



TJÄNSTESKRIVELSE

2018-03-13

Social- och omsorgskontoret

Äldreomsorgsnämnden

Nutritionsriktlinje

Dnr: ÄON 18/015

Ärendet

Ny riktlinje för nutrition har upprättats.

Syftet med riktlinjen är att beskriva hur nutritionssvårigheter med åtföljande undernäring eller risk för undernäring ska identifieras, utredas, behandlas och följas upp, samt vilket ansvar olika yrkeskategorier har för de olika momenten i nutritionsomhändertagandet inom äldreomsorgen.

Kontoret föreslår att äldreomsorgsnämnden antar nutritionriktlinje, daterad 2018-02-13.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse, daterad 2018-03-13
- Nutritionsriktlinje, daterad 2018-03-13

Ekonomiska konsekvenser och finansiering

Ärendet innebär inga ekonomiska konsekvenser.

Kontorets förslag till nämnden:

Äldreomsorgsnämnden antar nutritionriktlinje, daterad 2018-03-13.

Lenita Granlund

Socialdirektör

Nermin Varli

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Dokumentationsansvarig:

Nermin Varli

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Social- och omsorgskontoret

Telefon (direkt): 08 523 069 41

E-post: nermin.varli@sodertalje.se

Beslutet skickas till

Akten

Nutritionsriktlinje

Inom social- och omsorgskontorets ansvarsområde

2018-03-13

Nermin Varli
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Stina Franzen
Legitimerad dietist
Södertälje kommun

Riktlinjen gäller för

Social-och omsorgskontorets hälso- och sjukvård, vilken omfattar personer som efter biståndsbeslut av Södertälje kommun bor i särskilt boende för äldre, gruppboende eller serviceboende för personer med fysisk eller psykisk funktionsnedsättning, samt vid beviljad vistelse i daglig verksamhet, dagverksamhet och ordinärt boende.

Syfte

Syftet med denna riktlinje är att beskriva hur nutritionssvårigheter ska identifieras, utredas, behandlas och följas upp, samt vilket ansvar olika yrkeskategorier har för de olika momenten i nutritionsomhändertagandet inom äldreomsorgen.

Nutritionsvårdsprocessen

För att identifiera, bedöma, diagnostisera och behandla nutritionproblem krävs en strukturerad process som följer samma struktur som en vårdprocess (1).

Nutritionsvårdsprocessen inleds med en riskbedömning, även kallad nutritionsscreening. Det är en systematisk metod för att identifiera personer som löper risk för undernäring eller som redan är undernärda. Riskbedömningen åtföljs av en utredning av orsaken till nutritionssvårigheterna. Utredningen utgör sedan underlag för ställningstagande till om nutritionsbehandling ska sättas in. Nästa steg i processen är att planera nutritionsbehandlingen. Sista steget är att behandlingen följs upp, utvärderas och kommuniceras med berörda parter(2).

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 specialistvård och logopedbedömning finns. För specialistvård och logopedkontakt krävs läkarremiss.

Sjuksköterska

Sjuksköterskan ansvarar för att bedöma individens nutritionstatus, identifiera risk för undernäring, upprätta en vårdplan samt följa upp insatta åtgärder. Sjuksköterskan ansvarar för ordination av kost, och vid behov kosttillskott. Vidare är det sjuksköterskans ansvar att se till att den enskilde får mat och kosttillskott enligt ordinationer, vilket förutsätter god kommunikation med omvårdnadspersonalen. Sjuksköterskan ansvarar även för att informera läkare vid risk för undernäring och för att samverka med läkaren i samband med nutritionsutredning och -behandling. Sjuksköterska bedömer när särskild kompetens behövs för bedömning och ser till att patienten remitteras till dietist inom landstinget för

specifik nutritionsbehandling. Sjuksköterskan ansvarar också för att varje enskild individ får den hjälp som behövs för optimal munhälsa.

Inom LSS tillfaller ansvaret för dietist primärvården och vid behov ska sjuksköterska i samråd med patienten kontakta primärvården där patienten är listad. Sjuksköterska ska ha tydliga kommunikationskanaler med omsorgs-/omvårdnadspersonal då behov finns.

Dietist

Tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) utarbetar och reviderar dietisten styrdokument för nutrition inom social- och omsorgskontorets ansvarsområde. Vidare fungerar dietisten som verksamhetsstöd, utarbetar rutiner och andra stöddokument, samt erbjuder kompetensutveckling för personal och chefer inom områdena nutrition, mat och måltider. Dietisten erbjuder konsulterande specialistkompetens inom nutritionsområdet gentemot annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, men har inget primärt ansvar för den individuella vården av enskilda omsorgstagare.

Arbetsterapeut/Fysioterapeut

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

Omsorgs-/omvårdnadspersonal

På vård- och omsorgsboende ansvarar personal för att omgående kontakta sjuksköterska vid nutritionssvårigheter. Personalen ska medverka vid riskbedömningar och vara delaktiga i planering av insatser utifrån den enskildes behov. Vid uppföljning av insatta åtgärder är det viktigt att personalen involveras eftersom det ofta är de som utför åtgärderna.

Personal inom stöd-och serviceboende och dag-/daglig verksamhet ska kontakta kommunsjuksköterska vid försämrat nutritionsstatus.

För brukare som bor i ordinärt boende ska kontakt tas med primärvården och eller närstående vid försämrat nutritionsstatus. Samtycke ska inhämtas för vidare information till primärvården. Vid ökat behov av mat-och måltidsinsatser ska brukare/närstående ansöka om detta hos biståndshandläggare. Observationen och åtgärden ska dokumenteras i social journal.

Enhetschefen

Enhetschefen ansvarar för att se till att lokala nutritionsrutiner finns och tillämpas. Enhetschefen ansvarar även för att personalen har tillräckliga kunskaper i nutritionsvårdsprocessen (riskbedömning, utredning, åtgärder och uppföljning) och se till att goda måltidsrutiner upprätthålls.

Verksamhetschef(Resultatområdeschef)

En verksamhetschef enligt 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80) enligt 4 kap. ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Verksamhetschef ansvarar för att det finns lokala rutiner för hur undernäring ska förebyggas och behandlas (SOSFS 2014:10). Vidare ansvarar verksamhetschef för att samråda med medicinskt ansvarig sjuksköterska och ser till att riktlinjen följs.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Tillsammans med dietist utarbetar och reviderar MAS styrdokument för nutrition inom social- och omsorgskontorets ansvarsområde. MAS har ett övergripande ansvar för att hälso- och sjukvårdspersonalen följer lagstiftning, föreskrifter och riktlinjer samt att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet.

Bedömning av risk för undernäring

Bedömning av risk för undernäring (nutritionsscreening) ska rutinmässigt erbjudas alla som är över 65 år i Södertälje kommun och som har insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen.

I samband med inflyttning till vård- och omsorgsboende ska omvårdnadsansvarig sjuksköterska sörja för att riskbedömning utförs och dokumenteras inom en vecka. För individer som inte bedöms ha risk för undernäring, ska en ny bedömning erbjudas inom sex månader, oftare för den som är undernärd eller befinner sig i riskzonen att bli det.

Den som tackar nej till att ingå i registret Senior Alert ska ändå ges möjlighet att få sitt näringstillstånd bedömt. MNA kan även då användas, men resultatet registreras inte i Senior alert utan dokumenteras enbart i journalen.

Allt som registreras i Senior alert ska också dokumenteras i patientjournalen. Sjuksköterskan är ansvarig för att dokumentera nutritionsrelaterade uppgifter.

För att förebygga och behandla undernäring rekommenderas att nattfastan inte överstiger 11 timmar. Skriftliga rutiner ska finnas för mätning av nattfasta. Mätningen ska genomföras minst två gånger per år, oftare vid behov. I rutinen ska det framgå, vem som ansvarar för att mätningen genomförs och att resultatet ställs samman, följs upp och återkopplas till respektive enhet.

För personer utan hälso- och sjukvård men med biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen, är all omsorgspersonal som kommer i kontakt med dessa personer skyldig att uppmärksamma förekomst av och risk för undernäring, och att rapportera detta vidare till hälso- och sjukvården via vårdcentralen, eller på annat sätt. Om den initiala bedömningen inte visar på risk för undernäring ska uppföljning erbjudas en gång per år, vid förändrat hälsotillstånd eller då det anses befogat.

Risikfaktorer för undernäring

Bedömning av risk för undernäring (nutritionsscreening) görs med hjälp av nutritionsscreeningsverktyget MNA.

Näringstillståndet ska alltid utredas och en vårdplan upprättas:

- vid risk för undernäring (MNA- SF \leq 11 poäng)
- vid ofrivillig vikt förlust¹, oavsett omfattning och tidsförlopp
- vid ätsvårigheter, t.ex. aptitlöshet, tugg- och sväljsvårigheter och nedsatt ork att inta måltider
- undervikt, d.v.s. BMI² $<$ 22 om \geq 70 år (och BMI $<$ 20 om $<$ 70 år)

¹ Vikt förlust i kg divideras med vikten före vikt förlusten. Summan multipliceras med 100 = vikt förlust i procent.

Screeninguppgifterna ovan registreras av sjuksköterska i det elektroniska journalsystemet, och i Senior Alert (MNA-SF).

Identifiering av övervikt och fetma

Inom LSS ska vägning erbjudas minst två gånger per år. Resultatet meddelas till sjuksköterska, som dokumenterar vikt och vidtagna åtgärder i patientjournal.

Kriterier för övervikt

För att identifiera övervikt ska BMI beräknas, se tabell nedan³.

Klassifikation	BMI	Hälsorisker
Undervikt	<18,5	Låga (men andra hälsoproblem uppstår)
Normalvikt	18,5-25	Normalrisk
Övervikt	25-30	Lätt ökade
Fetma klass I	≥ 30	Måttligt ökade
Fetma klass II	35-40	Höga
Fetma klass III	≥ 40	Mycket höga

Klassificeringsgrunderna ovan gäller vuxna av båda könen och är oberoende av ålder.

Vid BMI motsvarande övervikt eller fetma klass I-III bör även midjemåttet mätas eftersom risken för fetmarelaterade metabola komplikationer ökar med ökat bukomfång, se tabell nedan⁴.

Ökad	Påtagligt ökad
Män	≥ 94 cm ≥ 102 cm
Kvinnor	≥ 80 cm ≥ 88 cm

Nutritionsutredning

När en eller flera nutritionssvårigheter har identifierats, ansvarar sjuksköterska i samråd med läkare för att utreda bakomliggande orsaker. Syftet är att samla in den information som behövs för att avgöra vilka åtgärder som är motiverade för den enskilda individen. En nutritionsutredning omfattar:

- Utredning av bakomliggande orsak/-er till de misstänkta nutritionssvårigheterna.
- Beräkning av energi- och näringsbehov i förhållande till faktiskt energi- och näringsintag.

² BMI (Body Mass Index) är ett mått som beskriver kroppsvikt i förhållande till längd och beräknas med formeln: vikt i kilo delat med längd i meter x längd i meter (Exempel: 75 kg/1,70 cm x 1,70 cm = 26).

³ Klassifikation av fetma enligt WHO

⁴ Klassifikation av bukomfång enligt WHO

Bakomliggande orsaker

Genom att utreda bakomliggande orsaker skapas ett underlag för att planera och besluta om lämplig nutritionsbehandling och eventuellt behov av måltidsstöd.

Vid ofrivillig viktuppgång (exv. vätskeretention) eller viktnedgång är det också viktigt att utesluta att viktförändringen beror på sjukdom eftersom sjukdomstillståndet då ofta behöver behandlas för att nutritionsbehandlingen ska ge resultat.

Tabell 1 Möjliga orsaker till undernäring

Fysiska orsaker	Psykiska orsaker
<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 • Ökat energibehov av exv. hög fysisk aktivitet såsom vandrande vid demens, hög muskeltonus eller ökat andningsarbete (KOL) • Funktionella svårigheter att äta ex efter stroke • Nyligen genomförd eller pågående medicinsk behandling • Nattfasta > 11 timmar 	<ul style="list-style-type: none"> • Förlust av motivation • Nedsatt sinnesstämning • Aptitlöshet • Sorg p.g.a. närståendes sjukdom/bortgång • Isolering/ensamhet • Avsaknad av hjälp som behövs under måltiden • Att vara nyinflyttad till ett boende • Rädsla för konsekvenserna av att vara inkontinent • Kulturella/etniska faktorer • Måltidsmiljö • Ångest eller rädsla för att svälja fel om patienten lider av dysfagi

Utredningen ska vara en teambaserad aktivitet där resultatet av en medicinsk utredning, en omvårdnadsutredning och en nutritionsutredning vägs samman med rehabiliteringspersonalens observationer och analyser.

Beräkning av energi- och näringsbehov

Vid förekomst av en eller fler riskfaktorer för undernäring (se avsnittet "Riskfaktorer för undernäring" ovan) bör en mat- och vätskeregistrering göras. Allt brukaren äter och dricker under minst två på varandra följande dagar ska då registreras. Resultatet dokumenteras i den elektroniska journalen. Tabell 2 och 3 används för att beräkna energi- respektive proteinbehov. Om energi-/kaloriintaget är mindre än behovet ska nutritionsåtgärder övervägas. Se nedanstående avsnitt "Nutritionsbehandling".

Tabell 2 Beräkning av energibehov

Energibehov	kcal x kg per dygn
Sängliggande	25
Uppegående	30
Förhöjt behov	35
Vid undervikt: +10 % Ålder ≥ 70 år: -10 % Vid övervikt/fetma: beräkna energibehov på BMI 25 + 25 % av övervikten Vid temperaturförhöjning: + 10 % för varje grads förhöjning	

Tabell 3 Beräkning av proteinbehov

Hälsotillstånd	Proteinbehov; gram per kilo kroppsvikt och dag
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 beräkning av proteinbehov vid kraftigt nedsatt eller försämrad njurfunktion.

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, även mellan måltider. Vid diarré, kräkningar och feber ökar vätskebehovet. Observera även förekomst av vätskerestriktion relaterad till exempelvis hjärtsvikt eller vätskeretention.

Nutritionsbehandling

Om den enskilde uppvisar risk för undernäring och/eller om mat- och vätskeregistrering påvisar otillräckligt energi- och näringsintag, ansvarar läkare i samråd med sjuksköterska för att initiera nutritionsbehandling, t.ex. specialkost, justering av måltidsordningen, kosttillsätt etc.

Nutritionsbehandling ska, liksom annan behandling, dokumenteras i patientjournalen och följas upp efter en från början bestämd tidsperiod. Om den enskilde avböjer behandling ska detta också dokumenteras.

Nutritionsbehandling och ätstödande åtgärder samt målsättningen med dessa ska dokumenteras i **vårdplanen** och följas upp. Nutritionsåtgärderna anpassas sedan efter vad som framkommit i nutritionsutredningen. Ätstödande åtgärder kan exempelvis vara anpassad sittställning, äthjälpmiddel, guidning i måltidssituationen för att äta självständigt, verbal instruktion/uppmuntran, matning, åtgärder för att skapa lugn/avskildhet etc.

Mat och måltidsmiljö

Mat och mellanmål utgör grunden för nutritionsbehandlingen, tillsammans med anpassning av måltidsmiljön och måltidssituationen. Om inte detta inte är tillräckligt, bör kosttillägg, specialkost, enteral och/eller parenteral nutrition övervägas, se figur 1 nedan.

Kosttillägg

Om den vanliga maten inte täcker behovet av energi och näring kan kosttillägg ordinerars av sjuksköterska, läkare eller dietist. Ordinationen ska dokumenteras i patientjournalen. För råd vid specifika nutritionssvårigheter, se "Checklista – nutritionsåtgärder".

Kosttillägg är energi- och näringsrika produkter som kan ordinerars när den vanliga maten inte räcker för att täcka behovet av energi och näringsämnen.

Vid ordination av kosttillägg ska det framgå i vårdplanen hur mycket och vilken sort som ordinerars. Även målet med behandlingen ska dokumenteras, vem som är ansvarig för ordinationen, samt när, hur och av vem den ska följas upp.

Specialkost

Specialkost är mat som kan behövas vid specifika sjukdomstillstånd och ordinerars av sjuksköterska eller läkare efter individuell bedömning. Kost med anpassad konsistens bör ordinerars av logoped.

Ordination av specialkost ska följas upp noggrant och plan för detta ska finnas dokumenterad i den elektroniska journalen.

Enteral nutrition

Enteral nutrition innebär att energi- och näringstillförsel sker direkt till mag-tarmkanalen via en nasogastrisk sond eller en gastrostomi. Indikationen för enteral nutrition är att energi- och näringsbehovet inte kan tillgodoses med enbart vanlig mat och/eller kosttillägg. Enteral nutrition kan ges som komplement till vanlig mat eller som enda närings- och energikälla.

Vid ordination av enteral nutrition ska det framgå i vårdplanen ska typ av sondnäring anges, samt ordinerad mängd, tillförselhastighet samt tidpunkter för administrering.

För lokala rutiner avseende administrering av enteral nutrition, se separat dokument.

Parenteral nutrition

Parenteral nutrition är intravenös energi- och näringstillförsel som ordinerars när energi- och näringsbehovet inte kan tillgodoses på annat sätt. Parenteral nutrition kan ges som komplement till vanlig mat eller enteral nutrition, men även som enda närings- och energikälla.

Vid ordination ska det framgå i vårdplanen hur mycket samt vilken sort som ordinerars. Även målet med behandlingen ska framgå, vem som är ansvarig samt när och hur behandlingen ska följas upp.

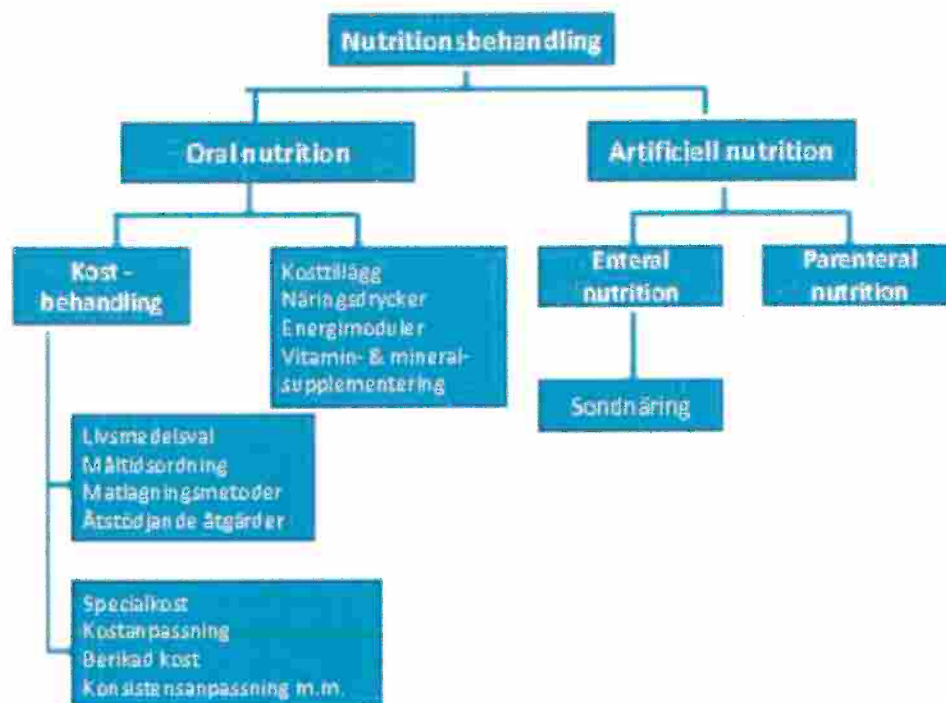


Fig 1 Grundläggande principer för nutritionsbehandling. Näring för god vård och omsorg – en vägledning för att förebygga och behandla undernäring. Socialstyrelsen; 2011.

Uppföljning

Nutritionsåtgärder ska följas upp systematiskt. Tidplanen för uppföljning ska framgå i den individuella vårdplanen.

Vård i livets slutskede

Syftet med nutritionsbehandling i 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

1. Undernäring: åtgärder för att förebygga. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting (SKL); 2011
2. Näring för god vård och omsorg – En vägledning för att förebygga och behandla undernäring. Socialstyrelsen; 2011). Varje steg i processen dokumenteras enligt patientdatalagen (2008:355)