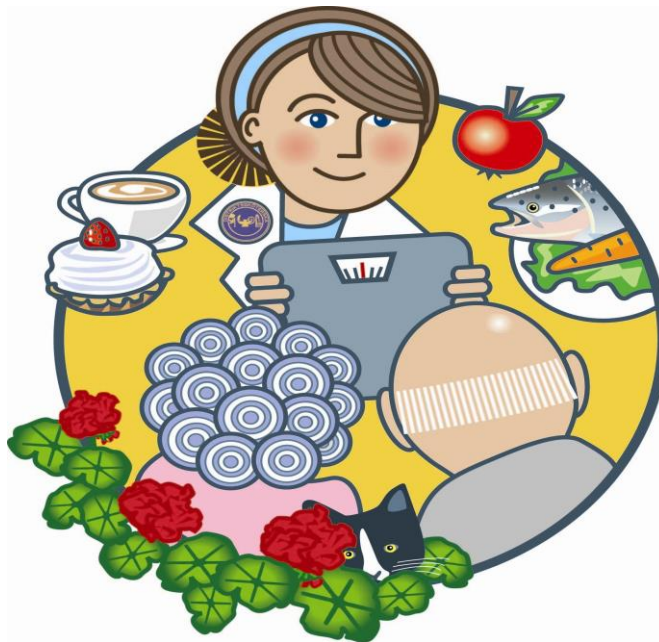


## Prevention och behandling av mat- och näringsproblem bland äldre och svårt sjuka patienter

### Vårdutvecklingsplan för dig som arbetar i primärvården

December 2007  
Reviderad januari 2014



FÖRFATTARE  
Liisa Samuelsson  
Monica Pehrsson  
Erika Berggren  
Birgitta Flood-Åsberg  
Sonja Modin  
Hanna Sandelowsky  
Lena Törnkvist

## REFERENSPERSONER

Ann Ödlund Olin, leg sjuksköterska, med dr, vårdutvecklingsledare, Kvalitet och patientsäkerhet, Karolinska Universitetssjukhuset

Kerstin Gustafsson, distriktssköterska, Gröndals Vårdcentral, utvecklingsledare, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum

Lena Lund, distriktssköterska, FPU ledare, CeFAM

Marianne Pegelow, distriktssköterska, vårdutvecklingsledare, CeFAM

Åsa von Berens, leg Dietist, ReAgera klinikerna, FPU-ledare CeFAM

## Vad är en vårdutvecklingsplan?

En vårdutvecklingsplan är ett förbättringsverktyg för både vårdpersonal och vårdutvecklingsledare som omfattar viktiga kvalitetssäkringsområden.

Vårdutvecklingsplanen består av följande tre delar:

- Struktur (vilka förutsättningar som behövs t ex i form av kompetens och hjälpmedel)
- Process (hur arbetet ska genomföras)
- Resultat (vad som ska uppnås för patienten) samt mått som är kopplade till de olika delarna.

För vårdpersonalen bidrar planen till att konkretisera vilka förutsättningar och arbetssätt som behövs för att uppnå ett kvalitetsmål. Som t ex hur patienter med undernäring eller risk för undernäring upplever sin ät- och matsituation, i vilken grad kvalitetskriterier är uppfyllda, vad som behöver åtgärdas och vilket specifikt stöd som kan behövas.

För vårdutvecklingsledaren bidrar planen till att samla evidensbaserad kunskap som är relevant för en målgrupp i ett visst sammanhang. Den är också ett stöd i att avgränsa en vårdutvecklingsledares uppdrag då den tydliggör vad fortbildningsaktiviteter ska fokusera på: mäta, värdera, identifiera brister samt hjälpa till att ta fram åtgärdsplaner tillsammans med vårdpersonal. Därmed ökar möjligheterna att kvalitetssäkra ämnes-/problemområdet

Vårdutvecklingsplanen tas fram av en utsedd arbetsgrupp med bl. a vårdutvecklingsledare, vårdpersonal, specialister inom ämnesområdet. Det skall även finnas en referensgrupp med viktiga samarbetspartners. Underlaget utgörs av bl. a SBU-rapporter, Socialstyrelsens riktlinjer, lagar och förordningar, vårdprogram samt forskning. Vårdutvecklingsplanen kan användas som ett underlag för ett lokalt vårdprogram och kvalitetsindikatorerna/måtten finns som stöd för att utvärdera vården.

# Innehåll

## INNEHÅLL 2

<b>PREVENTION OCH BEHANDLING AV MAT- OCH NÄRINGSPROBLEM HOS ÄLDRE OCH SVÅRT SJUKA PATIENTER.....</b>	<b>3</b>
<b>SAMMANFATTNING .....</b>	<b>3</b>
<b>INLEDNING .....</b>	<b>4</b>
<b>VÅRDUTVECKLINGSPLAN - ÖVERSIKT.....</b>	<b>4</b>
<b>VAD BEHÖVS? (STRUKTUR).....</b>	<b>5</b>
<b>ADEKVAT KUNSKAP, FÄRDIGHET OCH FÖRHÅLLNINGSSÄTT .....</b>	<b>5</b>
<b>RUTINER FÖR ETT STRUKTURERAT ARBETSSÄTT .....</b>	<b>5</b>
<b>TYDLIG ANSVARFÖRDELNING .....</b>	<b>5</b>
<b>HJÄLPMEDEL OCH STÖDDOKUMENT .....</b>	<b>6</b>
<b>STRUKTURMÅTT - FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR ATT UPPNÅ MÅLET .....</b>	<b>6</b>
<b>HUR SKA VI ARBETA? (PROCESS).....</b>	<b>6</b>
<b>IDENTIFIERA PATIENTER MED RISK FÖR UNDERNÄRING.....</b>	<b>6</b>
<b>BEDÖMA ORSAKERNA TILL NUTRITIONSPROBLEM OCH UTFORMA PLAN FÖR ÅTGÄRDER .....</b>	<b>7</b>
<b>FÖLJA UPP DE PLANERADE ÅTGÄRDERNA .....</b>	<b>9</b>
<b>ERBJUDA BRYTPUNKTSSAMTAL .....</b>	<b>9</b>
<b>TILLÄMPA RIKTLINJER FÖR JOURNALFÖRING .....</b>	<b>9</b>
<b>SAMORDNA VÅRDEN .....</b>	<b>9</b>
<b>PROCESSMÅTT FÖR ATT UTVÄRDERA ARBETSSÄTTET .....</b>	<b>10</b>
<b>VAD VILL VI UPPNÅ? (RESULTAT) .....</b>	<b>10</b>
<b>RESULTATMÅTT, FÖRSLAG FÖR ATT MÄTA RESULTAT PÅ PATIENTNIVÅ.....</b>	<b>11</b>
<b>REFERENSER.....</b>	<b>11</b>
<b>BILAGA 1: BAKGRUND .....</b>	<b>12</b>
<b>REFERENSER.....</b>	<b>13</b>
<b>BILAGA 2: BEDÖMNINGSHJÄLP ”PROBLEMANALYS OCH ÅTGÄRDSFÖRSLAG” VID NUTRITIONSPROBLEM .....</b>	<b>14</b>

# Prevention och behandling av mat- och näringsproblem hos äldre och svårt sjuka patienter

## Sammanfattning

Ouppmärksammade nutritionsproblem kan leda till onödigt lidande, både för patienter med lindrigare sjukdomstillstånd eller enbart hög ålder samt för de svårast sjuka dvs. de med palliativa vårdbehov. Att skapa förutsättningar för ett gott näringstillstånd är därför en mycket viktig uppgift för primärvården. Det kräver att en individs nutrition ses på samma sätt som annan medicinsk behandling och att samma krav ställs på utredning, diagnos, behandlingsplanering, uppföljning och dokumentation (1).

Vårdutvecklingsplanen som beskrivs nedan är ett förbättringsverktyg för primärvårdspersonal och de som skall stödja förbättringsprocesser. Målet är att skapa bästa möjliga välbefinnande och livskvalitet för den äldre genom att förebygga, behandla och lindra undernäringssymtom samt att lindra nutritionsrelaterade symtom. Planen omfattar viktiga kvalitetssäkringsområden när det gäller prevention och behandling av undernäring bland äldre samt nutritionsvård till patienter i palliativt skede.

För att uppnå god vård krävs kunskap och färdighet bland personalen, relevanta hjälpmedel såsom instrument för nutritionsbedömning, plan för åtgärder, riktlinjer för journalföring samt samarbete framför allt mellan distriktssköterska, husläkare, dietist, hemtjänst och närstående. I distriktssköterskans ansvar ingår att göra en nutritionsbedömning baserad på patientens beskrivning, den kliniska bilden och med stöd av bedömningsinstrument. Detta kan initialt ske genom frågor om ofrivillig viktförlust, undervikt och ätsvårigheter följt av MNA och kostanamnes. Riskfaktorer kan identifieras med hjälp av ett bedömningsverktyg framtaget på Centrum för Allmänmedicin (CeFAM). I dialog med patienten upprättas en vårdplan. Distriktssköterskan ansvarar även för att följa upp nutritionsbehandling och ätstödande åtgärder. I husläkarens ansvar ingår att observera eventuella tecken och riskfaktorer som kan leda till undernäring samt att vidta medicinska åtgärder för att förebygga, behandla och minska de problem som lett till eller uppstått till följd av undernäring.

Utöver skattningsskalor och verktyg bör den kliniska bedömningen kontinuerligt handla om att bedöma patientens allmänna tillstånd. De svårast sjuka patienterna är ofta i behov av palliativ vård. Det är då viktigt att särskilja i vilket palliativt skede patienten befinner sig eftersom målsättningen med nutritionsbehandlingen och valet av nutritionsåtgärder skiljer sig mellan tidig och sen palliativ fas.

## Inledning

Risk för undernäring är vanligt förekommande bland äldre personer som drabbats av sjukdom och/eller funktionsnedsättning och kan bland annat öka risken för fall, depression, oro, infektion, trycksår samt orsaka onödigt lidande. Eftersom undernäring är lättare att förebygga än att behandla är det viktigt att tidigt identifiera problemen och vidta lämpliga åtgärder. För att kunna skapa förutsättningar för ett gott näringstillstånd för personer 65 år och äldre behövs ett tydligt strukturerat arbetssätt för nutritionsbedömning. Vårdutvecklingsplanen, *Prevention, och behandling av mat- och näringsproblem hos äldre och svårt sjuka patienter* är tänkt att fungera som stöd för detta arbete i primärvården. Grunden för god nutritionsvård baseras på patientens delaktighet med respekt för integritet och självbestämmande.

## Vårdutvecklingsplan - översikt

Struktur (vad behövs)	Process (arbetssätt)	Resultat (vad uppnå)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Adekvat kunskap, färdighet och förhållningssätt</li> <li>Rutiner för ett strukturerat arbetssätt</li> <li>Tydlig ansvarsfördelning</li> <li>Hjälpmedel och stöddokument</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identifiera patienter med risk för undernäring</li> <li>Bedöma orsakerna till nutritionsproblem och utforma plan för åtgärder</li> <li>Följa upp de planerade åtgärderna</li> <li>Erbjuda då lämpligt brytpunktssamtal</li> <li>Tillämpa riktlinjer för journalföring</li> <li>Samordna vården</li> </ul>	<p><b>Patienter med undernäring eller risk för undernäring:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>är viktstabila eller har ökat i vikt under året</li> </ul> <p><b>Patienter i hemsjukvården:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>skattar sin hälsa som god</li> <li>anser att det fungerar bra att äta</li> <li>är nöjda med sina måltider</li> <li>upplever sig delaktiga i sin vårdplan</li> </ul>
<b>Strukturmått</b> (strukturindikatorer)	<b>Processmått</b> (processindikatorer, välj ett eller flera mått)	<b>Resultatmått</b> (resultatindikatorer, välj ett eller flera mått)
<p>Finns (Ja/nej):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>adekvat kunskap, färdigheter och förhållningssätt för god nutritionsvård?</li> <li>fastställda rutiner/riktlinjer som stöd för ett strukturerat arbetssätt?</li> <li>en av verksamhetschefen fastställd ansvarsfördelning?</li> <li>aktuella hjälpmedel och stöddokument tillgängliga?</li> </ul>	<p><b>Andel patienter 65 år och äldre där uppgift om följande finns i patientjournalen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>vikt och BMI</li> <li>undervikt, viktförlust och ätsvårigheter</li> </ul> <p><b>Andel patienter i hemsjukvården där uppgift om följande finns i patientjournalen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>nutritionsbedömning med MNA och kostanamnes</li> <li>poäng från självskattningsskalorna</li> <li>plan för åtgärder och uppföljning</li> <li>bedömnings- och informationssamtal (brytpunktssamtal)</li> <li>vårdplan</li> </ul>	<p><b>Andel patienter med undernäring eller risk för undernäring som:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>bibehållit eller ökat sin vikt under året</li> </ul> <p><b>Andel patienter i hemsjukvården som på självskattningsskalan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>bedömer sitt hälsotillstånd som bättre än vid föregående bedömning</li> <li>bedömer att det fungerar bättre att äta</li> <li>bedömer att de är mer nöjda med sina måltider</li> </ul> <p><b>Andel patienter i hemsjukvården som:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>upplever sig delaktiga i sin vårdplan</li> </ul>

## Vad behövs? (Struktur)

### **Adekvat kunskap, färdighet och förhållningssätt**

Samtlig berörd personal ska vara insatt i hur arbetet med att förebygga undernäring är organiserat på den egna arbetsplatsen samt ha kunskap om att genomföra bedömningar, åtgärder, uppföljning och journalföring enligt riktlinjerna. Ett förhållningssätt med respekt för patientens egna önskemål och behov ska genomsyra verksamheten.

### **Rutiner för ett strukturerat arbetssätt**

Det är viktigt med ett strukturerat arbetssätt för att patienter som är undernärda eller i riskzon för undernäring skall identifieras och erbjudas vård och behandling. Som stöd behövs skriftliga rutiner som är kända bland personalen vilket är ett ledningsansvar. Det behövs även ett kontinuerligt utvecklingsarbete. Vårdutvecklingsplanen är tänkt att underlätta ett lokalt utvecklingsarbete men för att uppnå kvalitetsmålen kan det behövas en ansvarig person till exempel en distriktssköterska som driver arbetet och som också för en fortlöpande dialog med verksamhetschefen samt personalen på arbetsplatsen.

### **Tydlig ansvarsfördelning**

Distriktssköterskan har omvårdnadsansvaret när det gäller patientens näringstillstånd. Husläkaren har det medicinska ansvaret. Ibland kan distriktssköterskan respektive husläkaren behöva remittera till andra professioner till exempel dietist, arbetsterapeut eller sjukgymnast för nutritionsåtgärder, funktionsstödjande åtgärder, hjälpmedel, anpassning av matsituationen eller rehabilitering. Det kan också vara till logoped vid misstanke om sväljsvårigheter eller till tandhygienist för bedömning av munhälsan. För patienter som har omfattande insatser från kommunen finns möjlighet till uppsökande tandvård. För personer med hemtjänst behöver rutiner för samverkan upprättas.

### **Distriktssköterskans ansvar**

I distriktssköterskans/sjuksköterskans omvårdnadsansvar ingår att i samråd med patienten:

- identifiera risk för undernäring och planera för fortsatt nutritionsvård
- identifiera om patienten befinner sig i tidigt eller sent palliativt skede
- ordinera lämpliga åtgärder
- upprätta en plan för omvårdnaden
- följa upp och utvärdera de gemensamt planerade åtgärderna
- bedöma förändring i patientens tillstånd och eventuellt behov av brytpunktsamtal
- dokumentera omvårdnaden
- informera och samverka med övriga som deltar i patientens vård, delta i vårdplanering samt upprätta en gemensam vårdplan för nutritionsvård

Distriktssköterskan ska även bevaka ny kunskap och kvalitetsutveckling inom ämnesområdet.

### **Husläkarens ansvar**

I husläkarens medicinska ansvar ingår att:

- söka efter tecken på undernäring och riskfaktorer för undernäring vid den medicinska bedömningen
- vid misstanke om undernäring fråga efter ofrivillig viktförlust, ätsvårigheter och undervikt
- vid vidare misstanke göra en fördjupad bedömning
- utreda medicinska och läkemedelsrelaterade orsaker, vidta åtgärder och dokumentera
- föra brytpunktssamtal med patient och anhöriga vid övergång från tidigt till sent palliativt skede
- samarbeta med distriktssköterska och andra vårdgivare och delta i vårdplanering

## Dietistens ansvar

I dietistens ansvar ingår att:

- utifrån remiss och i samråd med patienten utreda och behandla och dokumentera tillstånd som klassificeras med nutritionsdiagnos
- samarbeta med läkare och distriktssköterska
- följa nutritionsprocessen vilket inkluderar nutritionsutredning, nutritionsdiagnos, nutritionsåtgärd, uppföljning och utvärdering (2).

## Hjälpmedel och stöddokument

Primärvårdsteamet på CeFAM har utformat flera dokument för stöd i arbetet med prevention, vård och behandling vid undernäring:

- självskattningsskala
- bedömningshjälp: problemanalys och åtgärdsförslag vid undernäring eller risk för undernäring
- kostbroschyrer
- individuell kostplan
- samverkansrapport/screening angående matproblem
- omvårdnadsordination som underlag för bistånd efter genomförd nutritionsbedömning

Hjälpmedel och stöddokument finns beskrivna under rubrik: hur ska vi arbeta? (Process).

## Strukturmått - förutsättningar för att uppnå målet

- Finns adekvat kunskap, färdighet och förhållningssätt för god nutritionsvård?
- Finns fastställda rutiner/riktlinjer som stöd för ett strukturerat arbetssätt för identifiering, bedömning, behandling, uppföljning, samarbete och journalföring?
- Finns en av verksamhetschefen fastställd ansvarsfördelning för nutritionsbedömning och behandling?
- Finns aktuella hjälpmedel och stöddokument tillgängliga?

## Hur ska vi arbeta? (Process)

Samtliga stöddokument markerade med \* som det hänvisas till i texten finns på följande adress: <http://www.cefam.se/fortbildning/aemne/luc-aldre>

## Identifiera patienter med risk för undernäring

### Riskbedömning

För att identifiera patienter i riskzon för undernäring kan en initial bedömning genomföras med hjälp av följande tre riskfaktorer (3,4):

- ofrivillig viktförlust - oavsett tidsförlopp och omfattning
- ätsvårigheter - till exempel aptitlöshet, svälj- och tuggproblem, orkeslöshet och motoriska störningar?
- undervikt - BMI < 20 om personen är under 70 år, < 22 om över 70 år

Om någon av frågorna ovan besvaras med ja görs en nutritionsbedömning med hjälp av Mini Nutritional Assessment (MNA) och kostanamnes.

## Nutritionsbedömning

### MNA

MNA finns i en kortare och längre version (full MNA). Full MNA rekommenderas då den inkluderar patientens hela situation (5). MNA är ett evidensbaserat instrument för att bedöma risk för undernäring hos äldre personer. Formuläret och handledning finns på [www.mna-elderly.com](http://www.mna-elderly.com).

### Kostanamnes

En kostanamnes, beskriver patientens mat- och vätskeintag under ett dygn. Anamnesen innefattar frågor om:

- måltidsfördelning över dygnet, tider för måltider
- livsmedelsval
- portionsstorlek
- vätskeintag
- antal mål mat per dag
- behov av hjälp vid måltid

Be patienten berätta hur det ser ut från morgon till kväll enligt dessa frågor. Om patienten, enligt resultatet av MNA, befinner sig i riskzon för undernäring eller är undernärd utförs en fördjupad bedömning.

## **Bedöma orsakerna till nutritionsproblem och utforma plan för åtgärder**

Tillsammans med patienten görs en individuell bedömning av orsakerna till problem med otillräcklig energi- och näringsintag och med hjälp av självskattningsskalorna och bedömningsinstrumentet ”Problemanalys och åtgärdsförslag” formuleras plan för åtgärder.

## Fördjupad bedömning

### Självskattningsskalor

Äldre personer med risk för undernäring upplever ofta lägre hälsorelaterad livskvalitet jämfört med välnärda äldre (6). Det är därför av vikt att fånga upp och följa patientens egen uppfattning om hälsa samt åt- och matsituationen.

Självskattningsskalorna\* kan användas för att fånga upp och dokumentera patientens upplevelse. Poängen kan dokumenteras under mätvärden alternativt under sökordet nutrition. Patientens subjektiva bedömning är ett viktigt underlag för samtal om åtgärd och uppföljning.

Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?

Mycket 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mycket  
dåligt gott

Hur tycker du att det fungerar för dig att äta?

Mycket 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mycket  
dåligt bra

Hur nöjd är du med dina måltider?

Mycket 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mycket  
missnöjd nöjd



## **Problemanalys och åtgärdsförslag vid nutritionsproblem**

Problemanalys och åtgärdsförslag\* är ett verktyg som kan användas för en mer utförlig bedömning av orsaker till nutritionsproblem samt ge stöd för val av lämpliga åtgärder, se bilaga 1. Verktyget omfattar följande problemområden:

- tugg- och sväljsvårigheter
- svårigheter i matsituationen
- nedsatt munhälsa
- nedsatt aptit
- bristande matvanor
- kognitiv svikt
- mag-tarmfunktion

Verktyget ingår även i det databaserade beslutsstödet som finns på

<http://www.cefam.se/fortbildning/aemne/luc-aldre>. Det inleds med bedömningsinstrumentet MNA följt av Problemanalys och åtgärdsförslag. Åtgärdsförslagen som finns i slutet av det programmet är utskrivningsbara.

Utöver självskattningsskalor och verktyg bör den kliniska bedömningen kontinuerligt riktas mot att i första hand bedöma patientens allmänna tillstånd. De svårast sjuka patienterna är ofta i behov av palliativ vård. Det är då viktigt att särskilja i vilket palliativt skede patienten befinner sig eftersom målsättningen med nutritionsbehandling och valet av nutritionsåtgärder skiljer sig mellan tidig och sen palliativ fas (3,9).

## **Hjälpmedel och stöddokument**

### **Kostbroschyrer**

Kostbroschyrer\* syftar till att vara hjälp i samtalet med patienten när det gäller att öka energi och näringsintaget. De kan också användas för information till närstående och hemtjänst. Följande broschyrer finns på CeFAMs hemsida:

- kostråd till dig som behöver extra energi och näring
- energiberikning
- mellanmålsförslag
- råd till dig som har dålig aptit
- råd till dig som besväras av muntorrhet
- kostråd till dig som är förstoppad
- matförslag på enkla rätter du hittar i butiken

### **Individuell kostplan**

Individuell kostplan\* är ett dokument som upprättas i samråd med patienten och visar de överenskomna kostrelaterade åtgärderna. Den bör innehålla uppgift om de förändringar i kosten som förslagits samt tid och ansvarig för uppföljningen.

Den individuella kostplanen kan användas som ett enkelt kommunikationshjälpmedel mellan distriktssköterska och patient/närstående/hemtjänst. Detta kan ske med patientens inhämtade samtycke.

### **Kosttillägg**

För många personer som utvecklat undernäring räcker det inte med att anpassa och energiförstärka maten. Då blir kosttillägg ett viktigt komplement under kortare eller längre perioder.

Ordination av kosttillägg bör:

- utföras av person med kunskap om oralt nutritionsstöd
- föregås av utredning där ställning tagits till behov av energi och övriga näringsämnen, hur kostintaget kan optimeras och hur kosttillägget ska komplettera kosten
- utföras med en skriftlig ordination till patienten, gällande tidpunkt när kosttillägget ska tas och i vilken mängd.

Olika typer av kosttillägg:

- kompletta näringsdrycker ("mjölkiga"). Bör väljas i första hand. Näringsammansättningen motsvarar de allmänna näringsrekommendationerna (3).
- kompletta, sjukdomsspecifika kosttillägg. Har en särskild sammansättning för att passa behoven vid specifika tillstånd.
- icke kompletta (klara) näringsdrycker. Är avsedda som ett energi- och näringsrikt alternativ till annan dryck. Se <http://www.hjalpmedelsguiden.sll.se>

## **Följa upp de planerade åtgärderna**

Uppföljning av de med patienten överenskomna åtgärderna och de uppsatta målen bör inkludera vikt, uppföljning av kostråd och patientens subjektiva upplevelse. Eventuellt behöver planen revideras som följd av uppföljningen.

Palliativ vård tillämpas redan i tidigt sjukdomsskede och kan då ges tillsammans med terapier som syftar till att förlänga liv (7). Ofta går det att identifiera brytpunkter då vårdens innehåll och mål omvärderas (8).

Vården ska genomsyras av ett förhållningssätt som värnar om ett respektfullt bemötande som kan få svårt sjuka och döende patienter och närstående att bibehålla sin värdighet och integritet(7).

## **Erbjuda brytpunktssamtal**

Vid övergång från tidigt till sent palliativt skede bör brytpunktssamtal hållas mellan patient, närstående, husläkare, distriktssköterska och eventuella andra inblandade. I samband med att patienten övergår till sent palliativt skede och förväntas leva endast några veckor till dagar görs en ny planering då det huvudsakliga målet med vården ändras från att vara livsförlängande till att vara lindrande(9). I journalen skrivs en vårdplan med patientens önskemål för vård i livets slutskede.

## **Tillämpa riktlinjer för journalföring**

Enhetliga rutiner för journalföring skapar kvalitet i vårdprocessen, ger ökad möjlighet till uppföljning och förutsättningar för att ta fram resultatmått. På så sätt kan också nutritionsvården vidareutvecklas.

Omvårdnadsprocessen dokumenteras med sökord från prim-VIPS där omvårdnadsplan med omvårdnadsdiagnos, omvårdnads mål och planerade omvårdnadsåtgärder ska ingå. Exempel på omvårdnadsdiagnoser som underlag för omvårdnadsplanen:

Malnutrition/undernäring: mindre än kroppsbehovet r/t oförmåga att inta föda(10)

Risk för undernäring r/t aptitlöshet

Risk för undernäring r/t ofrivillig viktförlust(3)

Exempel på medicinska diagnoser:

Näringsbristtillstånd (E63P)

Symtom och sjukdomstecken som har samband med födo- och vätskeintag (R638P)

Brytpunktssamtal ska journalföras och registreras i Svenska Palliativregistret.

## **Samordna vården**

När en patient har nutritionsproblem ska insatserna ske i samförstånd med patienten och genom samverkan i vårdkedjan över organisationsgränser. Eftersom både närstående och hemtjänst kan vara involverade i patientens vård och omsorg bör vårdplanering ske tillsammans med dem. En fortlöpande kommunikation med biståndshandläggare och hemtjänstpersonal är av vikt och ska ske med patientens samtycke. Husläkaren måste vara delaktig så att den medicinska kompetensen är representerad då medicinsk diagnos, behandling och åtgärder planeras och värderas.

## Omvårdnadsordination som underlag för bistånd efter genomförd nutritionsbedömning

För att underlätta biståndshandläggarens bedömning av nytillkommet eller ändrat hjälpbehov gällande mat och måltider kan distriktssköterskan i samråd med patienten använda dokumentet *Omvårdnadsordination som underlag för bistånd efter genomförd nutritionsbedömning\**

## Samverkansrapport angående matproblem

Hemtjänstpersonal som träffar patienten i matsituationen är ofta den som först uppmärksammar problem. *Samverkansrapport angående matproblem\** är en blankett som med patientens inhämtade samtycke kan användas mellan vårdgivarna. Samverkansmetoden är utprovad i två stadsdelar i Stockholms kommun.

Följande är ett förslag på hur samverkan kan ske:

- hemtjänstpersonal eller biståndshandläggare uppmärksammar viktnedgång, låg vikt, ätsvårigheter, försämrad ork eller förmåga, fyller i *Samverkansrapport angående matproblem* och faxar den till vårdcentralen.
- distriktssköterskan gör tillsammans med patienten en nutritionsbedömning med plan för åtgärder och uppföljning och besvarar samverkansrapporten.
- distriktssköterskan identifierar problem som kräver insatser av äldreomsorgen och initierar en samverkansrapport som bör kompletteras med en *Individuell kostplan\**

## Processmått för att utvärdera arbetssättet

- Andel patienter 65 år och äldre där det finns uppgift om vikt och BMI i patientjournalen
- Andel patienter 65 år och äldre där det finns uppgift om initial riskbedömning för undernäring med frågorna om undervikt, vikt förlust och ätsvårigheter
- Andel patienter i hemsjukvården där nutritionsbedömning med MNA–utförts och kostanames tagits
- Andel patienter med undernäring eller risk för undernäring där självskattningsskalorna använts
- Andel hemsjukvårdspatienter som erhållit ett individuellt bedömnings- och informationssamtal (brytpunktssamtal)
- Andel hemsjukvårdspatienter där uppföljning av insatta åtgärder går att följa i patientjournalen
- Andel hemsjukvårdspatienter med undernäring eller risk för undernäring där det finns en vårdplan i journalen
- Andel hemsjukvårdspatienter där samverkansrapport använts i kommunikation med hemtjänst/biståndshandläggare

## Vad vill vi uppnå? (Resultat)

”Ett gott näringstillstånd är en förutsättning för att undvika sjukdom och återvinna hälsa” (1). Därför är det viktigt att patienterna får en näringstillförsel som är anpassad till deras sjukdomstillstånd och behov. Målet är en hög andel patienter som skattar sin hälsa som god och är nöjda med sin ät- och matsituation.

För patienten eftersträvas god livskvalitet och ett näringsintag som tillgodoser patientens energi och näringsbehov. Vid undervikt eftersträvas viktuppgång eller viktstabilitet. Ett förbättrat näringsintag kan ge färre komplikationer och möjlighet till rehabilitering. I de fall patienten, trots tecken på undernäring, är nöjd med sin situation måste han/hon naturligtvis kunna avstå från åtgärder.

I tidigt palliativt skede är målsättningen att möjliggöra ett fullgott näringsintag med syfte att patienten ska ha kraft och ork och må så bra som möjligt. I sent palliativt skede är omvårdnaden och de medicinska insatserna inriktade på att minska lidande och ge förutsättningar för en värdig död (11).

## Resultatmätt, förslag för att mäta resultat på patientnivå

Används för löpande bedömning av effekten av insatta åtgärder för patienter med undernäring eller risk för undernäring.

- Andel patienter med undernäring eller risk för undernäring som bibehållit eller ökat sin vikt under året
- Andel patienter i hemsjukvården som på självskattningsskalan
  - bedömer sitt hälsotillstånd som bättre än vid föregående bedömning
  - bedömer att det fungerar bättre att äta
  - bedömer att de är mer nöjda med sina måltider
- Andel patienter i hemsjukvården som
  - känner sig delaktiga i sin vårdplan
  - känner sig delaktiga i sin vårdplan för nutritionsvård i livets slutskede
  - erbjudits brytpunktssamtal

## Referenser

- 1.Näringsproblem i vård och omsorg. SoS-rapport 2000:11. Stockholm: Socialstyrelsen; 2000
2. Academy of Nutrition and Dietetics. Internationell Dietetik & Nutritionsterminologi version 4. Dietisternas riksförbund; 2012
3. Socialstyrelsen. Näring för god vård och omsorg, 2011-9-2
4. Ödlund Olin A, Karlsson M, Lönnberg H. Regionalt vårdprogram Nutrition med inriktning undernäring. Stockholms läns landsting;2005
- 5.Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature- what does it tell us? Journal of Nutrition, Health and Aging.2006;10,6:Suppl:S466-S487
- 6.Johansson L, Sidenvall B, Malmberg L, Christensson L. Who will become malnourished? A prospective study of factors associated with malnutrition in older persons living at home. The Journal of Nutrition, Health & Aging 2009;13,10: Suppl:s855-s861
- 7.WHO Definition of Palliative Care. 2002 <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- 8.Nationellt Vårdprogram för Palliativ vård 2012-2014 [läst 2013-02-11] Tillgänglig: [http://www.skl.se/MediaBinaryLoader.axd?MediaArchive\\_FileID=690ec782-07e3-4dd2-bbad-ab98420fa248&FileName=NatVP\\_Palliativv%C3%A5rd\\_2012\\_final.pdf](http://www.skl.se/MediaBinaryLoader.axd?MediaArchive_FileID=690ec782-07e3-4dd2-bbad-ab98420fa248&FileName=NatVP_Palliativv%C3%A5rd_2012_final.pdf)
- 9.Beck-Friis B, Strang P. Palliativ medicin. Stockholm: Liber; 2012
- 10.Omvårdnadsdiagnoser - definitioner och klassifikation 2012-2014.Lund: Studentlitteratur;2013
- 11.Palliativguiden - vägvisaren till lindrande vård. 2010. Palliativguiden - vägvisaren till lindrande vård. 2010.Nationella rådet för palliativ vård [läst 2013-01-21] Tillgänglig:<http://www.nrpv.se/wp-content/uploads/2012/10/Palliativguiden-2010-sid-1-18.pdf>

## Bilaga 1

# Bakgrund

Risk för undernäring är vanligt bland äldre, speciellt äldre som är sjuka eller har nedsatt funktionsförmåga. I olika studier påvisas att en stor grupp av de äldre som bor i eget boende med hjälp av hemtjänst ligger i riskzon för undernäring, 41-47% och att upptill 8% lider av manifest undernäring (1,2,3).

I basal hemsjukvård vårdas patienter som på grund av medicinska skäl eller funktionshinder har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser som är varaktiga och beräknas kvarstå under minst 14 dagar. Behov ska finnas av minst två insatser i hemmet per kalendermånad (4,5). Patienter med palliativa vårdbehov förekommer även i den basala hemsjukvården, framför allt i tidigt palliativt skede(6). Det gäller till exempel patienter med flera sjukdomar och funktionella problem som svår hjärtsjukdom, svår lungsjukdom, demenssjukdom, neuromuskulära sjukdomar, reumatologiska systemsjukdomar, njursvikt, leversvikt och obotlig cancersjukdom(7).

Undernäring har visat sig vara lättare att förebygga än att behandla varför det är viktigt att tidigt identifiera de patienter som är i riskzonen och snabbt vidta åtgärder (8). Nutritionsbehandling är en del av den medicinska behandlingen. Undernäring kan definieras som "tillstånd där brist på energi, protein och andra näringsämnen har orsakat mätbara och ogynnsamma förändringar i kroppens sammansättning, funktion eller av en persons sjukdomsförlopp." (9). Tillståndet utvecklas då förbrukningen av energi och/eller andra näringsämnen är större än intaget över en tillräckligt lång period. Ofta är inflammationsprocesser involverade (9).

I de flesta fall kan undernäringen inte förklaras av enbart en orsak utan oftast är den ett resultat av samverkande faktorer såsom:

- åldersrelaterade
- medicinska och läkemedelsrelaterade
- psykologiska
- fysiologiska
- existentiella
- sociala
- ekonomiska
- kostrelaterade

Undernäring kan bland annat leda till:

- nedsatt välbefinnande
- ökad risk för nedstämdhet och depression
- ökad risk för trötthet och orkeslöshet
- muskelsvaghet
- nedsatt funktionsförmåga
- ökad risk för fall
- ökad risk för trycksår
- ökad risk för infektioner
- ökad risk för komplikationer i samband med operationer
- längre sjukhusvistelser
- längre rehabiliteringstider
- 

Undernäring är inte bara förenat med nedsatt välbefinnande utan leder också till stora kostnader för vården (10).

Ett projekt riktat till distriktssköterskor i hemsjukvården genomfördes 2007-2008 vid Centrum för allmänmedicin (CeFAM) i Stockholm. Projektet leddes av ett nutritionsteam bestående av distriktssköterska, dietist och husläkare. Syftet var att ge distriktssköterskorna stöd, utbildning och rutiner för att identifiera och behandla patienter med undernäring och risk för undernäring. Under projektets gång fick de fyra deltagande hemsjukvårdenheterna regelbundna besök av nutritionsteamet

med utbildning i undernäringssproblematik, MNA bedömning och journalföring. Kontakt skapades med bland annat biståndsbedömare och hemtjänst. Med hjälp av MNA nutritionsbedömdes 202 patienter. Av dessa bedömdes 20 patienter vara undernärda och 35 i riskzon för att utveckla undernäring. Ett åtgärdsprogram sattes in och en ny MNA bedömning gjordes efter 3 månader på 41 av de 55 patienter som identifierats som riskpatienter. Av dessa bedömdes nu 11 välnärda, 23 i riskzon och 7 undernärda. Bortfallet på 14 patienter berodde på att patienterna hade avlidit, flyttat eller var inlagda på sjukhus. Även detta projekt talar för att undernäring eller risk för undernäring är vanligt förekommande i hemsjukvården. Det talar också för att ett strukturerat arbetssätt kombinerat med stöd från ett nutritionsteam ger resultat såväl i ökade kunskaper hos distriktssköterskorna som i förbättrat nutritionsstatus hos patienterna och förbättrat samarbete med hemtjänst(11).

Vårdtiderna inom akutsjukvården är idag mycket korta. Detta drabbar särskilt den växande grupp sjuka och undernärda äldre som idag vårdas i hemmet av primärvården. Nutritionsarbetet är ett teamarbete där distriktssköterskan, husläkaren och dietisten utifrån sin specifika kompetens utreder, bedömer, planerar åtgärder och utvärderar. För ett lyckat resultat behövs gott samarbete med patienten och/eller närstående och hemtjänst.

## Referenser

1. Saletti A, Johansson L, Yifter-Lindgren E, Wissing U, Österberg K, Cederholm T. Nutritional status and a 3-year follow-up in elderly receiving support at home. *Gerontologi*. 2005;51:192-198
2. Soini H, Routasalo P, Lagström H. Nutritional status in cognitively intact older people receiving home care services - a pilot study. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*. 2005; vol 9 (4): 249-253
3. Soini H, Routasalo P, Lagström H. Characteristics of the Mini-Nutritional Assessment in elderly home-care patients. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2004;58:64-70
4. SLL USll. Basal hemsjukvård. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2010 [cited 2010 101227]; Available from: <http://www.uppdragsguiden.sll.se/Hantera-avtal/Auktorisering--Vardval-Stockholm/Regelbocker-2010/Regelbok-for-huslakarverksamhet-och-basal-hemsjukvard/Kap-4-Uppdragsbeskrivning/42-Vardtjanst/421-Basal-hemsjukvard/>
5. Fokusrapport. Basal hemsjukvård för äldre personer med långvariga vårdbehov - hur kan vården förbättras? Stockholm: Stockholms läns landsting, stöd till kunskapsstyrning 2008.
6. WHO Definition of Palliative Care. 2002 <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
7. Modin S. The medical treatment of patients with home care by district nurses from the family physician's perspective. Stockholm: Karolinska Institutet; 2010.
8. Näringsproblem i vård och omsorg. SoS-rapport 2000:11. Stockholm: Socialstyrelsen; 2000
9. Socialstyrelsen. Näring för god vård och omsorg, 2011-9-2
10. Correia MI, Waitzberg DL. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and cost evaluated through a multivariate model analysis. *Clinical Nutrition*. 2003; 22: 235-239
11. Pilåker von Zelowitz K, Pegelow Haglund M, Modin S, Ödlund Olin A, Faxen Irving G, Törnkvist L. Distriktssköterskors prevention och behandling av undernäring bland äldre i basal hemsjukvård: Effekten av samarbete med ett nutritionsteam. Stockholms läns landsting. Centrum för allmänmedicin (2008)

## Bedömningshjälp ”Problemanalys och åtgärdsförslag” vid nutritionsproblem

*Vid nyttillkomna eller ändrade/ökade besvär överväg alltid kontakt med läkare för utredning av behandlingsbar bakomliggande medicinsk sjukdom*

*Vid snabb ofrivillig viktminskning överväg alltid kontakt med läkare alternativt dietist*

### Tugg- och sväljsvårigheter

Dysfagi är en vanlig orsak till undernäring hos äldre. Vanligt symtom vid stroke, Parkinsons sjukdom, MS; ALS, Alzheimers sjukdom. Mer än en tredjedel av patienterna med dysfagi har s.k. tyst aspiration med risk för pneumoni. Ett instrument för självscreening av sväljningsfunktion, EAT-10, finns på [www.nestlenurition.se](http://www.nestlenurition.se).

**Problem:** Maten fastnar i halsen, förlängd ättid, hosta, svag kraftlös hoststöt, rosslig/gurglig röst, svårt att sluta läpparna, undvikande av vissa livsmedel, maten samlas i kinden, stresskänsla eller extra ansträngning att svälja och smärta i munnen.

**Förslag till åtgärder:** Hjälp med sittställning, bakåtlutat huvud är ytterst olämpligt vid sväljsvårigheter. Måltiden bör ske i lugn och ro och efter patientens önskemål och behov. Patienter med dysfagi bör remitteras till dietist för ordination av konsistensanpassad kost. Mer information i vårdhandboken: konsistensanpassad kost. Logoped kontaktas för vidare utredning och rådgivning kring patientens tugg- och sväljproblem.

### Svårigheter i matsituationen

**Problem:** Svårt att dela maten på tallriken, svårt att hantera bestick, svårt att föra maten till munnen.

**Förslag till åtgärder:** Se över om patienten behöver hjälpmedel som kant till tallriken, anpassade bestick, drickvänlig mugg, antiglidmatta under tallriken. Kontakta arbetsterapeut. Patienter kan behöva utökad biståndsinsats för hjälp vid måltiden. Måltiden kan behöva ske i lugn och ro.

**Problem:** Bristfällig sittställning vid måltid

**Förslag till åtgärder:** Patienten bör helst sitta upprätt i en stol med fötterna ordentligt stödda, gärna med en kudde i svanken och viss framåtlutning av bålen. Om patienten måste äta i sängen bör sittställningen vara så upprätt som möjligt. Kontakta sjukgymnast eller arbetsterapeut.

**Problem:** Måltiden tar lång tid

**Förslag till åtgärder:** Identifiera och åtgärda orsaker eller initiera utredning av orsaker. Hjälp patienten att söka bistånd vid behov. Använd eventuellt blanketten Omvårdnadsordination\*.

### Nedsatt munhälsa

Munnen är den första delen av matsmältningskanalen och oral ohälsa kan vara en orsak till viktnedgång.

**Problem:** Smärta, svamp, sår, muntorrhet och/eller bristande munvård, problem med tänder eller tandprotes

**Förslag till åtgärder:** Kontrollera munhälsan. Inspektera munslemhinnor, tandkött, tänder och eventuell protes. Se Senior alert, riskbedömningsblankett munhälsa ROAG. Uppmärksamma hemtjänst på behov av munvård. Överväg behov av kontakt med tandhygienist, tandläkare.

Ge råd utifrån *broschyr Kostråd vid muntorrhet\**.  
Kontakta läkare för genomgång av läkemedelslistan.  
Frågor om Tandvårdsstödet besvaras av Tandvårdsenheten på Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning.

## **Nedsatt aptit**

**Problem:** Illamående, lukt- och smakförändringar, nedsatt aptit p.g.a. sjukdom, smärta, problem med kräkningar eller förstoppning.

**Förslag till åtgärder:**

Beakta bakomliggande medicinska eller läkemedelsutlösta orsaker

Initiera läkemedelsgenomgång

Ge råd utifrån broschyr *Råd till dig som har dålig aptit\**

Ge råd utifrån broschyr *Kostråd till dig som är förstoppad\**

**Problem:** Brist på sällskap eller brister i måltidsmiljön

**Förslag till åtgärder:** Färggrann mat, dukat bord och lite matdofn kan stimulera aptiten, liksom extra kryddning. Tänk på ljud, ljus och stämning i rummet. Hjälpt patienten att söka bistånd vid behov av sällskap vid måltid.

## **Bristande matvanor**

**Problem:** Otillräckligt energiintag

**Förslag till åtgärder:** Ge råd utifrån broschyrer *Energiberikning och Energirik mat\**. Viktigt att i kostråden utgå från kostanamnesen, och vad som kan göras vid varje måltid anpassat till vad som accepteras av patienten. Konkreta råd med vilket livsmedel som ska tillsättas/bytas ut i vilken måltid med ungefärliga tidsangivelser. Gärna energiinnehållande drycker. Råden bör skrivas ned. Denna typ av kost kommer antagligen innehålla mer mättat fett och mindre andel grönsaker än vad som rekommenderas för friska.

**Problem:** Låg måltidsfrekvens/lång nattfasta

**Förslag till åtgärder:** Jämn fördelning av måltiderna över dygnets vakna timmar för maximalt energi- och näringsintag, extra viktigt vid dålig aptit.

**Problem:** Lågt proteinintag

**Förslag till åtgärder:** Lagad mat med kött- eller fiskinnehåll alternativt baljväxter, bör serveras två gånger per dag. Viktigt med proteinrika pålägg och mejeriprodukter.

## **Problem med mag-tarmfunktionen**

**Problem:** Förstoppning

**Förslag till åtgärder:** Ge råd om fysisk aktivitet.

Råd om kost, och vätskeintag utifrån broschyr *Kostråd till dig som är förstoppad\**

Förskriv avföringsreglerande medel eller laxantia vid behov

**Problem:** Diarré

**Förslag till åtgärder:** Beakta bakomliggande medicinska eller läkemedelsutlösta orsaker. Ge individuella kostråd.

## **Kognitiv svikt**

**Problem:** Bristande kognitiv förmåga, tecken på depression eller tillfällig konfusion

**Förslag till åtgärder:** Patienten kan behöva direkt påminnelse om att äta och dricka, t.ex. genom att man räcker fram ett glas och samtidigt uppmanar patienten att dricka. Vissa patienter klarar att äta själva om man hjälper handen med första tuggan, andra kan vara hjälpta av att en annan person sitter



med och äter som de kan härma. Ibland kan det vara lättare för patienten att äta med fingrarna. Hjälpt patienten att söka bistånd vid behov.

**Mera information:**

Socialstyrelsen. Näring för god vård och omsorg, 2011-9-2

Ödlund Olin A, Karlsson M, Lönnberg H. Regionalt vårdprogram Nutrition med inriktning undernäring. Stockholms läns landsting;2005

[www.varhandboken.se](http://www.varhandboken.se)

Se [www.1177vardguiden.se/tandvardsstod](http://www.1177vardguiden.se/tandvardsstod)

[www.nestlenurition.se](http://www.nestlenurition.se) (se under produkter, select a produkt, tickenUp Clear; EAT-10)

[www.senior alert.se](http://www.senior alert.se) (Blanketter och redskap, riskbedömningsblankett munhälsa ROAG)

