

Undernäring, att förebygga och behandla undernäring hos individer över 18 år

Riktlinjen är övergripande för Region Östergötlands vårdverksamheter och kommunal verksamhet. Riktlinjen utgår från Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om förebyggande av och behandling vid undernäring (1). Målet är att riktlinjen ska leda till ett enhetligt omhändertagande av individer med risk för undernäring och för de som är undernärda. Utifrån riktlinjen ska lokala rutiner utarbetas inom varje verksamhet.

Med undernäring menas ett tillstånd där brist på energi, protein eller andra näringsämnen har orsakat mätbara och ogynnsamma förändringar i kroppens sammansättning eller funktion eller av en individs sjukdomsförlopp (1).

Bakgrund

Undernäring vid sjukdom är underdiagnostiserat och underbehandlat. Europeiska studier visar att runt 30 % av inlagda patienter är eller riskerar att bli undernärda på grund av sjukdom under sin sjukhusvistelse (2). En svensk studie visar att mellan 17-40 % av personer som bor på särskilda boenden för äldre är eller riskerar att bli undernärda (3).

Konsekvenser av undernäring är många, bland annat ökar förekomst av infektioner och en försämrad sårhäkning kan ske. Förekomst av vårdskador är högre hos undernärda patienter. Ett stort antal studier beskriver att undernäring är en vanligt förekommande, allvarlig men behandlingsbar vårdskada (4). Rätt mat och näring är därför en viktig patientsäkerhetsfråga (5).

Enligt Socialstyrelsen ska nutritionsbehandling betraktas på samma sätt som annan medicinsk behandling, med krav på utredning, diagnos, planering, uppföljning samt dokumentation. Nutritionsbehandlingen ska utgå från nutritionsvårdsprocessen som innefattar samma krav som ovan. Det ska finnas en tydlig ansvarsfördelning mellan huvudmännen och olika yrkesgrupper samt ett standardiserat språk för en säker vård av god kvalitet (6).

Nutritionsvårdsprocessen

I nutritionsvårdsprocessen ingår bedömning, utredning, ordination, individuell vårdplan samt uppföljning och utvärdering.

Individen ska informeras och vara delaktig i nutritionsvårdsprocessens alla delar. Om individen önskar ska närstående informeras. I dialog förklaras och diskuteras risken för undernäring och åtgärder som kan genomföras för att förebygga undernäring. Information och undervisning om matens och näringens betydelse vid sjukdom är också av värde (6). Hänsyn ska tas till personliga önskemål och individen bör i så stor utsträckning som möjligt få välja mat och dryck i syfte att öka sitt välbefinnande (6).

1.1 Bedömning av risk för undernäring

I Region Östergötland ska individer, 18 år och äldre, riskbedömas för undernäring (1):

- vid inskrivning i slutenvård inom 24 timmar
- vid förstagångsbesök på specialistmottagningar
- vid förstagångsbesök i primärvård för patienter med förhöjd risk att drabbas av undernäring, exempelvis individer från 65 år, personer med långvariga sjukdomar eller individer med depressionsproblematik

Inom kommunal hälso- och sjukvård ska individer riskbedömas för undernäring (1):

- i hemsjukvård
- i samband med inflyttning till särskilda boenden för äldre och bostad med särskild service, och därefter vid misstanke om risk för undernäring
- efter identifierat behov

Vid riskbedömningen ska ett av följande riskbedömningsinstrument användas. Manualer och blanketter finns i kvalitetsregistret [Senior Alert](#) (7).

1.1.1 Riskbedömningsinstrument med riskfaktorer

Riskbedömningsinstrumentet innehåller två delar:

- Fråga individen, närstående eller tidigare vårdenhet:
 - ✓ Har du/individen gått ner i vikt? Frågan avser ofrivillig viktförlust oavsett tidsförlopp och omfattning.
 - ✓ Kan du/individen äta som vanligt? Frågan avser ätsvårigheter som till exempel aptitlöshet och sväljsvårigheter.
- Bedöm om individen är underviktig med hänsyn till BMI relaterat till ålder. Risk för undernäring finns om patienten har en eller flera av ovanstående riskfaktorer (3, 8).

1.1.2 Short Form Mini Nutritional Assessment (SF-MNA)

Om individen är 65 år eller äldre kan riskbedömningsinstrumentet SF-MNA användas. SF-MNA innehåller ett antal frågor som besvaras och poängsätts. Utifrån poängresultatet påvisas risk för undernäring eller inte (7).

Oavsett vilket av instrumenten som används ska personen mätas och vägas och Body Mass Index (BMI) ska räknas ut. Individer under 70 år är underviktiga om BMI är mindre än 20 kg/m² och individer 70 år eller äldre är underviktiga om BMI är mindre än 22 kg/m² (6). Ett lågt BMI utan viktförlust och ätsvårigheter behöver inte betyda ett behandlingskrävande nutritionsproblem (5).

Lokala rutiner för riskbedömningar ska finnas i varje verksamhet. Vårdformen avgör när och hur riskbedömningar ska utföras.

1.2 Utredning

Varje verksamhet ska ha lokala rutiner för hur en utredning ska genomföras för individer som har risk för undernäring eller är undernärda. I kommunal hälso- och sjukvård ska finnas rutin för när läkare och dietist ska kontaktas för bedömning om utredning (1).

Utredningen ska innefatta bakomliggande orsaker:

- sjukdom eller trauma
- tugg- och sväljsvårigheter
- funktionella svårigheter att äta
- mag-tarmrelaterade besvär till exempel gasbesvär, diarré, magsmärta och förstoppning
- medicinsk behandling till exempel nyligen genomgången kirurgi, strålbehandling eller cytostatika
- kulturella, religiösa, etniska, psykiska och sociala faktorer
- födoämnesallergi eller födoämnesöverkänslighet

1.3 Diagnostik av undernäring

För att bekräfta diagnosen undernäring finns följande två alternativ (6):

- Body Mass Index (BMI) $<18,5 \text{ kg/m}^2$
- vikt förlust > 10 procent av normal vikt, oavsett tidsperiod eller > 5 procent under de senaste 3 månaderna i kombination med en av följande:
 - ✓ BMI $<20 \text{ kg/m}^2$ för individ under 70 år, BMI $<22 \text{ kg/m}^2$ för individ över 70 år
 - ✓ Fettfrimasseindex (FFMI) $<15 \text{ kg/m}^2$ (kvinnor), $<17 \text{ kg/m}^2$ (män).

1.3.1 Ättsvårigheter

I samband med utredning ska en bedömning av munhälsan genomföras för individer som har risk för undernäring, ättsvårigheter, smakförändringar samt muntorrhet (6). Ohälsa i munnen identifieras med hjälp av riskbedömningsinstrumentet [ROAG](#) (Revised Oral Assessment Guide) (7).

1.3.2 Kost- och vätskeregistrering

Om risk för undernäring identifierats inom slutenvården ska kost- och vätskeregistrering genomföras under tre på varandra följande dygn. Patienter med kortare vårdtid, ska registreras under de antal dygn som är möjliga. Efter tre dygn ska en utvärdering och en ny bedömning göras för att ta ställning till fortsatt registrering.

Om risk för undernäring identifierats inom kommunal hälso- och sjukvård ska individens matintag kostregistreras, förändringar av aptit och förmåga att äta i samband med måltider observeras (6).

1.3.3 Beräkning och bedömning av energi- och vätskebehov

Energibehovet är individuellt och påverkas bl. a av individens sjukdom, vikt, ålder och aktivitetsnivå. Beräkna patientens dagliga totala energi- och vätskeintag och sätt i relation till beräknat behov. Målet är att uppnå energibalans vilket regelbundet ska följas upp med hänsyn till patientens behov. Se referensdokument beräkning av energi- och vätskebehov.

1.4 Ordination av nutritionsbehandling

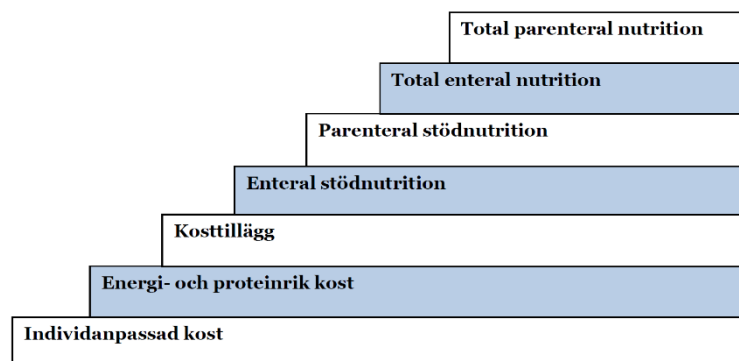
Individer som har risk för undernäring eller är undernärda ska få individanpassade åtgärder insatta så fort som möjligt, redan under pågående nutritionsutredning. Alla individer ska få hjälp och stöd som behövs för att äta eller på annat sätt täcka sitt energi- och näringsbehov.

Frukost, lunch och middag täcker sällan individens totala energi- och näringsbehov och därför ska mellanmål serveras flera gånger per dag, inklusive ett sent kvällsmål. Mat och mellanmål ska serveras på tider anpassade utifrån individens behov och önskemål.

Måltiderna ska spridas över så stor del av dygnet som möjligt och nattfastan ska inte överstiga elva timmar (6).

Nutritionsbehandling delas in i olika steg (se figur 1). I första hand ska individanpassad kost användas. Därefter läggs utifrån individens behov ett lämpligt steg till. Behandling kan samtidigt bestå av flera steg, som kan variera och förändras, beroende på behov och resultat av uppföljning. De olika stegen i nutritionsbehandlingen förklaras i texten.

Först när individens intag av mat och dryck är otillräckligt eller inte är lämpligt, ordinerar kosttillskott, enteral och/eller parenteral nutrition (6). Dietist involveras vid val av nutritionsbehandling.



Figur 1. Nutritionstrappan

1.4.1 Individanpassad kost

Kosten ska utgå från individens energi- och näringsbehov och anpassas till individens behov och önskemål av, exempelvis önske-, konsistensanpassad- eller specialkost. Behandling med specialkost krävs vid överkänslighet och intolerans mot olika livsmedel och vid specifika sjukdomstillstånd, t.ex. celiaki, laktosintolerans och njursjukdom. För individer med tugg- och sväljsvårigheter ska en lämplig konsistensanpassad kost utprovas.

För att underlätta ska ätstödande åtgärder planeras efter behov, som t.ex. anpassning av sittställning, utprovning av lämpliga hjälpmedel, hjälp att lägga upp mat och dryck, att skära eller dela maten samt få hjälp med intag av mat (6).

Vid svårt nedsatt aptit, som till exempel i samband med cancersjukdomar eller i ett palliativt skede ska individens särskilda önskemål så långt det är möjligt tillgodoses. Behov av kost anpassad till andra kulturer ska också tillgodoses.

1.4.2 Energi- och proteinrik kost

Måltider berikade med energi och protein som serveras i små portioner (E-kost) serveras med fördel till individer som har risk för undernäring, är undernärda eller har dålig aptit. E-kosten har cirka halva volymen jämfört med en normalportion men ger samma mängd energi och näring.

1.4.3 Kosttillägg

Kosttillägg definieras som ett komplement till den vanliga maten när den inte räcker för att tillgodose energi- och näringsbehovet hos en individ. Kosttillägg innehåller protein, fett och kolhydrater samt vitaminer och mineraler i varierande mängder.

Till kosttillägg hör näringsdrycker, energimoduler och berikningsmedel. Berikningsmedel finns i energi- eller proteinberikning eller kombination av båda. Energimoduler är vanligen fettemulsioner eller kolhydratberikning i koncentrerad flytande form som används som ytterligare energikälla.

Kosttillägg delas in i:

- kompletta – till exempel näringsdrycker (inte klara)
- kompletta, sjukdomsspecifika - till exempel produkter med minskat proteininnehåll
- icke kompletta - till exempel klar näringsdryck och energiberikningspulver.

Kompletta kosttillägg kan användas som tillägg till det övriga energi- och näringsintaget eller som enda näringskälla. Kompletta, sjukdomsspecifika näringsdrycker har en särskild sammansättning för att passa behoven vid specifika tillstånd.

Klara näringsdrycker är inte kompletta med avseende på näringsinnehåll och används därför inte som enda näringskälla. De innehåller mer energi än saft eller mjölk och proteininnehållet är jämförbart med mjölk. Klara näringsdrycker fungerar som måltidsdryck och ersättning för saft.

1.4.4 Enteral nutrition

Enteral nutrition (EN) ordinerar av dietist alternativt ansvarig läkare vid bristande energi- och näringsintag under en period som beräknas överstiga en vecka. Behandling med EN förutsätter en fungerande mag-tarmkanal och administreras via sond, gastrostomi eller i vissa fall jejunostomi.

EN ordinerar utifrån patientens tillstånd med hänsyn till diagnos, energi- och näringsbehov. För att täcka vätskebehovet tillförs extra vätska vid behov. EN kan ges som enda energi- och näringskälla, då total enteral nutrition (TEN) eller i kombination med peroralt intag och/eller parenteral tilläggsnutrition. Läs även i vårdhandboken om [enteral nutrition](#) och i lokala rutiner för varje verksamhet.

Om primärvården uppmärksammar individer i behov av enteral nutrition ska remiss för bedömning och eventuell insättning och/eller upptrappning skickas till den specialistklinik där patienten tidigare vårdats för sväljproblematik eller för den sjukdom/tillstånd som orsakat sväljproblematik.

1.4.5 Parenteral nutrition

När det inte är möjligt att täcka energi- och näringsbehovet oralt eller enteralt ges parenteral nutritionsbehandling (PN) som ett komplement eller för att täcka hela dagsbehovet av energi och näring (TPN). Parenteral nutrition ska ordinerars av patientansvarig läkare eller läkare inom specialistsjukvård. Läs även i Vårdhandboken om [parenteral nutrition](#) och i lokala rutiner för varje verksamhet.

1.5 Individuell planering för nutrition

Individuell planering för nutrition ska upprättas i samråd med individen och dokumenteras i journal (6). Den ska innehålla:

- mål med nutritionsbehandlingen
- åtgärder
- hur och när uppföljning ska ske
- ansvarig för genomförande och uppföljning.

1.6 Uppföljning och utvärdering av nutritionsbehandling

Uppföljning av individens följsamhet till behandling, insatta nutritionsåtgärder och måluppfyllnad görs kontinuerligt i överenskommelse med den dietist eller läkare som ordinerat behandlingen. Vid behov görs ett nytt ställningstagande till ändrad behandling. Läs även i Vårdhandboken om [nutritionsbehandling](#).

Palliativ vård i livets slutskede

I livets slutskede har kroppen en begränsad förmåga att metabolisera näring. Tillförsel av fett och proteiner kan leda till illamående eller andra obehag. Individens behov av mat och dryck minskar successivt för att till slut upphöra helt. Detta behöver inte vara förenat med att individen upplever obehag i form av hunger eller törst. Med hänsyn till individens välbefinnande är det särskilt viktigt att tillgodose personliga önskemål om mat och dryck utifrån social, kulturella och emotionella behov (6).

Delaktighet och information

Individen ska vara delaktig och få individuellt anpassad information om aktuellt nutritionsproblem och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns. Så långt det är möjligt ska vård och behandling ske i samråd med individen utifrån individens egna värderingar, självbestämmande och integritet. Varje yrkesprofession ansvarar för att ge information utifrån aktuell planering och sitt specifika ansvar (8).

Föreskrivning av nutritionsprodukter

Livsmedel för speciella medicinska ändamål, **Food for Special Medical Purposes (FSMP)**, är livsmedel för individer med olika sjukdomar som kräver speciell kost.

Legitimerad dietist och läkare har föreskrivningsrätt av FSMP som kosttillskott, sondnäring och tillbehör. En föreskrivning ska alltid föregås av utredning och ordination av behandling samt följas upp.

Dokumentation

Varje verksamhet ansvarar för att det finns rutiner för dokumentation (9).

Nutritionsvårdsprocessens samtliga delar, bedömning, utredning, ordination, individuell vårdplan, uppföljning och utvärdering dokumenteras i patientjournal under avsedda sökord:

- **Vikt, längd och BMI**
- **Riskbedömning:** enligt mall för valt instrument
- **Viktförändring:** eventuell viktförändring innan eller under behandling
- **Diagnos:** vid föreskrivning ska åtgärdskod KVÅ-kod DVO25 användas för att underlätta framtagandet av statistik
- **Mål:** målsättning med nutritionsbehandling
- **Nutritionsåtgärd:** ordinerad nutritionsbehandling och ordinerad mängd kosttillskott och/eller sondnäring per dag
- **Föreskrivning av livsmedel för särskilda näringsändamål:** mängd föreskrivna produkter med fullständigt produktnamn, förpackningsstorlek antal uttag samt föreskrivningssätt
- **Planering:** information om när uppföljning ska ske och av vem

Informationsöverföring mellan vårdgivare

Rapportering mellan vårdgivare bör innehålla resultat från riskbedömning, individuell nutritionsplan, uppgift om senaste vikt och eventuell viktförändring.

Vid önskemål om övertagande av vårdansvar inom Region Östergötland ska remiss skickas. Remissen ska innehålla information om patientens nutritionsbehandling inklusive behov, aktuell nutritionsordination och målsättning med behandling. När patienten också bedöms ha ett fortsatt behov av FSMP ansvarar överrapporterande/ utskrivande enhet för att föreskrivning av ett uttag för aktuell ordination finns.

Verksamheten ansvarar för rutiner för säker rapportering mellan olika vårdgivare (10). Vid överföring av information mellan vårdgivare krävs samtycke från varje individ (11).

Ansvarsfördelning

Ledningssystem för samverkan, internt såväl som externt, är en förutsättning för att säkra och upprätthålla god kvalitet inom nutritionsarbetet (9). Ett tvärprofessionellt samarbete krävs för att förebygga och behandla risk för undernäring och undernäring.

1.7 Regionens ansvar

Inom Hälso- och sjukvården har verksamhetschef övergripande ansvar för rutiner, mål och uppföljning samt att medarbetarnas kompetens upprätthålls (9, 10).

Läkaren är medicinskt ansvarig för nutritionsutredning, ordination och uppföljning och har det yttersta ansvaret för ordination av enteral och parenteral nutrition (6).

Dietisten är nutritionsansvarig och ansvarar inom ramen för sin kompetens för utredning, ordination, uppföljning och utvärdering av individer med nutritionsproblem, samt för upprättande av individuell planering för nutrition. Ordination av enteral och parenteral nutrition sker i samråd med läkare och sjuksköterska (6).

Sjuksköterskan är omvårdnadsansvarig och undersköterskan utför omvårdnad utifrån sin kompetens (6). I omvårdnaden och i nutritionsarbetet ingår:

- riskbedömning av undernäring och ohälsa i munnen
- beräkning av energi- och vätskebehov
- registrering av patientens mat- och vätskeintag
- ordination av ätstödjande åtgärder
- nutritionsbehandling och uppföljning

1.8 Kommunens ansvar

Verksamhetschef har övergripande ansvar för att det finns lokala rutiner, mål och uppföljning samt att medarbetarnas kompetens upprätthålls (9, 10). Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att upprätta övergripande riktlinjer (9, 10). All personal som arbetar nära patienten ska rapportera alla iakttagelser vid nutritionsproblem till sjuksköterska för ställningstagande till åtgärder och fortsatt utredning. Om individen enbart har insatser enligt Socialtjänstlagen ska hälso- och sjukvården kontaktas.

Uppföljning av verksamhet

Varje verksamhet ska ha rutiner för uppföljning och kvalitetssäkring av nutritionsarbetet (9). Lämpliga mått för uppföljning är andel individer som har risk för undernäring eller är undernärda och som har fått sitt energi- och vätskebehov täckt under vårdtiden och inte har minskat i vikt. Regelbunden uppföljning av följsamhet och effekten av insatta åtgärder för individer med risk för undernäring eller som är undernärda.

En möjlighet till uppföljning är att använda det nationella kvalitetsregistret Senior alert, för nationella och regionala jämförelser och för uppföljning inom respektive verksamhet (7).

Referenser

1. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:10) om förebyggande av och behandling vid undernäring. <https://lagen.nu/sosfs/2014:10> (2019-06-25)
2. Stratton RJ, Green CJ, Elia M. Disease-related malnutrition, an evidence-based approach to treatment. Cambridge, MA: CABI Publishing: 2003:35–92.
3. Borgström Bolmsjö B, Jakobsson U, Mölstad S, Östgren CJ, Midlöv P. The nutritional situation in Swedish nursing homes – A longitudinal study. Archives of Gerontology and Geriatrics (60) 2015: 128-133.
4. Cederholm T. Undernäring vanligt inom svensk sjukvård. Läkartidningen 2006; 103: 1713-17.
5. Sveriges Kommuner och Landsting. Undernäring – åtgärder för att förebygga. Sveriges Kommuner och Landsting, 2011.
6. Socialstyrelsen. Att förebygga och behandla undernäring. Kunskapsstöd i hälso- och sjukvård och socialtjänst. 2019. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2019-5-6.pdf> (2019-06-25)
7. Senior Alert. Ett nationellt kvalitetsregister för vård och omsorg. <http://plus.rjl.se/senioralert> (2019-06-24)
8. Sveriges Riksdag. Patientlag. Svensk författningssamling (2014:821). Socialdepartementet: 2014. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821 (2019-06-25)
9. Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:09) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2011-6-38.pdf> (2019-06-25)
10. Sveriges Riksdag. Hälso- och sjukvårdsförordning. Svensk författningssamling (2017:80). Socialdepartementet: 2017. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardsforordning-201780_sfs-2017-80 (2019-06-25)
11. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2016-4-44.pdf> (2019-06-25)