



Individanpassade måltider till undernärda vårdtagare

Lennart Christensson
Leg. Sjuksköt., Med Dr., Lektor
[2004-08-05]

Individanpassade måltider till undernärda vårdtagare

Av Lennart Christensson, Leg. sjuksköt, Med Dr., Lektor, Avdelning för omvårdnad, Hälsohögskolan, Jönköping.

Sammanfattning

När ät- och nutritionsproblem uppstår hos äldre finns det ofta flera bakomliggande orsaker. För att kunna ge effektiv hjälp som dessutom varar under en längre tid är ett individanpassat åtgärdsprogram med ett multiprofessionellt arbetssätt en framgångsrik modell.

Näringstillstånd hos äldre som flyttar till kommunalt äldreboende

Ädelreformens införande innebar att den äldre, med ökad vård och service i hemmet, skulle kunna bo kvar i sin bostad så länge som möjligt (Socialstyrelsen 1997). Fokus flyttades från ett medicinskt till ett socialt perspektiv där valfrihet, integritet och säkerhet var nyckelord. När insatserna från primärvården och kommunen inte räcker till är ett kommunalt äldreboende vanligtvis det som erbjuds. Studier visar att vårdtagarna vanligtvis är mycket sårbara och nedgången vid inflyttningstillfället och i behov av omfattande vård och omsorg (Christensson m.fl. 1999).

Nedsatt rörelseförmåga, ökad sjuklighet med påföljande ökad läkemedelskonsumtion, isolering, nedstämdhet och matleda är faktorer som ökar risken för att undernäring skall utvecklas (Morley 1998, Pirlich & Lochs, 2001). Ungefär var tredje vårdtagare är undernärd vid ankomsten till äldreboendet och ungefär lika många befinner sig i riskzonen att utveckla undernäring (Christensson m.fl. 2002). Då det finns ett klart samband mellan näringstillstånd, sjuklighet och överlevnad (Amarantos et al, 2001) utgör ätandet och måltiden en stor utmaning för vårdtagaren, anhöriga och för personalen.

Individanpassade åtgärder

Hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen betonar att vård och omsorg skall ges utifrån individens behov, problem och egna resurser. Dessa intentioner utgjorde startpunkten för en studie som omfattade vårdtagare nyinflyttade till kommunalt äldreboende i en småländsk kommun. Syftet var att testa effekten av ett individanpassat nutritionsprogram hos vårdtagare som vid ankomsten var uttalat undernärda. Vid bedömning av näringstillståndet användes en kombination av kroppsproportioner (kroppsvikt, muskel- och fettmassa) och äggviteämnen i blodet (albumin, transtyretin). Vårdtagare som hade diagnostiserad lever-, njur- och cancersjukdom ingick ej.

Projektet hade en "single-case" experimentell design där varje vårdtagare studerades var för sig. Under de två första veckorna efter ankomsten gavs vård och omsorg enligt enhetens vanliga rutiner. Därefter följde en 12-veckorsperiod med individanpassad vård. Måltider observerades, journaldokumentation lästes och vårdtagaren, anhörig och ibland tidigare vårdare intervjuades för att ta reda på den eller de bakomliggande orsakerna till att undernäring uppstått. Matvanor, önskemål, problem och hur vårdtagaren klarade sitt ätande och mathållning tidigare identifierades. En vårdplan skrevs där beräknat energibehov utgjorde det mätbara målet. För att personalen skulle veta hur mycket mat vårdtagaren skulle ha för att nå beräknat behov användes en portioneringsnyckel och en blankett för kostregistrering.

Portioneringsnyckeln beskrev 12-veckorsmatsedeln i mätbara termer och i tre energinivåer; 1300- 1700- och 2200 kilokalorier (kcal). Till middag kunde det på nivå 1700- kcal stå; 5 st köttbullar, 3/4 dl sås, 2 små potatis, 3/4 dl ärtor, 1 1/2 msk lingon och 1/2 dl råkost. Efter måltiden registrerade personalen vårdtagarens födointag. På kvällen summerades resultatet av dagens födointag och kunde enkelt jämföras mot målet.

Om inte målet var uppfyllt indikerade det att åtgärdsplanen kanske behövdes justeras. Projektet avslutades med en 6 veckors uppföljningsperiod där portioneringsnyckeln inte användes och inga kostregistreringar gjordes. Elva vårdtagare ingick i projektet där åldern varierade mellan 77 och 93 år och

samtliga hade en komplicerade sjukdomsbild. Vårdhandlingarna utgick från de bakomliggande orsakerna och kunde innebära att en matningsteknik utvecklades som t.ex. att använda en lång smal sked som möjliggjorde att mat kunde föras långt bak mot svalget. En stol med nackstöd kunde möjliggöra eget ätande och matens konsistens kunde anpassas efter typ av sväljsvårighet. Insatserna kunde inriktas på att förbättra aptiten genom att ta bort sådant som kunde upplevas som störande under måltiden, tillgodose önskemål på maten och att sätta ut aptithämmande läkemedel. För vårdtagare med nedstämdhet, pga. svårigheten att finna sig till rätta i den nya boendeformen, kunde insatserna riktas mot att engagera de anhöriga i syfte att få vårdtagaren att återfå "lusten" och att se "meningen med att äta" (Christensson m.fl. 2001).

Effekten av insatserna

Vid 12-veckorsperiodens slut hade gruppen som helhet signifikant ökat sin kroppsvikt, muskelmassa och blodäggvitorna albumin och transtyrelin. Rörelseförmågan i händer, armar och i benen hade ökat likaså ADL-funktionen avseende förflyttning, personlig hygien, klädsel, ätandet och tarm- och blåsfunktionen. Efter 12-veckor med det individanpassade nutritionsprogrammet var sex vårdtagare inte längre undernärda och ytterligare en sex veckor senare. Sex veckor efter programmets slut hade två av dessa vårdtagare återgått till att vara undernärda.

Vidareutveckling av åtgärdsprogrammet

Programmet har senare utvecklats och testas som en integrerad del i det ordinarie arbetet. Vid införandet av det individuella åtgärdsprogrammet utgjorde kostombuden och sjuksköterskorna nyckelpersoner. Efter utbildning och med en vägledande studiehandledning ansvarade de för undervisning av "egen personal" i form av studiecirkel. I utbildningen ingick: vikten av att tillgodose näringsbehovet, hur identifieras behov, resurser och faktorer, som stör ätandet och hur näringsproblem kan åtgärdas. Varje enskild personal fick Livsmedelsverkets bok "Mat och kostbehandling för äldre : Problem och möjligheter" (1998). Träning gavs i att använda portioneringsnyckeln och kostregistreringsblanketten. I syfte att hitta de vårdtagare som behövde hjälp vid måltiden utbildades sjuksköterskorna i att använda Mini Nutritional Assessment (MNA-instrumentet). MNA-instrumentet som är ett enkelt hjälpmedel för klinisk användning har mycket god förmåga att hitta de vårdtagare som är undernärda (Christensson m.fl. 2002). Vidare utbildades sjuksköterskorna i att beräkna energibehovet och att planera vårdåtgärder.

Viktiga kännetecken för "individuellt anpassad omvårdnad" var:

1. Att lära känna vårdtagaren.

Vårdarbetet kan enbart bli riktigt framgångsrikt om personalen lär känna vårdtagaren som en enskild individ, i sitt familjeförhållande med sin livshistoria. Först då kan beteenden och känslor förstås (t.ex. äter sakta, äter lite, äter enbart ljust bröd, doppar brödet i dricksglasen, tar inte från grönsakerna, äter med ryggen mot matsalen)

2. Att etablera en relation.

För att få svar på frågan "Vem är den här personen" måste en relation etableras och först då kan vi fungera som sociala individer och agera vårdtagare eller vårdgivare (t.ex. svårigheten att försöka ändra ätbeteenden och vanor utan att en relation finns). Eftersom det är vanligt att den åldrande människan förlorar sina vänner och familj blir relationen till personalen än viktigare.

3. Att bevara vårdtagarens självbestämmanderätt.

Att få välja är en självklarhet för ett värdigt liv. Trots begränsade möjligheter till val alltid fråga vårdtagaren (t.ex. plats i matsalen, pålägg på brödet, vatten, saft eller lättöl som dryck).

4. Att delta i planeringen av omvårdnadsarbetet

Att ge vårdtagaren lämplig omvårdnad utan att negativt påverka integriteten och att uppmuntra egenvårdsförmågan till att både delta både i planeringen och genomförandet av de åtgärder som behövs (modifierad efter Happ m.fl. 1996)

Preliminära resultat visar att det nya arbetssättet förbättrade näringstillståndet, rörelseförmågan, mental kapacitet och ADL-funktionen i studien, som omfattar 127 vårdtagare.

Referenser

- Amarantos E, Martinez A, Dwyer. Nutrition and quality of life in older adults. *Journal of Gerontology* 2001;56A:54-64.
- Christensson L., Unosson M. & Ek A-C. Malnutrition in elderly people newly admitted to a community resident home. *The Journal of Nutrition, Health & Aging* 1999;3:133-139. Christensson L., Ek A-C. & Unosson M. Individually adjusted meals for older people with protein-energy malnutrition: a single-case study. *Journal of Clinical Nursing* 2001;10:491-502.
- Christensson L., Unosson M. & Ek A-C. Evaluation of nutritional assessment techniques in elderly people newly admitted to municipal care. *European Journal of Clinical Nutrition* 2002;56:810-818.
- Happ MB, Williams CC, Strumpf NE, Burger SG . Individualised care for frail elders: theory and practice. *Journal of Gerontological Nursing* 1996;22:6-14.
- Morley JE, Thomas DR, Kamel H. Nutritional deficiencies in long-term care, part 1: detection and diagnosis. *Annals of Long-Term Care* 1998;6:183-191.
- Pirlich M, Lochs H. Nutrition in the elderly. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology* 2001;15:869-884.
- Socialstyrelsen. *Social and caring services in Sweden 1996*. Stockholm, 1997.

Lennart Christensson

Leg. Sjuksköt., Med Dr., Lektor

Avdelningen för omvårdnad, Hälsohögskolan, Jönköping.

e-post: Lennart.Christensson@hhj.hj.se

Allt material på dessa sidor är upphovsrättsligt skyddade och får inte användas i kommersiellt syfte. Använd gärna texten för eget bruk men ange var materialet har hämtats.

Ange referensen på följande sätt:

Christensson, L. (2004). Individanpassade måltider till undernärda vårdtagare. [Elektronisk]. Vårdalinstitutets Tematiska rum : Näring och ätande
Tillgänglig: www.vardalinstitutet.net, Tematiska rum.