

Kunskapsunderlag för att minska risken för undernäring, särskilt hos äldre personer

Näring för själen och kroppen

Måltiden handlar inte endast om att äta för att existera utan har även sociokulturella dimensioner. Vi väljer vad och hur vi äter utifrån individuella preferenser och möjligheter och varje människa har sitt unika förhållningssätt till maten. Vad och hur vi äter grundläggs i tidiga år och modifieras av till exempel vilka vi umgås och lever med. Vanor, roller och beteenden kring mat och måltider är till stora delar socialt och kulturellt inlärd. I fokus för detta kunskapsunderlag är dock inte de sociokulturella aspekterna utan snarast på undernäring, särskilt hos äldre personer, utifrån ett omvårdnadsperspektiv. Sjuksköterskan inom vård och omsorg har en central roll i teamet när det gäller att bedöma, planera, ordinera och implementera åtgärder, initiera konsultationer med annan expertis och för att utvärdera insatta åtgärder med syfte att stödja personers möjligheter att äta och dricka.

Definitioner

Malnutrition/felnäring kan definieras som ett tillstånd med en brist, ett överskott eller en obalans vad gäller energi, protein eller näringsämnen som ger mätbara negativa effekter på vävnad, kroppsform och kroppsfunktion samt kliniska resultat¹. Enligt denna definition kan såväl övervikt/fetma, undernäring och brist på mikronutrientier ingå i "malnutrition". Fokus för detta kunskapsunderlag är undernäring vilket innebär ett tillstånd med brist på energi, protein eller andra näringsämnen som orsakar mätbara och ogynnsamma förändringar i kroppens sammansättning, funktion eller av en persons sjukdomsförlopp². Vidare är det viktigt att skilja på "undernäring" och "risk för undernäring". Att vara i risk för undernäring innebär att personen har bedömts ha risk för undernäring men huruvida patienten faktiskt är undernärd är inte fastställt. Vedertagna diagnoskriterier saknas till viss del vilket medför att uppgifter om hur

vanligt undernäring är varierar i litteraturen. Till exempel i diagnoskriterier för undernäring från ICD-10 utgår man från vikt förlust eller lågt Body Mass Index (BMI)³ medan ESPEN (2015) utgår från antingen ett mycket lågt BMI eller ofrivillig vikt förlust i kombination med antingen lågt BMI eller låg andel fettfri massa⁴. Ytterligare begrepp som är viktiga att lyfta fram i detta sammanhang är sarkopeni, katabolism och kakexi. Sarkopeni innebär minskad muskelmassa med förlust av muskelfunktion. Särskilt bör nämnas att även en person med övervikt/fetma (ett högt BMI) kan ha ett underskott på muskelmassa, ett tillstånd som benämns sarkopen obesitas. Katabolism innebär metabola processer som medför nedbrytning av kroppsvävnad. Kakexi innebär en progressiv förlust av muskulatur och annan kroppsvävnad som beror på en kombination av undernäring och katabolism orsakad av underliggande sjukdom².

Förekomst av undernäring

Flera faktorer påverkar den varierande förekomsten av undernäring, eller snarare risk för undernäring, i olika studier, till exempel grupper av personer som ingår samt vilka metoder som används för att bedöma undernäring. Det gör det svårt att göra direkta jämförelser mellan olika studier. För att ge några exempel visades att förekomsten av moderat/hög risk för undernäring i Sverige var 34, 26 och 22 procent inom små (<200 vårdplatser), medelstora (200–500 vårdplatser) respektive stora (>500 vårdplatser) sjukhus, utifrån förekomst av minst två av följande: ofrivillig vikt förlust, lågt BMI och/eller ätsvårigheter⁵. Inom onkologi, gastroenterologi och bland personer med lungsjukdomar är risk för undernäring vanligast⁶.

Andra studier har visat att undernäring förekommer bland cirka fem procent av äldre personer i ordinärt boende

RE-AKTION är ett kunskapsunderlag som lyfter omvårdnadens betydelse för säker vård. Fler kunskapsunderlag hittar du på swenurse.se. Ta även del av www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet och www.skl.se/patientsakerhet

Kunskapsunderlag för att minska risken för undernäring, särskilt hos äldre personer

DECEMBER 2017

(enligt Mini Nutritional Assessment, MNA,⁷) samt hos 33–37 procent i samband med att äldre flyttar från ordinärt till särskilt boende (enligt MNA,⁸). Den högre förekomsten av undernäring hos personer som nyligen flyttat till särskilda boenden indikerar vikten av att identifiera de äldre personer i ordinärt boende som ligger i riskzonen för undernäring. Genom förebyggande åtgärder kan uppkomst och försämring av undernäring, ökat beroende och behov av institutionell vård möjligen förhindras⁷.

Riskfaktorer för undernäring

Såväl tillfälliga som långvariga sjukdomstillstånd kan bidra till utveckling av undernäring varav det vanligaste är demenssjukdom. Andra tillstånd är cancer, diabetes, depression, malabsorption, infektioner och kronisk obstruktiv lungsjukdom. Inflammationsprocesser som uppstår i samband med sjukdom påverkar aptiten och metabolismen negativt med negativ energibalans och katabolism som följd. Mekanismer för anpassning till svält sätts ur spel och energiomsättningen i vila ökar istället för att minska (som den gör vid svält) och proteinnedbrytningen i skelettmuskulatur fortsätter om otillräckliga mängder energi och andra näringsämnen tillförs⁹.

Demenssjukdom påverkar flera faktorer som inverkar negativt på ätandet. Depression är ett tidigt symptom vid demenssjukdom vilket kan leda till initiativlöshet, till exempel att personen inte kommer sig för att laga mat eller äta. Även luktsinnet påverkas negativt tidigt vid demenssjukdom¹⁰. Nedsatt förmåga att känna igen förmakelser som törst, hunger och mättnad kan uppstå liksom svårigheter att tolka sinnesintryck (agnosi) och att utföra viljestyrda handlingar (apraxi). Agnosi kan försvåra val av mat och apraxi kan göra det svårt att hantera bestick, föra maten till munnen och även att svälja. Språket påverkas vilket kan göra det svårt att framföra önskemål kring maten¹⁰.

Läkemedel kan sätta igång en viktnedgång på flera olika sätt genom att orsaka nedsatt aptit, illamående, gastrointestinal irritation, förstoppning, diarré, muntorrhet, hypermetabolism, kognitiv nedsättning och somnolens.

Munhälsan är också viktig för att vi ska kunna tugga maten och svälja maten. Brister i munhälsan kan leda till svårigheter att tugga och svälja maten och på sikt undernäring. Därför är det viktigt att personalen frågar om och genomför bedömningar av munhälsan som en naturlig del av omvårdnadsarbetet¹¹.

Risker med undernäring

Undernäring är förknippat med sämre hälsa, nedsatt förmåga att återhämta sig från sjukdom och ökad dödlighet. Konsekvenser av otillräckligt mat- och vätskeintag är att vikten och muskelmassan minskar, konditionen och immunförsvaret försämras, infektioner och apati utvecklas. Det innebär i sin tur att sjukdomsförlopp och rehabilitering förlängs, längre och dyrare sjukhusvistelser och behandlingar, ökad sjuklighet och dödlighet². Samhällets kostnader för sjukdomsrelaterad undernäring uppskattas vara minst lika stor som för övervikt och fetma¹². Att minska förekomsten av undernäring är således en angelägenhet ur såväl ett individ- och folkhälsoperspektiv som ur ett vård- och omvårdnadsperspektiv.

Nutritionsomvårdnadsprocessen

Processen inleds med en strukturerad initial riskbedömning (screening) som bör inbegripa minst följande tre kriterier: ofrivillig vikt förlust; undervikt enligt Body Mass Index (BMI); och svårigheter att äta. Därefter följer en utredning för personen med risk för undernäring som kan omfatta fördjupad bedömning av svårigheter att äta, medicinsk problematik, måltidssituationen, mat- och vätskeregistrering med mera. En personcentrerad

Kunskapsunderlag för att minska risken för undernäring, särskilt hos äldre personer

DECEMBER 2017

vårdplan för nutrition upprättas med specifika mål, behandling, råd och plan för uppföljning. Alternativt kan en standardiserad vårdplan användas där individuella tillägg görs beroende på patientens behov. Standardiserade vårdplaner gör det också möjligt att hämta ut värddata för kvalitetsuppföljning. Den initiala riskbedömningen är ett bra hjälpmedel vid upprättande av vårdplanen. För personer som inte bedöms ha risk för undernäring utifrån den initiala bedömningen beslutas om lämplig kost. För samtliga personer görs uppföljning och utvärdering med regelbundna intervall².

Riskbedömning för undernäring

Det finns många metoder för att upptäcka risk för undernäring. Undervikt enligt BMI och ofrivillig viktförlust ses som nyckelindikatorer för undernäring och har tillsammans med påverkan på matintag, till exempel svårigheter att äta, god evidens i litteraturen och visar bland annat på samband med förändringar i funktion, hälsa och kliniska komplikationer^{13,14}. Användningen av BMI, viktförlust och påverkan på matintag återspeglas i SWESPENs kriterier (The Swedish Society for Clinical Nutrition and Metabolism)¹⁵, i vägledningen från Socialstyrelsen² och i skattningsinstrument som Nutritional Risk Screening – 2002 (NRS-2002)¹⁶, Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)¹⁷ och Mini Nutritional Assessment (MNA)^{18–20} och i det nyligen utvecklade instrumentet MEONF-II (Minimal Eating Observation and Nutrition Form – version II)^{21–24}.

Här följer kortfattade beskrivningar av de tre kriterierna (BMI, viktförlust, påverkan på matintag) samt instrumenten MNA och MEONF-II. Dessa två instrument har valts utifrån att de ofta ingår i eller är baserade på svenska rekommendationer. Till exempel används MNA alternativt ”de tre kriterierna” (som återkommer i MEONF-II) i Senior alert (ett nationellt kvalitetsregister för vård och omsorg).

BMI

BMI är en vanlig metod för att upptäcka undernäring hos äldre personer, men på grund av kotkompressioner (kyp-hoscolios, lateral krökning av ryggraden) blir man kortare och får ett ”falskt högt BMI” när man blir äldre. Utifrån Svenska rekommendationer gällande undre gränser för BMI¹⁵, plus de fakta att något högre BMI är förknippat med lägre dödlighet samt att en förlust av längd följer på åldrandet på grund av kompression av kotpelaren utgick man nyligen i Svenska studier från att normalt BMI är 20–25 för dem som är 69 år eller yngre och BMI 22–27 för dem som är 70 år eller äldre^{5,14,25}.

Ibland kan det vara svårt att mäta höjden/längden, till exempel hos patienter med höftfraktur. En kroppslängd uppmätt vid tidigare tillfälle kan användas eller kan man mäta längden i liggande^{26,27}. En god överrensstämmelse har visats föreligga mellan längd mätt i stående och längd mätt i liggande²⁸. Ytterligare andra metoder att mäta längd på beskrivs till exempel i Socialstyrelsens rapport². Det finns flera kalkylatorer online för att beräkna BMI för en person som är amputerad.

OFRIVILLIG VIKTFÖRLUST

Ofrivillig viktförlust är förknippat med ökad risk för komplikationer under sjukhusvistelse, försämring av ADL-funktioner eller fysiska funktioner, behov av institutionsvård och sämre livskvalitet²⁹. Vägning bör ske innan frukost med tömd urinblåsa. Samma mätförhållanden bör råda vid olika viktmätningar, det vill säga att personen enbart bär underkläder eller lätta kläder. Hos personer med ödem och ascites (vätska i buken), till exempel hos hjärt-, lever- och njursjuka, och postoperativt kan vikten vara falskt hög på grund av vätskeansamling i kroppen.

SVÅRIGHETER ATT ÄTA

Som hjälp för observation av ätsvårigheter har ett bedömningsinstrument tagits fram (Minimal Eating Observation Form – Version II, MEOF-II)^{14,30}. Genom detta instrument

Kunskapsunderlag för att minska risken för undernäring, särskilt hos äldre personer

DECEMBER 2017

bedöms ätandet utifrån tre integrerade delar, intagande av mat som omfattar förmågan att sitta på ett bra sätt under måltiden, att dela maten på tallriken och att föra maten till munnen; sväljningsprocessen som omfattar förmågan att tugga, hantera maten i munnen och att svälja; samt ork och aptit som omfattar förmågan att äta en hel måltid, aptiten och att orka genomföra en hel måltid. Var och en av de tre integrerade delarna karaktäriseras av specifika moment, vilka alla behöver observeras. Beroende av vilka problem som förekommer kan åtgärderna anpassas^{14,30} (Tabell 1). I en systematisk genomgång av litteraturen visades att MEOF-II var det mest robusta instrumentet för att initialt bedöma ättsvårigheter för kliniskt bruk och användning i forskning³¹.

MNA-SF OCH MNA

MNA och dess kortversion MNA-SF har ett omfattande evidensunderlag som stödjer dess användning i bedömningen av äldre (65+) personer. Instrumentet utvecklades 1994 av geriatriker med syftet att inkludera nutritionsbedömningen som en del i den geriatrika bedömningen. En styrka med MNA är att instrumentet upptäcker patienter med risk på ett tidigt stadium, innan BMI och serum-albumin blivit lågt vilket ökar chansen att sätta in förebyggande åtgärder²⁰.

MNA-SF som består av de sex första frågorna i MNA kan användas som en initial bedömning/screening. Utifrån att poängen på den initiala delen är under 12 bör man fortsätta med fullständiga MNA. På det sättet består MNA både av en initial bedömning/screening och en fördjupad bedömning (assessment). I senare studier har man visat att BMI kan ersättas med ett mått på vadmokretsen i MNA-SF med bibehållen precision (om vadmokretsen är mindre än 31 centimeter indikerar det risk för undernäring). Detta är värdefullt i fall då det är svårt att mäta eller väga patienten³². I samma studie visades att MNA-SF kan användas oberoende av MNA fullversion och klassificera patienterna i tre grupper enligt följande:

om poängen är 12 poäng eller mer = välnärd; om 8–11 poäng = risk för undernäring; och om sju poäng eller mindre = undernärd³².

Den fullständiga versionen av MNA består av 18 frågor som grupperas i fyra områden: antropometri (BMI, viktförlust, arm- och vadmokrets); generell bedömning (livsstil, läkemedel, rörlighet, förekomst av depression/demens); födointag (antal måltider, mat och dryckintag, att äta självständigt); och en subjektiv bedömning (egen upplevd hälsa och näringstillstånd). Poängen sträcker sig mellan noll och trettio och indikerar om personen är välnärd (poäng >24), har risk för undernäring (17–23.5 poäng) eller är undernärd (<17 poäng)^{18,19}. Gränsvärdena för de tre olika näringstillstånden enligt MNA-poängen är grundade på beräkningar i relation till serum albumin nivåer^{33,34}.

MEONF-II

MEONF-II utvecklades för att upptäcka risk för undernäring inom både vård och omsorg (från 18 års ålder). Syftet var också att inkludera observation av ättsvårigheter där åtgärderna kan kräva insatser från olika professioner såsom sjuksköterska, dietist, arbetsterapeut, sjukgymnast, logoped, tandhygienist/tandläkare och läkare. Särskilt beaktades att instrumentet skulle vara användarvänligt inom och ha relevans för omvårdnad. Genom MEONF operationaliserades kriterierna som togs fram av Samarbetsgruppen för Nutritionens Utveckling i Sverige (SNUS, 2004,³⁵), The Swedish Society for Clinical Nutrition and Metabolism (SWESPEN, 2006,¹⁵) och senare backades upp av Socialstyrelsen (2011,²).

Utifrån MEONF-II bedöms följande: undervikt eller kort vadmokrets; ofrivillig viktförlust; förekomst av ättsvårigheter (intagande av mat, sväljningsprocessen, energi/ork och aptit); samt kliniska tecken. Olika poäng har getts i MEONF-II beroende på om lågt BMI föreligger (1 poäng) eller om viktförlust föreligger (2 poäng) efter-

Kunskapsunderlag för att minska risken för undernäring, särskilt hos äldre personer

DECEMBER 2017

Tabell 1. Specifika och generella åtgärder vid svårigheter att äta.

Huvudmoment i ätprocessen	Specifika åtgärder – kopplade till huvudmoment i ätprocessen	Generella åtgärder kopplade till ätprocessen
Intagande av mat (sitta, dela maten, föra maten till munnen)	Anpassa bestick, glas, mugg Använd hjälpmedel Konsultera sjukgymnast, arbetsterapeut	Assistans/matning Träning Artificiell (enteral/parenteral) nutrition Anpassa måltidsmiljön
Sväljningsprocessen (tugga, hantera maten i munnen, svälja)	Konsistensanpassa Specifika sväljningstekniker och huvudpositioneringar Konsultera: person kunnig i dysfagi (vanligen logoped), dietist, tandhygienist tandläkare.	Reducera distraherande moment Samtal och information
Energi/aptit (äta en hel måltid, orka genomföra en måltid, aptit)	Naturlig berikning Kosttillägg till exempel näringsdryck till mellanmål Energi- och proteinrik kost (E-kost) Planera andra aktiviteter så att ork finns att äta Konsultera dietist	

Kunskapsunderlag för att minska risken för undernäring, särskilt hos äldre personer

DECEMBER 2017

som enbart ett lågt BMI inte behöver innebära risk för undernäring men ofrivillig viktförlust alltid ska betraktas som en risk. Vad gäller ätsvårigheter har det i tidigare studier visats att problem med energi/ork och aptit har störst association till indikatorer för undernäring^{14,36}. Därför har den typen av ätsvårigheter getts högre poäng (2 poäng) än de andra ätsvårigheterna (1 poäng). Förutom att lita till dessa kriterier är det viktigt att titta på patienten, och bedöma kliniska tecken på att patienten tycks vara undernärd, till exempel magerlagd, har försvagade muskler, för lite kroppsfett och/eller ödem (till exempel svullna fötter/ben) (om problem = 1 poäng). Poängen sträcker sig mellan noll och åtta och indikerar ingen/liten risk (0–2 poäng); måttlig risk (3–4 poäng); och hög risk (5–8 poäng). Gränsvärdena för de tre olika näringstillstånden enligt MEONF-poängen är grundade på beräkningar i relation till MNA²³. MEONF-II har visats vara ett tillförlitligt (reliabelt, validt) och användarvänligt instrument som bedömts relevant av omvårdnadspersonal^{21–24,37}.

Utredning och monitorering

Vid fynd som talar för undernäring/risk för undernäring ska en medicinsk och omvårdnadsmässig orsaksbedömning göras. Bedömningen och utredningen görs av läkare, sjuksköterska och dietist. Vid behov konsulteras logoped, arbetsterapeut, sjukgymnast, tandhygienist och/eller tandläkare beroende på vilka ät- och näringsproblem personen har (Tabell 1).

Utredningen av orsaker till undernäring bör bland annat omfatta bakomliggande sjukdom, mag- och tarmrelaterade besvär, behandlingspåverkan (till exempel strålning, cytostatika), medicinering, mun- och tandstatus, svårigheter att svälja (dysfagi), funktionella svårigheter att äta, sociala och kulturella faktorer och födoämnesallergi/överkänslighet. För att få en helhetsbild över personens nutritionsproblem kan det även behövas en analys av matintag med mat- och

vätskeregistrering, måltidsobservationer, beräkning av energi- och vätskebehov och kroppssammansättning och beräkning av energiintag².

Att genomföra noggranna mat- och vätskeregistreringar är det bästa sättet att få grepp om vad en person faktiskt äter och dricker. Registrering genomförs lämpligen under tre dagar för att få en så bra bild som möjligt av intaget. Via registrering av uppättna portioner i kvartiler (25 procent, 50 procent, 75 procent, 100 procent av serverad mat) erhålls också en bra uppfattning av matintaget som korrelerar väl till vägning av matportioner³⁸. Det ställer stora krav på personalens noggrannhet och systematik i dokumentationen. Dessa registreringar kan utgöra underlag för att beräkna energiintaget i förhållande till personens energibehov². Kontakta gärna dietist för sådana beräkningar.

Efter riskbedömningen för undernäring är det fortsatt viktigt att monitorera vikten och matintaget. Noggrann bevakning av viktutvecklingen är förmodligen den enklaste och mest tillförlitliga sättet att monitorera eftersom det fångar individer med risk för undernäring på grund av viktförlust även om de har ett BMI inom eller över referensområdena³⁹.

Vårdplan – förebyggande och behandlande åtgärder

För ett framgångsrikt arbete med att förebygga och behandla undernäring krävs både ett helhetsgrepp och en helhetssyn. Med helhetsgrepp menas att samtliga involverade professioner och i många fall närstående behöver samverka för att utifrån ett personcentrerat förhållningssätt på bästa sätt hjälpa personen med risk för undernäring⁴⁰. Det behövs också en helhetssyn eftersom orsaksbilden för undernäring hos personen ofta är komplex och därför kräver flera olika koordinerade insatser. Åtgärder och plan för monitorering/uppföljning dokumenteras lämpligen i en vårdplan som utgår från ett

Kunskapsunderlag för att minska risken för undernäring, särskilt hos äldre personer

DECEMBER 2017

personcentrerat förhållnings- och arbetssätt. En individuell eller standardiserad vårdplan för personen med risk för eller manifest undernäring upprättas. Exempel på åtgärder kan vara extra mellanmål, naturlig berikning och/eller näringsdrycker, energi- och proteinberikad kost (E-kost), konsistensanpassad mat/dryck och hjälpmedel för att kunna äta (se även tabell 1).

NATURLIG BERIKNING/NÄRINGSDRYCKER

Om det är svårt att få i sig tillräckligt i samband med huvudmålen kan det vara idé att äta små energirika portioner väl fördelade över dagen, tre huvudmål och upp till fyra mellanmål. På institution täcks cirka 50–60 procent av personens energibehov av huvudmåltiderna som levereras från tillagningsköken och resterade 40–50 procent ska täckas av mellanmål, drycker och eventuella näringsdrycker. Maten kan berikas naturligt med fett och proteinrika livsmedel (till exempel olika oljor, margarin, ägg, grädde, kvarg, smör, ost, keso). Välj fetare mejeriprodukter med minst tre procent fetthalt. Välj även feta och proteinrika pålägg på smörgåsen som till exempel gräddost, korv, leverpastej, lax, ägg, sillbitar och majonäs (med 80 procent fett). Dessurter kan också bidra till ett ökat energiintag, till exempel ostkaka, pannkaka, fruktsoppa, kräm eller puddingar. Tag gärna en klick grädde, kvarg eller glass i. Choklad, glass, ost och kex är andra förslag till efterrätt/mellanmål. Tänk även på att välja energirika måltidsdrycker som mjölk, juice, lättöl, läsk, cider eller saft. Mjölk är både energi- och proteinrikt⁴¹. Om naturlig berikning inte medför någon förbättring av näringstillståndet kan det vara aktuellt med näringsdrycker.

ENERGI- OCH PROTEINRIK KOST (E-KOST)

De tre grundkosterna utgörs av NNR-kost (kost enligt Nordiska Näringsrekommendationer), tidigare SNR-kost (kost enligt Svenska Näringsrekommendationer), A-kost (allmän kost för sjuka) och E-kost (energi- och proteinrik

kost). Grundkosterna är dock under revision och ersätts av kost enligt Nordiska Näringsrekommendationer (NNR) som primärt gäller för grupper av friska personer och A-kost och E-kost anpassas vid måltidsplaneringen utifrån patient/vårdtagargruppernas behov och förutsättningar (se <https://www.livsmedelsverket.se/>).

Men, då omställning till nya rekommendationer tar tid används här de tidigare nämnda benämningarna på kosterna. E-kost används till personer som bedöms vara undernärda eller i riskzonen för att utveckla undernäring på grund av undervikt, ofrivillig viktförlust, dålig aptit eller andra ätsvårigheter och därför inte kan äta tillräckligt av A-kosten. E-kost innebär att mer energi ges per volym mat genom berikning. Ordination av E-kost ska baseras på en individuell bedömning av näringstillstånd och behov. Naturlig berikning av mellanmål alternativt näringsdrycker är ett viktigt komplement i denna kost. E-kosten ska tillgodose behovet av energi, protein och andra näringsämnen vid tillstånd då uppåten matvolym tenderar vara för liten alltmedan behovet av energi- och näringsämnen är oförändrat eller ökat.

KONSISTENSANPASSAD MAT/DRYCK

För personer med tugg- och sväljsvårigheter kan maten behöva konsistensanpassas. Vid sväljningssvårigheter behövs ofta en logopedbedömning och vid tuggsvårigheter kan det behövas en konsultation av tandhygienist/tandläkare. Dietisten kan ge råd vad gäller den konsistensanpassade maten.

HJÄLPMEDEL FÖR ATT KUNNA ÄTA

Det finns ett stort utbud av hjälpmedel som kan underlätta för personer att äta. Exempel på hjälpmedel är knaffel (kombinerad kniv/gaffel), bågare med handtag och piplock, extra lätta bestick, greppvänliga bestick, vinklade bestick, pet- emot-kant, dosmuggar (för person med sväljningssvårigheter), antihalkduk och robotarm.

Kunskapsunderlag för att minska risken för undernäring, särskilt hos äldre personer

DECEMBER 2017

För utprovning av lämpliga hjälpmedel kan arbetsterapeut konsulteras. Om sittställningen behöver optimeras kan sjukgymnasten konsulteras.

MÅLTIDSASSISTANS

För personer som inte kan äta på egen hand kan måltidsassistans behövas, den kräver specifik kunskap, skicklighet och att en tillitsfull relation etableras mellan den som assisterar och den som får assistans.

MATDISTRIBUTION

Det är känt att hjälp från närstående och matdistribution underlättar för den enskilde att få ett bättre näringsintag. Därutöver krävs rätt kompetens inom vård och omsorg för att identifiera och åtgärda risk för undernäring. För personer som har matdistribution är det viktigt att uppföljningar av insatsen görs. För detta krävs att distriktssköterskan informeras om vilka personer som har matdistribution.

SONDNÄRING/INTRAVERNÖS NÄRING (ENTERAL/PARENTERAL NUTRITION)

För personer som inte kan få i sig tillräckligt genom mat/dryck kan det under en kortare eller längre period vara aktuellt med intravenös näring alternativt sondmatning. Någon fördjupning kring dessa behandlingar ges dock ej i detta kunskapsunderlag.

Målsättningar för förebyggande och behandling av undernäring

Med utgångspunkt från SOSFS 2014:10⁴² som lyfter fram att rutiner ska finnas inom vård och omsorg för bedömning av näringstillstånd, utredning, behandling, uppföljning och dokumentation kan följande mål utgöra en bas för riktlinjer kopplade till individen (idé från⁴³).

- Att vård-/omsorgstagare ska erbjudas nutritionsbedömning med insatta åtgärder, uppföljning och utvärdering.
- Att vård-/omsorgstagare som är i riskzonen för undernäring identifieras och erbjuds personcentrerade åtgärder som dokumenteras i en individuell vårdplan.
- Alla vård-/omsorgstagare ska erhålla den hjälp och det stöd som de är i behov av vid måltiden.
- Alla vård-/omsorgstagare ska erbjudas måltider jämnt fördelade över dygnet med hänsyn taget till enskilda önskemål och behov.
- På sjukhus och i särskilt boende ska vård-/omsorgstagare erbjudas tre huvudmål samt två till tre mellanmål som är jämt fördelade över dagen så att nattfastan inte överstiger elva timmar⁴⁴.

FÖR ATT OVANSTÅENDE SKA KUNNA VERKSTÄLLAS:

- Krävs att all personal har kunskap om riktlinjer och rutiner för måltider och nutritionsbehandling.
- Är det önskvärt att varje enhet har minst ett nutritions- och/eller kostombud och en nutritionsansvarig sjuksköterska.
- Är det önskvärt att nutritions-/kostombudsträffar genomförs med viss regelbundenhet.
- Är det en målsättning att all personal ska ha kunskap om och känna engagemang för maten, måltiden och näringens betydelse för hälsan.
- Krävs kontinuerlig kompetensutveckling gällande nutrition och ätande inom de olika enheterna.

Kunskapsunderlag för att minska risken för undernäring, särskilt hos äldre personer

DECEMBER 2017

Informationsöverföring

Informationsöverföring angående påbörjad eller planerad nutritionsbehandling ska alltid göras vid vårdplanering och i vissa fall är det lämpligt att dietist medverkar vid vårdplaneringen. Om personen har enteral eller parenteral nutrition bör dietist alltid kallas till vårdplaneringen och alltid ha kontaktats i god tid före utskrivningen från sjukhus. En SIP, Samordnad Individuell Plan, ska samordna och tydliggöra vårdinsatser då insatser från flera vårdgivare behövs för att personen ska kunna ges en säker, trygg och adekvat vård. Kommunen ansvarar för att behovet av en SIP provas och vid behov upprättas.

Hälsopromotion

Förebyggande hembesök av distriktsköterskor till hemmaboende seniorer är ett exempel på en kommunal insats som har potential att förebygga utveckling av undernäring. Hembesöken syftar till att fånga upp äldre i ett tidigt skede av försämrad hälsa/funktionalitet, i syfte att seniorer under längre tid ska kunna bibehålla sin hälsa och sitt oberoende samt förebygga sjukdom och sjukvårdsbehov. Exempel på insatser som kan behövas är hjälp att handla eller laga mat, alternativt att få matdistribution. Om sådana insatser ges är det viktigt att de följs upp med exempelvis regelbunden kontroll av vikten. Risken för undernäring hos seniorer är också ett folkhälsoproblem och informationskampanjer kan behövas till exempel vad gäller seniorers särskilda behov av makro- och mikro-nutrientier⁴⁵.

Sammanfattning

Maten och måltiderna är viktiga för oss alla, för välbefinnande och hälsa, inte minst när vi blir äldre. Till följd av åldrandet och/eller sjukdom kan möjligheten att handla mat, laga mat, äta mat och omsätta maten i kroppen påverkas av en mängd olika faktorer. Detta ställer krav på att upptäcka problem, ordinera och genomföra åtgärder,

monitorera utvecklingen och följa upp insatta åtgärder. För att göra detta krävs bland annat att man i omvårdnaden använder strukturerade metoder för att upptäcka personer med risk för undernäring företrädesvis baserat på BMI, ofrivillig viktförlust och ättsvårigheter. När risk upptäcks krävs fördjupade bedömningar och särskilda åtgärder såsom att underlätta ätandet, involvera andra professioner, ordinera E-kost, tillgodose naturlig berikning alternativt näringsdryck. Det krävs en helhetsyn vid behandling av undernäring eftersom orsaksbilden hos personen ofta är komplex och därför kräver flera olika koordinerade insatser från olika professioner och ibland även engagemang från närstående.

Fördjupningslitteratur

Cederholm T, Bosaeus I, Barazzoni R, Bauer J, Van Gossum A, Klek S, Muscaritoli M, Nyulasi I, Ockenga J, Schneider SM et al: Diagnostic criteria for malnutrition – An ESPEN Consensus Statement. *Clin Nutr* 2015, 34(3):335–340.

Westergren A, Lindholm C, Mattsson A, Ulander K: Minimal eating observation form: reliability and validity. *J Nutr Health Aging* 2009, 13(1):6–12.

SWESPEN.: Nutritionsbehandling i sjukvård och omsorg 2006.

Smith S, Westergren A, Saunders J, Hagell P: Nutritional screening: a user-friendly tool adapted from Sweden. *Br J Nurs* 2016, 25(4):208–211.

Socialstyrelsen.: Förebyggande av och behandling vid undernäring. Stockholm, 2014

Kunskapsunderlag för att minska risken för undernäring, särskilt hos äldre personer

DECEMBER 2017

Författare

Albert Westergren, leg. sjuksköterska, professor i omvårdnad har omfattande erfarenhet av att ha arbetat med patienter med dysfagi (sväljningssvårigheter) och hans forskning har fokuserats på undernäring och svårigheter att äta på sjukhus, i särskilda boende och hemma hos äldre. Han har utvecklat ett instrument för initial bedömning (screening) av svårigheter att äta (MEOF-II) och ett annat för initial bedömning av risk för undernäring (MEONF-II). Westergren har även arbetat med kompetenshöjande insatser i form av studiecirkel med fokus på ätande och näring inom kommunala verksamheter och på senare tid utvecklat en datorbaserad interaktiv utbildning med fokus på näring och ätande (DUNÄT, www.dunat.se). Han var initiativtagare (2002) till ett FoU-nätverk för kunskapsutbyte och samverkan i Nordöstra Skåne mellan Regionens sjukhus, primärvård, ASIH, sex kommuner och Högskolan Kristianstad. Nätverket, som fortfarande är aktivt, har akronymen NÄVER (Nätverket för Näring och Ätande).

albert.westergren@hkr.se

Kunskapsunderlaget är sakkunniggranskat av Ann Ödlund Olin, leg. sjuksköterska, med dr, vårdutvecklingsledare, Kvalitet och patientsäkerhet, Karolinska Universitetssjukhuset och Institutionen för klinisk vetenskap, intervention och teknik, Karolinska Institutet.

ann.odlund-olin@sl.se

Referenser

1. Lochs H, Allison SP, Meier R, Pirlich M, Kondrup J, Schneider S, van den Berghe G, Pichard C: Introductory to the ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Terminology, definitions and general topics. *Clin Nutr* 2006, 25(2):180-186.
2. Näring för god vård och omsorg – en vägledning för att förebygga och behandla undernäring.
3. WHO: ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders (The): Diagnostic Criteria for Research: World Health Organization; 1993.
4. Cederholm T, Bosaeus I, Barazzoni R, Bauer J, Van Gossum A, Klek S, Muscaritoli M, Nyulasi I, Ockenga J, Schneider SM et al: Diagnostic criteria for malnutrition – An ESPEN Consensus Statement. *Clin Nutr* 2015, 34(3):335-340.
5. Westergren A, Wann-Hansson C, Borgdal EB, Sjolander J, Stromblad R, Klevsgard R, Axelsson C, Lindholm C, Ulander K: Malnutrition prevalence and precision in nutritional care differed in relation to hospital volume – a cross-sectional survey. *Nutr J* 2009, 8:20.
6. Kruijenga HM, Wierdsma NJ, van Bokhorst MA, de van der S, Haollander HJ, Jonkers-Schuitema CF, van der Heijden E, Melis GC, van Staveren WA: Screening of nutritional status in The Netherlands. *Clin Nutr* 2003, 22(2):147-152.
7. Johansson Y, Bachrach-Lindstrom M, Carstensen J, Ek AC: Malnutrition in a home-living older population: prevalence, incidence and risk factors. A prospective study. *J Clin Nurs* 2009, 18(9):1354-1364.
8. Wikby K, Ek AC, Christensson L: Nutritional status in elderly people admitted to community residential homes: comparisons between two cohorts. *J Nutr Health Aging* 2006, 10(3):232-238.

Kunskapsunderlag för att minska risken för undernäring, särskilt hos äldre personer

DECEMBER 2017

9. Bosaeus I: Sjukdomsrelaterad undernäring vanlig hos äldre. *Nordisk Nutrition* 2009, 2:12-14.
10. Faxén Irving G: Nutrition vid demenssjukdom. *Nordisk Nutrition* 2009, 2:18-20.
11. Andersson P, Westergren A, Karlsson S, Hallberg IR, Renvert S: Oral health and nutritional status in a group of geriatric rehabilitation patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2002, 16(3):311-318.
12. Stratton R, Elia M: A review of reviews: A new look at the evidence for oral nutritional supplements in clinical practice. *Clin Nutr Suppl* 2007, 2:5-23.
13. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M: ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr* 2003, 22(4):415-421.
14. Westergren A, Lindholm C, Mattsson A, Ulander K: Minimal eating observation form: reliability and validity. *J Nutr Health Aging* 2009, 13(1):6-12.
15. SWESPEN.: Nutritionsbehandling i sjukvård och omsorg 2006.
16. Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O, Stanga Z: Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clin Nutr* 2003, 22(3):321-336.
17. Stratton RJ, Hackston A, Longmore D, Dixon R, Price S, Stroud M, King C, Elia M: Malnutrition in hospital outpatients and inpatients: prevalence, concurrent validity and ease of use of the 'malnutrition universal screening tool' ('MUST') for adults. *Br J Nutr* 2004, 92(5):799-808.
18. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ: Assessing the nutritional status of the elderly: The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutr Rev* 1996, 54(1 Pt 2):S59-65.
19. Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ, Nourhashemi F, Bannahum D, Lauque S, Albarede JL: The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition* 1999, 15(2):116-122.
20. Guigoz Y, Lauque S, Vellas BJ: Identifying the elderly at risk for malnutrition. The Mini Nutritional Assessment. *Clin Geriatr Med* 2002, 18(4):737-757.
21. Vallen C, Hagell P, Westergren A: Validity and user-friendliness of the minimal eating observation and nutrition form – version II (MEONF-II) for undernutrition risk screening. *Food Nutr Res* 2011, 55.
22. Westergren A, Norberg E, Hagell P: Diagnostic performance of the Minimal Eating Observation and Nutrition Form – Version II (MEONF-II) and Nutritional Risk Screening 2002 (NRS 2002) among hospital inpatients – a cross-sectional study. *BMC nursing* 2011, 10:24.
23. Westergren A, Norberg E, Vallen C, Hagell P: Cut-off scores for the Minimal Eating Observation and Nutrition Form – Version II (MEONF-II) among hospital inpatients. *Food Nutr Res* 2011, 55.
24. Westergren A, Torfadottir O, Hagell P: Inter- and intrarater reliability of Minimal Eating Observation and Nutrition Form – version II (MEONF-II) nurse assessments among hospital inpatients. *BMC nursing* 2014, 13:18.
25. Westergren A, Lindholm C, Axelsson C, Ulander K: Prevalence of eating difficulties and malnutrition among persons within hospital care and special accommodations. *J Nutr Health Aging* 2008, 12(1):39-43.
26. Cederholm T: Nutrition hos äldre. *Nordisk Geriatrik* 2004, 1:32-36.
27. Unosson M: Malnutrition in hospitalised elderly patients. Linköping: Univ.; 1993.

Kunskapsunderlag för att minska risken för undernäring, särskilt hos äldre personer

DECEMBER 2017

28. Ponzer S, Tidermark J, Brismar K, Soderqvist A, Cederholm T: Nutritional status, insulin-like growth factor-1 and quality of life in elderly women with hip fractures. *Clin Nutr* 1999, 18(4):241-246.
29. Alibhai SM, Greenwood C, Payette H: An approach to the management of unintentional weight loss in elderly people. *CMAJ* 2005, 172(6):773-780.
30. Westergren A, Unosson M, Ohlsson O, Lorefalt B, Hallberg IR: Eating difficulties, assisted eating and nutritional status in elderly (> or = 65 years) patients in hospital rehabilitation. *Int J Nurs Stud* 2002, 39(3):341-351.
31. Hansen T, Kjaersgaard A, Faber J: Measuring elderly dysphagic patients' performance in eating – a review. *Disabil Rehabil*, 33(21-22):1931-1940.
32. Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T, Thomas DR, Anthony P, Charlton KE, Maggio M et al: Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA-SF): a practical tool for identification of nutritional status. *J Nutr Health Aging* 2009, 13(9):782-788.
33. Bauer JM, Kaiser MJ, Anthony P, Guigoz Y, Sieber CC: The Mini Nutritional Assessment – its history, today's practice, and future perspectives. *Nutr Clin Pract* 2008, 23(4):388-396.
34. Guigoz Y, Vellas B, Garry P: Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts Res Gerontol* 1994, 4 (Suppl 2):15-59.
35. Nutritionsbehandling i sjukvård och omsorg. Stockholm: Dietisternas Riksförbund, Nutritionsnätet, Svensk förening för klinisk nutrition och SWESPEN; 2004.
36. Westergren A, Karlsson S, Andersson P, Ohlsson O, Hallberg IR: Eating difficulties, need for assisted eating, nutritional status and pressure ulcers in patients admitted for stroke rehabilitation. *J Clin Nurs* 2001, 10(2):257-269.
37. Smith S, Westergren A, Saunders J, Hagell P: Nutritional screening: a user-friendly tool adapted from Sweden. *Br J Nurs* 2016, 25(4):208-211.
38. Olin AO, Osterberg P, Hadell K, Armyr I, Jerstrom S, Ljungqvist O: Energy-enriched hospital food to improve energy intake in elderly patients. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 1996, 20(2):93-97.
39. Labossiere R, Bernard MA: Nutritional considerations in institutionalized elders. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2008, 11(1):1-6.
40. McCormack B, McCance TV: Development of a framework for person-centred nursing. *J Adv Nurs* 2006, 56(5):472-479.
41. NÄVER.: Matnyttigt för ett hälsosamt åldrande. Nätverket för Näring och Ätande, Nordöstra Skåne; 2017.
42. Socialstyrelsen.: Förebyggande av och behandling vid undernäring. Stockholm, 2014.
43. Älvsbyns Kommun: Riktlinje nutrition. Älvsbyns kommun; 2016.
44. Soderstrom L, Thors Adolfsson E, Rosenblad A, Frid H, Saletti A, Bergkvist L: Mealtime habits and meal provision are associated with malnutrition among elderly patients admitted to hospital. *Clin Nutr* 2013, 32(2):281-288.
45. Westergren A, Hagell P, Sjö Dahl Hammarlund C: Undernäring och fallrisk – ett förestående hälso-problem bland yngre pensionärer? *Svensk Geriatrik* 2014, 1:11-14.