

Förebygga och behandla undernäring inom slutenvård - Rutin - Hälso- och sjukvård Region Gävleborg

Titel: Förebygg och behandla undernäring inom slutenvård	Dokumentkategori: Rutin	Omfattning: Hälso- och sjukvård, Region Gävleborg
Dokumentägare: VC Paramedicin/Ordförande LSG Nutritionsråd	Dokumentansvarig: Kvalitetssamordnare VO Paramedicin	Beslutsinstans: LSG Nutritionsråd
Diarienummer:		Datum för översyn: Se giltig t.o.m.

Innehåll

1.	Syfte och omfattning	2
2.	Innehåll	3
2.1.	Ansvarsfördelning nutrition	3
3.	Beskrivning av nutritionsvårdprocessen	3
3.1.	Riskbedömning.....	3
3.2.	Utredning av bakomliggande orsaker.....	5
3.3.	Mat- och vätskeregistrering	5
3.4.	Energi-, protein- och vätskebehov.....	5
3.5.	Individuell vårdplan för nutrition.....	6
3.6.	Nutritionsinsatser vid undernäring eller risk för undernäring	6
3.6.1.	Risk för refeeding syndrome (metabol överbelastning)	7
3.7.	Plan för uppföljning.....	8
3.8.	Utskrivning från sjukhus	8
3.8.1.	Kosttillägg	8
3.9.	Överrapportering	8
4.	Kommunikation och implementering.....	8
5.	Medverkande och granskare	9
6.	Referenser	9
7.	Bilaga 1: Flödesschema och grundläggande principer för nutritionsomhändertagande.....	10
8.	Bilaga 2: Åtgärder vid risk för undernäring.....	11

1. Syfte och omfattning

Syftet med denna rutin är att identifiera, utreda samt behandla patienter med undernäring eller risk för undernäring. Den ska fungera som ett stöd i nutritionsbehandlingen till patienter >18 år som är i behov av slutenvård inom Region Gävleborg.

Ett gott näringstillstånd är nödvändigt för en god livskvalitet, för att förebygga sjukdom och för att medicinsk behandling ska ha bästa möjliga effekt.

Ett bristfälligt energiintag under en längre period ökar risken för undernäring oberoende av kroppsvikt. Undernäring som inte upptäcks eller lämnas utan åtgärd kan få allvarliga konsekvenser med ett personligt lidande och en högre vårdtyngd som följd. Undernäring kan klassas som vårdskada om vården inte vidtagit adekvata åtgärder för att upptäcka och behandla tillståndet. Vårdskada kan också uppstå som en konsekvens av undernäring, till exempel ökar risken för fall, trycksår och ohälsa i munnen.

Det är svårt och tidskrävande att återställa näringsbalansen hos en undernärd person och det är därför viktigt att sträva efter att förebygga undernäring.

Denna rutin omsätter Socialstyrelsens föreskrifter HSLF-FS 2022:49 och [nationellt kunskapsstöd att förebygga och behandla undernäring](#) i Region Gävleborg.

2. Innehåll

2.1. Ansvarsfördelning nutrition

- **Läkare** har övergripande ansvar för patienters näringsstatus samt tar ställning om ofrivillig vikt förlust orsakas av medicinska faktorer som behöver utredas eller kan förhindras genom specifik medicinsk behandling. Läkaren ordinerar och har yttersta ansvar för Enteral Näringstillförsel (EN) eller Parenteral Näringstillförsel (PN).
- **Dietisten** har ansvar för fördjupad utredning av nutritionstillstånd samt ordination, uppföljning och utvärdering. När ordination av ätstödande åtgärder eller kosttillskott, enteral och parenteral näringstillförsel (medicinsk nutritionsbehandling) är aktuell sker detta i samverkan med läkare och sjuksköterska.
- **Sjuksköterskan** har omvårdnadsansvar vilket inkluderar att identifiera och bedöma risk för undernäring eller andra svårigheter att inta måltider, samt för dokumentation och uppföljning av nutritionstillstånd i omvårdnadsjournalen. Vid risk för undernäring har sjuksköterskan ansvar för att basal nutritionsbehandling genomförs ([se punkt 3.6](#)).
- **Undersköterskan** kan genomföra riskbedömningar för undernäring genom att mäta BMI, ställa frågor om ofrivillig vikt förlust och eventuella problem att äta ([se punkt 3.1](#), samt [bilaga 2](#)) samt genomföra kost och vätskeregistrering. Vidare har undersköterskan en viktig roll i att utföra nutritionsbehandling, vid behov hjälpa till vid måltiderna och följa upp hur mycket patienten äter i samband med måltid samt aktualisera otillräckligt intag.
- **Logopeden** ansvarar för att bedöma och utreda patientens ät-sväljeförmåga. Logopeden ska kontaktas vid misstanke om dysfagi (sväljsvårigheter) för utredning av sväljeförmåga och för att fastställa om patienten kan inta föda och i så fall med vilken konsistens samt vilka mängder.
- **Arbetsterapeut** ansvarar för ätstödande åtgärder, sittställning och hjälpmedel som underlättar intaget av föda.

3. Beskrivning av nutritionsvårdprocessen

3.1. Riskbedömning

Riskbedömning för undernäring ska utföras och dokumenteras inom 24 timmar efter inskrivning. Vid förändrat allmäntillstånd som medför minskat matintag ska ny riskbedömning utföras. Vid vårdtid längre än en vecka rekommenderas en ny riskbedömning varje vecka.

Riskbedömningen görs utifrån följande bedömningspunkter och dokumenteras i patientens journal under CDS Vårdskadeprevention - Undernäring:

[Vårdplaner i Cosmic - Instruktion - Hälso- och sjukvård Region Gävleborg - 09-861899](#)

[Arbetsätt CDS Vårdskadeprevention Cosmic – Instruktion – Hälsa- och sjukvård Region Gävleborg – 09-863646](#)

1. **Har födointaget minskat under de senaste tre månaderna?**

Ja, minskat avsevärt	0
Ja, minskat något	1
Nej	2

2. **Ofrivillig viktnedgång under de senaste tre månaderna**

Ja, mer än 3 kg	0
Vet ej	1
Ja, mellan 1-3 kg	2
Nej	3

3. **Rörlighet**

Sängliggande eller rullstolsburen	0
Kan ta sig ur säng/rullstol men går inte ut	1
Går ut med eller utan hjälpmedel	2

4. **Psykisk stress eller akut sjukdom de senaste tre månaderna**

Ja	0
Nej	2

5. **Neuropsykologiska problem**

Svår demens eller depression	0
Lindrig demens eller depression	1
Inga neuropsykologiska problem	2

6. **Mät aktuell längd och vikt och räkna ut Body Mass Index.**

BMI under 19	0
BMI 19 till mindre än 21	1
BMI 21-23	2
BMI 23 eller mer	3

Totalpoäng:

12–14 poäng = låg risk för undernäring

8–11 poäng = hög risk för undernäring

0–7 poäng = undernärd

Vid screeningutfall ”undernäring” och ”hög risk för undernäring” fortsatt med

- Utredning av bakomliggande orsaker
- Mat- och vätskeregistrering.
- Bedömning av Energi-, protein- och vätskebehov
- Bedöm i tidigt skede om EN via sond är aktuellt, eller kontakta dietist för konsultation. (se punkt 3.6)

Vid stor ofrivillig viktnedgång, lågt BMI eller minimalt/väldigt sparsamt intag av mat under flera dagar bör patienten snarast riskbedömas för refeeding syndrome (metabol överbelastning) [se punkt 3.6.1](#).

3.2. Utredning av bakomliggande orsaker

Vid risk för undernäring ska en tvärprofessionell utredning av bakomliggande orsaker göras. Utredningen ger underlag för att planera och besluta om lämpliga åtgärder. Nedan finns exempel på vad som ska ingå i utredningen.

- Bakomliggande eller oupptäckt sjukdom
- Nedsatt aptit/matleda
- Mag-tarmbesvär
- Medicinsk behandling
- Läkemedelsbehandling
- Munhälsa
- Tugg- och sväljfunktion
- Funktionella svårigheter att äta
- Psykosociala faktorer

3.3. Mat- och vätskeregistrering

Mat- och vätskeregistrering ska dokumenteras för alla patienter med risk för undernäring. Registreringen utgör en grund för vilka insatser som är lämpliga att sätta in.

- Mat- och vätskelista [Vätske-/ Kalorilista](#)
- För mat- och vätskeregistrering initialt i 3 dagar för utvärdering. Om patienten fått i sig 100 % av beräknat energibehov i två dagar kan registreringen avslutas.
- Starta ny registrering om patientens matintag försämras

Dokumenteras i mätvärden alternativt svarsdatabasen i Cosmic.

3.4. Energi-, protein- och vätskebehov

Räkna ut patientens energi-, protein och vätskebehov för att kunna bedöma patientens näringsstatus enligt nedan.

- **Energibehov**

Sängliggande: 25 kcal/kg kroppsvikt

Uppegående: 30 kcal/kg kroppsvikt

Energibehovet korrigeras för

- Magerlagd patient +10%
- Vid övervikt (BMI > 25) kan den kroppsvikt som motsvarar BMI = 25 kg/m² användas, med tillägg av 25 % av den överskjutande vikten
- Ålder 18 - 30 år +10 %
- Ålder över 70 år -10 %

- Vid BMI <18 eller >30 kan dietist kontaktas för hjälp med uträkning
- **Proteinbehov**
Vid undernäring eller hög risk för undernäring: 1,2 - 1,5 g/kg kroppsvikt
- **Vätskebehov**
30 ml/kg kroppsvikt (om inte vätskerestriktion finns).

3.5. Individuell vårdplan för nutrition

En vårdplan ska upprättas i samråd med patient och närstående. Denna ska dokumenteras i journalen med uppgifter om:

- Mål för behandling
- Ordinerad behandling/åtgärd samt hur och när dessa ska följas upp och utvärderas
- Nutritionsdiagnos
- Medicinsk diagnos

3.6. Nutritionsinsatser vid undernäring eller risk för undernäring

Om utredning visar ett energi- och näringsintag som är mindre än bedömt behov initieras basal nutritionsbehandling (1-4) i samråd med patient:

1. **Måltider från köket.** Använd en kombination av förrätt, mindre huvudrätt och dessert för att säkra energiintag. Erbjud lämplig energirik dryck till måltider ex mjölk, saft, klar näringsdryck. Extra viktigt med mellanmål och kvällsmål till dessa patienter. Erbjud vid behov konsistensanpassad kost i samråd med logoped.
2. **Mellanmål** - Säkerställ att patienten erbjuds mellanmål och kvällsmål.
3. **Minska nattfastan** – se över så att patientens fasta mellan kvällsmål och frukost inte blir längre än 11 timmar.
4. **Kosttillägg** - Komplettera med mjölkbaserad näringsdryck i första hand och klara näringsdrycker som måltidsdryck. Servera som mellanmål i hel flaska, eller dela upp i små shots. Kan serveras i ett dryckesglas med en isbit i för ett mer aptitligt intryck. Vid behov, lägg till fettemulsion 30 ml shots.

Om basal nutritionsbehandling inte bedöms ha tillräcklig effekt att nå målsättning kontaktas dietist för fördjupad utredning.

Om utredning visar på ett energi- och näringsintag som är <50% av bedömt behov initieras nutritionsbehandling med fördjupad utredning och bedömning görs om enteral- eller parenteral näringstillförsel behöver ordineras. Konsultationsremiss skickas till dietist för att aktualisera behov av fördjupad utredning.

1. Enteral näringstillförsel

Enteral näringstillförsel ska väljas i första hand om patienten inte försörjer sig tillfredsställande per os. Vid uppstart av sondnäring använd rutin ”[Enteral näringstillförsel, förslag uppstart av sondnäring - Information - Hälso- och sjukvårdsförvaltningen](#)”.

2. Parenteral näringstillförsel

Parenteral näringstillförsel kan vara ett komplement till både oral- och enteral näringstillförsel eller täcka hela energi- och näringsbehovet (när kontraindikation eller biverkan av enteral näringstillförsel finns). Parenteral näringstillförsel klassas som läkemedel och ansvaret för ordination är läkarens. Tillsatser (vitaminer, mineraler, spårämnen) ska alltid tillsättas till lösningen om inte kontraindikation finns. Dietist kan ge rekommendation kring lämplig lösning utifrån patientens näringsbehov.

3.6.1. Risk för refeeding syndrome (metabol överbelastning)

Tillförsel av mer näring än vad vävnaderna förmår att metabolisera till svårt undernärda patienter eller till patienter som varit utsatt för långvarig svält eller fasta kan ge upphov till refeeding syndrome, vilket kan leda till akuta, livshotande komplikationer. Risken är störst vid tillförsel av parenteral näringstillförsel. Observera att även en överviktig person kan vara undernärdd och i riskzon för att utveckla syndromet.

3.6.1.1. Riskbedömning refeeding syndrome

Mycket hög risk (endast ett kriterium krävs)

- BMI <14
- Ofrivillig viktnedgång >20 % senaste 3–6 mån
- Svält >15 dagar

Hög risk

- En större riskfaktor eller två mindre riskfaktorer

Liten risk

- En mindre riskfaktor

Större riskfaktorer	Mindre riskfaktorer
- BMI <16	- BMI <18,5
- Ofrivillig viktnedgång >15% senaste 3-6 mån	- Ofrivillig viktnedgång >10% senaste 3-6 mån
- Inget eller minimalt energiintag >10 dygn	- Inget eller minimalt energiintag >5 dygn
- Låga nivåer av kalium, magnesium eller fosfat före tillförsel av näring	- Alkohol- eller drogmissbruk (inklusive kemoterapi, insulin eller diuretika)

3.6.1.2. Behandling refeeding syndrome

Om patienten har risk för refeeding syndrome ska läkare informeras för ställningstagande till elektrolytsubstitution och monitorering. Konsultremiss skickas till dietist vid hög eller mycket hög risk för refeeding syndrome för planering gällande upptrappning av energiintag.

3.7. Plan för uppföljning

Uppföljning görs på alla patienter som bedömts vara i behov av nutritionsåtgärder efter riskbedömning och utredning med syftet att bedöma om insatta nutritionsåtgärder behöver förändras eller avslutas. Nedan följer rekommenderade uppföljningsintervall:

Energi-/vätskeintag	Kalori och vätskeregistrering följs upp dagligen och utvärderas efter tre dygn.
Vikt	Patienter med hög risk för undernäring vägs två gånger per vecka tills dess att risken avskrivits.
Enteral näringstillförsel	Individuell uppföljning utifrån schema. Vägs två gånger per vecka under upptrappning, därefter veckovis.
Parenteral näringstillförsel	Nutritionsprover och vikt följs upp enligt rutin eller enligt Vårdhandbokens rekommendationer.

3.8. Utskrivning från sjukhus

Om patient vid utskrivning från sjukhuset fortsatt är i riskzon för undernäring alternativt bedömts vara undernärd överrapporterar sjuksköterska nödvändig information till hälsocentral alternativt kommun (hemsjukvård/boende) i form av korrekt läkemedelslista/näringsstatus, tydligt läkaransvar för fortsatt behandling samt slutanteckning. Hälsocentral alternativt kommun har ansvar för att följa upp näringsstatus enligt överrapportering. Se även [Överenskommelse om samverkan vid utskrivning från slutenvård i Gävleborg - 01-652411](#).

Dietist i slutenvård överrapporterar till dietist i primärvården för patient i ordinärt boende med pågående nutritionsbehandling som har behov av uppföljning.

3.8.1. Kosttillägg

Har patienten nått sitt energibehov med hjälp av kosttillägg och är på väg att skrivas ut till eget boende kan dietist kontaktas för förskrivning.

Anteckna:

- namnet på det kosttillägg patienten fått
- de smaker hen tycker om
- antal kosttillägg bedömts ha behov av (per dag)

Patienten står för halva kostnaden för kosttilläggen. Eftersom det tar några dagar innan leverans av kosttillägg sker bör avdelningen skicka med patienten kosttillägg för två-tre dagar (längre vid hemgång inför helg).

3.9. Överrapportering

Vid behov av fortsatta nutritionsinsatser sker överrapportering till nästa vårdnivå via aktuella vårdinformationsystem.

4. Kommunikation och implementering

Rutinen publiceras i Platina för spridning via kvalitetssamordnare till verksamhetsområden med slutenvård. Respektive chef ansvarar för att rutinen kommuniceras och tillämpas inom berörda verksamheter. Rutinen bör ingå i introduktion till nya medarbetare.

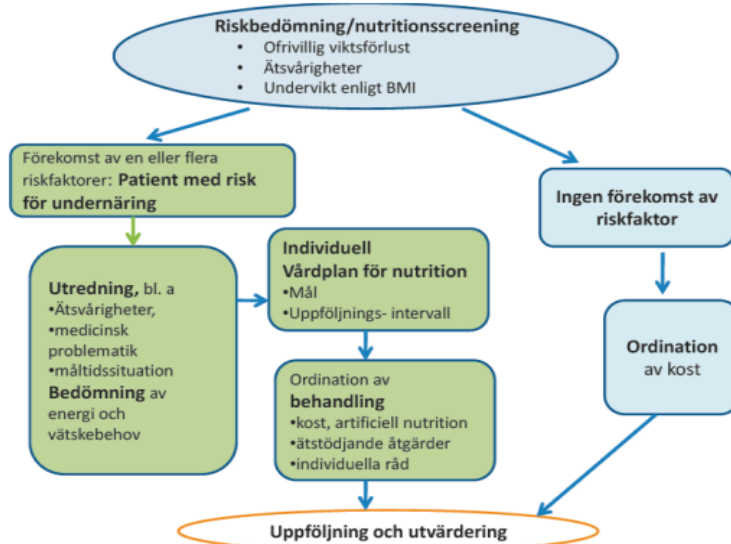
5. Medverkande och granskare

Rutinen är framtagen av dietistenheten i Region Gävleborg på uppdrag av Nutritionsrådet. Rutinen är granskad av läkare och sjuksköterskor inom verksamhetsområden Onkologi, Kirurgi, Internmedicin och Specialmedicin via kvalitetssamordnare.

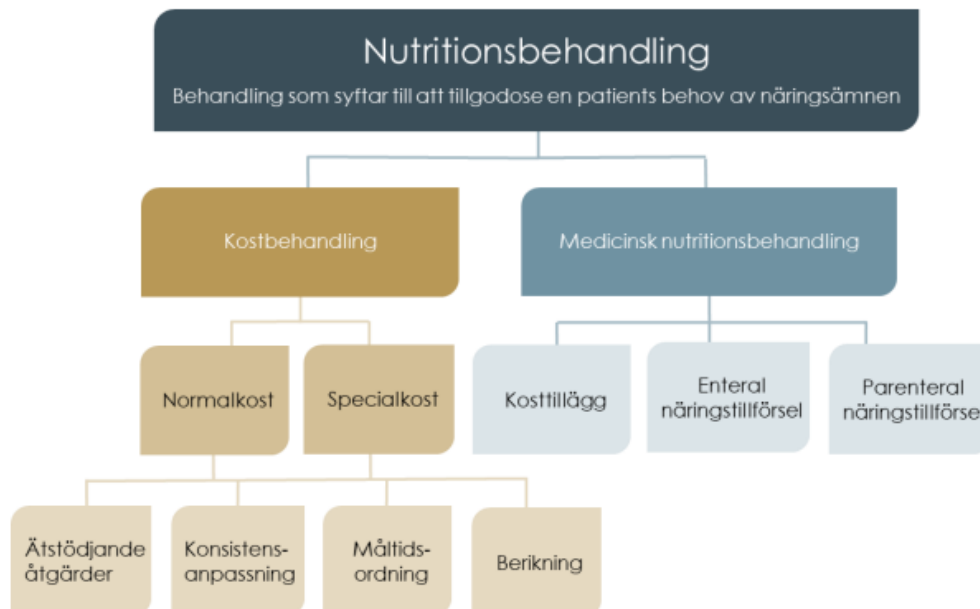
6. Referenser

Dokumentnamn	Plats
Socialstyrelsens föreskrift	HSLF-FS 2022:49
Socialstyrelsens kunskapsstöd "Att förebygga och behandla undernäring- nationellt kunskapsstöd i hälso- och sjukvård och socialtjänst"	Att förebygga och behandla undernäring – Nationellt kunskapsstöd i hälso- och sjukvård och socialtjänst
Basics in Clinical Nutrition " ESPEN Blue Book"	
ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition	ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition - PubMed (nih.gov)
Vårdhandboken	Översikt - Vårdhandboken
Exempel på vätske-/kaloriregistrering	Vätske- kalorilista (live.com)
Parenteral näringstillförsel, kontroller	Kontroller och utvärdering - Vårdhandboken
Behandlingsriktlinjer refeeding syndrome	Management and prevention of refeeding syndrome in medical inpatients: An evidence-based and consensus-supported algorithm - PubMed (nih.gov)
Behandlingsriktlinjer refeeding syndrome ASPEN, NICE	
Samverkanswebben, Region Gävleborg	Lifecare SPU och SIP - rutiner/manualer - Region Gävleborg
Samverkanswebben, Region Gävleborg	Överenskommelser - Region Gävleborg

7. Bilaga 1: Flödesschema och grundläggande principer för nutritionsomhändertagande



Figur 1. Nutritionsvårdsprocessen, Näring för god vård och omsorg, Socialstyrelsen 2011.



Figur 2. Grundläggande principer för Nutritionsbehandling

8. Bilaga 2: Åtgärder vid risk för undernäring

Risk för undernäring, åtgärder - Dietist Gävleborg specialistvård

Åtgärder vid risk för undernäring

Säkerställ alltid att vikt och längd är tagen på patienten samt att screening; Risk för undernäring (ofrivillig viktnegång, ätsvårigheter, BMI) har gjorts i samband med inskrivning.

Om patienten har dysfagi samt nedsatt aptit; rådfråga dietist för optimering av energiintag vid behov (utefter konsistensrekommendationer av logoped).

Steg 1

- Sätt in vätske- och kaloriregistrering
- Skatta energi- och vätskebehov
- Föreslå att patienten kan välja mindre rätter från menyn

Beräkning av:

Kaloribehov: 30 kcal per kilo kroppsvikt (ex 30 kcal x 50 kg = 1500 kcal/dygn).
Vätskebehov: 30 ml per kilo kroppsvikt.
Ta kontakt med dietist vid BMI <18 eller >30.

Steg 2

- Säkerställ att patienten äter två-tre mellanmål per dag.
- Servera kaloririk måltidsdryck, exempelvis klar näringsdryck, mjölk eller saft.

Tips!

Om patienten inte tycker om serverad mat, använd önskekostlistan.
Om patienten är illamående kan kalla maträtter eller flytande kost fungera bättre.
Om patienten enbart äter en del av huvudrätt, komplettera med extra mellanmål.

Steg 3

- Komplettera med mjölkbaserad näringsdryck. Servera som mellanmål i hel flaska, eller dela upp i små huttar. Kan serveras i ett dryckesglas med en isbit i för ett mer aptitligt intryck.
- Lägg till fettemulsion (Calogen, Calogen Extra eller Fresubin 5 kcal shot) vid behov. Observera att dessa har en hög andel fett och låg andel protein, kolhydrater samt vitaminer/mineraler. Om möjlighet finns att istället hutta näringsdrycker är detta ett bättre alternativ näringsmässigt.

Följ upp och utvärdera efter varje steg.

Ta kontakt med dietist om patienten trots insatta åtgärder inte täcker sitt kalori- och vätskebehov. Dietist kan då ge rekommendation kring ytterligare åtgärder samt ta ställning till om patienten är i behov av nasogastrisk sond.

Gävle sjukhus → ring 549 45 (tryck 8 för VIP och tala in ett meddelande)
Hudiksvall sjukhus → ring 921 40