

NATIONELL SATSNING FÖR ÖKAD PATIENTSÄKERHET

Undernäring

ÅTGÄRDER FÖR ATT FÖREBYGGA



Sveriges
Kommuner
och Landsting



Förord

Sedan 2008 driver Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) en satsning för att minska vårdskadorna. Landsting och regioner har deltagit hela tiden och nu engagerar sig allt fler kommuner för att göra vården säkrare.

Satsningen inriktar sig på att öka medvetenheten om risker i vården och förbättra säkerhetskulturen, vilket gör det möjligt att arbeta förebyggande. Ett annat mål är att öka patienternas medverkan i vården.

Nu är det dags att ta nästa steg för att öka patientsäkerheten. Kraven på hälso- och sjukvården har både skärpts och blivit tydligare sedan den nya patientsäkerhetslagen trädde i kraft den 1 januari 2011.

För att stödja hälso- och sjukvården har SKL tagit fram en rad åtgärds paket eller kunskapsunderlag. Dessa beskriver åtgärder inom olika områden som effektivt minskar antalet vårdskador. Alla åtgärder bygger på den senaste vetenskapliga evidensen på respektive område.

Följsamhet till basala hygienrutiner i alla vård- och undersökningssituationer och av all vårdpersonal är den enskilt viktigaste åtgärden för att förhindra smittspridning och vårdrelaterade infektioner (VRI). I dokumentet förutsätts att basala hygienrutiner alltid tillämpas oavsett om det nämns bland åtgärderna eller inte.

Sjukdomsrelaterad undernäring har länge uppmärksammats som ett stort hälsoproblem, och runt om i landet pågår arbete med att utveckla rutiner för att förbättra nutritionsvården. Trots detta är undernäring vanligt i samband med sjukdom. Konsekvenserna är minskad livskvalitet, försämrad funktionsförmåga och ökad risk för annan sjuklighet och död.

Detta åtgärds paket är en sammanställning av åtgärder för att förebygga och behandla sjukdomsrelaterad undernäring inom den slutna vården. Vissa åtgärder är individuella och syftar till att snabbt identifiera patienter med hög risk att utveckla undernäring, att utreda deras problem för att därefter kunna sätta in lämpliga åtgärder. Andra åtgärder är mer generella och bör ingå som en del av ett systematiskt förbättringsarbete i vården. Konsekvent tillämpade minskar åtgärderna risken för undernäring.

Undernäring

– åtgärder för att förebygga

Syfte

Att förebygga och behandla undernäring i samband med vård

Mål

Resultatmål på nationell nivå

Något resultatmål är inte fastställt eftersom det för närvarande saknas uppgifter om hur många patienter som drabbas av undernäring under vårdtiden, men ett önskvärt mål är naturligtvis att så få som möjligt drabbas.

Resultatmål på verksamhetsnivå

Fastställs på regional nivå, lokal nivå eller på verksamhetsnivå.

Processmål

100 procents följsamhet till obligatoriska åtgärder.

Obligatoriska åtgärder

Riskidentifiering och riskbedömning

Alla patienter ska riskbedömas. Detta ska göras inom ett dygn efter deras inskrivning genom en samlad bedömning av olika data.

- › Fråga patienten, dennes närstående eller tidigare vårdenhet om:
 - 1) Har du gått ned i vikt? – Ofrivillig viktförlust oavsett tidsförlopp och omfattning.
 - 2) Kan du äta som vanligt? – Ätsvårigheter, t.ex. aptitlöshet, tugg- och sväljningsproblem och motoriska funktionsnedsättningar.
- › Mät längd och vikt och räkna ut Body Mass Index. $BMI = \text{vikt i kg} / \text{längd x längd i m}$. Patienter under 70 år är underviktiga om BMI är mindre än 20. Patienter över 70 år är underviktiga om BMI är mindre än 22.

Utredning

- › Gör en strukturerad utredning av patienter som bedöms ha risk för undernäring, bedöm hur allvarlig undernäringen är och identifiera bakomliggande orsaker.

Förebyggande och behandlande åtgärder

- › Åtgärder som syftar till att förebygga och behandla undernäring ska vara evidensbaserade. Alla åtgärder ska journalföras löpande.
- › Upprepa bedömning av risk för undernäring så snart patientens tillstånd förändras.

Information och informationsöverföring

- › I dialog med patienten och närstående förklaras och diskuteras risker och åtgärder för att förhindra och för att behandla undernäring. Uppgifter om patientens näringstillstånd och vidtagna åtgärder meddelas till andra vårdenheter.



Beskrivning av åtgärderna

Åtgärds paketet innehåller åtgärder för att snabbt upptäcka risk för undernäring, utreda identifierade risker, behandla problemet, utvärdera effekter av behandling och kommunicera åtgärderna till nästa vårdgivare. Tillsammans förväntas vidtagna åtgärder att dels förstärka varandras effekt för att motverka risken för undernäring, dels minska effekterna av undernäring. Alla åtgärder ska journalföras löpande.

Riskidentifiering och riskbedömning

Alla patienter ska riskbedömas. Detta ska göras inom ett dygn efter inskrivningen genom en samlad bedömning av olika data.

- › Fråga patienten, dennes närstående eller tidigare vårdenhet om:
 - 1) Har du gått ned i vikt? – Ofrivillig viktförlust oavsett tidsförlopp och omfattning.
 - 2) Kan du äta som vanligt? – Ätsvårigheter, t.ex. aptitlöshet, tugg- och sväljningsproblem och motoriska funktionsnedsättningar.
- › Mät längd och vikt och räkna ut Body Mass Index. $BMI = \text{vikt i kg} / \text{längd x längd i m}$. Patienter under 70 år är underviktiga om BMI är mindre än 20. Patienter över 70 år är underviktiga om BMI är mindre än 22.

Risk för undernäring föreligger om patienten har en eller flera av dessa riskfaktorer. Det är viktigt att påpeka att dessa faktorer bara kan identifiera *risken* för undernäring. Ett lågt BMI utan viktförlust och ätsvårigheter behöver inte betyda ett behandlingskrävande nutritionsproblem.

Det finns olika formulär för att identifiera och bedöma risken för undernäring, t.ex. NRS-2002 (Nutritional Risk Screening – 2002) eller MUST (Malnutrition Universal Screening Test). De lämpar sig för akutsjukvård. MNA-SF (Mini Nutritional Assessment – Short Form) är anpassat för äldre individer, det vill säga 65 år och äldre. Varje verksamhet kan själv bestämma om man vill använda något av instrumenten. Förutsättningen är att det innehåller en sammanvägd bedömning av viktförlust, ätsvårigheter och BMI.

Utredning

En strukturerad utredning ska göras av patienter som bedöms riskera undernäring för att identifiera om problemet verkligen finns, bedöma undernäringens allvarlighetsgrad och identifiera bakomliggande orsak. Det handlar

vanligen om sjukdom eller effekter av behandlingen. Syftet är att ta ställning till vilka åtgärder som är motiverade för den aktuella individen.

Utredning ska vara en teambaserad aktivitet där resultatet av en medicinsk utredning, en omvårdnadsutredning och en nutritionsutredning vägs samman med rehabiliteringspersonalens observationer och analyser.

Några problem och symtom som kan medföra ökad risk för undernäring och som bör identifieras och utredas är

- › bristande aptit och illamående
- › mag-tarmrelaterade symtom, t.ex. gasbesvär, diarré och magsmärta
- › ökat energibehov vid hög fysisk aktivitet (t.ex. vandrande beteende vid demens), förhöjd muskeltonus (till följd av t.ex. kramper eller skakningar) eller ökat andningsarbete
- › funktionella svårigheter att äta, t.ex. på grund av motoriska handikapp, tugg- och sväljproblem (dysfagi) eller synhandikapp
- › trötthet eller nedsatt motivation, t.ex. på grund av oro och ångest eller depression

Förebyggande och behandlande åtgärder

Åtgärder som syftar till att förebygga och behandla undernäring ska vara evidensbaserade. Alla åtgärder ska journalföras löpande. Patienter som är i riskzonen för att utveckla undernäring eller redan är undernärda bör ha en vårdplan med bland annat planerat nutritionsstöd och åtstödjande åtgärder.

Behandling av undernäring innebär i första hand att öka energiintaget genom att på individuell basis ordinera:

- › energi- och proteinrik kost
- › konsistensanpassad kost
- › extra mellanmål som är energi- och näringsrika
- › näringsdrycker och andra kosttillskott – ordineras med avseende på typ, tid och mängd
- › individuellt anpassad måltidsordning
- › sondmatning och/eller parenteral nutrition till patienter för vilka oral tillförsel inte täcker behovet

Många personer behöver åtstödjande åtgärder, t.ex. påminnelser och uppmuntran, guidning, hjälp att hålla upp dryck, lägga upp mat på tallriken och dela denna, och vissa behöver matas eller få äta i en anpassad måltidsmiljö. Vidare kan sittställningen behöva anpassas.

En förutsättning för den bästa möjliga effekten är att dessa individuella åtgärder också kompletteras med generella åtgärder, som sammanfattningsvis består av

- › regelbunden utbildning av den patientvårdande personalen om risken för och konsekvenserna av undernäring och om åtgärder för att förebygga och behandla undernäring.
- › fortlöpande prevention och behandling av vårdkomplikationer som kan medföra en ökad risk för undernäring, t.ex. inflammation och ätsvårigheter.
- › en god måltidsordning som erbjuder mellanmål mellan huvudmålen och som innebär att nattfastan inte överskrider 11 timmar. Nattfasta är tiden mellan det sista målet på kvällen och det första på morgonen.
- › kost som håller hög sensorisk kvalitet och fyller de nationella kvalitetskraven på innehåll av energi och näringsämnen och som kan anpassas efter olika medicinska eller individuella behov och önskemål.

Dokumentation

Riskbedömning, utredning, förebyggande och behandlande åtgärder och resultat ska journalföras enligt patientdatalagen. En korrekt dokumentation är viktig för patientsäkerheten. Den är dessutom en förutsättning för att kunna kvalitetssäkra tillämpade åtgärder.

Uppföljning

Upprepa bedömningen av risk för undernäring så snart patientens tillstånd förändras. Insatta åtgärder ska följas upp kontinuerligt. Inom den slutna akutsjukvården ska vikten mätas minst en gång per vecka.

Information och informationsöverföring

Patienten och närstående ska vara delaktiga i vården. I dialog med patienten och dennes närstående förklaras och diskuteras risker och åtgärder för att förhindra uppkomsten av och för att behandla undernäring. Det är viktigt att all personal är lyhörd för varje patients individuella behov och önskemål och att denne medverkar i de aktuella åtgärderna. Förutsättningen för ett gott resultat är att patienten accepterar de förebyggande och behandlade åtgärderna.

Informera och rapportera till eventuella övriga vårdenheter om aktuella förebyggande och behandlande åtgärder.

Varför är det viktigt att följa åtgärderna?

Sjukdomsrelaterad undernäring är vanlig, speciellt vid kronisk sjukdom. Problemet uppmärksammas sällan och behandlas ofta inte på ett rationellt sätt. I 25 svenska studier omfattande mer än 5 000 patienter betecknades 28 procent som undernärda, och bland kroniskt sjuka äldre var förekomsten av undernäring ännu högre.¹ Tillståndet ger försämrad livskvalitet och lidande och det förbrukar stora resurser, framför allt i vården av och omsorgen om den äldre befolkningen. Data från Storbritannien² visar att samhällets kostnader för sjukdomsrelaterad undernäring är lika stor som för övervikt och fetma. Svenska data saknas i stor utsträckning. En uppskattning från Socialstyrelsen¹ pekar på en besparingspotential i sjukvården på 0,5–1 miljard kronor per år, men då kunde ingen bedömning göras av det största området – äldreomsorgen. Trots detta uppmärksammas problemet ofta inte, och det saknas i stor utsträckning rutiner, kunskap och evidensbaserade vårdprogram för att behandla undernäring i sjukvården och omsorgen.³ Detta problem är internationellt^{4,5} och har uppmärksamats allt mer på senare år, bland annat i resolutioner från Europarådet.⁶

En omfattande litteratur har under flera decennier dokumenterat starka samband mellan sjukdomsrelaterad undernäring och ökad sjuklighet, nedsatt funktion och livskvalitet, förlängda vårdtider och dödlighet. I en nyligen publicerad översikt⁷ över hur sjukdomsrelaterad undernäring påverkar prognosen vid olika sjukdomar poängteras framför allt den ökade risken för sjukdom och död vid både akut och kronisk sjukdom och funktionsnedsättning.

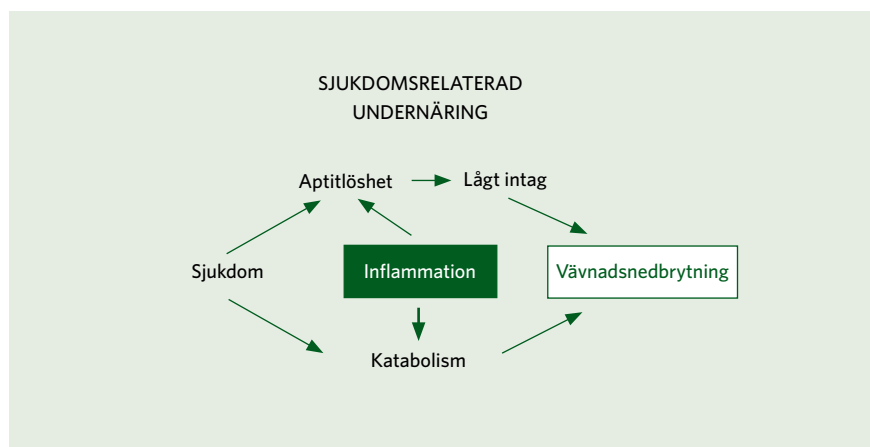
Undernäring utvecklas när förbrukningen av energi och/eller andra näringsämnen under en tillräckligt lång period är större än intaget och kroppens förråd minskar. Detta medför förändringar som påverkar struktur och funktion i så gott som alla organsystem.

I de senaste meta-analyserna över behandling av undernäring sammanräknades resultaten från närmare 50 behandlingsstudier med sammanlagt över 10 000 patienter. Viktökning, färre komplikationer och minskad dödlighet är effekten av att på olika sätt tillföra energi och näring. Effekterna är särskilt tydliga om behandlingsinsatsen riktas mot dem som verkligen är undernärda eller i riskzonen för undernäring, och om de dessutom är äldre och sjuka. Resultaten visar vikten av att riskbedöma alla individer inom vården och omsorgen för att man tidigt ska kunna sätta in åtgärder för dem som verkligen behöver nutritionsstöd.⁸⁻¹⁰

Sjukdomsrelaterad undernäring utvecklas i två parallella processer (se Figur 1 nedan). Förloppet påverkas av om sjukdomen eller skadan medför en inflammation eller inte. Om tillståndet inte medför någon inflammation är problemet huvudsakligen ett för lågt intag av energi och näringsämnen i förhållande till behovet. I denna situation anpassas ämnesomsättningen till det aktuella svälttillståndet och sänker energiomsättningen i vila. Även beteendet påverkas, med lägre spontan fysisk aktivitet och ofta sänkt stämningsläge.¹¹ Det sker också en omställning av proteinomsättningen med en minskning av både uppbyggnad och nedbrytning, vilket begränsar förluster i muskler och inre organ. Fettförråden kan i denna situation utnyttjas effektivt som energikälla.

När sjukdomstillståndet medför en inflammatorisk reaktion blir problemet mera komplext. Ätbeteendet påverkas med bland annat aptitlöshet i varierande grad, vilket i sin tur medför ett lägre födointag och negativ energibalans. Inflammationen ger också en förändrad ämnesomsättning, ofta kallad katabolism, där mekanismerna för kroppens anpassning till bristen på energi och näring till stor del sätts ur spel. De viktigaste skillnaderna i ämnesomsättningen jämfört med när kroppen anpassar sig till svält är dels att energiomsättningen i vila ökar i stället för att minska, dels att proteinnedbrytningen i skelettmuskulaturen aktiveras. Aminosyrorna från nedbrutet muskelprotein transporteras i stor utsträckning till lever och andra organ för att användas som bränsle till produktionen av glukos och syntesen av bland annat akutfasproteiner. Proteinnedbrytningen i skelettmuskulaturen är i denna situation inte reglerad av näringsintaget, dvs. den normala omställningen med bland annat minskad nedbrytning efter en måltid förändras, och nedbrytningen fortsätter även om tillräckliga mängder energi tillförs.

FIGUR 1. Sjukdomsrelaterad undernäring utvecklas genom två parallella processer vid samtidig inflammation.



Uppföljning av följsamhet till åtgärderna

Mätetal

Andelen patienter för vilka samtliga obligatoriska och individuella åtgärder har gjorts.

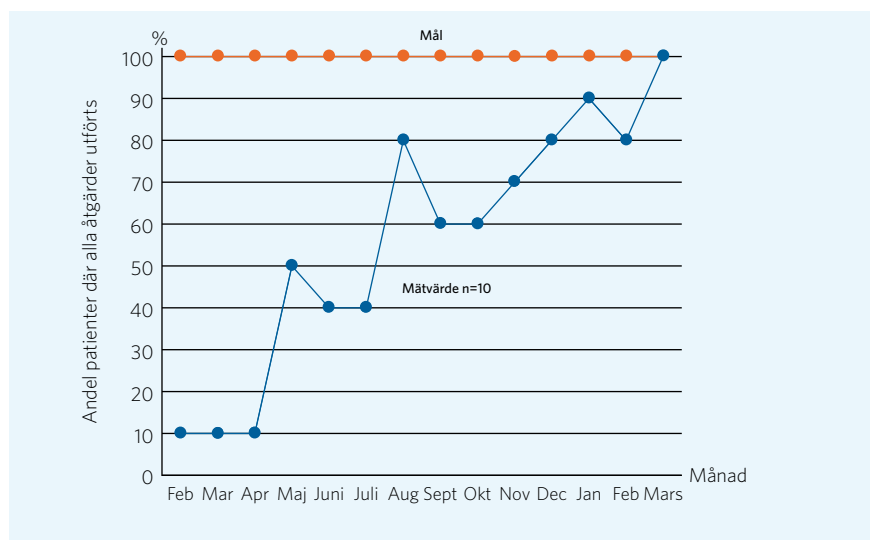
Hur mäta?

Granska minst tio journaler en gång i månaden och kontrollera mot en checklista som innehåller de obligatoriska åtgärderna.

Hur följa upp över tid?

Följ mätetalet och analysera data varje månad. Redovisa andelen patienter för vilka samtliga åtgärder har vidtagits enligt diagrammet nedan.

Följsamhet till rekommenderade åtgärder



Referenser

1. Socialstyrelsen. Näringsproblem i vård och omsorg. Prevention och behandling. SoS-rapport 2000:11. ISBN 91 7201 480 6.
2. Elia M, Stratton RJ. Calculating the cost of disease-related malnutrition in the UK in 2007. In: Combating malnutrition: recommendations for action. A report from the Advisory Group on Malnutrition led by BAPEN ed: M Elia, C.A. Russell. London: BAPEN; 2009. Report No.: 978 899467 36 5.
3. Johansson U, Larsson J, Rothenberg E, Stene C, Unosson M, Bosaeus I. Nutritional care in hospitals. Swedish hospitals do not manage to follow the European committee's guidelines). *Läkartidningen* 2006;103(21-22):1718-20 1723-4.
4. Mowe M, Bosaeus I, Rasmussen HH, Kondrup J, Unosson M, Irtun Ø. Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: a questionnaire based survey. *Clin Nutr* 2006;25(3):524-32.
5. Hiesmayr M, Schindler K, Pernicka E, Schuh C, Schoeniger-Hekele A, Bauer P, et al. Decreased food intake is a risk factor for mortality in hospitalised patients: the NutritionDay survey 2006. *Clin Nutr.* 2009;28(5):484-91.
6. Committee of Ministers. Resolution ResAP(2003)3 on Food and Nutritional Care in Hospitals. Strasbourg: Council of Europe; 2003.
7. Norman K, Pichard C, Lochs H, Pirlich M. Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clin Nutr* 2008;27:5-15.
8. Stratton R, Elia M. A review of reviews: A new look at the evidence for oral nutritional supplements in clinical practice. *Clinical Nutrition Suppl* 2007;2:5-23.
9. Milne AC, Potter J, Vivanti A, Avenell A. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2. Art. No.: CD003288. DOI: 10.1002/14651858.CD003288.pub3.
10. Milne AC, Avenell A, Potter J. Meta-Analysis: Protein and Energy Supplementation in Older People. *Ann Intern Med* 2006;144:37-48.
11. Keys A, Brozek J, Henschel A, Mickelsen O, Taylor HF. *The Biology of Human Starvation*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1950.

Andra läshänvisningar

Vägledning om behandling av undernäring i vård och omsorg. Socialstyrelsen.
Kommer 2011 under publicerat www.socialstyrelsen.se

Livsmedelsverkets råd om Bra mat inom äldreomsorgen. 2011
www.livsmedelsverket.se

Bosaeus I, Balknäs Nilsson U, Ellegård L, Rothenberg E. Mat och näring för sjuka – inom vard och omsorg. Uppsala: Livsmedelsverket; 2003


Westergren A,(red) Svårigheter att äta, Studentlitteratur 2003.

Faxén Irving, G, B. Karlström, and E. Rothenberg, Geriatrisk Nutrition. Studentlitteratur 2010.



Experter som tagit fram detta åtgärds paket

Ingvar Bosaeus, professor; Tommy Cederholm, professor; Elisabet Rothenberg, leg dietist och med dr och Ann Ödlund Olin, leg sjuksköterska och med dr.



Upplysningar om innehållet:
Sveriges Kommuner och Landsting
08-452 70 00, patientsakerhet@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2011
ISBN: 978-91-7164-631-6
Foto omslag och inlaga: Thomas Henrikson
Produktion: forsbergvonen
Tryck: Ljungbergs Tryckeri

Undernäring

Åtgärder för att förebygga

Sjukdomsrelaterad undernäring är vanlig, speciellt vid kronisk sjukdom. Problemet uppmärksammas sällan och behandlas ofta inte på ett rationellt sätt.

Undernäring uppstår när en person under lång tid förbrukar mer energi eller andra näringsämnen än vad hon får i sig. Så småningom påverkas funktion och struktur i kroppens alla organ.

I 25 svenska studier som omfattar mer än 5 000 patienter var 28 procent undernärda, och bland kroniskt sjuka äldre led ännu fler av undernäring.

Tillståndet ger försämrad livskvalitet och lidande och förbrukar stora resurser, framför allt i vården av och omsorgen om den äldre befolkningen. Data från Storbritannien visar att samhällets kostnader för sjukdomsrelaterad undernäring är lika stor som för övervikt och fetma.

Följ satsningen på ökad patientsäkerhet på www.skf.se/patientsakerhet
Beställ eller ladda ner på www.skf.se/publikationer eller på telefon 020-31 32 30.
ISBN 978-91-7164-631-6



Sveriges
Kommuner
och Landsting

Post: 118 82 Stockholm
Besök: Hornsgatan 20
Telefon: 08-452 70 00
www.skf.se