

Remissvar
från Svensk Förening för Klinisk Nutrition
ang. ”Råd om bra mat inom äldreomsorgen”. Diarienummer: 4163/2010

Allmänna synpunkter

Inledningsavsnittet:

Kunskapen om gruppen äldre som får måltidstöd i hemmet är i dag begränsad. Det hade därför varit värdefullt om man i inledningen hade beskrivit denna grupp mer t ex social status, sjukdomar, förekomst av undernäring etc. I texten anges exempelvis att 5 % av de hemmaboende äldre är undernärda (sid 1) men hur ser denna siffra ut för personer som har måltidstöd i hemmet? Det hade också varit av stort intresse att få ta del statistik för hur många antal mål per dag som serveras i hemmet. I råden talas om att två lagade mål per dag bör erbjudas samt att mellanmål ska kunna serveras men hur ser detta ut i realiteten? Ett urval av referenser skulle öka dokumentets värde och möjliggöra vidareläsning för intresserade.

Kommunikation och samverkan:

De personer som äter måltider i äldreomsorg torde till största delen vara multisjuka äldre. Dessa personer vårdas av flera olika vårdgivare. Därför är samverkan mellan kommun, primärvård, basal hemsjukvård, specialiserad hemsjukvård och sjukhus av stor betydelse för att den äldre ska få rätt mat och för att uppmärksamma nutritionsrelaterade problem i syfte att motverka undernäring och främja livskvaliteten. De avsnitt som berör kommunikation och samverkan behöver därför förtydligas och ges större utrymme. I dokumentet nämns varken samverkan med medicinskt ansvarig sjuksköterska eller distriktsläkare och samverkan med distriktsköterskan samt dietist är mycket knapphändigt beskriven.

Specifika kommentarer

Sid. 10. Här står det att en A-kost portion och en E-kost portion innehåller lika mycket energi och näring och att E-kosten är grundkosten för undernärda. Eftersom dess båda koster innehåller lika mycket energi och näring som A-kosten så är det inte **patientens nutritionstillstånd** som ska avgöra vilken av dessa koster som ska beställas utan patientens aptit och förmåga att äta en hel portion. E-kostens portion kan uppfattas som allt för liten även av undernärda patienter.

Sid 11 ”Logoped eller dietist ordinerar konsistensanpassad kost efter att sväljförmågan utretts”. Man bör också följa upp att den kost som ordinerats verkligen beställs till den äldre”. Här, och på andra ställen i dokumentet, behöver det förtydligas vem som ansvarar för att ordinationen verkställs. Vem ordinerar om varken logoped eller dietist finns tillgänglig i kommunen?

Sid 31. I avsnittet riktat till omsorgspersonalen står det: **”Det är viktigt att personalen tar sig tid att sitta ner med den äldre under måltiden”**. Här och i liknande meningar i dokumentet, behöver tydliggöras att ansvaret för att bevilja tid för insats och innehållet i insatsen avgörs av biståndsbedömaren och kan inte läggas på den enskilda omsorgspersonalen.

Sid 32, ”Vid övervikt eller undernäring är det viktigt att prata med ansvarig sjuksköterska och vid behov dietist för att kunna planera rätt typ av mat till den äldre”. I denna, och liknande meningar i dokumentet, behövs en större tydlighet hur kommunikation och samverkan ska ske än **”att prata med....”**.