



2017-02-08  
ersätter  
2015-01-20

## **Rutinbeskrivning för förebyggande av undernäring inom särskilt boende för äldre.**

### **Inledning**

Nutritionsbehandling ska betraktas på samma sätt som annan medicinsk behandling. Den ska underkastas samma krav på utredning, diagnos, behandlingsplan och uppföljning. Alla boende ska ha en näringstillförsel som är anpassad till individens behov och eventuella sjukdomstillstånd. Syftet med nutritionsrutinerna är att kunna identifiera äldre i riskzonen för undernäring. Rutinerna ska fungera som vägledning och skapa förutsättningar för ett väl fungerande samspel mellan olika personalgrupper och en tydlig dokumentation av arbetet.

### **Ansvar**

**Läkare** ansvarar för ordination av näringsdryck, enteral och parenteral nutrition. Beslutar tillsammans med sjuksköterska när behov av logoped- och dietistinsats krävs.

**Sjuksköterska** ansvarar för att en bedömning av personens nutritionsstatus erbjuds och utförs senast 14 dagar efter inflyttning till boendet och sedan minst 1g/år. Om risk för eller undernäring har identifierats ansvarar sjuksköterskan för att en plan upprättas. Ansvarig läkare ska informeras om bedömningens resultat.

**Arbetsterapeut** ansvarar för bedömning och förskrivning av hjälpmedel om så behövs. Stödja omvårdnadspersonalen i att skapa en ändamålsenlig och trevlig måltidsmiljö.

**Fysioterapeut** ansvarar för att patienten har en optimal sittställning i samband med måltid.

**Omvårdnadspersonal** ansvarar för att omedelbart kontakta sjuksköterska vid problem i matsituationen, och vid förändrat hälsotillstånd

**Verksamhetschef** ansvarar för att rutinbeskrivningarna är kända i verksamheten och att de efterlevs.

**Medicinskt ansvarig sjuksköterska** har ett övergripande ansvar för att det finns goda rutiner för bedömning, behandling och uppföljning av undernäringstillstånd.

## FLÖDESSCHEMA

### Bedömning av näringstillståndet med MNA

- vid inflyttning
- samt uppdateras vid behov men minst 1 gång/år

**Boende bedöms vara undernärld eller i riskzonen**

- \*Mat och vätskelista
- \*Kartläggning av nattfasta

**Utredning av orsaker till näringsproblemet**

**Plan för nutrition**

**Individanpassade nutritionsåtgärder samt regelbunden vägning efter status**

**Uppföljning av insatta åtgärder**

**Boende bedöms vara välnärld**

**Regelbunden vägning var 3:e månad samt nytt BMI vid viktförändring**

**Vid förändrat nutritionsstatus**

## NUTRITIONSBEDÖMNING

För att förebygga och behandla undernäring är det nödvändigt att identifiera äldre med ät- och näringsproblem. Senast fjorton dagar efter att en person har flyttat till ett särskilt boende ska en riskbedömning angående nutrition erbjudas. Personens näringstillstånd ska bedömas med MNA och dokumenteras. Resultatet ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

## MNA

MNA (Mini Nutritional Assessment) är ett instrument som är anpassat för att bedöma närings-tillståndet hos äldre. Den består av 18 frågor och är uppdelad i två delar, initial bedömning och slutlig bedömning.

### Initial bedömning

Börja med den initiala bedömningen och summera poängen. Får patienten 12 poäng eller mer bedöms personen som välnärd. Följ upp med viktkontroll var 3:e månad. Om poängen blir 11 eller mindre gå vidare och gör den slutgiltiga bedömningen.

### Slutlig bedömning

Gör den slutliga bedömningen och summera total poängen. Får personen 23,5 poäng eller mer bedöms personen som välnärd. Följ upp med viktkontroll var 3:e månad. Om poängen blir 23,5 poäng eller mindre blir bedömningen risk för undernäring. Utredning sker och lämpliga nutritionsåtgärder sätts in. Dessa följs upp och utvärderas.

### De viktigaste faktorerna att ta hänsyn till i en nutritionsbedömning:

Risikfaktorer	Definition av riskfaktorer
BMI	<20 om personen är 70 år eller yngre <22 om personen är 71 år eller äldre, eller kroniskt sjuk
Ofrivillig viktförlust	All ofrivillig viktförlust är ett tecken på negativ energibalans. När vikten minskar ofrivilligt, oberoende av ursprungsvikt, på mer än 5% under 1-3 månader eller mer än 10% under de senaste 3-6 månaderna är detta ett varningstecken och av klinisk betydelse
Ät svårigheter	Tugg- och sväljsvårigheter, aptitlöshet, trötthet, illamående, bristande tandhälsa

### Mätning av vikt

Viktkontroll ska utföras var 3:e månad eller oftare beroende på personens status. Personer med lågt BMI (BMI <22) kan behöva vägas oftare, hur ofta ska bedömas från fall till fall av sjuksköterska.

Boendet ska ha lokal rutiner för hur dessa mätningar kommer till stånd.

### Mätning av längd

Kroppslängden mäts vanligen stående. När detta inte är möjligt kan demispan användas.

### Demispan

Mät på ena armen avståndet mellan bröstbenets mittskåra till roten mellan långfinger och ringfinger.

Kvinnor:  $(1,35 \times \text{halva armspännvidden i cm}) + 60,1$

Män:  $(1,40 \times \text{halva armspännvidden i cm}) + 57,8$

### Exempel:

Personens avstånd mellan bröstbenet och roten mellan långfinger och ringfinger är 79 cm.  $1,35 \times 79 \text{ cm} + 60,1 = 167 \text{ cm}$

## Längdmätning om en patient är amputerad

Använd beräkningstabell i Senior alert Praktiska redskap(BMI-tabell, excel, nytt fönster)

### BMI

BMI (Body Mass Index) beskriver vikten i förhållande till längden.

Enbart ett lågt BMI utan förekomst av andra riskfaktorer behöver inte betyda att personen är undernärdd. Det är viktigt att även se till andra faktorer som ätsvårigheter och viktförlust. För personer över 70 år räknas BMI under 22 som undervikt.

$$\text{BMI} = \frac{\text{kroppsvikten i kg}}{\text{kroppslängden i m}^2}$$

#### Exempel:

Personen väger 62 kg och är 1,67 m lång.

$$\frac{62 \text{ kg}}{1,67 \text{ m} \times 1,67 \text{ m}} = 22$$

### Viktförlust

För personer över 65 år anses en viktförlust på mer än 5 procent under senaste halvåret vara en riskfaktor för undernäring. Viktnedgång över 20 procent av kroppsvikten innebär svår undernäring med stor risk för svåra försämringar av olika kroppsfunktioner. Äldre har mindre marginaler och kan vara mer känsliga för viktförlust än yngre.

$$\text{Viktförlust i \%} = \frac{\text{förlorad vikt kg} \times 100}{\text{tidigare vikt kg}}$$

#### Exempel:

Personen har gått ner från 62 kg till 57 kg, dvs 5 kg. Viktförlusten är därmed 8 %.

$$\frac{5 \text{ kg} \times 100}{62 \text{ kg}} = 8 \%$$

### Ätsvårigheter

Ätsvårigheter kan leda till ett otillräckligt energi- och näringsintag. Det kan finnas flera anledningar till det, såsom aptitlöshet, illamående, munhåleproblem, tugg- eller sväljsvårighet. Det är av stor betydelse att eventuella ätsvårigheter utreds för att personen ska kunna tillgodose sitt näringsintag.

## NUTRITIONSUTREDNING

Ett bristfälligt näringstillstånd kan bero på många olika faktorer. Det är viktigt att göra en nutritionsutredning för att kunna sätta in rätt åtgärder. Använd blanketterna ”Mat- och vätskelista” samt ”Rapportering av nattfasta”.

**En nutritionsutredning SKA omfatta:**

- Bakomliggande orsaker som sjukdomar och smärttillstånd
- Måltidsordning
- Energi- och vätskeintag
- Nedsatt aptit och matleda
- Tugg- eller sväljsvårigheter

**En nutritionsutredning KAN omfatta:**

- Tandstatus
- Psykologiska aspekter
- Läkemedelsbiverkningar
- Mag- eller tarmbesvär
- Kulturella, etniska och sociala faktorer

**Energibehov**

Energibehovet är individuellt och beror på ålder, kön, vikt och eventuella sjukdomar. För att räkna ut energibehovet behöver man ta hänsyn till om personen har lågt, normalt eller högt energibehov. Sängliggande har oftast ett lägre energibehov än uppegående. Vissa sjukdomstillstånd kräver dock ett högt energiintag även vid låg fysisk aktivitet. Det är viktigt att alltid följa viktutvecklingen och justera energiintaget därefter.

Energibehov	kcal x kg per dag
Sängliggande	25
Uppegående	30
Förhöjt behov	35-40

**Exempel:**

Personen väger 57 kg och är uppegående.  
 $30 \text{ kcal} \times 57 \text{ kg} = \mathbf{1710 \text{ kcal per dag}}$

**Vätskebehov**

Vid sjukdom förändras behovet av vätska. Det kan både öka och minska beroende på sjukdomstillståndet. Vid feber, diarré och kräkning ökar vätskebehovet. Vid hjärtsvikt och njursvikt kan vätskeintaget behöva begränsas enligt läkarordination.

Vätskebehovet är ca 30 ml/kg/dygn. Plussa på 250 ml vatten per dygn för varje grads temperaturstegring.

**Exempel:**

Personen väger 57 kg.  
 $30 \text{ ml} \times 57 \text{ kg} = \mathbf{1710 \text{ ml per dag}}$

## NUTRITIONSÅTGÄRDER

Nutritionsåtgärderna ska anpassas utefter individens behov. Mat utgör grunden i nutritionsbehandlingen och ska ses som första alternativ. Åtgärderna nedan kan användas som checklista.

<b>Åtgärd Kosttyp</b>	<b>Kommentar</b> Äter boende inte upp en hel portion A-kost beställ E-kost.
<b>Konsistens</b>	Mat och dryck bör ha rätt konsistens.
<b>Måltidsordning*</b>	Frukost, lunch och middag samt 2-3 mellanmål och kvällsmål Efterrätt till lunch och middag.
<b>Nattfasta</b>	Bör inte överstiga 11 timmar. Servera en tidigare frukost och ett senare kvällsmål. Eventuellt nattmål.
<b>Energiberikning</b>	Gör maten mer energirik genom att tillsätta smör, grädde, creme fraich eller rapsolja.
<b>Ätstöd</b>	I första hand uppmuntra ett självständigt ätande. I andra hand matning eller måltidsassistans.
<b>Äthjälpmedel</b>	Pet-emot kant, bestick med tjocka skaft och greppvänliga glas kan underlätta ätandet.
<b>Måltidsmiljö</b>	Måltidsmiljön ska vara lugn och trevlig.
<b>Näringsdryck</b>	Ordineras av läkare när den vanliga maten inte längre täcker behovet av energi och näring
<b>Enteral nutrition</b>	Ordineras av läkare när energi- och näringsbehovet inte kan tillgodoses med mat i kombination med näringsdryck
<b>Parenteral nutrition</b>	Ordineras av läkare när enteral nutrition inte räcker till eller när mag-tarmkanalen inte längre kan användas

### \*Måltidsordning

Måltiderna bör spridas över hela dagen. Både Socialstyrelsen och Livsmedelsverket Rekommenderar tre huvudmål-frukost-lunch och middag samt två till tre mindre mål.

Måltid	Tider	Energifördelning i procent
Frukost	07.00-08.30	15-20
Mellanmål	09.30-10.30	10-15
Lunch/middag	11.00-13.00	20-25
Mellanmål	14.00-15.00	10-15
Middag/aftonmål	17.00-18.30	20-25
Kvällsmål	20.00-21.00	10-20

## PLAN FÖR NUTRITION

<b>Diagnos</b>	Skriv eventuell diagnos eller diagnoser.
<b>Mål</b>	Viktuppgång, viktstabil, förbättrade kroppsfunktioner etc.
<b>Planerad åtgärd</b>	Kosttyp, konsistens, måltidsordning, energibehov, kosttillägg, matning, äthjälpmiddel etc.
<b>Utförd åtgärd</b>	Har den planerade åtgärden/åtgärderna utförts?
<b>Uppföljning</b>	Viktuppgift, ätförmåga och hälsotillstånd.

För att utvärdera nutritionsbehandlingen måste den följas upp. Det är viktigt att bedöma om målet med behandlingen behöver justeras eller om nya mål bör sättas upp. När uppföljningen ska ske är individuellt, man måste ta hänsyn till hur näringstillståndet ser ut hos vårdtagaren.

Ansvarig läkare och ansvarig sjuksköterska beslutar om när enhetens resurser inte är tillräckliga och dietist ska konsulteras. Boendet ansvarar för denna kostnad. Dietistinsatser kan köpas från Rehabcentrum Nacka sjukhus, Familjeläkarna i Saltsjöbaden eller Rehab Danvikstull.

### Utvärdering av nutritionsbehandling

<b>Viktuppgifter</b>	Viktuppgång, vikt nedgång, viktstabil.
<b>Ätförmåga</b>	Har ätförmågan förändrats?
<b>Hälsotillstånd</b>	Hur mår personen nu jämfört med innan nutritionsbehandlingen?
<b>Behandlingsmål</b>	Har målsättningen med behandlingen uppnåtts?
<b>Övrig behandling</b>	Har nutritionsbehandlingen fungerat tillsammans med övriga behandlingar? Komplikationer/förbättringar?
<b>Fortsatt behandling</b>	Ska behandlingen fortlöpa på samma sätt eller behöver den förändras?

#### Bilagor:

Mat och vätskelista  
Rapportering av nattfasta  
Portionsstorlekar

Agneta Kling  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska