

Datum: 2012-04	Version nr: 7
Utarbetad av: Ann Ödlund Olin, Folke Hammarqvist, Ylva Gardell, Rolf Hultcrantz, Linda Mann Knutas, Ella Veidemann	Godkänd av: Chefläkare Ann-Britt Bolin Omvårdnadschef Marie-Louise Orton

Nutrition, prevention och behandling av undernäring – vuxna patienter

Indikator: Karolinska, Vårdavtalet (utvecklingsindikator)

Karolinskas mål 2012

1. Andel vuxna patienter som är nutritionsbedömda inom 24 timmar från inskrivning/ankomst till vårdavdelning (variabler som ingår i nutritionsbedömningen är: BMI, viktförändring och ättsvårigheter). **Målvärde:** minst 75 %.
2. Andel vuxna patienter med risk för undernäring (det vill säga patienter som uppvisar vikt förlust, undervikt eller ättsvårigheter i nutritionsbedömningen) och som fått nutritionsbehandling och/eller ätstödjande åtgärder insatta under vårdtiden. **Målvärde:** minst 75 %.

Krav enligt vårdavtalet

3. Redovisa andel av totala antalet vuxna patienter som varit inskrivna 24 timmar eller längre och som efter inskrivning till första vårdavdelning blivit nutritionsbedömda enligt vårdprogram.

Metod för uppföljning

Punktprevalensstudie och journalgranskning organiserat av Kvalitet och patientsäkerhet.

Utarbetad av: Ann Ödlund Olin, Folke Hammarqvist, Ylva Gardell, Rolf Hultcrantz, Linda Mann Knutas, Ella Veidemann.

A. Bedömning av risk för undernäring (1-3)

Var tredje patient på sjukhus visar tecken på undernäring vilket leder till ökad komplikationsfrekvens, nedsatt välbefinnande hos patienten och förlängda vårdtider (4).

Alla patienter ska riskbedömas så snart som möjligt i samband med inskrivning på avdelning dock senast inom 24 timmar. Patienter som behandlas på specialistmottagning ska riskbedömas vid nybesök.

Risk för undernäring föreligger om patienten har en eller flera av följande riskfaktorer:

Ofrivillig vikt förlust – all ofrivillig vikt förlust är ett tecken på negativ energibalans. Har patienten gått ner i vikt?

Ättsvårigheter – till exempel aptitlöshet, sväljnings- och tuggsvårigheter, problem att föra maten till munnen, munhåle- och/eller tandproblem samt illamående/kräkning. Har patientens matintag minskat?

Undervikt: BMI <20 (vuxna patienter <70 år)

BMI <22 (patienter ≥70 år)

BMI = Body Mass Index [vikt i kg/(längd i m)²]

Risk för undernäring graderas enligt följande:

Låg risk: Ingen av ovanstående riskfaktorer finns

Risk: Minst en av ovanstående riskfaktorer finns

eller jämför patientens aktuella vikt med viktuppgift vid tidigare vårdtillfälle, samt fråga om patienten har ätsvårigheter.

Alla patienter ska vägas och mätas, det vill säga inte enbart tillfrågas. Undantag: när man gjort ett etiskt ställningstagande att inte väga eller mäta, eller när det på grund av medicinska skäl är omöjligt att väga eller mäta.

Enbart ett lågt BMI utan viktförlust och/eller ätsvårigheter behöver dock inte betyda undernäring. Observera att även en patient med ett högt BMI som ofrivilligt förlorat vikt är en patient med risk för undernäring. Ofrivillig viktförlust har i studier visat sig vara en viktig riskfaktor för undernäring (4).

Nutritionsbedömningsinstrumentet Mini Nutritional Assessment (MNA) kan användas för patienter som är 65 år eller äldre. MNA-instrumentet och handledning finns på Inuti, Handbok för kliniska riktlinjer > Nutrition.

Vägning och mätning av längd

Vägning bör ske innan frukost. Patienten bör enbart bära lätta kläder. Postoperativt och hos patienter med ödem eller ascites kan vikten vara falskt hög. Patienten mäts stående. Om detta inte är möjligt mäts patienten liggande i sängen.

B. Utredning (1-3)

Vid fynd som talar för undernärsproblem ska en medicinsk och omvårdnadsnärlig utredning göras för att identifiera:

- Bakomliggande tidigare okänd sjukdom.
- Planerad, pågående eller nyligen genomförd behandling såsom kirurgi, strålbehandling eller kemoterapi.
- Läkemedelsbehandling som kan orsaka till exempel illamående, muntorrhet eller förstoppning.
- Bristfälligt mun- och tandstatus, tuggsvårigheter.
- Sväljningssvårigheter.
- Mag-tarmproblem, till exempel diarré, gaser eller förstoppning.
- Funktionella svårigheter att äta. Ätförmågan kan bedömas genom en strukturerad observation av en måltid (5).
- Kulturella, religiösa, etniska, psykiska och sociala faktorer.

Utredningen bör leda fram till en diagnos som ger underlag för planering av beslut om nutritionsbehandling och åstödjande åtgärder. Sjuksköterskor använder omvårdnadsdiagnoser inom ätande och nutritionsområdet. Ett utvecklingsarbete gällande diagnoser inom området pågår inom North American Nursing Diagnosis Association. Dietister ställer nutritionsdiagnoser enligt Internationell Dietetik & Nutritionsterminologi utarbetad av American Dietetic Association. En nutritionsrelaterad medicinsk diagnos kan även ställas med utgångspunkt från ICD 10. Förslag till diagnoskriterier för tillståndet undernäring finns i SoS vägledning (2).

C. Kompletterande bedömning

Parallellt med utredningen görs en kompletterande bedömning.

- Bedöm energi- och vätskebehov. I de flesta fall gäller för vuxna 25 kcal/kg per dygn (för sängliggande patienter) och 30 kcal/kg per dygn (för uppegående patienter) respektive 30 ml vätska/kg per dygn.
- Registrera mat- och vätskeintag under 3 på varandra följande dygn. Patienter med kortare vårdtid registreras de dagar som är möjliga.
- Räkna ut det dagliga totala energi- och vätskeintaget under de registrerade dygnen och sätt detta i relation till uträknat behov. Mat- och vätskeregistreringsblankett, se Inuti, Handbok för kliniska riktlinjer > Nutrition.

D. Vårdplan för nutrition

En vårdplan för nutrition med diagnos, mål, planerad nutritionsbehandling och åtstödjande åtgärder ska upprättas i samråd mellan patient, läkare, sjuksköterska och dietist.

Kontakt med dietist

När patienten inte täcker sitt energi- och/eller näringsbehov eller när patienten förväntas ha fortsatta nutritionsproblem efter utskrivning från sjukhuset kontaktas dietisten. Vid sjukdomar som kräver specialkost, till exempel proteinreducerad kost, är det viktigt att dietist anlitas tidigt för att ge kostbehandling under vårdtiden och uppföljning efter sjukhusvistelsen.

E. Nutritionsbehandling och åtstödjande åtgärder

Huvudmål, mellanmål, kosttillskott, enteral och parenteral nutrition

- Ordinerar utifrån patientens behov; energi- och proteinrik kost, allmän kost (SoFresh, Husmans, vegetarisk kost med ägg och mjölk eller barnkost), önske-, konsistensanpassad eller specialkost. **OBS!** Det är tillåtet att lägga över mat från SoFresh-förpackning till porslinstallrik. Maten i Cookchill-förpackningar (energirik kost och specialkost med flera koster) **SKA** läggas upp på porslinstallrik.
- Servera energi- och näringsrik frukost, mellanmål tre gånger per dag, inklusive ett sent kvällsmål. De är nödvändiga för att patienten ska uppnå sitt energibehov. **OBS!** Lunch och middag täcker endast cirka 50 % av patientens totala energibehov.
- Sprid ut måltiderna över en så stor del av dygnet som möjligt. Servera mat och mellanmål på tider som passar patientens behov och önskemål. Nattfastan bör inte överstiga 11 timmar.
- Ordinerar kosttillskott, enteral och/eller parenteral nutrition vid otillräckligt intag av mat och dryck.

Information/undervisning

- Informera och undervisa patient och eventuella närstående om matens och näringens betydelse vid sjukdom.
- Ge specifika råd, beroende på patientens problem, om hur matintaget kan förbättras.

Åtstödjande åtgärder

Flera faktorer påverkar upplevelsen av måltiden: **rummet** (hur platsen där måltiden äts upplevs), **mötet** (hur mötet mellan patient och vårdare respektive mötet mellan patient och patient upplevs), **produkten** (hur matens smak, doft, utseende m.m. upplevs) **stysystemet** (ekonomi, lagar och föreskrifter t ex livsmedelslag) och **stämningen runt måltiden** (6).

Åtstödjande åtgärder är åtgärder som syftar till att stödja, underlätta och/eller möjliggöra ätandet för att uppnå ett optimalt energi- och näringsintag, värdighet och välbefinnande (2).

- Ordinerar matningshjälp alternativt tillsyn vid måltid.
- Ordinerar äthjälpmiddel, till exempel pet emot kant på tallriken eller mugg med handtag.
- Ge vid behov smärtbehandling och antiemetika i god tid före måltiden.
- Hjälper patienten till rätt sittställning under måltiden. Patienten ska helst inte sitta i sängen utan i stol med fötterna i golvet och så nära bordet som möjligt så att armarna kan få stöd. Om patienten måste ära i sängen bör sittställningen vara så upprätt som möjligt. En kudde under knäna gör att patienten inte lika lätt hasar ned och gör det bekvämare att sitta.
- Anpassar måltidsmiljön efter patientens behov. Patienter med ätsvårigheter mår oftast bäst av en enskild och lugn ätmiljö där patienten inte känner sig iakttagen.
- Se till att patientens intag av måltiden är så störningsfri som möjligt, t ex att inga provtagningar eller ronder genomförs under måltiden.
- Ordinerar munvård och behandling av uttorkade slemhinnor.
- Reviderar läkemedelslistan.

F. Uppföljning och dokumentation

Uppföljning

Nutritionsbehandlingen och ätstödjande åtgärder ska följas upp dagligen. Vikten tas på vuxna minst en gång i veckan inom den slutna vården. Om patientens tillstånd förändras ska en ny riskbedömning genomföras. Patienter som behandlas på specialistmottagningar ska följas upp regelbundet. Patienten ska riskbedömas inklusive vägas vid mottagningsbesöken. Att följa patientens vikt är ett bra sätt att upptäcka förändringar i näringstillståndet.

Dokumentation

Resultatet av bedömning, utredningsfynd, ordinerade åtgärder, målsättning samt effekter av behandlingen och ätstödjande åtgärder ska dokumenteras i journalen. Det är viktigt att beakta alla yrkesgruppers journalanteckningar.

Nutritionsbedömningen journalförs av sjuksköterskan i omvårdnadsstatus under sökordet nutrition där BMI, vikt-förändring och ätsvårigheter läggs in. Viktförändring i kilo och/eller procent anges under en specifik tidsperiod, till exempel 3 eller 6 månader.

OBS! Även frånvaro av vikt-förändring och ätsvårigheter ska dokumenteras. I mätvärdesmodulen i TakeCare dokumenteras vikt och längd och BMI uträknas då automatiskt. För att få en samlad bild av patientens energibehov och intag av energi och vätska läggs dessa uppgifter in i mätvärdesmodulen. Se bild ”Energi och vätskeintag i mätvärdesmodul” på Inuti, Handbok för kliniska riktlinjer > Nutrition. Dietisten dokumenterar under Dietistkliniken.

G. Informationsöverföring (1-3) Information om patientens ät- och näringsproblem och pågående nutritionsbehandling ska rapporteras till nästa vårdgivare i patientens omvårdnads- och medicinska epikris. I förekommande fall ska även dietistens bedömning, åtgärder och rekommendationer överföras.

Informationen ska innehålla:

Sammanfattning av

- ät-/nutritionsproblem och viktutveckling under vårdtiden
- åtgärder och given nutritionsbehandling samt dess effekter.

Aktuell situation

- Nutritionsbedömning inklusive vikt och BMI vid utskrivning
- Nutritionsordination, dvs. typ av behandling (kost/enteral/parenteral)
- Ordination av ätstödjande åtgärder
- Målsättning med nutritionsbehandlingen och förslag till tidpunkt för utvärdering
- Eventuell specifik omvårdnad/skötsel av sond/gastrostomi eller venkateter/subcutan port.

Information om remissinstans vid problem

Nutritionsspecifika resurser på sjukhuset

- Dietistkliniken, dietister
- Nutritionsrådet Karolinska – sjukhusövergripande
- Nutritionsteamet, Solna, läkare, sjuksköterska, dietist
- Endoscopienheten (PEG), Huddinge respektive PEG-mottagningen, Solna
- Kvalitet och patientsäkerhet, vårdutvecklingsledare/sjuksköterska och dietist.

Teamarbete och nutritionsansvar

Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för rutiner och kvalitetssystem, vilket inkluderar nutritionsområdet. All hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för sina åtgärder inom ramen för sin yrkesroll. Nutritionsarbetet är ett teamarbete. Läkaren har medicinskt huvudansvar för utredning som leder till ordination av behandling. Sjuksköterskan är omvårdnadsansvarig vilket bland annat innefattar identifiering och bedömning av problem och ansvar för nutritionsbehandlingens genomförande. Dietisten ansvarar i samråd med läkare och sjuksköterska för utredning som leder till individuell nutritionsbehandling. Vid behov konsulteras logoped, arbetsterapeut, sjukgymnast och/ eller tandläkare. Teamarbete och ansvarsfördelning kan struktureras på olika sätt beroende på verksamhetens uppdrag.

Referenser

1. Ödlund Olin A, Karlsson M, Lönnberg H. Regionalt vårdprogram – Nutrition med inriktning undernäring. Stockholms läns landsting, FORUM för Kunskap och gemensam Utveckling, 2005. www.produktionssamordning.se/publikationer
2. Socialstyrelsen. Näring för god vård och omsorg- en vägledning för att förebygga och behandla undernäring, Socialstyrelsen 2011. www.socialstyrelsen.se
3. Sveriges kommuner och landsting. Undernäring - åtgärder för att förebygga. Nationell satsning för ökad patientsäkerhet, SKL 2011, www.skl.se/publikationer
4. Stratton RJ, Green CJ, Elia M. Disease related malnutrition: an evidence-based approach to treatment, CABI, Publishing, Oxon, 2003.
5. Westergren A. Svårigheter att äta. Bedömning av ätandet – enligt Westergren. Studentlitteratur, 2003 sid 172.
6. Gustafsson IB, Öström Å, Johansson J, Mossberg L. The Five Aspect Meal Model a tool to developing mealservices in restaurants. J of Food service, 2006; 17, 84-93.

Nutritionsprocess i den slutna vården

