

Dokumentet gäller för

Särskilda boenden och korttidsboenden på Nacka Seniorcenter.

Inledning

Undernäring och risk för undernäring är vanligt förekommande bland äldre som bor på boenden. Syftet med denna rutinbeskrivning är att beskriva en systematisk nutritionsvårdsprocess för att förebygga och behandla undernäring hos äldre som bor på särskilda boenden och korttidsboenden i Nacka kommun.

Rutinbeskrivningen omfattar hur och när näringstillstånd ska utredas, behandlas och följas upp, samt vem som ansvarar för olika moment.

Undernäring definieras av Socialstyrelsen som ett ”tillstånd där brist på energi, protein eller andra näringsämnen har orsakat mätbara och ogynnsamma förändringar i kroppens sammansättning, funktion eller av en persons sjukdomsförlopp.”

Ansvarsfördelning

Läkare

Klinisk nutrition är en del av den medicinska behandlingen. Den behandlande läkaren ska delta i bedömning och utredning av undernäring samt i ordination och behandling vid specifika sjukdomstillstånd. Läkare ansvarar för ordination av enteral och parenteral nutrition samt beslutar i samråd med sjuksköterska när behov av logopedbedömning finns. I detta fall skriver läkare remiss till logoped för utredning.

Diarienummer	Fastställt/senast uppdaterad	Beslutsinstans	Ansvarigt politiskt organ	Ansvarig processägare
	2017-11-23	MAS	Äldrenämnden	Elisa Reinikainen

Sjuksköterska

Sjuksköterska ansvarar för att bedöma individens nutritionsstatus, identifiera risker för undernäring, upprätta en vårdplan samt följa upp insatta åtgärder. Sjuksköterskan ansvarar för ordination av kost, och när det är aktuellt, kosttillskott. Vidare är det sjuksköterskans ansvar att följa upp att den enskilde får mat och kosttillskott enligt ordinationer, vilket förutsätter god kommunikation med omvårdnadspersonal. Sjuksköterskan ansvarar även för att informera läkare vid risk för undernäring och samverka med läkaren vid utredning och behandling av nutritionstillståndet. Sjuksköterska bedömer när särskild kompetens behövs och kontakter i detta fall dietist. Sjuksköterskan ansvarar också för att varje enskild individ får den hjälp som behövs för optimal munhälsa.

Arbetsterapeut/Fysioterapeut

Arbetsterapeut/fysioterapeut ansvarar för att den enskilde individen har en optimal sittställning i samband med måltid, bedömning och förskrivning av hjälpmedel om så behövs, samt att stödja omvårdnadspersonalen i att skapa en ändamålsenlig och trevlig måltidsmiljö.

Omvårdnadspersonal

Omvårdnadspersonal ansvarar för att omedelbart kontakta sjuksköterska vid problem i matsituationen, och vid förändrat hälsotillstånd. Omvårdnadspersonal ska medverka vid riskbedömningar och vara delaktiga i planering av insatser utifrån den enskildes behov. Vid uppföljning av insatta åtgärder är det viktigt att omvårdnadspersonal involveras eftersom de ofta utfört själva åtgärderna.

Verksamhetschef

Verksamhetschef ansvarar för att det finns lokala rutiner för hur undernäring ska förebyggas och behandlas (SOSFS 2014:10). Verksamhetschef ansvarar för att personalen har tillräckliga kunskaper i nutritionsvårdsprocessen (riskbedömning, utredning, åtgärder, uppföljning vid undernäring/risk för undernäring) samt hur måltidssituationen kan anpassas utifrån den enskildes behov. Vidare ansvarar verksamhetschef för att medicinskt ansvarig sjuksköterskas rutinbeskrivningar och lokala rutiner är kända i verksamheten, och att de följs.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

MAS har ett övergripande ansvar för att hälso- och sjukvårdspersonalen följer lagstiftning, föreskrifter och rutinbeskrivningar samt att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet. MAS följer upp kvaliteten i nutritionsarbetet, bland annat utifrån kvalitetsregistret Senior alert.

Förebyggande arbete

Bedömning av individens nutritionsstatus görs snarast efter inflyttning. Enligt Socialstyrelsen (2011) bör detta ske inom ett dygn efter att en person flyttat till ett boende. Mini nutritional assessment short form (MNA-SF) används som bedömningsinstrument. Bedömningen ska registreras i Senior Alert samt dokumenteras i patientjournal senast en vecka efter inflyttning. Ny riskbedömning görs minst en gång per år samt vid förändrat hälsotillstånd, näringsintag och/eller viktnedgång. Viktuppföljning ska ske regelbundet, minst var tredje månad. Vid undernäring bör patientens vikt kontrolleras oftare enligt en individuell plan.

Kost ordinerar av sjuksköterska, exempelvis energi- och proteinrik kost, specialkost eller konsistensanpassad kost. Måltidsordningen ska vara tre huvudmål och två till tre mellanmål per dygn om inte annan individuell plan finns. Måltiderna bör fördelas jämnt över den vakna tiden på dagen, och nattfasta ska inte överstiga elva timmar. Egenkontroll av nattfastan görs minst två gånger per år. Samtliga personers nattfasta ska mätas vid egenkontroll och vid behov ska även individuella mätningar ske. Om nattfastan är längre än elva timmar behöver en nutritionsutredning göras och vid undernäring eller risk för undernäring ska en plan för minskad nattfasta upprättas.

Måltidssituationen har stor betydelse när det gäller energi- och näringsintag eftersom stämning, matens upplägg och det sociala samspelet är avgörande för aptiten. Omvårdnadspersonal ska ha tillräcklig kompetens gällande måltidsmiljö och handledning från hälso- och sjukvårdspersonalen ska ske vid behov.

Munhälsobedömning ska erbjudas en gång per år. Munstatus bedöms kontinuerligt av sjuksköterska.

Utredning

När undernäring/risk för undernäring identifierats utifrån MNA-SF, ansvarar sjuksköterskan i samråd med läkaren för att utreda bakomliggande orsaker. Näringstillståndet ska alltid utredas vid följande

- undernäring eller risk för undernäring föreligger enligt MNA-SF bedömning
- vid ofrivillig viktförlust, oavsett omfattning och tidsförlopp

- vid ätsvårigheter /t.ex. aptitlöshet, tugg- och självsvårigheter, orkeslöshet, motoriska störningar
- undervikt, dvs. BMI <22 om >70 år

Utredning av viktförlust

- Aktuell vikt
- Ofrivillig viktförlust (antal kg samt tidsperiod)
- Beräkning av BMI
- Beräkning av procentuell viktförlust

Utredning av bakomliggande orsaker

Bakomliggande orsaker för undernäring eller för risk för undernäring ska alltid utredas. Det kan finnas flera orsaker till nutritionsproblematik, se tabell I för exempel. Genom att utreda bakomliggande orsaker ges ett underlag för att planera och besluta om nutritionsbehandling och ätstödande åtgärder. Vid ofrivillig vikttnedgång är det också viktigt att utesluta att viktförlusten beror på bakomliggande sjukdom eftersom sjukdomstillståndet då ofta behöver behandlas för att nutritionsbehandlingen ska ge resultat.

Tabell I

Fysiska faktorer	Psykiska faktorer
<ul style="list-style-type: none"> • Nedsatt tandstatus/munstatus • Sväljningssvårigheter • Tuggsvårigheter • Nedsatt rörelseförmåga • Nedsatt förmåga att känna lukt/smak • Nedsatt syn/hörsel • Kostrestriktioner • Tar fler än tre läkemedel/dag • Sjukliga förändringar i hjärta/lever/njure/lungor eller i de endokrina organen • Mag-tarmrelaterade symtom t.ex. gasbesvär, diarré, förstoppning, magsmärta 	<ul style="list-style-type: none"> • Förlust av motivation • Nedsatt sinnesstämning • Aptitlöshet • Sorg pga. Närståendes sjukdom/bortgång • Isolering/ensamhet • Saknar den hjälp som behövs under måltiden • Att vara nyinflyttad till ett boende • Rädsla för konsekvenserna av att vara inkontinent • Kulturella/etniska faktorer • Måltidsmiljö

<ul style="list-style-type: none"> • För lång nattfasta • Ökat energibehov av ex. hög fysisk aktivitet som vandrande vid demens, hög muskeltonus eller ökat andningsarbete (KOL) • Funktionella svårigheter att äta ex efter stroke • Nyligen genomfört eller pågående medicinsk behandling 	<ul style="list-style-type: none"> • Ångest eller rädsla för att svälja fel om patienten lider av dysfagi
---	--

Bedömning av energi-, protein- och vätskebehov

För att få helhetsbild av den enskildes energi- och näringsintag ska en kost- och vätskeregistrering genomföras. Kost- och vätskeregistrering bör utföras under minst tre dagar vid inflyttningen och vid behov. Energinbehovet är individuellt och beror bland annat på ålder, vikt och eventuella sjukdomar. Tabell 2 och 3 används för att beräkna energibehov samt proteinbehov hos individen.

Tabell 2

Energibehov	kcal x kg per dygn
Sängliggande	25
Uppegående	30
Förhöjt behov	35

Vid undervikt: +10 %

Vid övervikt/fetma: beräkna energibehov på BMI 25 + 25 % av övervikten

Vid temperaturförhöjning: + 10 % för varje grads förhöjning

Tabell 3

Proteinbehov	gram x kg per dygn
Frisk individ	1,0–1,2
Sjuk individ	1,2–1,5

OBS! Grav njursvikt är ett undantag från proteinrekommendationen. Kontakta läkare eller dietist för att beräkning av proteinbehov vid kraftigt försämrad njurfunktion.

Bedömning av vätskebehovet är i genomsnitt 30ml per kilo kroppsvikt och dygn. Äldre personer kan ha svårt att dricka mycket på en gång och det är därför bra att fördela drycken över hela dagen och inte bara dricka vid måltider. Vid diarré, kräkningar och feber ökar vätskebehovet.

Behandling

Läkare ansvarar i samråd med sjuksköterska om nutritionsbehandling. Vid identifierad risk för undernäring eller vid undernäring ska en vårdplan upprättas och åtgärderna rapporteras vidare till övrig personal. Åtgärderna anpassas efter individens behov och vad som framkommit i nutritionsutredningen.

Exempel på åtgärder:

- Energiberika mat och mellanmål med fett, exempelvis rapsolja, smör, grädde, crème fraiche, majonnäs
- Proteinberika mat och mellanmål med exempelvis kvarg, keso, ägg, extra smörgåspålägg eller proteinpulver
- Välj mejeriprodukter med hög fetthalt
- Konsistensanpassa mat och dryck
- Servera sent kvällsmål, nattmål eller tidigt morgonmål för att minska nattfastan
- Erbjud äthjälpmiddel
- Anpassa sittställning, hjälp att lägga upp eller skära/dela maten
- Guidning för att äta själv, matning
- Vila före måltid vid trötthet
- Anpassa måltidsmiljön genom möblering, dukning, ljus/ljud, gemenskap
- Kosttillägg
- Läkemedelsgenomgång
- Dietistkonsultation

Mat och mellanmål utför grunden för nutritionsbehandlingen, tillsammans med anpassning av måltidsmiljön och måltidssituationen. Om detta inte täcker behovet av energi och näring kan kosttillägg ordinerars av sjuksköterska, dietist eller läkare. Eventuella kosttillägg signeras i det digitala signeringsystemet.

Vid behov av enteral eller parenteral nutrition ska det finnas en läkarordination. I ordinationen ska det framgå vilken typ av sondnäring/parenteral nutrition individen ska ha, vilken mängd och tidpunkter för näringsintag.

Uppföljning

Åtgärderna ska följas upp systematiskt. Tidsplanen för uppföljning ska framgå i den individuella vårdplanen.

Vård i livets slutskede

Syftet med nutritionsbehandling vid livets slutskede är att uppnå en så bra livskvalitet som möjligt inkluderande funktionellt, psykiskt och socialt välbefinnande. Personer som är i livets slutskede kan sakna aptit och gå ner i vikt, vilket till viss del är ofrånkomligt. Det är naturligt att intaget av mat och dryck minskar för att till slut upphöra helt. Kroppens förmåga att ta hand om den energi och näring som intas minskar. Målsättningen är att undvika törst, hunger, illamående och andra besvär. Personen ska få äta och dricka enligt önskemål. God munhygien, smärtbehandling och allmän omvårdnad ska prioriteras och det är mycket viktigt att ha en bra dialog med behandlande läkare i detta skede.

Referenser

- Faxén Irving, Gerd., Karlström, Brita., Rothenberg, Elisabet. 2016. *Geriatrisk nutrition*. 2:a uppl. Studentlitteratur.
- Kommunförbundet Stockholms län (2015) *Sammanhållen överenskommelse för vård och omsorg av äldre*.
- Livsmedelsverket (2012). *Nordiska Näringsrekommendationer 2012- Rekommendationer om näring och fysisk aktivitet*.
- Socialstyrelsen (2011). *Näring för god vård och omsorg- en vägledning för att förebygga och behandla undernäring*.
- Socialstyrelsen (2014). *SOSFS 2014:10: Förebyggande av och behandling vid undernäring*.

Sakkunnig: Linda Nyholm, leg. dietist, Nestor FoU-center

Ansvarig för dokumentet 2017-11-22

Elisa Reinikainen

Medicinskt ansvarig sjuksköterska