

*För kännedom:*

*Medicinskt ansvarig sjuksköterska*

Förvaltningschef äldre

## *Ansvar för individuell nutritionsbehandling i särskilda boendeformer för äldre (SÄBO)*

Ett förslag till en länsövergripande överenskommelse om vård och omsorg om äldre mellan landstinget och kommunerna i Stockholms län håller på att tas fram. Presidiegruppen KSL/HSN har gett uppdraget som inkluderar en ny fråga: individuell nutritionsbehandling för personer boende i SÄBO.

Arbetet om samverkan för att främja de äldres individuella nutritionsbehandling har bedrivits i en partsgemensam grupp med sakkunniga från kommuner och landstinget.

Bifogat förslag är tänkt att ingå som en av flera delöverenskommelser om samverkan gällande äldre. Dessa delöverenskommelser presenteras under ett gemensamt "paraply" med en övergripande gemensam text där bl a parter och giltighetstid för överenskommelserna presenteras. Vidare finns texter om helhetssyn och den enskildes inflytande, vikten av att hantera sakfrågorna i delöverenskommelserna i respektive verksamhets ledningssystem m m. Ambitionen är att delöverenskommelserna under våren 2015 ska antas i landstinget och kommunerna.

Vid två konferenser, där arbetsmaterial presenterats, har förslaget till överenskommelse fått ett mycket positivt mottagande.

Då innehållet i överenskommelsen innebär kostnader för kommuner och kommunalt finansierade verksamheter för att anställa dietister eller på annat sätt säkra tillgång till dietistkompetens önskar KSL ha synpunkter på sakinnehållet i delöverenskommelsen om individuell nutritionsbehandling.

Det råder idag en viss osäkerhet om vilket ansvar kommunen respektive landstinget har för individuell nutritionsbehandling och lagstiftningen ger inte tillräcklig vägledning. I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) står endast att kommunens hälso- och sjukvårdsansvar i särskilda boendeformer inte omfattar läkarinsatser. Det är också klarlagt att kommunens hälso- och sjukvårdsansvar är primärvård eftersom en särskild boendeform enligt 5 Kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453) är en bostad och inte en vårdinrättning.

Sedan Ädelreformen finns en idé om att kommunen har ansvar för basal hälso- och sjukvård och landstinget har ansvar för specialiserad hälso- och sjukvård. Denna idé har även anammats i arbetet med delöverenskommelsen om individuell nutritionsbehandling.

I delöverenskommelsen presenteras ett försök att definiera basal och specialiserad nutritionsbehandling. Innebörden av att kommunen har ansvar för basal nutritionsbehandling blir att det i kommunerna/kommunfinansierad verksamhet behövs nutritionskompetens. Denna kompetens kan tillgodoses på olika sätt. Kommunen/kommunfinansierad verksamhet kan anställa dietister och vidareutbilda sjuksköterskor och undersköterskor, eller genom upphandling säkra sådan kompetens.

### **Förslag till överenskommelse**

Bifogat finns ett förslag till delöverenskommelse om individuell nutritionsbehandling.

### **Synpunkter på förslaget**

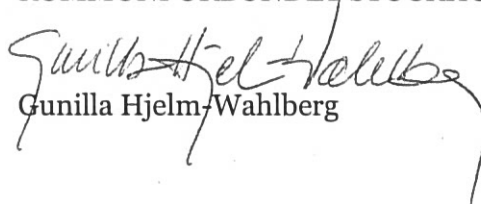
Vi önskar synpunkter på förslaget till överenskommelse till [registrator@ksl.se](mailto:registrator@ksl.se) senast den **30 september 2014**.

### **Frågor**

Josephine Garpsäter, Nutritionsansvarig Dietist, Sundbybergs stad  
[Josephine.garpsater@sundbyberg.se](mailto:Josephine.garpsater@sundbyberg.se), tfn 08-706 86 24.

Med vänlig hälsning

KOMMUNFÖRBUNDET STOCKHOLMS LÄN

  
Gunilla Hjelm-Wahlberg

### **Bilaga:**

Förslag till överenskommelse om individuell nutritionsbehandling i särskilda boendeformer för äldre i Stockholms län

# Överenskommelse om individuell nutritionsbehandling i särskilda boendeformer för äldre i Stockholms län

## 1. Inledning

### 1.1 Bakgrund

Det råder sedan Ädelreformen viss osäkerhet om vilket ansvar för nutritionsomhändertagande kommunen respektive landstinget har. De enskilda inom särskilda boendeformer för äldre<sup>1</sup> har idag begränsade möjligheter att få individuell nutritionsbehandling av dietist, trots att behovet är mycket stort i denna grupp. Många som bor inom en särskild boendeform för äldre har flera olika sjukdomar och konsumerar en stor mängd läkemedel med stora sammanhängande nutritionsproblem som följd.

Kombinationen hög ålder, kroniska sjukdomar och många läkemedel är problematisk och leder till förändrade metabola förutsättningar och ätsvårigheter på grund av t ex aptitlöshet, illamående och muntorrhet. Behovet av energi och näring kan samtidigt öka. Under dessa omständigheter är risken stor för undernäring, om inte rätt åtgärder sätts in.

Enligt Patientsäkerhetslagen och Patientlagen<sup>2</sup> ska hälso- och sjukvårdspersonalen utföra sitt arbete enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Individuella nutritionsinsatser ska således göras utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet genom oral, enteral eller parenteral nutrition.

I Patientsäkerhetslagen<sup>3</sup> stadgas vidare att ”vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador<sup>4</sup>. För åtgärder som inte kan vidtas omedelbart ska en tidsplan upprättas”. Det innebär ett långtgående ansvar för att undvika undernäring.

I Hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs att ”Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa” och i Patientlagen att ”vården och behandlingen ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten”. Att ”Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt” stadgas i Hälso- och sjukvårdslagen<sup>5</sup>.

För att möta de krav som Patientsäkerhetslagen och Hälso- och sjukvårdslagen ställer krävs inom området nutrition teamarbete och legitimerad personal med specialistkompetens, oavsett huvudman. Dietister är sedan år 2005 en legitimerad yrkesgrupp som genom individuell nutritionsbehandling kan säkerställa ett gott nutritionsomhändertagande av äldre inom vård och omsorg. Dietister är den enda legitimerade yrkesgrupp som har djupgående utbildning inom ämnet dietetik. Utöver dietistens specialistkompetens är faktorer som teamarbete, tillgänglighet och väl utvecklade och kända rutiner i verksamheter viktiga för att

<sup>1</sup> Särskild boendeform enligt 5 kap. 5 § andra stycket Socialtjänstlagen (2001:453)

<sup>2</sup> 3 Kap 2§ Patientsäkerhetslagen (2010:659), 1 kap. 7 § Patientlagen (2014:821)

<sup>3</sup> 3 Kap 2§ Patientsäkerhetslagen (2010:659)

<sup>4</sup> I 3 Kap 5 § Patientsäkerhetslagen definieras vad som avses med Vårdskada (se definitioner).

<sup>5</sup> 2c § Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), 5 kap. 1 § Patientlagen (2014:821), 2a § Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

säkerställa en god och säker nutritionsbehandling. Här krävs ett tvärprofessionellt teamarbete där dietisten har en central roll.

Socialstyrelsen är tydlig i sin vägledning i *Näring för god vård och omsorg*<sup>6</sup>:

”Rätt mat och näring är en viktig patientsäkerhetsfråga. Säker vård med god kvalitet måste baseras på bedömningar av risk för undernäring, utredning av orsaken till undernäringstillstånd samt adekvat näringsbehandling, inklusive uppföljning av insatta åtgärder. Denna vård är lika viktig för omsorgstagaren/patienten som läkemedel, andningsunderstöd och andra terapeutiska insatser. Klinisk nutrition är en del av den medicinska behandlingen”.

## 1.2 Målgrupp

Målgruppen utgörs av personer som efter beslut av kommunen bor inom särskilda boendeformer för äldre, oavsett personens faktiska ålder. Särskilt viktigt är att vara uppmärksam på personer som uppfyller en eller flera av nedanstående kriterier:

- ofrivillig vikt förlust – oavsett tidsförlopp och omfattning
- ätsvårigheter – t ex aptitlöshet, tugg- och sväljproblem, orkeslöshet och motoriska störningar
- undervikt – det vill säga ett body mass index (BMI) under 20 för individer under 70 års ålder, eller under 22 för den som är över 70 år.

## 1.3 Syfte

Denna överenskommelse syftar till att tydliggöra ansvaret för individuell nutritionsbehandling i särskilt boende för äldre.

## 1.4 Mål

Målet är att den enskilde får sitt energi- och näringsbehov tillgodosett utifrån dennes individuella förutsättningar och behov, genom ett adekvat nutritionsomhändertagande, baserat på individuell bedömning och individanpassade åtgärder, med nödvändig uppföljning och utvärdering.

## 1.5 Definitioner

Berikning	Tillsättning av livsmedel eller specifika berikningsmedel i mat och dryck för att öka innehållet av energi, protein, vitaminer och/eller mineralämnen.
BMI	Body Mass Index. Uträkning av BMI görs enligt följande formel: vikt i kg/(längd x längd i meter)
Dietetik	Kostbehandling vid sjukdomstillstånd
Enteral nutrition	Näringstillförsel direkt via mag-tarmkanalen.
SNR-kost	Kost enligt svenska näringsrekommendationer (Svenska livsmedelsverket)
A-kost	Allmän kost för sjuka (Svenska livsmedelsverket)
E-kost	Energi- och proteintät kost (Svenska livsmedelsverket)
Kosttillägg	Kompletterar ordinarie kost genom att tillfredsställa behovet av energi och/eller näringsämnen.
Livsmedel för särskilda näringsändamål	Livsmedel som till följd av särskild sammansättning eller tillverkningsmetod är lämpliga för spädbarn och barn upp till tre år, personer i behov av särskild kost samt

<sup>6</sup> Näring för god vård och omsorg, en vägledning för att förebygga och behandla undernäring. Socialstyrelsen september 2011.

	personer som kan ha nytta av ett kontrollerat intag av särskilda ämnen i kosten.
Malnutrition	Tillstånd där brist på eller obalans av energi, protein eller andra näringsämnen har orsakat mätbara och ogynnsamma förändringar i kroppens sammansättning, funktion eller i en persons sjukdomsförlopp.
MNA	Mini Nutritional Assessment. Riskbedömningsverktyg (screeningverktyg) för att upptäcka risk för undernäring.
NAD	Nutritionsansvarig dietist
Nutrition	Näring och/eller näringstillförsel.
Näringsdryck	Flytande kosttillsägg.
Parenteral nutrition	Intravenös näringstillförsel.
Perkutan endoskopisk gastrostomi (PEG)	Kort sond genom bukväggen till magsäcken som används för enteral nutrition.
Riskbedömning	Systematisk undersökning av en population för att identifiera individer som är omedvetna om att de har ohälsa eller är i riskzonen för att utveckla ohälsa.
Sarkopeni	Minskad muskelmassa med förlust av muskelfunktion.
Sjukdomsrelaterad undernäring	Definieras som ett tillstånd med brist på energi, protein och andra näringsämnen som orsakar mätbara skadliga effekter på kroppens struktur och funktion och kan leda till kliniska komplikationer.
Sondnäring	Näringslösning som ges vid enteral nutrition.
Specialkost	Kost vid specifika sjukdomstillstånd.
Undernäring	Tillstånd där brist på energi, protein eller andra näringsämnen har orsakat mätbara och ogynnsamma förändringar i kroppens sammansättning, funktion eller av en persons sjukdomsförlopp (jämför malnutrition).
Verksamhetschef	I denna delöverenskommelse används begreppet verksamhetschef endast gällande verksamhetschef enligt 29 § Hälso- och sjukvårdslagen.
Vårdskada	Med vårdskada avses i Patientsäkerhetslagen lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

## 2. Omfattning och gränsdragningsfrågor

Överenskommelsen omfattar kommunalt finansierade särskilda boendeformer för äldre.

Vid nutritionssystem och behandling finns både ett omvårdnadsperspektiv och ett medicinskt perspektiv. Vid nutritionssvårigheter följs de olika perspektiven ofta åt innan det blir en tydlig medicinsk frågeställning.

Den behandlande läkaren, som den enskilde är listad hos, har det medicinska huvudansvaret vilket också omfattar nutritionssystem. Dietistens huvudperspektiv är individuell nutritionssystembehandling.

Verksamhetschefen i kommunal hälso- och sjukvård ansvarar för att delöverenskommelsen är känd och att medarbetarna ges möjlighet att arbeta efter denna. Verksamhetschefens ansvar omfattar även bemanning och att behövlig nutritionskompetens finns tillgänglig.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för kvalitet och säkerhet i den kommunala hälso- och sjukvården. MAS har ett övergripande ansvar för att hälso- och sjukvårdspersonalen känner till och följer lagstiftning, föreskrifter och riktlinjer.

Sjuksköterskans omvårdnadsansvar omfattar i normalfallet även nutritionsinsatser såsom att identifiera eventuella ätsvårigheter samt se till att brukaren får mat och näring enligt givna ordinationer. Sjuksköterskan har ansvar att kontakta andra kompetenser vid behov.

Arbetsterapeut och sjukgymnast har ansvar för hjälpmedel samt att skapa bästa möjliga fysiska förutsättningar för ätandet.

### **3. Nutritionsomhändertagande**

Socialstyrelsen rekommenderar att undernäring uppmärksammas genom riskbedömning, företrädesvis genom Senior Alert<sup>7</sup>. Om riskbedömning påvisar undernäring eller risk för undernäring krävs vidare utredning. På grund av den oklarhet som råder mellan kommun och landsting om tillhandahållande av dietistkompetens för basal och specifik nutritionsbehandling, finns en påtaglig risk för att de åtgärder som genomförs med anledning av utförd riskbedömning inte motsvarar kraven på att följa vetenskap och beprövad erfarenhet.

Utgångspunkten för all kosthållning är att den enskilde har ett eget ansvar. I det fall där den enskilde inte har möjlighet att ta ansvar för hela eller delar av sitt kost- och näringsintag, har kommunen ett ansvar för att se till att behoven i möjligaste mån tillgodoses.

Den enskilde har rätt att få en adekvat nutritionsbehandling av personal med särskild nutritionskompetens. Med rätt nutrition kan sjukdom förebyggas, lindras eller behandlas. Nutritionsinsatser vid rätt tidpunkt är avgörande för en god och säker vård.

Verksamhetschefen i landstingsfinansierad verksamhet respektive kommunalt finansierad hälso- och sjukvård har ansvar för att alla medarbetare engageras, besitter rätt kompetens samt får ansvar och befogenheter för att bedriva vård av god kvalitet inom nutrition.

Den behandlade läkaren, som den enskilde är listad hos, ansvarar för att delta i den inledande riskbedömningen för den enskilde och för bedömning, ordination och behandling vid specifika sjukdomstillstånd, samt för utredning av malnutrition (felnäring). Läkaren ordinerar lämplig nutritionsbehandling i samråd med den enskilde och personal, såsom sjuksköterska, dietist, logoped och undersköterska.

Den ansvariga sjuksköterskan har ansvar för att i samråd med den enskilde vaka över den enskildes nutritionsstatus, att identifiera ätsvårigheter och vid behov göra egna ordinationer, samt se till att den enskilde får mat och näring enligt givna ordinationer. Sjuksköterskan har ansvar för att bedöma då särskild kompetens behövs och att kontakta dietist och/eller läkare vid behov av nutritionsbedömning, utredning och åtgärder utanför det egna kompetensområdet. Att hjälpa den enskilde med en god munhälsa är också avgörande för ett gott nutritionstillstånd.

Arbetsterapeut och sjukgymnast har ansvar för utprovning och ordination av lämpliga hjälpmedel och sittställningar som kan underlätta och ge bättre fysiska förutsättningar för ätandet.

<sup>7</sup> "Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre" 2013.

Dietist ansvarar tillsammans med ansvarig läkare/sjuksköterska för att utreda, ordinera, behandla och följa upp tillstånd utifrån nutritionsdiagnos. Dietisten gör vid behov en kostanamnes och kan ordinera en individuellt anpassad nutritionsbehandling. Vidare har dietisten kunskap om livsmedel och specialprodukter. Nutritionsansvarig dietist (NAD), har det övergripande ansvaret för att det finns nutritionsrutiner och kan vara behjälplig för verksamhetschef och MAS vid framtagande av processer, aktiviteter och rutiner i ledningssystem för nutritionsomhändertagande.

Omvårdnadspersonal har ett viktigt ansvar för att observera förändringar i nutritionsstatus och rapportera till berörd hälso- och sjukvårdspersonal (ansvarig sjuksköterska), samt att dokumentera i den sociala dokumentationen.

Logoped ska efter remiss från läkare ansvara för utredning av sväljproblem. Den enskilde kan behöva hjälp att kontakta sin tandläkare vid tandproblem.

### **3.1 Individuell nutritionsbehandling**

#### **3.1.1 Näringsbehov**

Näringsbehovet är individuellt och ska anpassas efter den enskilde. Alla som bor i en särskild boendeform för äldre ska få en individuell bedömning av sitt behov vid inflyttning till särskilt boende för äldre, samt kontinuerlig uppföljning och utvärdering.

#### **3.1.2 Måltider**

Den enskilde ska få måltiden individuellt anpassad utefter vanor, behov och önskemål. Anpassning av måltidsmiljön, måltidsstöd, rätt sittställning, möbler och äthjälpmiddel bör göras inom en vecka efter inflyttning till särskilt boende. Insikten att måltiden är en viktig del av den medicinska behandlingen ska liksom den enskildes behov och önskemål vara utgångspunkten i måltidens planering och utformning. För detta krävs samverkan mellan olika kompetenser.

#### **3.1.3 Kost utifrån individuella behov**

Grundkost, konsistensanpassad kost enligt Konsistensguiden, kost vid olika sjukdomstillstånd samt kost utefter religiösa, etiska och kulturella behov ska kunna erbjudas. För att kunna förstå skillnaderna mellan olika kost krävs fördjupad kunskap hos såväl hälso- och sjukvårdspersonal som omsorgspersonal.<sup>8</sup>

För en patientsäker och kostnadseffektiv ordination av kosttillskott och annat nutritionsstöd krävs en individuell ordination på tydlig indikation, vilket i sin tur förutsätter en individuell utredning. För att den enskilde ska få adekvat behandling i kurativt eller palliativt syfte behövs tillgång till adekvat kompetens.

## **4. Ansvar, åtaganden och inflytande**

### **4.1 Ansvar och åtaganden för respektive part**

Kommunfinansierad verksamhet har ansvar för basal nutritionsbehandling. Landstinget har ansvar för nutritionsbehandling på specifik nivå.

<sup>8</sup> "Rätt mat inom äldreomsorgen" 2008. Christina Sollenberg, Celiakiförbundet och Sveriges Pensionärsförbund

#### 4.1.1 *Kommunens åtagande*

Kommunalt finansierade särskilda boendeformer för äldre har ansvar för basal nutritionsbehandling. Det innebär att kommunen har ett långtgående ansvar för nutrition. Här ingår alla insatser för att uppfylla Patientsäkerhetslagens bestämmelser om vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete<sup>9</sup>. Kommunen ansvarar för att verksamhetschefer inom kommunal hälso- och sjukvård ges resurser som gör det möjligt att ta ansvar för att behövlig nutritionskompetens finns tillgänglig inom verksamheten.

Basal nutritionsbehandling innebär följande:

- Riskbedömning/nutritionscreening
- Näringsberäknat intag av
  - Energi
  - Protein
  - Vitaminer
  - Mineralämnen
- Kostordination
  - SNR-kost (Svenska Näringsrekommendationer)
  - A-kost (Allmän kost för sjuka)
  - E-kost (Energi- och proteintät kost)
- Jämn måltidsfördelning över dagen
- Förutsättningar för en begränsad nattfasta
- Handledning av personal i nutritionsfrågor och -behandling
- Anpassad mat utifrån överkänslighet och allergier
- Konsistensanpassning av maten (gäller även mellanmål)
- Upplägg och servering för att främja ätandet
- Ordination av kosttillägg vid behov
- Ordination av specialprodukter vid behov
- Matning via sond (mängd, sort, matningshastighet och klockslag).

För att uppfylla kraven om basal nutritionsbehandling behövs kompetens i form av dietist knuten till verksamheten. Ansvarsfördelningen mellan dietist, undersköterska och sjuksköterska avgörs av verksamhetschef utifrån medarbetarnas samlade kompetens.

#### 4.1.2 *Landstingets åtagande*

Landstinget har enligt Patientsäkerhetslagen, Hälso- och sjukvårdslagen och Patientlagen samma ansvar som kommunen för nutritionsinsatser vid sjukdom som kräver bedömning och ordination från läkare, dietist och/eller logoped. Läkarens medverkan i riskanalys, bedömning och behandling är lika viktig för nutrition som för läkemedel.

Nutritionsinsatser på specifik nivå utförs av landstinget, vilket omfattar:

- Insättning, uppstart och uppföljning av nutritionsbehandling via sond
- Kostbehandling vid svår malnutrition
- Tugg- och sväljutredning
- Utredning, behandling och uppföljning av nutritionsproblem vid sjukdom, t e x:
  - Njursjukdomar (särskilt dialys)
  - Cancersjukdomar
  - Leversjukdomar
  - Ämnesomsättningsjukdomar.

<sup>9</sup> I 3 Kap 5 § Patientsäkerhetslagen (2010:659)



## 4.2 Inflytande (information, delaktighet) och sekretess gällande berörda personalgrupper, enskilda och närstående

Den enskilde och vid önskemål dennes närstående, ska ha inflytande över sin behandling. Det innebär att den enskilde där så är möjligt samtycker och är delaktig i besluten och att den enskildes erfarenheter, kunskaper och önskemål tas tillvara vid valet av insatser. Det är viktigt att vara lyhörd för den enskildes individuella behov och önskemål och att den enskilde medverkar i aktuella åtgärder. Att den enskilde accepterar förebyggande och behandlande åtgärder är en förutsättning för ett gott resultat.

För att hälso- och sjukvårdens personal i landstinget och kommunen ska kunna tala med varandra och med närstående om aktuell situation krävs ett samtycke till informationsöverföring. Samtycket måste inte ske skriftligt men ska dokumenteras i den enskildes journal hos respektive huvudman. Observera att inre sekretess gäller, det är endast den personal som arbetar med den enskilde som har rätt till informationsutbyte.

## 5. Säkerhet

### 5.1 Hur den enskilde kan medverka i säkerhetsarbetet

Det är väsentligt att den enskilde är informerad om sin behandling. Ju mer den enskilde förstår, desto bättre förutsättningar för ett samarbete kring nutritionen.

### 5.2 Information om risker och avvikelser mellan parter/verksamheter

I de fall någon hos endera parten uppfattar att överenskommelsen inte följs, ska en avvikelserapport skrivas och sändas till utsedd kontaktperson hos den andre parten. Detta ska inte förväxlas med avvikelser i vård och omsorg inom en och samma verksamhet. Dessa avvikelser ska behandlas inom interna rutiner i verksamhetens ledningssystem.

## 6. Ekonomi

### 6.1 Åtaganden/konsekvenser ersättning m m för parter (i förekommande fall)

Delöverenskommelsen innebär att det kan tillkomma kostnader för kommunalt finansierad verksamhet vid behov av att anställa, eller på annat sätt säkra tillgång till, dietister. Studier visar på att nutritionsbehandling, förutom att bespara den enskilde lidande, är kostnadseffektivt. Enligt förekommande studier som belyst kostnadseffektiviteten av nutritionsbehandling, torde de ökade kostnaderna kunna hämtas in över tid.<sup>10 11 12 13 14 15 16 17</sup>

<sup>10</sup> Elia M, Stratton R, Russell C, Green C, Pang F. The cost of disease-related malnutrition in the UK and economic considerations for the use of oral nutritional supplements (ONS) in adults.: BAPEN; 2005 [ ]; No.: 1 899467 01].

<sup>11</sup> Guest JF, Panca M, Baeyens JP, de Man F, Ljungqvist O, Pichard C, et al. Health economic impact of managing patients following a community-based diagnosis of malnutrition in the UK. Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland). 2011. Epub 2011/03/17.

<sup>12</sup> Russell C. The impact of malnutrition on healthcare costs and economic considerations for the use of oral nutritional supplements. Clin Nutr Suppl. 2007;2(1):25-32.

<sup>13</sup> Elia M, Russell CA, Stratton RJ. Malnutrition in the UK: policies to address the problem. Proc Nutr Soc. 2010;69(4):470-6. Epub 2010/06/17.

<sup>14</sup> Stratton R, Green C, Elia M. Disease-related malnutrition: an evidence-based approach to treatment. Wallingford: CABI; 2003. xvi, 824 s. p.

<sup>15</sup> NICE Clinical guideline 32. Nutrition support in adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and

## 7. Referenser

- Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
- Patientsäkerhetslagen (2010:659)
- Patientlagen (2014:821)
- Socialtjänstlagen (2001:453)
  
- Näring för god vård och omsorg, en vägledning för att förebygga och behandla undernäring. Socialstyrelsen september 2011.
- "Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre" 2013.
- Elia M, Stratton R, Russell C, Green C, Pang F. The cost of disease-related malnutrition in the UK and economic considerations for the use of oral nutritional supplements (ONS) in adults.: BAPEN;2005 [ ]; No.: 1 899467 01].
- Guest JF, Panca M, Baeyens JP, de Man F, Ljungqvist O, Pichard C, et al. Health economic impact of managing patients following a community-based diagnosis of malnutrition in the UK. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 2011. Epub 2011/03/17.
- Russell C. The impact of malnutrition on healthcare costs and economic considerations for the use of oral nutritional supplements. *Clin Nutr Suppl*. 2007;2(1):25-32.
- Elia M, Russell CA, Stratton RJ. Malnutrition in the UK: policies to address the problem. *Proc Nutr Soc*. 2010;69(4):470-6. Epub 2010/06/17.
- Stratton R, Green C, Elia M. Disease-related malnutrition: an evidence-based approach to treatment. Wallingford: CABI; 2003. xvi, 824 s. p.
- NICE Clinical guideline 32. Nutrition support in adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition. 2006; Available from: [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk).
- Stratton RJ, Ek AC, Engfer M, Moore Z, Rigby P, Wolfe R, et al. Enteral nutritional support in prevention and treatment of pressure ulcers: a systematic review and meta-analysis. *Ageing research reviews*. 2005;4(3):422-50.
- Elia M, Stratton R. A cost-benefit analysis of oral nutritional supplements in preventing pressure ulcers. *ESPEN*; Monday, 29 August 2005 Brussels: Clinical Nutrition; 2005. p. 640-1 (P210).
- "Rätt mat inom äldreomsorgen" 2008. Christina Sollenberg, Celiakiförbundet och Sveriges Pensionärsförbund

---

parenteral nutrition. 2006; Available from: [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk).

<sup>16</sup> Stratton RJ, Ek AC, Engfer M, Moore Z, Rigby P, Wolfe R, et al. Enteral nutritional support in prevention and treatment of pressure ulcers: a systematic review and meta-analysis. *Ageing research reviews*. 2005;4(3):422-50.

<sup>17</sup> Elia M, Stratton R. A cost-benefit analysis of oral nutritional supplements in preventing pressure ulcers. *ESPEN*; Monday, 29 August 2005 Brussels: Clinical Nutrition; 2005. p. 640-1 (P210).