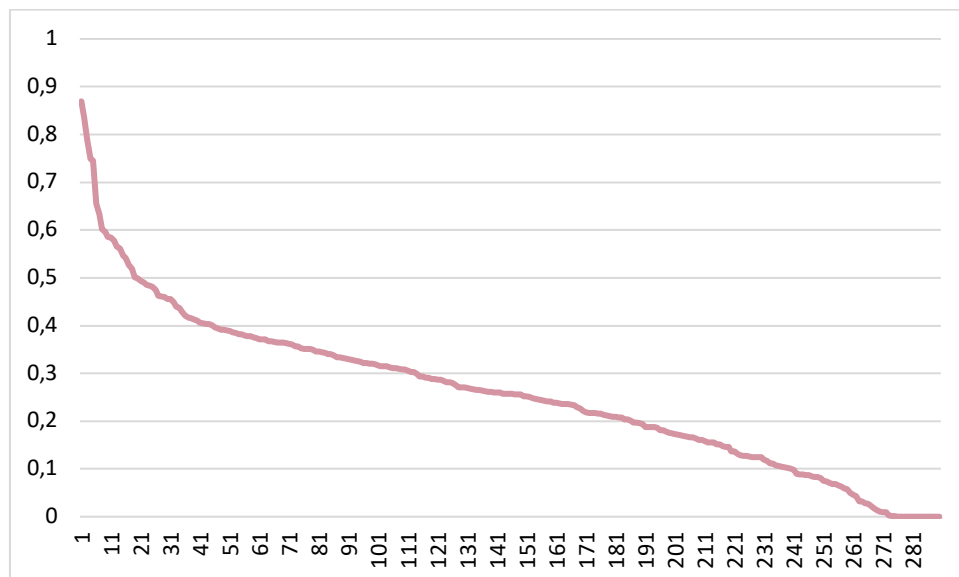
Oavsett vilka källor som används är det uppenbart att det finns mer kvar att göra. Arbetet med att upptäcka och behandla undernäring är långt ifrån där det bör vara. Skillnaderna är också stora mellan landets olika landsting och kommuner. Frågan är exakt hur långt vi har kvar. Hur många riskbedömningar borde göras och var ligger vi i dag? I de följande två avsnitten ska vi försöka närma oss den frågan. Analysen görs separat för kommuner respektive landsting.

Bara var femte brukare i äldreomsorgen med risk får hjälp

Under 2016 och 2017 gjordes i genomsnitt ca 100 000 riskbedömningar i landets kommuner.²⁰ Den helt dominerande delen gjordes i särskilda boenden.

Är 100 000 mycket eller lite och vad borde antalet vara? Ett sätt att närma sig den frågan är att se hur skillnaderna ser ut mellan landets kommuner. Det finns stora skillnader. I diagram 8 är kommunerna sorterade utifrån hur många riskbedömningar som gjorts per person över 80 år i kommunen.²¹

Diagram 8. Antal riskbedömningar per person som är över 80 år, kommuner 2016



Som framgår är spridningen mellan kommunerna mycket stor. Det finns en liten grupp kommuner som påtagligt avviker från de övriga med ett relativt sett stort antal riskbedömningar. Allra högst ligger Söderhamn där det gjordes nästan 9 riskbedömningar per 10 personer över 80 år. Med tanke på att studier har visat att i den åldersgruppen ligger andelen med risk för undernäring kring 50 procent är det en nivå som kanske ligger i närheten av det önskvärda.²²

Ett sätt att besvara frågan om hur många bedömningar som borde göras kan också vara att utgå från de kommuner som gör flest riskbedömningar och betrakta dem som en benchmark för vad som är önskvärt. Vi har med den utgångspunkten utformat en modell för att bedöma var vi står i landet som helhet.

Modellen bygger på att relatera antalet riskbedömningar till befolkningen, mätt som antalet personer över 80 år, i respektive kommun.²³ Vi har sedan beräknat genomsnittet för de tio bästa kommunerna. Det genomsnittet blir målet för hur många bedömningar som borde göras. Varje kommun får på det sättet ett modellbaserat värde för det önskvärda antalet riskbedömningar som sedan kan jämföras med hur många bedömningar som faktiskt gjorts.

²⁰ Gäller offentligt drivna verksamheter. Siffrorna för 2017 omfattar perioden t.o.m. oktober och är uppräknade till helår.

²¹ Här ingår bara riskbedömningar gjorda i kommunalt drivna verksamheter. Siffrorna har därför korrigerats utifrån hur stor andel av äldreomsorgen inom varje kommun som bedrivs i privat regi. Om t.ex. hälften av all omsorg är privat driven räknas bara hälften av alla personer över 80 år, betinget blir alltså mindre.

²² Body Mass Index, Mini Nutritional Assessment, and their Association with Five-Year Mortality in Very Old People, Burman, M., Säätelä, S., Carlsson, M. et al. J Nutr Health Aging (2015) 19: 461.

²³ Även här använder vi en korrigeringsfaktor baserad på andelen i privat regi.

Resultatet är att endast fem kommuner når upp till sitt målvärde och nästan tre fjärdedelar av alla kommuner gör mindre än hälften så många riskbedömningar som de borde enligt modellen.

De ca 102 000 riskbedömningar som gjordes kan jämföras med att det enligt modellen borde gjorts 354 000 bedömningar. Antalet gjorda bedömningar är alltså mindre än en tredjedel av det antal som skulle gjorts om vi utgår från att genomsnittet för de tio bästa kommunerna är ett rimligt mål.

Förmodligen ser verkligheten något bättre ut än så. Även om nästan alla kommuner är anslutna till Senior Alert sker det säkert riskbedömningar som inte registreras i registret. Det är dock omöjligt att skapa sig en bild av hur många. Vi har granskat patientsäkerhetsberättelserna från ett antal av de 50 kommuner som har de sämsta resultaten och inte i något fall har vi hittat en redogörelse för hur man arbetar med undernäring och i vilken grad det görs bedömningar vid sidan av kvalitetsregistret. Det kan ses som en relativt stark indikation om att de svaga resultaten inte främst handlar om hur man registrerar sina bedömningar. Det är i varje fall en mycket stark indikation om att de ansvariga inom kommunen inte har någon tydlig bild av hur arbetet bedrivs och det i sig är problematiskt.

Riskbedömningarna är dock bara första steget i en kedja. Där det finns risk ska det också sättas in åtgärder, antingen förebyggande eller mer direkt behandling. Socialstyrelsen har i sina lägesrapporter återkommande kritiserat att det görs för sällan.

Med utgångspunkt från vår modell och de faktiska resultaten går det att teckna en sammanhållen bild av antalet bedömningar, antal personer med risk som hittas och antalet där det faktiskt sätts in åtgärder i relation till vad som vore önskvärt.²⁴

Vi utgår då från kommunernas faktiska resultat när det gäller hur många som hittas respektive behandlas i dag och jämför det med hur många det borde vara.

Resultaten av den analysen framgår av tabell 3 och diagram 9. Skillnaden mellan det faktiska utfallet och hur det borde se ut enligt modellen är stort och ökar ju längre ut i kedjan vi tittar. Det görs knapp 190 000 färre riskbedömningar än vad det borde göras, det leder till att drygt 100 000 personer med risk för undernäring inte hittas. Eftersom inte heller alla som hittas får någon åtgärd planerad eller genomförd landar vi i nästan 140 000 personer med risk för undernäring som inte får det stöd de borde. Antingen beroende på att de inte ens upptäcks eller på att åtgärder inte planeras eller genomförs.

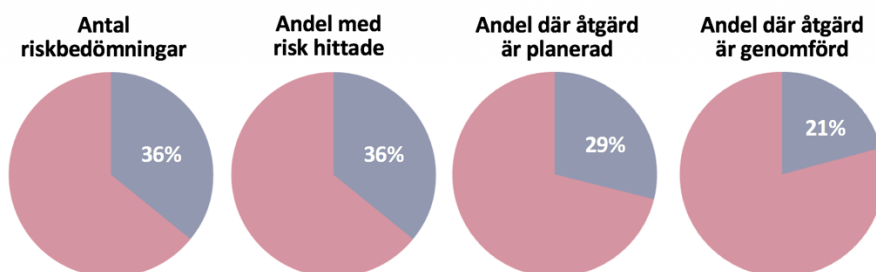
Tabell 3. Antal riskbedömningar inom äldreomsorgen, faktiskt utfall jämfört med önskat läge baserat på benchmarkmodell, hela landet 2016

	Antal riskbedömningar	Antal personer med risk hittade	Antal personer där åtgärd är planerad	Antal personer där åtgärd är genomförd
Faktiskt utfall	107 252	64 301	50 714	37 951
Hur det borde se ut	296 471	177 744	177 744	177 744
Antal personer som missas	189 219	113 443	127 030	139 793

²⁴ Här utgår vi endast från 2016 års data eftersom de tillgängliga uppgifterna för 2017 inte inkluderar genomförda åtgärder

Uttryckt som målpuffyllelse innebär det att endast 36 procent av de riskbedömningar som borde göras verkligen görs och att det längst ut i kedjan bara sätts in åtgärder för 21 procent av de personer där det finns behov. Detta gäller bara kommunalt drivna verksamheter men i grova drag förefaller bilden vara mycket likartad i privat drivna kommunala verksamheter.

Diagram 9. Andel riskbedömningar, andel med risk hittade, andel som får åtgärder planerade och andel som får åtgärder genomförda. Faktiskt utfall som andel av önskat läge baserat på benchmarkmodell



Undernäring är lågt prioriterat i vården

Det är svårare att bedöma hur väl verksamheten i landstingen fungerar. Här finns det lera landsting som aktivt valt att inte registrera i Senior Alert för att i stället bara använda sina journalsystem. Vissa landsting använder Senior Alert för delar av verksamheten. Bland dem som inte använder Senior Alert finns det vissa som redovisar sina resultat i patientsäkerhetsberättelsen och andra som skriver att det görs sammanställningar men som inte redovisar resultaten. Det är värt att notera att inget landsting förefaller ha ett systematiskt arbete i primärvården. Den jämförelse vi gör här begränsar sig därför till slutenvården men som vi tidigare konstaterat så bör primärvården ha en viktig roll i arbetet mot undernäring. Att så inte tycks vara fallet är en av de stora svarta fläckarna i det svenska arbetet mot undernäring.

På samma sätt som för kommunerna har vi byggt en modell för att jämföra det faktiska arbetet mot en bild av vad som vore önskvärt. Data är i det här fallet från 2015 eftersom det är det år då användningen av Senior Alert var som störst. I analysen har vi undantagit de tre landsting - Stockholm, Uppsala och Skåne - där det finns åtminstone ett uttalat arbete att följa antalet riskbedömningar men där man valt att inte använda Senior Alert. Västra Götaland har inkluderats i analysen trots att de har mycket få registreringar men där finns det inget i patientsäkerhetsberättelsen för regionen, eller för de största sjukhusen, som belyser att det finns alternativa sätt att registrera och följa upp.

Eftersom Senior Alert främst är avsett för registreringar av personer som är äldre än 65 år, och även används främst för den gruppen i landstingen, har vi använt antal slutenvårdsinläggningar för den åldersgruppen som volymmått i analysen. Resultaten liknar i stor utsträckning dem i kommunerna.

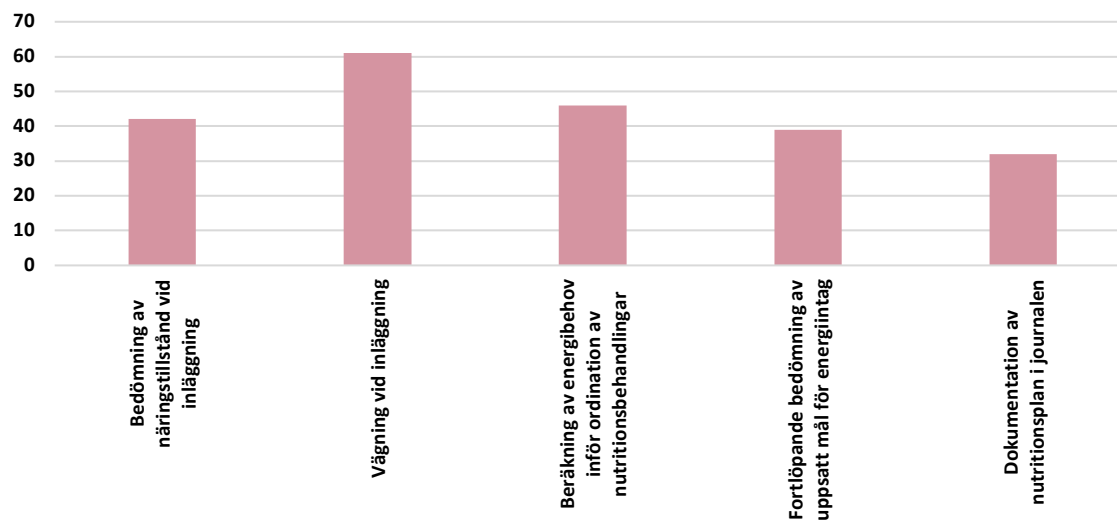
Tabell 4. Antal riskbedömningar inom slutenvården, faktiskt utfall jämfört med önskat läge baserat på benchmarkmodell, hela landet (exklusive Stockholm och Skåne) 2016

	Antal riskbedömningar	Antal personer med risk hittade	Antal personer där åtgärd är planerad	Antal personer där åtgärd är genomförd
Faktiskt utfall	124 070	69 309	54 146	51 683
Hur det borde se ut	329 255	183 931	183 931	183 931
Antal personer som missas	205 185	114 622	129 785	132 248

Jämfört med kommunerna finns det dock sannolikt ett betydligt större mörkertal i landstingen. Vi vet från landstingens egen rapportering att åtminstone screeningen är mer omfattande än vad som fångas i kvalitetsregistret. Samtidigt finns det stora frågetecken kring hur systematiskt man arbetar med utredningar och åtgärder.

I en stor undersökning 2014 fick läkare och sjuksköterskor svara på ett antal frågor om hur de såg på den egna verksamheten när det gällde undernäring. Svaren visar att ute i verksamheterna finns det en relativt kritisk syn på vilka rutiner som verkligen finns på plats.²⁵

Diagram 10. Andel av läkare och sjuksköterskor som anser att avdelningen har rutiner för fem viktiga moment i behandling av undernäring



Vid en genomgång av patientsäkerhetsberättelser och annan återrapportering från landstingen är det också slående att jämfört med till exempel riskerna för t.ex. vårdrelaterade infektioner och trycksår saknas det betydligt oftare tydliga mål för arbetet mot undernäring och uppföljningen av resultatet förefaller också svagare. I intervjuer framgår det att frågan ofta är relativt lågt prioriterad och att ambitionsnivåerna i många fall avgörs mer av enstaka personer än av etablerade processer och rutiner.

Där arbetet mot undernäring beskrivs av Socialstyrelsen som en integrerad del av god vård och behandling verkar det ute i verksamheterna ofta betraktas som en önskvärd men svårprioriterad extrainsats.

Åtgärder för ett bättre arbete mot undernäring

De åtgärder som presenteras nedan har arbetats fram tillsammans med ledande experter och företrädare för verksamheter och organisationer som arbetar med frågan om undernäring inom vård och omsorg.

Skapa en organisation som arbetar mer målorienterat

Grunden för ett effektivt arbete mot sjukdomsrelaterad undernäring är de processer som Socialstyrelsen lägger fast i sin vägledning. Det handlar helt enkelt om ett systematiskt arbete med att göra riskbedömningar, behandla, förebygga och följa upp. Där detta arbete fungerar skapas också förutsättningar för att arbeta bredare med förebyggande och riskbegränsande åtgärder.

För att värdera hur väl arbetet fungerar krävs det också tydliga mål och utvärderingar. I de individuella fallen behövs det system och strukturer för att föra data vidare mellan olika aktörer. Information och insatser måste kunna föras vidare mellan olika vård- och omsorgsgivare. Inte minst med korta vårdtider inom slutenvården är det avgörande att det finns bra överlämningar till t.ex. hemsjukvården.

Det holländska arbetet bör som en förebild för vad som ska uppnås. Även om utförandet måste ske lokalt inom landsting och kommuner behövs det också ett nationellt ledarskap i frågan.

²⁵ Läkartidningen 16/2016

Inför nationella nutritionsmål

Målet med allt arbete mot undernäring måste vara att se till att de personer som berörs verkligen får i sig tillräckligt med näring. Det saknas i dag allt som oftast tydliga mål och mätningar av att så faktiskt sker. Nationella mål och mätningar skulle vara ett sätt att förändra det. Det finns lokala exempel på så kallade nutritionsveckor där man gör punktmätningar av detta. Sådana görs dessutom i hela landet när det t.ex. gäller trycksår.

Utveckla förbättrade systemstöd

Utveckla journalsystemen som bättre stödjer arbetet med standardiserade vårdplaner, mat- och vätskeregistrering.

För att underlätta ett systematiskt och målorienterat arbete behövs det bra systemstöd i alla verksamheter. Det är viktigt att journalsystem och andra stöd möjliggör systematiska registreringar men också att de skapar förutsättningar för en enkel uppföljning.

Kvalitetsregistret Senior Alert är ett sådant system och i den mån det inte används krävs det en liknande funktionalitet någon annanstans. Där man idag främst använder de vanliga journalsystemen brister det ofta i funktionaliteten. Det är inte alltid ens möjligt att använda dem för enkel uppföljning av t.ex. antal riskbedömningar.

Gör en bättre uppföljning av föreskrifter

Socialstyrelsens föreskrifter förefaller inte ha fått det genomslag som var avsikten. Det är helt nödvändigt att Socialstyrelsen själva eller någon annan aktör gör regelbundna uppföljningar av efterlevnaden.

Uppföljningarna bör studera såväl formella ledningssystem och rutiner som de reella effekterna av dessa ute i vardagen. För att nå det senare krävs både tydliga mål och strukturer för uppföljning.

Få fram fler dietister som ingår i en sammanhållen vårdkedja

Dietisterna är en nyckelgrupp i arbetet mot undernäring. Tyvärr är de för få och används i dag inte tillräckligt strategiskt. Det behövs ett dietistlyft där både rollen och arbetsvillkoren stärks. Det kan skapa förutsättningar för en starkare nyrekrytering till yrket men också till att dietisternas roll i vårdkedjan stärks. En mer sammanhållen vård- och omsorg skulle möjliggöra att dietisternas kunskap tas till vara bättre och sprids till fler.

Öka grund- och fortsättningsutbildningen inom nutrition

Kunskapen om nutrition behöver förbättras inom alla yrkesgrupper i vård och omsorg. Det behövs en ökad kompetensutveckling för chefer, vårdpersonal och handläggare i nutrition. Det är förstas en uppgift både för grund- och fortbildningar men inte minst för de olika huvudmännen när det gäller löpande kompetensutveckling.

Det också viktigt att vårdprogram och riktlinjer för olika diagnoser och tillstånd inkluderar nutritionslära. Inom flera breda folksjukdomar spelar nutrition en avgörande roll för behandling och prognos men kunskapen om detta är i mycket liten systematiserad och samlad.

Ställ nutritionskrav i avtal med vård- & omsorgsutförare

Nutrition och krav på ett systematiskt arbete mot undernäring bör också ges en tydligare plats i de krav som ställs i avtal med olika utförare inom vård och omsorg. En rapport kring upphandling av äldreomsorg från 2013 visade bland annat att det var mycket ovanligt med uppföljning av resultat när det gäller undernäring. Tydliga krav på detta område skulle förstås underlättas av nationella mål och mätningar med de skulle också i sig kunna bidra till ett betydligt mer målorienterat arbete.

Ge mer utrymme för måltiden

Även om denna rapport i stor utsträckning handlar om arbetet inom slutenvården och äldreboenden påverkas förstås förekomsten av undernäring i samhället som helhet mycket av vad som sker utanför dessa institutioner – inte minst inom hemtjänsten.

Sjukdomsrelaterad undernäring är både en konsekvens och en orsak till sjukdom och för många finns det rent medicinska faktorer som påverkar både matlust och den direkta förmågan att äta. Men det gör inte frågor kring måltiden och mat i allmänhet mindre viktiga. Det behövs betydligt större utrymme för personalen inom äldreomsorgen att vara både sällskap och stöd när det gäller måltiden och det behövs ett utrymme att anpassa både maten i sig och hur den levereras och serveras utifrån en bedömning av risk för undernäring.