

Vad kan forskning lära oss om maten för äldre?

I takt med åldrandet ökar risken för sjuklighet och funktionsnedsättningar som kan leda till svårigheter att bibehålla ett bra näringstillstånd (nutritionstatus). Ett försämrat näringstillstånd kan i sin tur leda till försämrat immunförsvar, infektioner, trycksår, försämrad läkningsförmåga och framförallt minskad ork. Äldres mat har under senare tid diskuterats på olika nivåer i samhället. Hur många är egentligen undernärda och hur vet man det? Hur mycket energi och näring får äldre i sig? Kan man påverka intaget och vad händer då? Finns det olika saker att ta hänsyn till vid olika sjukdomar och tillstånd? Vad kan man göra för att förbättra matsituationen för de äldre?

Nedan följer en genomgång av aktuell svensk forskning kring äldre och mat. I texten finns nummerhänvisningar till litteraturlistan längst bak i artikeln. Du som vill läsa mer om mat och äldre på svenska rekommenderas två skrifter utgivna av Livsmedelsverket (1, 2).

Näringstillstånd och riskbedömning

Undernärld kan betyda olika saker. För äldre innebär det oftast att man inte täcker sitt energi- och näringsintag. Kroppen behöver mer än vad man äter. Det finns olika sätt att ta reda på om någon är undernärld. För äldre finns ett instrument som heter Mini Nutritional Assessment (MNA) som består av 18 frågor om bland annat body mass index (BMI), viktförlust och ättsvårigheter av olika slag. Instrumentet och instruktioner om hur det används finns att hämta på Vårdalinstitutets hemsida om mat och näring (3). Subject Global Assessment (SGA) är ett annat instrument som oftare används i sjukvården. I en skrift från 2004 (4) framhålls utifrån gängse forskning att man kan bedöma om personer befinner sig i riskzonen för undernäring utifrån faktorerna ofrivillig viktförlust, ättsvårigheter och undervikt.

Dietisten Anja Saletti (5) har kartlagt näringstillståndet hos äldre i särskilt boende, med hemsjukvård och med hemtjänst. Av totalt 1 305 äldre som bedömdes med MNA var en fjärdedel undernärda, hälften misstänkt undernärda och en fjärdedel välnärda. Slutsatsen var att rutinerna för mat och dryck inom äldreomsorgen behöver förbättras och studier behövs för att få kunskap om hur stor del av undernäringen som är möjlig att påverka med ett fullgott intag av mat och dryck.

Betydelsen av näringstillståndet och näringsintag hos kroniskt sjuka äldre har undersökts av läkaren Margareta Persson (6). Hon har också utvärderat effekten av individanpassade råd om energi- och näringsberikning (nutritionsbehandling). Av de som ingick i studien bedömdes

ungefär hälften tillhöra gruppen med risk för undernäring. De äldre som fått råd om extra berikning av kosten med bl.a. olja, smör och grädde samt näringsdryck och multivitamintabletter hade ökat något i vikt och hade bättre funktionsförmåga.

Sjuksköterskan Lennart Christensson (7) har beskrivit näringstillståndet hos nyinflyttade äldre i särskilt boende, utvärderat metoder för bedömning av näringstillstånd och undersökt effekten av individanpassade åtgärder. En tredjedel visade sig vara undernärda vid inflyttningen. Bland dessa var det vanligt med tryck- eller bensår, psykisk stress eller akut sjukdom, lågt vätskeintag, försämrad aptit, nedsatt rörlighet och behov av att få hjälp under måltiderna. SGA och MNA visade sig vara användbara för att upptäcka undernäring. Efter tre månader med individuellt anpassade åtgärder kunde tydliga förbättringar ses bland dem som var undernärda vid ankomsten.

Studierna visar att antalet äldre som bedöms som undernärda eller vara i riskzonen för undernäring är stort. Genom att riskidentifiera med något av de omnämnda instrumenten och individanpassa åtgärder runt maten och dess rutiner är det möjligt att förbättra de äldres näringstillstånd. Hur mycket vet vi emellertid ännu inte.

Matintag, vätskeintag och måltidsmönster

Hur mycket mat som äts upp kan forskare studera genom olika kostundersökningsmetoder. I det praktiska vårdarbetet är det vanligare att mäta matintag via olika former av mat- och vätskeregistreringsblanketter som finns framtagna för ändamålet. Blanketter går att få tag på genom att kontakta en dietist. Två forskare har undersökt hur mycket mat äldre äter.

I dietisten Jenny Anderssons avhandling (8) studeras kostintag och måltider hos äldre hemmaboende kvinnor med och utan sjukdom. Kvinnorna från båda grupperna verkade upprätthålla ett tillräckligt kostintag, men deras energiintag var lågt. Bland de äldsta var portionsstorlekarna små, vilket ledde till ett lågt intag av vissa vitaminer och mineraler. Hon såg också att de kvinnor som upplevde att de hade förmågan att laga mat hade ett högre intag av energi, näringsämnen och bättre måltidsmönster än de andra.

Sjuksköterskan Mats Persson (9) har utvecklat och prövat användbarheten av en mat- och vätskeregistreringsblankett för äldre vårdtagare på sjukhus och i äldreomsorgen. Resultaten visade bl.a. att två tredjedelar av vårdtagarna inte uppnådde beräknat energibehov. Så gott som hela dagens matintag gjordes under 9 timmar och den genomsnittliga nattfastan var 15 timmar. Ett tankeväckande resultat var att vårdtagare som hade en kortare nattfasta hade ett högre energiintag. Studien visade att endast drygt en tiondel av energiintaget kom från mellanmål och att de som åt många mellanmål hade ett högre totalt intag av energi. Många vårdtagare hade ett lågt intag av vitaminer och mineraler.

Dessa avhandlingar visar att många äldre får i sig för lite energi och näring på grund av ett för lågt intag av mat under dygnet. Det är viktigt

att stödja de äldre hemmaboende kvinnorna som vill fortsätta att laga mat då det kan ge förutsättningar för ett bättre energi- och näringsintag. Att registrera mat- och vätskeintag är ett bra sätt att få en uppfattning om hur mycket energi maten ger och hur maten fördelas över dagen. Utifrån detta kan individanpassade förbättringar göras, t.ex. kan någon erbjudas en energirikare kost. Det är samtidigt viktigt att ha rutiner för att ge fler energi- och näringsrika mellanmål som tillsammans med frukosten ska stå för ca hälften av dagens energiintag. Det är också viktigt att försöka minska nattfastan (max 11 timmar) både i särskilt och ordinärt boende.

Sjukdomar och sår

Förmågan att äta kan påverkas negativt av sjukdom vilket kan leda till ökad risk för undernäring. Mat kan också påverka vid olika tillstånd såsom sår. Detta är temat för två avhandlingar.

En metod för bedömning av sväljningsförmågan hos patienter med stroke utvecklades och infördes som rutin i vårdarbetet av sjuksköterskan Albert Westergren (10). I det akuta skedet hade två av fem sväljningssvårigheter (dysfagi). Av dem som skrevs in för rehabilitering efter stroke hade fyra av fem ett eller flera ätproblem och ca var femte sväljssvårigheter. De vanligaste problemen var minskat matintag, svårigheter att hantera maten på tallriken, att föra maten till munnen, att hitta en bra sittställning och att ätandet gick långsamt.

Sjuksköterskan Ulla Wissing (11) har beskrivit näringssituationen hos hemmaboende äldre med bensår. Hon har också utvärderat om kostförbättring kan påverka läkningen av bensår. Resultatet visade att deltagarnas energi- och näringsintag var lågt. Knappt hälften av deltagarna var i riskzonen för att utveckla undernäring. Dessa personer levde oftast ensamma och behövde hjälp från hemtjänst. De åt också ofta sina måltider i ensamhet, men fick hjälp att göra sina matinköp. De vanligaste måltiderna och mellanmålen var av sämre näringskvalitet. De patienter vars bensår hade läkt (ca hälften) hade bättre nutritionsstatus och en bättre livssituation än de vars bensår inte hade läkt.

Det är viktigt att observera hela processen från tallrik till mun för äldre med sväljssvårigheter. Individuella åtgärder som t.ex. val av konsistensanpassad mat och dryck ska vidtas beroende på problemen. Mat-situationen för patienter med bensår bör utredas. Behandling genom mat med extra energi, näringsdryck och kombinerade vitamin- och mineral-tabletter kan i många fall förbättra läkningsprocessen.

Viktförlust

Ofrivillig viktnedgång är vanlig i samband med kronisk sjukdom hos äldre och leder till trötthet, apati, depression och försämrad livskvalitet. Immunförsvaret försvagas och risken för tillstötande sjukdomar är stor. Med tanke på den stora grupp äldre som finns i särskilt boende idag är det viktigt att studera effekten av olika åtgärder för att förebygga och behandla undernäring. Problemet belyses i tre avhandlingar.

”Mer smör och grädde i maten – en enkel och billig metod som motverkar undernäring hos äldre patienter.” Så beskrevs sjuksköterskan Ann Ödlund Olins (12) avhandling i dagspressen. Hon visade hur man genom att berika vanlig mat med smör och grädde kan förbättra energintaget hos äldre boende på sjukhem. Hennes studier visar att energirik mat både ökar kroppsvikten och kan förbättra förmågan att klä sig och sköta sin personliga hygien. Samtidigt framkom en försämring av dessa färdigheter hos en kontrollgrupp som fick vanlig mat. Hon kunde samtidigt se tendenser till färre infektioner hos dem som fick energiberikad kost.

Dietisten Gerd Faxén Irving (13) fann i sina studier att upp till en tredjedel vid servicehus och hälften vid demensgruppboende visade tecken på undernäring. En fjärdedel av de som undersöktes vid servicehus hade ät- och sväljningsproblem och var femte krävde speciell konsistensanpassad kost. Patienter som genomgick tre veckors minnesutredning på sjukhus och som serverades energität kost ökade i vikt och förbättrade minnesfunktionen mätt med Mini Mental Test (MMT). Däremot fanns inget samband mellan viktökning och intellektuell förbättring. På ett demensgruppboende där man i 5 månader dagligen serverade näringsdrycker eftermiddag och kväll ökade vikten hos de boende med 3,5 kg. Vikten var oförändrad hos en kontrollgrupp.

Sjuksköterskan Birgitta Lorefält (14) har studerat äldre personer med Parkinsons sjukdom och vad som bidrar till viktförlust hos dem. Tre av fyra patienter med Parkinsons sjukdom minskade i vikt under ett års tid. Patienternas matvanor förändrades till färre lagade fullständiga mål och fler lagade ofullständiga mål. De kvinnor som hade svårt att skära och svälja maten och som åt mat som var lätt att tugga och svälja löpte större risk att gå ner i vikt.

Genom energiberikad kost kan man motverka viktförluster och med relativt enkla tillskott till vardagsmaten åstadkomma viktuppgång. Viktuppgång i sig är dock inte ett tillräckligt mått på en framgångsrik nutritionsbehandling. Det behövs mer forskning som studerar samband mellan å ena sidan bättre funktionsförmåga, immunförsvar och välbefinnande och å andra sidan en individuellt anpassad nutritionsbehandling.

Individens inflytande över maten och måltiden

I takt med att äldre blir allt skröpligare får de också allt svårare att hantera och bibehålla vardagens alla rutiner. Många behöver så småningom stöd för att klara av sin vardag och hit hör naturligtvis allt det som har med maten att göra. Men när andra ska stödja och hjälpa finns alltid risken att den enskilda individens möjlighet till inflytande och självbestämmande hamnar i skymundan. Detta är något som bl.a. berörs i de två avhandlingar som vi tar upp avslutningsvis.

Sjuksköterskan Kerstin Gustafsson (15) har beskrivit och undersökt uppfattningar om matrelaterat arbete och matvanor hos äldre hemma-boende kvinnor med och utan sjukdom. Matrelaterat arbete omfattar att

handla och laga mat, duka, servera och diska. Totalt besöktes 91 kvinnor i sina hem. Det framkom att många var påverkade av det rådande hälsobudskapet (ät mer fibrer och mindre fett). De kvinnor som var sjuka och svaga eller som hade blivit ensamma beskrev att de hade förenklat sitt arbete med maten. De menade själva att det är viktigt att klara av arbetet med maten och de strävade därför efter att laga maten själva trots sviktande förmåga. Det resulterade i mindre näringsrika lagade mål och en tendens till ett lägre energiintag jämfört med dem som inte hade funktionshinder och dem som fick hjälp med maten. Avhandlingens slutsats är att många kvinnor med funktionsnedsättningar som bor hemma behöver stöd och hjälp med sina måltider. Detta ska planeras i samråd med kvinnorna och bygga på deras kulturella värderingar. Hjälpn bör genomföras med respekt för varje kvinnas egen ordning i hemmet, tillräckligt med tid bör avsättas, och hänsyn bör tas till hennes rätt till självbestämmande.

Kostekonomen Ylva Mattson Sydners (16) avhandling behandlar hur matförsörjningen inom äldreomsorgen fungerar och hur de som arbetar med och har ansvar för maten resonerar och agerar. Hon beskriver bl.a. hur maten och måltiden används för att markera regler, tidspress och överordning från berörda personalgrupper. Strukturen kring matförsörjningen begränsas starkt av vad som är möjligt i en viss boendeform, restaurangens öppettider och omsorgsgivarens bedömning av den äldres egna behov. Det saknades också riktlinjer för verksamheten och en uttalad ansvarsfördelning för vad verksamheten måste eller borde innehålla. Det framkom också att vanans makt var betydande för hur matförsörjningen inom äldreomsorgen ordnades, då det dagligen planerades, tillagades, serverades och konsumerades mat utan att någon ordade så mycket om saken. De äldre hade små möjligheter att påverka sin egen mathållning och måltidssituation. Intervjuerna med politiker och personal av olika kategorier visade att de också hade svårt att påverka situationen. Maktlösheten medförde i sin tur att ingen egentligen upplevde sig som ansvarig för mathållningen inom den äldreomsorg de var verksamma i.

Litteraturlista

1. Livsmedelsverket (2001) Mat och kostbehandling för äldre: problem och möjligheter. Uppsala: Livsmedelsverket.
2. Livsmedelsverket (2003) Mat och näring för sjuka inom vård och omsorg. Uppsala: Livsmedelsverket.
3. Vårdalinstitutet, www.vardalinstitutet.net/tematiska_rum/naring_och_atande/spec.naringsbehov/screeningsinstrument
4. Nutritionsbehandling i sjukvård och omsorg, 2004, en skrift framtagen av sjuksköterskor, läkare och dietister, finns att beställa gratis från företag som tillverkar näringsdrycker och näringslösningar.

5. Saletti Anja (2003). Nutritional status in elderly receiving municipal services and care. Lic.-avh. Karolinska institutet. Stockholm.
6. Persson Margareta (2004). Protein-energy malnutrition and effects of nutritional support in geriatric patients. Lic.-avh. Karolinska institutet. Stockholm.
7. Christensson Lennart (2002). Malnutrition in elderly people in need of municipal care - assessment and intervention. Diss. Linköpings universitet. Linköping.
8. Andersson Jenny (2002). Older women and food – dietary intake and meals in self-managing and disabled Swedish females living at home. Diss. Uppsala universitet. Uppsala.
9. Persson Mats (2002). Aspects of nutrition in geriatric patients – especially dietary assessment, intake and requirements. Diss. Lunds universitet. Lund.
10. Westergren Albert (2001). Eating difficulties in elderly, focusing on patients with stroke. Diss. Lunds universitet. Lund.
11. Wissing Ulla (2000). Nutrition, health and life-situation in elderly patients with leg ulcers. Diss. Linköpings universitet. Linköping.
12. Ödlund Olin Ann (2004). Nutritional and functional effects of energy-dense food in the frailel elderly. Diss. Karolinska institutet. Stockholm.
13. Faxén Irving Gerd (2004). Nutritional status and cognitive function in frail elderly subjects. Diss. Karolinska institutet. Stockholm.
14. Lorefält Birgitta (2005). Weight loss in elderly patients with Parkinson's disease. Diss. Linköpings universitet. Linköping.
15. Gustafsson Kerstin (2002). Meals and Food in Older Women. Health perceptions, eating habits and food management. Diss. Uppsala universitet. Uppsala.
16. Mattsson Sydner Ylva (2002). Den maktlösa måltiden. Om maten i äldreomsorgen Monografiavhandling. Uppsala universitet. Uppsala.

Dietister i geriatrik är en referensgrupp som består av dietister verk-
samma inom geriatrik och äldreomsorg i olika delar av landet.

Medlemmar är:

Elisabet Rothenberg, ordförande, Göteborg

Brita Karlström, sekreterare, Uppsala

Anja Saletti, kassör, Uppsala

Gerd Faxén Irving, Stockholm

IngaLill Landin, Göteborg

Kerstin Österberg, Stockholm

Om du vill veta mer kan du gå in på Dietisternas riksförbunds hemsida
www.drf.nu och söka referensgruppen i geriatrik.

Socialstyrelsen klassificerar sin utgivning i olika dokumenttyper. Detta är *ett Underlag från experter*. Det innebär att det bygger på vetenskap och/eller be-
prövad erfarenhet. Författarna svarar själva för innehåll och slutsatser. Social-
styrelsen drar inga egna slutsatser i dokumentet. Experternas sammanställ-
ning kan dock bli underlag för myndighetens ställningstaganden.