

Att förebygga och behandla undernäring

Kunskapsstöd i hälso- och sjukvård och
socialtjänst

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2019-5-6
Publicerad www.socialstyrelsen.se, maj 2019

Förord

Socialstyrelsen och Livsmedelsverket kom i januari 2017 överens om ett förtydligande av myndigheternas respektive ansvar inom nutritionsområdet. Livsmedelsverket ansvarar enligt överenskommelsen för allmänna näringsrekommendationer om offentliga måltider inom vården och omsorgen. Socialstyrelsen ansvarar för kunskapsstöd och rekommendationer om förebyggande och behandling av undernäring samt om nutritionsbehandling för specifika sjukdomstillstånd. Mot bakgrund av överenskommelsen och de bestämmelser om undernäring som tillkom 2014 i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:10) om förebyggande av och behandling vid undernäring, har Socialstyrelsens publikation *Näring för god vård och omsorg – en vägledning för att förebygga och behandla undernäring* (2011), blivit delvis inaktuell.

Det här kunskapsstödet har tagits fram som en följd av den beskrivna bakgrunden och resultaten från en förstudie som genomfördes 2017. Erfarenheterna från förstudien tyder på att arbete mot undernäring ofta underprioriteras i verksamheterna och att handläggningen och omhändertagandet varierar i landet. Målet med kunskapsstödet är att personer med risk för undernäring identifieras innan undernäring uppstår och att personer som lider av undernäring eller med risk för undernäring tillförsäkras en näringstillförsel som är anpassad efter deras behov.

Kunskapsstödet vänder sig till chefer, verksamhetsutvecklare och berörd personal inom samtliga verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård samt personal inom verksamheter som tillhandahåller hemtjänst, på särskilda bostaden för äldre och på bostäder med särskild service för personer med funktionsnedsättning. Kunskapsstödet bidrar till Sveriges arbete med att uppfylla flera av målen i Agenda 2030, däribland mål 2 Ingen hunger, mål 3 Hälsa och välbefinnande, och målen 5 och 10 Jämställdhet respektive Minskad ojämlikhet.

Projektledare har varit Lena Martin, och Anders Fejer har varit ansvarig enhetschef. Socialstyrelsen tackar alla de som med stort engagemang och expertkunskande har deltagit i arbetet.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	8
Varför har kunskapsstödet tagits fram?	8
Användning av kunskapsstödet	9
Målgrupper	9
Avgränsningar	10
Kunskapsstödet syfte och mål	10
Termer i kunskapsstödet	10
Delaktighet, etik och jämlik vård och omsorg	11
Multiprofessionella team för kontinuitet och helhetsbild	12
Definitioner av undernäring	13
Diagnoskriterier, klassifikationer och terminologier som rör undernäring	15
Så har kunskapsstödet tagits fram	16
Om kunskapsunderlaget	17
Ekonomiska aspekter på undernäring	17
Bestämmelser som rör undernäring	19
Krav på rutiner om undernäring	19
Krav på processer och rutiner för systematiskt kvalitetsarbete	20
Möjliga vårdskador som en konsekvens av undernäring	20
Samordnad individuell plan	22
Samverkan vid utskrivning från slutna vård	22
Dokumentation	22
Vetenskap och beprövad erfarenhet, kvalitet och kompetenskrav	23
Informationsutbyte	24
Nutritionsvårdsprocessen	26
Att upptäcka tecken tidigt	26
Bedömning av risk för undernäring	28
Utredning av undernäring	29
Diagnoskriterier för undernäring	33
Att planera förebyggande och behandlande åtgärder	33
Åtgärder som förebygger och behandlar undernäring	33
Uppföljning och utvärdering	41
Samverkan	42
Etiska överväganden i nutritionsarbetet	43

Upptäcka risker för undernäring inom socialtjänst och verksamhet som bedrivs enligt LSS	43
Bedöma risk för undernäring i samband med vårdkontakt	43
Åtgärder mot undernäring och risk för undernäring.....	44
Förutsättningar och stöd för ett arbete mot undernäring	46
Förutsättningar och stöd för samverkan.....	46
Nutritionskunskap utifrån roller och ansvar.....	46
Senior alert – kvalitetsregister och verktyg	47
Indikatorer för god vård och omsorg	49
Målsättning med indikatorerna	49
Projektorganisation	51
Referenser	53
Bilaga 1. Metodbeskrivning och kunskapsunderlag	61
Allmänt om metoden och underlaget	61
Kunskapsunderlag för enskilda frågeställningar (F)	62
Metodbeskrivning.....	64
Bilaga 2. Termlista	68
Bilaga 3. Diagnoskriterier för undernäring	69
Bilaga 4. Bilaga som publiceras på webben.....	70

Sammanfattning

Undernäring är ett tillstånd där brist på energi eller näringsämnen orsakar försämring av kroppssammansättning, funktionsförmåga eller sjukdomsförlopp. I Sverige är undernäring vanligast bland äldre personer och allmänt i samband med sjukdom. Det saknas i dag täckande nationell statistik över hur många personer som har diagnostiserats med undernäring eller risk för undernäring inom både hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Med undernäring följer en ökad risk för bl.a. fördröjd sårhäkning, försämrade muskelfunktion och nedsatt hjärt- och lungfunktion. Dessutom försväras tillfrisknandet vid sjukdom. Det personliga lidande som följer och de samhällsliga resurser som tas i anspråk har visat sig svåra att överblicka och kvantifiera. Samtidigt ökar vikten av att upptäcka, förebygga och behandla undernäring i takt med att andelen äldre i befolkningen ökar. Näringsfrågorna har dock fortfarande en undanskymd roll i många verksamheter och förbättringspotentialen bedöms av Socialstyrelsen vara stor.

Syftet med kunskapsstödet är att stödja verksamheter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst i deras arbete mot undernäring. Det vänder sig primärt till chefer, personal och verksamhetsutvecklare och ger en samlad beskrivning av

- centrala bestämmelser på området, bl.a. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:10) om förebyggande av och behandling vid undernäring
- ett omhändertagande enligt nutritionsvårdsprocessen, där riskbedömning med stöd av tre frågor möjliggör tidig utredning och åtgärd.

Många vårdtagare har behov av insatser från både vård och omsorg. Behovet av samverkan mellan professioner och vårdgivare är stort när det gäller att förebygga, utreda och behandla undernäring, liksom vid vårdpreventivt arbete mer generellt. Samtidigt finns i verksamheterna försvårande omständigheter såsom utbildningsbehov, otydlig arbetsfördelning och begränsningar vad gäller informationsutbyte mellan vårdgivare. Socialstyrelsen vill med kunskapsstödet även peka på sådana möjligheter och resurser som kan underlätta arbetet. Exempel är kvalitetsregistret och implementeringsstödet Senior alert, möjligheten till sammanhållen journalföring och stödmaterial för verksameters samverkansarbete. Kunskapsstödet beskriver även etiska överväganden vid arbetet mot undernäring i vård och omsorg.

Inledning

Undernäring förknippas ofta med en magerlagd person men så är inte alltid fallet. Undernäring definieras som ett tillstånd där brist på energi, protein och/eller andra näringsämnen har orsakat mätbara och ogynnsamma förändringar i kroppens sammansättning eller funktion eller förändringar av en persons sjukdomsförlopp [1].

I Sverige förekommer undernäring framför allt bland äldre personer, trots att äldre har något bättre matvanor än andra vuxna [2]. Med ökande ålder ökar risken för sjuklighet och funktionsnedsättning som i sin tur ökar risken att utveckla undernäring.

Det finns ingen täckande nationell statistik över hur många personer inom hälso- och sjukvård som har diagnostiserats för undernäring eller risk för undernäring. I det webbaserade nationella kvalitetsregistret Senior alert erbjuds vården att registrera riskbedömningar av bl.a. undernäring för personer som är 65 år och äldre. Av 115 256 riskbedömningar gjorda av kommuner 2018 var 65 procent riskbedömningar för undernäring, jämnt fördelade mellan könen. Det saknas tyvärr information om hur många av dessa riskbedömda personer som var undernärda eller i risk för att utveckla undernäring.

Under 2016 användes kvalitetsregistret för att förebygga ohälsa bland 78 procent av samtliga personer i särskilt boende, men endast bland 15 procent av dem som vårdades i det egna hemmet.[3]

Varför har kunskapsstödet tagits fram?

Nutritionen har stor betydelse för hälsan

Ett gott näringstillstånd är nödvändigt för en god livskvalitet, för att förebygga sjukdom och för att medicinsk behandling ska ha bästa möjliga effekt. Undernäring som inte upptäcks eller lämnas utan åtgärd kan få allvarliga konsekvenser med ett personligt lidande och en högre vårdtyngd som följd. Äldre personer med undernäring besöker oftare vården, och har längre vårdtider med högre risk för komplikationer och dödlighet, än välnärda äldre [4]. Följder av undernäring [5, 6] kan vara

- minskad muskelstyrka
- fördröjd sårhäkning
- ökad sårbarhet mot infektion
- nedsatt funktion av hjärta och lungor
- förvirringstillstånd
- förändrade kognitiva funktioner
- nedstämdhet
- förstoppning eller diarré.

Det är både svårt och tidskrävande att återställa näringsbalansen hos en undernärdd person och det är därför viktigt att så långt det är möjligt sträva efter att förebygga undernäring [7]. I de fall undernäring hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits kan dess konsekvenser komma att klassas

som en vårdskada inom hälso- och sjukvården enligt 1 kap. 5 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, eller ett missförhållande inom socialtjänsten enligt 14 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Exempel på vårdskador som konsekvens av undernäring kan vara fallskador, trycksår eller försämrade munhälsa. Se avsnittet *Möjliga vårdskador som en konsekvens av undernäring* i kapitlet *Bestämmelser som rör undernäring*.

Underprioriterad fråga i vård och omsorg

Erfarenheter som inhämtades under en förstudie [8] till kunskapsstödet tyder på att arbetet med undernäring underprioriteras i hälso- och sjukvården och socialtjänsten, och att det skiljer sig åt över landet.

Ett år efter det att Socialstyrelsen tagit fram föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:10) om förebyggande av och behandling vid undernäring har 50 procent av Sveriges kommuner tagit fram nya rutiner i enlighet med föreskrifterna, enligt en avhandling från Uppsala universitet [9]. Totalt 42 procent av kommunerna hade börjat och resterande 8 procent av kommunerna hade infört föreskrifterna men ännu inte börjat ta fram nya rutiner.

Socialstyrelsen har därför tagit fram kunskapsstödet för att beskriva hur undernäring kan förebyggas och behandlas med ett gott nutritionsomhändertagande, samt de krav som finns på vårdens och omsorgens verksamheter att säkra kvaliteten i omhändertagandet.

Användning av kunskapsstödet

Kunskapsstödet har sex kapitel som kan läsas som en helhet eller i delar beroende på användarens behov. I detta inledande kapitel ges en övergripande introduktion till området och kunskapsstödet.

I kapitlet *Bestämmelser som rör undernäring* finns en övergripande genomgång av relevanta lagar och föreskrifter på området.

Det tredje kapitlet *Nutritionsvårdsprocessen* beskriver ett medicinskt nutritionsomhändertagande som är baserat på vetenskap och beprövad erfarenhet. Kapitlet kan användas som stöd när verksamheter överväger vilka rutiner som behöver upprättas för att förebygga och behandla undernäring hos enskilda.

Det fjärde kapitlet *Etiska aspekter* beskriver etiska överväganden som vård- och omsorgspersonal behöver göra i möten med patienter och enskilda.

Det femte kapitlet beskriver förutsättningar och stöd för ett arbete mot undernäring.

Det sista kapitlet ger en sammanfattande beskrivning av de tretton indikatorer som är ämnade att spegla centrala delar av kunskapsstödet innehåll.

Målgrupper

Kunskapsstödet vänder sig till chefer, verksamhetsutvecklare och annan berörd personal inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten inklusive verksamheter som bedrivs enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Kunskapsstödet kan också vara ett stöd exempelvis i upphandling av måltidstjänster och vid anordnande av grundutbildning och fortbildningsinsatser.

Personalgrupper som berörs i arbete mot undernäring är vanligtvis arbetsterapeuter, dietister, logopedier, läkare, omsorgspersonal, sjuksköterskor och undersköterskor (andra professioner kan vara aktuella i den lokala kontexten).

Även medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) respektive medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) är centrala för arbetet och ansvarar för uppgifter av mer övergripande och administrativ karaktär inom den kommunalt finansierade hälso- och sjukvårdsverksamheten.[10] Socialtjänstens handläggare inom äldre- och funktionshinderomsorgen berörs i hög grad då de genomför behovsbedömningar och följer upp hur väl beviljade insatser svarar mot personens behov i exempelvis måltidssituationen.

Avgränsningar

Kunskapsstödet omfattar inte verksamheter inom tandvården. Kunskapsstödet omfattar inte nutritionsbehandling hos barn (som har ett annat nutritionsomhändertagande) eller nutritionsbehandling vid specifika sjukdomstillstånd. Vidare ingår inte detaljerade beskrivningar av nutritionsbehandlingens olika aspekter.

Kunskapsstödet utgör inte ett stöd i frågor som rör utformningen av offentliga måltider på sjukhus och i omsorgen. För utförliga beskrivningar i dessa frågor hänvisas till Livsmedelsverkets råd *Bra måltider i äldreomsorgen*[11].

Kunskapsstödet syfte och mål

Syftet med kunskapsstödet är att stödja verksamheter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst i deras arbete mot undernäring. Det ger en samlad beskrivning av

- det rättsliga regelverk som gäller för undernäingsområdet
- ett nutritionsomhändertagande som baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet
- kunskaper och stöd för ett arbete mot undernäring.

Målet med kunskapsstödet är att bidra till att personer med risk för undernäring identifieras innan undernäring uppstår och att personer med undernäring eller med risk för undernäring tillförsäkras en näringstillförsel som är anpassad efter deras behov.

Några av de grundläggande förutsättningarna för att kunskapsstödet ska kunna nås är en fungerande samverkan över vårdnivåer och mellan huvudmän samt tillgång till personer med nutritionskompetens i verksamheten. Dessa förutsättningar diskuteras återkommande i kunskapsstödet olika kapitel.

Termer i kunskapsstödet

De medicinska termer som förekommer förklaras i kunskapsstödet termlista (bilaga 2).

I rapporten beskrivs att vissa verksamheter inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården, enligt SOSFS 2014:10, ska ha rutiner för att **upptäcka** risker

för undernäring. Innebörden av ”att upptäcka” skiljer sig från att **riskbedöma**, det första steget i nutritionsvårdsprocessen. Riskbedömning utförs inom hälso- och sjukvården.

Inom en del professioner används termen screening i stället för riskbedömning. Eftersom Socialstyrelsen likställer **screening** med de nationella screeningprogram för exempelvis bröstcancer, som erbjuds alla i en population, används begreppet riskbedömning i detta kunskapsstöd.

Såväl patientcentrering som personcentrering är begrepp som används i vård och omsorg, där personcentrerad hälso- och sjukvård betraktas som en vidareutveckling av patientcentrerad hälso- och sjukvård och tydliggör att varje patient är en person som större delen av sin tid lever ett liv utanför hälso- och sjukvården.[12] Därför används uttrycket **personcentrerat förhållningssätt** i kunskapsstödet.

I kunskapsstödet används benämningen *patient* i de fall det är hälso- och sjukvården som ansvarar för den enskilde som beskrivs, och i annat fall *person* eller *individ*.

Delaktighet, etik och jämlik vård och omsorg

Individens särskilda förutsättningar, erfarenheter och önskemål behöver beaktas för att vården och omsorgen ska lyckas med att förebygga och behandla undernäring. En individanpassad vård och omsorg innebär i princip att vården och omsorgen ska ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet, och att individen ska ges möjlighet att vara delaktig.[13]

Att patienter och enskilda involveras i att utforma och genomföra behandlingen kan också bidra till en säkrare vård, ökad följsamhet till behandling och förbättrade resultat.[14]

Det är även viktigt att beakta aspekter såsom jämlik vård och etik för att nå en god hälso- och sjukvård och en god kvalitet i socialtjänsten. Se kapitlet *Etiska överväganden i nutritionsarbetet*.

Universitet och högskolor, regioner och landsting samt professionsorganisationer har tagit fram olika benämningar på och beskrivningar av det som här nedan benämns personcentrerat förhållningssätt. De olika beskrivningarna betonar gemensamt att personer med någon form av ohälsa, risk för ohälsa eller funktionsnedsättning inte främst bör betraktas utifrån ohälsotillståndet eller funktionsnedsättningen, utan att vården och omsorgen i högre grad bör fokusera på de resurser som varje person har och vad det innebär att vara människa och i behov av vård.

Personcentrerat förhållningssätt i vård

Centrum för personcentrerad vård (GPCC) vid Göteborgs universitet bedriver sedan 2010 forskning om hur långvarig sjukdom upplevs och hanteras av den enskilde samt om implementering och värdet av personcentrerad vård. GPCC beskriver personcentrerad vård som ett partnerskap mellan patienter, närstående och professionella inom vård, omsorg och rehabilitering. Baserat på noggrant lyssnande på patientens berättelse (ofta tillsammans med närstå-

ende) och övriga undersökningar skrivs en gemensam hälsoplan, som innehåller mål och strategier för genomförande och kort- och långsiktig uppföljning.

Ett personcentrerat förhållningssätt förutsätter ett ömsesidigt förtroende mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal, och en medvetenhet om att relationen inte är jämbördig. Den professionella kunskapen innebär mer makt och därmed mer ansvar, vilket ska balanseras mot patientens rätt till autonomi och integritet [15].

Personcentrerat förhållningssätt i omsorg

Individens behov i centrum (IBIC) är ett stöd för handläggare och utförare som arbetar med vuxna personer, oavsett ålder eller funktionsnedsättning, utifrån SoL och LSS. IBIC är ett behovsinriktat och systematiskt arbetssätt med dokumentation av individens behov utifrån International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) som hjälper till att identifiera och beskriva individens behov, resurser, mål och resultat. Dessa beskrivs innan insatsen bestäms och är utgångspunkten för både hur insatsen kan utformas och hur den kan genomföras och följas upp.[16] Det är individens behov som behöver styra vilka insatser som kan erbjudas och hur de sedan kan utformas.

Multiprofessionella team för kontinuitet och helhetsbild

Flera utredningar och kunskapssammanställningar under de senare åren pekar på vikten av samarbete i team mellan de olika professioner som behövs i vården av en person [17-19]; se även bilaga 1, avsnitt F4. Olika termer används för att beskriva samarbetet, exempelvis interdisciplinära/multidisciplinära team och interprofessionella/multiprofessionella/tvärprofessionella team. Socialstyrelsen definierar multiprofessionellt team som en grupp av vård- och omsorgspersonal med olika professioner och/eller kompetenser som samarbetar kring den enskilde. [1] Oavsett benämning syftar teamarbetet till att skapa kontinuitet i vården och omsorgen för den enskilde och till att underlätta bedömningar som kräver flera kompetenser. Teamets ingående kompetenser kompletterar varandra och gör det möjligt att ta hänsyn till individens hela situation.

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård framhåller i sitt delbetänkande *God och nära vård. En primärvårdsreform* ett behov av att revidera synen på teamarbete, från att vara likställt med att placera flera olika professioner i samma lokaler, till ett interprofessionellt synsätt där olika kompetenser bidrar i ett team tillsammans med individen för att nå gemensamt ställda mål (SOU 2018:39 s. 49). I enlighet med ett mer personcentrerat förhållningssätt ses den enskilde mer och mer som en fullvärdig medlem i vårdteamet (SOU 2018:39 s. 89). Utredningen pekar även på att det kan behövas träning och reflektion för att multiprofessionellt teamarbete ska fungera väl.

Team i olika sammanhang

Multiprofessionella team kan finnas såväl inom en vårdenhet (t.ex. på ett sjukhus) som inom ett samarbete mellan olika vårdgivare och huvudmän

(t.ex. vid samordnad individuell vårdplanering vid utskrivning till hemmet). Teamets sammansättning påverkas av de behov som en person har och kan förändras över tid. Diagnosspecifika team, habiliteringsteam och palliativa team är exempel på team i olika vårdsammanhang.

Enligt de Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom [20] finns det många olika sätt att organisera det multiprofessionella arbetet på. Viktigt för organisationen av det multiprofessionella arbetet är att ingående kompetenser har sin bas i såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten och att det finns en samordnande funktion för hela teamet.

Samverkan är grunden för att nutritionsbehandlingen ska fungera i en persons hemmiljö, särskilt i de fall en person har behov av åtgärder och uppföljning från både vård och omsorg. En central framgångsfaktor är att teamet runt patienten inom olika verksamheter tydligt klargör vilka ansvarsförhållanden som gäller och hur teamet ska säkerställa adekvat kommunikation runt patienten i nutritionsfrågor. I detta sammanhang kan en samordnad individuell plan (SIP) vara ett relevant verktyg. Se avsnittet *Samordnad individuell plan* om SIP.

Teamets sammansättning speglar individens behov och kan inkludera exempelvis distriktssköterska eller sjuksköterska från hemsjukvård, husläkare och personal inom hemtjänsten, och vid behov kompletteras med dietist och logoped. Förutsättningarna för helhetssyn och samsyn ökar med ett multiprofessionellt team, med mindre revirtänk. I sammanhanget kan nämnas att knappt 20 procent av landets kommuner har någon dietist anställd i verksamheten.

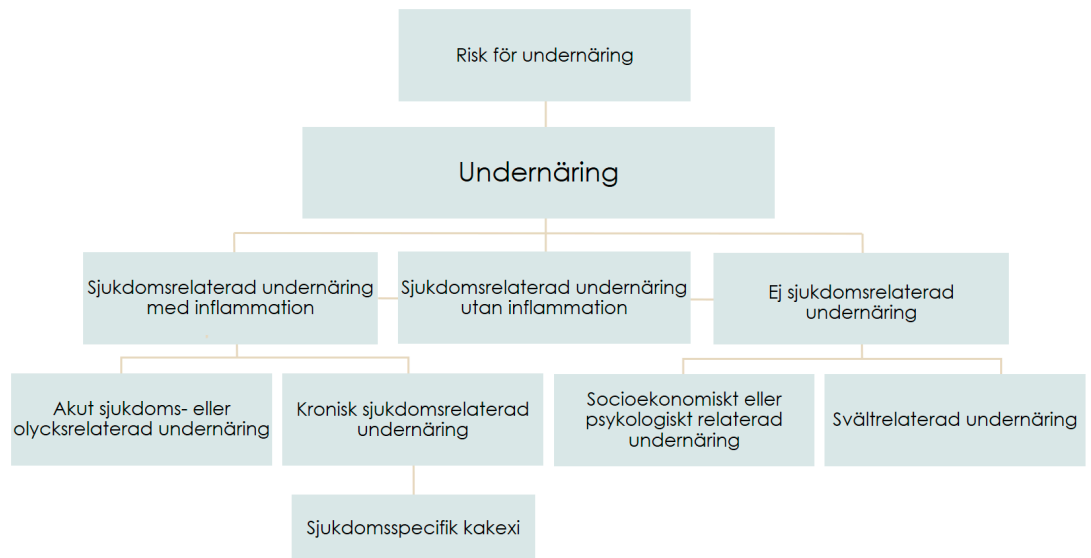
Vissa multiprofessionella team kan även ha en utbildande och kompetenshöjande funktion. Ett sådant team kan ge handledning till personal som ger vård och omsorg till personer med nutritionsproblem och kallas in vid svårösta problem.

Definitioner av undernäring

Undernäring definieras i 3 § SOSFS 2014:10 som ett tillstånd där brist på energi, protein eller andra näringsämnen har orsakat mätbara och ogynnsamma förändringar i kroppens sammansättning eller funktion eller av en persons sjukdomsförlopp.

I Socialstyrelsens termbank finns en snarlik definition av begreppet men där anges också att bristen på näringsämnen kan förekomma antingen ensamt eller i kombination med inflammationsdriven katabolism.[1] Per definition är detta en beskrivning av förhållandet mellan bristen på mat och den nedbrytande process som styrs av sjukdom och åldrande, och som medför nedbrytning av kroppens olika organ och funktioner. Det är värt att notera att undernäring inte alltid är synlig, utan kan även förekomma vid övervikt och fetma.

Figur 1. Diagnosträd. Från risk för undernäring till utvecklad undernäring



Källa: Enligt Cederholm et al. 2017[21]

Definitionen av undernäring återspeglas i figur 1 som återger den klassifikation för undernäring som kliniska experter har enats om på europeisk nivå:

- **Risk för undernäring** kan betraktas som ett medicinskt tillstånd med en ökad risk för sjuklighet och dödlighet, och beskrivs därför ofta i samband med identifiering av undernäring.
- **Undernäring**, så som den avses i kunskapsstödet, kan vara sjukdomsrelaterad (med eller utan inflammatoriskt påslag) eller relaterad till andra faktorer än sjukdom (t.ex. socioekonomiska eller psykologiska faktorer och brist på mat).
- **Sjukdomsrelaterad undernäring med inflammation** är tillstånd som har fler bakomliggande orsaker än ett otillräckligt näringsintag. Den systemiska inflammation som driver på nedbrytningen av kroppens vävnader ses vid sjukdomar såsom cancer, kronisk obstruktiv lungsjukdom och inflammatoriska tarmsjukdomar. Kakexi är ett närliggande tillstånd som definieras som en progressiv förlust av muskulatur och annan kroppsvävnad beroende på en kombination av undernäring och katabolism som är orsakade av underliggande sjukdom.
- **Sjukdomsrelaterad undernäring utan inflammation** är ett tillstånd som är mer förknippat med sjukdomar som på olika sätt påverkar förmågan att äta, såsom neurologiska sjukdomar (t.ex. Parkinsons sjukdom och amyotrofisk lateral skleros, ALS) eller sjukdomar som orsakar sväljproblem, men det kan också vara psykiatriska sjukdomar som påverkar möjligheten att äta (t.ex. anorexia nervosa).
- **Ej sjukdomsrelaterad undernäring** kan relatera till svält, socioekonomiska faktorer (t.ex. låg utbildning) eller psykologiska faktorer (t.ex. ensamhet och depression).

I kunskapsstödet beskrivs undernäring generiskt. Sjukdomstillstånd och bakomliggande faktorer måste alltid beaktas i vård och behandling.

Diagnoskriterier, klassifikationer och terminologier som rör undernäring

Diagnoskriterier

Flera internationella nutritionsföreningar som representerar Europa: *European society för clinical nutrition and metabolism (ESPEN)*, Nordamerika: *American society för parenteral and enteral nutrition (ASPEN)*, Sydamerika: *Federacion Latino-Americana de Nutrición Parenteral y Enteral (FELANPE)* och Asien: *The Parenteral and Enteral Nutrition Society of Asia (PENSA)* har nyligen föreslagit ett alternativt sätt att fastställa diagnosen undernäring och identifiera individer med risk för undernäring, som innefattar dels en variabel för fysiskt tillstånd (fenotypiska variabler), dels orsaksvariabler (etiologiska variabler). Enligt förslaget bekräftas diagnosen om någon av de tre variablerna för fenotypisk variabel – oavsiktlig viktförlust, lågt BMI eller reducerad muskelmassa – finns i kombination med att någon känd etiologisk variabel är uppfylld: dvs. minskat kostintag/minskat upptag av näringsämnen eller katabol inflammatorisk sjukdom (t.ex. cancer eller kronisk obstruktiv lungsjukdom) [22]. Se utförlig tabell för att fastställa diagnos i bilaga 3.

Socialstyrelsens klassifikationer och terminologier

En förutsättning för god dokumentation är en strukturerad terminologi. Ett verktyg är de klassifikationer som Socialstyrelsen förvaltar och utvecklar. Följande klassifikationer och terminologier berör vård och behandling av undernäring på olika sätt:

ICD

Den internationella sjukdomsklassifikationen *International Classification of Diseases (ICD-10)* är en statistisk klassifikation med diagnoskoder för att gruppera sjukdomar och dödsorsaker för att kunna göra översiktliga statistiska sammanställningar och analyser. I den nuvarande versionen av den svenska ICD-10-SE finns exempelvis *Svår energiundernäring* och *Måttlig protein-energiundernäring*. [23]

ICF

Den internationella klassifikationen *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* kan användas för att beskriva individens funktionstillstånd, mål, behov och resultat (funktionstillstånd och måloppfyllelse). ICF används inom fysioterapi och arbetsterapi samt vid handläggning och genomförande av myndighetsbeslut inom socialtjänst och LSS-verksamhet. Exempel på ICF-koder är *Att äta* och *Att dricka* där sedan genomförande och kapacitet bedöms på en 9-gradig skala.

KVÅ

Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) används för att beskriva planerade och utförda vårdåtgärder (utreda, förebygga, behandla och följa upp).

Koder ur ICD och KVÅ är obligatoriska att rapportera till Socialstyrelsens hälsodataregister. De kompletterar varandra och kan användas i ett systematiskt arbetssätt med strukturerad dokumentation i vårdprocessen. Exempel på

KVÅ-koder som rör nutrition är *Nutritionsbehandling, individuellt anpassad kost* och *Ordination och uppföljning av enteral nutrition via sond*.

Sedan den 1 januari 2019 gäller även Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2017:67) om uppgiftsskyldighet till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Föreskrifterna innebär bl.a. att kommunerna ska komplettera de patientuppgifter som de redan tidigare lämnade till Socialstyrelsen med nya uppgifter om vårdåtgärder som har vidtagits (utförts) av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och som kommunen är vårdgivare för.

KSI

Klassifikation av socialtjänstens insatser och aktiviteter (KSI) kan göra det lättare att på ett entydigt sätt dela, jämföra och följa upp de aktiviteter och insatser som beslutas, planeras och genomförs inom socialtjänsten enligt SoL, LSS, lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM, och föräldrabalken.

KSI kan användas av handläggare, utförare, verksamhetsansvariga, verksamhetsutvecklare och ansvariga för uppföljning på lokal och nationell nivå. Exempel på aktivitet kan vara *Praktiskt stöd i personlig vård. Innefattar bland annat "äta" och "dricka"*. [24]

Snomed CT

Snomed CT är en klinisk terminologi och ett begreppssystem som främst är tänkt för användning för strukturerad dokumentation i vård- och omsorgssystem, exempelvis den elektroniska patientjournalen. Snomed CT syftar till att täcka flera områden inom vård och omsorg inklusive nutrition.

Professionsspecifika klassifikationer

Utöver Socialstyrelsens klassifikationer och terminologier finns professions-specifika klassifikationer:

NCPT

Dietister använder nutritionsdiagnoser enligt *Nutrition Care Process Terminology (NCPT)* som ett komplement till medicinska diagnoser. NCPT beskriver specifika nutritionsproblem som kan åtgärdas eller förbättras genom behandling eller annan insats som utförs av en dietist. Exempel på nutritionsdiagnoser är *Inadekvat oralt intag* och *Begränsning i att inta mat och dryck*.

ICNP

Den internationella klassifikationen *International Classification for Nursing Practice (ICNP)* kan användas när sjuksköterskan ska beskriva nutritionsproblematik ur ett omvårdnadsperspektiv. Exempel på ICNP-koder är *Sväljningssvårighet* och *Bistå vid ätande eller drickande*.

Så har kunskapsstödet tagits fram

Kunskapsstödet innehåll och fokus baseras på resultaten av en förstudie [8] som genomfördes under 2016–2017. Under förstudien inhämtades yrkesföre-

trädarens och patient-, brukar- och anhängigorganisationers synpunkter och behov av kunskapsstöd. Det gjordes även en kartläggning av lagstiftning och relevanta arbeten inom området.

Kunskapsstödet har tagits fram av Socialstyrelsen i dialog med externa experter från *The Swedish Society for Clinical Nutrition and Metabolism*, (SWESPEN). Synpunkter på kunskapsstödet har även inhämtats från en extern multiprofessionell grupp bestående av representanter för de professioner som berörs i kommunalt finansierade verksamheter och i hälso- och sjukvård, samt av företrädare för intresseorganisationer, exempelvis patientföreträdare.

Kapitlet om etiska överväganden baseras på en analys som utförts av etikexpert på uppdrag av Socialstyrelsen. Se *Projektorganisation* för en beskrivning av de som medverkat. Se även *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

Om kunskapsunderlaget

Flera av de åtgärder som beskrivs i kunskapsstödet grundar sig på juridiska bestämmelser. Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2014:10) om förebyggande av och behandling vid undernäring ställer krav på rutiner för att förebygga, upptäcka och behandla undernäring. Se kapitlet *Bestämmelser som rör undernäring*.

I enlighet med Socialstyrelsens arbetsprocess har befintliga riktlinjer (guidelines) av god kvalitet använts som grund för kunskapsstödet's frågeställningar. Förutsättningarna för att Socialstyrelsen ska använda en befintlig guideline som underlag är att sakkunniga bedömer dess rekommendationer som relevanta för kunskapsstödet's frågeställningar och för svenska förhållanden, att den är nyligen producerad eller nyligen uppdaterad, och att den är av god kvalitet. Som stöd för kvalitetsbedömningen används AGREE-II [25]. Utifrån dessa förutsättningar har den guideline som tagits fram av *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)* [19] valts ut. Se vidare bilaga 1 *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

I de fall kunskapsunderlag inte grundas på juridiska bestämmelser eller NICE guidelines, anges detta med referenser i texten och i vissa fall med hänvisningar till avsnitten F1–F4 i bilaga 1 *Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*.

Ekonomiska aspekter på undernäring

Någon beräkning av undernäringens totala kostnader för svenska förhållanden har inte identifierats i litteratursökningar, vilket sannolikt delvis beror på att det saknas en tydlig bild av problemets omfattning. Vad gäller hälsoekonomiska aspekter av förebyggande och behandlande åtgärder uppskattade Socialstyrelsen 2000 en besparingspotential i sjukvården på 0,5–1 miljard kronor per år [26]. Uppskattningen beskrevs som försiktig (eftersom äldreomsorgen inte inkluderades i beräkningen), men samtidigt osäker på grund av bristande vetenskapliga underlag vad gäller åtgärdernas kliniska nytta. Liknande slutsatser har dragits även på senare tid. Enligt en rapport från 2015 från den brittiska nutritionsföreningen *the British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN)* [27] uppgick kostnaderna för undernäring i

England 2011–2012 till 19,6 miljarder brittiska pund. I rapporten uppskattas att de förebyggande och behandlande åtgärder som NICE rekommenderar, och som beskrivs i det här kunskapsstödet, ger en nettobesparing på 172–229 miljoner brittiska pund, huvudsakligen beroende på ett minskat sjukvårdsutnyttjande.

Bestämmelser som rör undernäring

Kapitlet beskriver inledningsvis två av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. I den ena finns särskilda krav på verksamheter att upprätta rutiner för att förebygga och behandla undernäring. I den andra finns bestämmelser om verksamheternas ansvar för att upprätta ledningssystem med processer och rutiner som säkrar verksamhetens kvalitet.

Krav på rutiner om undernäring

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:10) om förebyggande av och behandling vid undernäring finns särskilda krav på hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamheter.

Hälso- och sjukvården

Bestämmelserna i SOSFS 2014:10 gäller för alla vårdgivare. Med vårdgivare avses statlig myndighet, landsting, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet (2 kap. 3 § HSL). Vårdgivaren ska fastställa rutiner för

- när en patients näringstillstånd ska utredas
- hur en utredning av näringstillståndet ska göras
- hur undernäring hos patienter ska förebyggas
- hur undernäring ska behandlas.

Enligt de allmänna råden i SOSFS 2014:10 kan rutinerna för hur näringstillstånd ska utredas och hur undernäring ska förebyggas och behandlas vara underlag för rutiner när vårdgivaren ska remittera patienten till en annan vårdgivare.

Egenvård

För att förtydliga hälso- och sjukvårdens ansvar för att göra patientsäkra bedömningar och planera egenvården i samråd med patienten, eller andra som ska utföra egenvården, finns föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård. Med egenvård avses en hälso- och sjukvårdsåtgärd som en legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården bedömt att en person själv kan utföra eller utför med hjälp av någon annan. Det är hälso- och sjukvården som bedömer vilken åtgärd som kan utföras som egenvård i varje enskilt fall. Enligt 4 kap. 10 § SOSFS 2009:6 ska den som har gjort bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård ansvara för att egenvården omprövas om förutsättningarna ändras, och för att egenvården följs upp regelbundet om det inte är uppenbart obehövt.[28]

Socialtjänst och verksamhet enligt LSS

Bestämmelserna i SOSFS 2014:10 gäller för hemtjänst och särskilt boende samt bostad med särskild service som har beviljats enligt SoL. Bestämmelserna gäller även bostad med särskild service som beviljats enligt LSS. Även

den som tillhandahåller insatserna inom ramen för enskild verksamhet omfattas av bestämmelserna.

Socialnämnden och den nämnd som beslutar om insatser enligt LSS ska säkerställa att det i de aktuella verksamheterna finns rutiner för

- hur undernäring ska förebyggas
- hur risker för undernäring ska upptäckas
- hur och när hälso- och sjukvården ska kontaktas för en bedömning av näringsstillståndet vid misstanke om undernäring hos en enskild, när sekretessen inte utgör hinder för det.

Krav på processer och rutiner för systematiskt kvalitetsarbete

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete finns bestämmelser om det ansvar som vårdgivaren och den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS har för att det ska finnas ett ledningssystem med de processer och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet (4 § SOSFS 2014:10). Vårdgivaren ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten (3 kap. 2 § SOSFS 2011:9). Vårdgivaren ska fastställa de processer och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet (4 kap. 2-4 §§ SOSFS 2011:9). Kvalitet definieras i SOSFS 2011:9 som att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Av 7 kap. 1 § SOSFS 2011:9 framgår vidare att arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras. För utförliga beskrivningar i dessa frågor hänvisas till *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* som Socialstyrelsen gett ut. [29]¹

Möjliga vårdskador som en konsekvens av undernäring

Vårdskador

Patientsäkerhet handlar ytterst om skydd mot vårdskada (1 kap. 6 § PSL). Med vårdskada avses lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården (1 kap. 5 § PSL). En vårdskada kan uppstå på grund av den vård och behandling som patienten fått men också av att patienten *inte* har fått den vård som behövs. Undernäring kan i sig komma att klassas som en vårdskada men en vårdskada kan även

¹ På Socialstyrelsens webbplats och på Kunskapsguiden.se finns SOSFS 2011:9 i sin helhet, liksom webbföreläsning, meddelandeblad och handbok om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

uppstå som en konsekvens av undernäring. Se *Inledning. Nutritionen har stor betydelse för hälsan.*

Fallskador

Eftersom undernäring ofta medför förlust av muskler och muskelfunktion innebär undernäring en ökad risk för balansproblem och fallolyckor. Totalt sett vårdades nästan 5 400 personer per 100 000 invånare 65 år och äldre för fallskador i sluten vård eller vid läkarbesök i specialiserad öppen vård under 2017. Betydligt fler kvinnor än män får vård för fallskada [30].

Trycksår

Undernäring kan leda till minskad ork och muskelmassa. Detta kan resultera i inaktivering och minskad rörlighet både i stol och i säng och en oförmåga att ändra position med en ökad risk för trycksår. Det kan även leda till en försämrad sårhäkning där vårdrelaterade infektioner uppstår.

Trycksår innebär ett onödigt lidande för den enskilde och onödiga kostnader för vård och omsorg. De flesta trycksår går att undvika med förebyggande åtgärder. Nästan 7 procent av äldre patienter i sluten vård under 2017 hade trycksår och det var något vanligare bland män än kvinnor [30]. I vård- och omsorgsboende var siffran nästan 6 procent för samma grupp [31].

Munhälsa

Undernäring kan leda till ohälsa i munnen och vice versa. En bristande kosthållning ökar risken för kariesutveckling samtidigt som undernäring leder till att salivkörtlarnas produktion av saliv minskar, med en ökad risk för karies. Munhälsan är central för välbefinnande och livskvalitet, och munslemhinnans hälsa och tandkvaliteten påverkar förmågan att äta. Förmågan att sköta t.ex. den dagliga munhygien påverkas av ett generellt försämrat tillstånd såsom försämrad motorik eller kognitiv förmåga som kan vara relaterad till undernäring [32]. Inom det folkhälsopolitiska målområdet Goda matvanor, som har antagits av riksdagen, framhålls vikten av en god tandhälsa för att människor ska kunna tillgodogöra sig mat [33].

I en rapport från Socialstyrelsen 2014 [34] konstateras att det finns anledning att se över hur en förbättrad munhälsovård ska införas i de verksamheter som behöver det. Vidare betonas värdet av att inkludera äldreomsorgspersonalens förutsättningar och attityder i arbetet med att förbättra de äldres munhygien.

Utredning av händelser och anmälan vid allvarlig vårdskada

Vårdgivaren ska utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada (3 kap. 3 § PSL). I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete finns bl.a. kompletterande bestämmelser om vad en sådan utredning ska innehålla. Händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg, IVO (3 kap. 5 § PSL). I IVO:s föreskrifter (HSLF-FS 2017:41) om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria) finns bestämmelser om hur en anmälan av en allvarlig vårdskada ska göras.

Anmälan vid missförhållande

Verksamheter inom socialtjänsten, enligt LSS, och vid Statens institutionsstyrelse ska rapportera missförhållande respektive påtaglig risk för missförhållande enligt 14 kap. 3 och 7 §§ SoL, enligt 24 b och 24 f §§ LSS, och enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om lex Sarah.[35]

Samordnad individuell plan

Den person med undernäring eller risk för undernäring som behöver insatser från socialtjänsten och hälso- och sjukvården kan bli aktuell för att få en samordnad individuell plan, SIP.[36] Syftet med en SIP, som regleras i 16 kap. 4 § HSL, 6 kap. 4 § patientlagen (2014:821), PL, och 2 kap. 7 § SoL, är att säkerställa ett samarbete mellan huvudmännen så att den enskildes samlade behov av insatser från hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodoses. Den enskilde måste alltid ge sitt samtycke till att få en SIP. Samtycket kan ges på olika sätt och det finns inget krav på en viss form av samtycke. Av en SIP ska det framgå

- vilka insatser som behövs
- vem som ansvarar för vad och när
- vem som har huvudansvar för planen.

Samverkan vid utskrivning från slutenvård

Syftet med lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård hälso- och sjukvård är att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för den som efter utskrivning från slutenvård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården.

En samordnad individuell planering vid utskrivning från slutenvård ska göras mellan region, landsting och kommun när det finns behov av insatser från landsting och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst (t.ex. från öppen vård eller den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården) efter utskrivningen från den slutna vården (4 kap. 1 §).

Vid den samordnade individuella planeringen kan enheterna upprätta en individuell plan i enlighet med bestämmelserna i 16 kap. 4 § HSL och 2 kap. 7 § SoL (4 kap. 2 §).

Dokumentation

Hälso- och sjukvården

Bestämmelser om journalföring finns i första hand i patientdatalagen (2008:355), PDL, och i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. En patientjournal ska bl.a. innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten (3 kap. 6 § PDL). I 5 kap. HSLF-FS 2016:40 finns föreskrifter som kompletterar PDL:s bestämmelser om vilka uppgifter en patientjournal i förekommande fall ska innehålla.

Socialtjänsten

För socialtjänsten finns krav på dokumentation i SoL och i LSS. Dokumentationskraven förtydligas i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamheter som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS. Dokumentationen ska utvisa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse för att förebygga och behandla undernäring. Enligt 6 kap. 3 § SOSFS 2014:5 gäller bl.a. att det ska framgå av dokumentationen om det tillkommit omständigheter eller inträffat händelser som har medfört att en insats helt eller delvis inte har kunnat genomföras som planerat. En insats kan här exempelvis vara bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL i form av matleverans eller måltidsstöd från hemtjänsten.

Vetenskap och beprövad erfarenhet, kvalitet och kompetenskrav

Hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska visas omtanke och respekt (6 kap. 1 § PSL och 1 kap. 7 § PL). Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. En god vård innebär bl.a. att vården ska vara av god kvalitet, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen och vara lätt tillgänglig (5 kap. 1 § HSL).

Vid brister i hälso- och sjukvården kan IVO ingripa enligt reglerna i PSL (7 kap. PSL).

Socialtjänsten

Inom socialtjänsten gäller att insatser ska vara av god kvalitet. För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet (3 kap. 3 § SoL). För verksamhet enligt LSS ska det finnas den personal som behövs för att ett gott stöd och en god service och omvårdnad ska kunna ges (6 § andra stycket LSS). Liksom hälso- och sjukvårdens arbete styrs arbetet inom socialtjänsten av lagstiftning och av myndigheters föreskrifter och allmänna råd. Arbetet styrs också av vetenskap och beprövad erfarenhet, där kunskapsbasen utgörs av teorier och forskning från flera discipliner samt praktiska kunskaper och erfarenheter. Vetenskapen blir användbar först när den integreras med professionell erfarenhet och förmåga samt den enskildes situation och önskemål [37].

I Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre anges bl.a. att personalen bör ha

- kunskap om vilken betydelse måltid, mat och näring har för äldre personers hälsa och välbefinnande
- kunskap om hur förutsättningar skapas för goda matvanor och en god måltidsmiljö
- förmåga att tillaga måltider
- förmåga att stödja äldre personer vid måltider och kunskap om livsmedels- hantering.

Informationsutbyte

Reglerna om sekretess och tystnadsplikt kan vara ett hinder för samverkan mellan myndigheter och självständiga verksamhetsgrenar inom en och samma myndighet. Sekretessfrågan kan i regel hanteras genom att den enskilde på olika sätt samtycker till att information får lämnas mellan myndigheter.

Hälso- och sjukvården

I PDL finns regler om dokumentation och regler om inre sekretess och sammanhållen journalföring. Reglerna i PDL innebär att det kan finnas möjligheter för personal inom och mellan vårdgivare som bedriver hälso- och sjukvård att ta del av patientjournaler och patientuppgifter under vissa särskilda förutsättningar.

I 4 kap. 1 § PDL anges att den som arbetar hos en vårdgivare får ta del av dokumenterade uppgifter om en patient endast om han eller hon deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården (inre sekretess).

Flera vårdgivare kan också komma överens om sammanhållen journalföring. Sammanhållen journalföring innebär att vårdgivare under vissa förutsättningar kan få direktåtkomst till varandras elektroniska journalhandlingar (6 kap. 1 § PDL). Detta förutsätter dock bl.a. att

- vårdgivarna har kommit överens om sammanhållen journalföring
- patienten har informerats om vad den sammanhållna journalföringen innebär
- patienten inte har motsatt sig att uppgifterna görs tillgängliga (6 kap. 2 § PDL).

För att ta del av patientuppgifter genom sammanhållen journalföring krävs dessutom att

- det finns en patientrelation vid vårdtillfället
- uppgifterna behövs för att ge vård och behandling
- patienten samtycker till åtkomsten av uppgifterna (6 kap. 3 § PDL).

I övrigt gäller för den offentliga hälso- och sjukvården sekretess enligt 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL, och för privata vårdgivare tystnadsplikt enligt 6 kap 12 § PSL.

Socialtjänsten

När det gäller bistånd enligt SoL och insatser enligt LSS får samverkan aldrig ske över huvudet på den som är berörd. Att inhämta samtycke är ett minimumkrav; ofta är det naturligt att den enskilde själv deltar i de möten som handlar om honom eller henne. Den enskilde kan samtycka helt eller delvis till att uppgifter lämnas ut för att möjliggöra samverkan i olika situationer (12 kap. 2 § OSL). Samtycket kan lämnas muntligt eller skriftligt och kan när som helst återkallas. Det är viktigt att den enskilde är införstådd med vilka uppgifter som behöver lämnas ut till de personer som ska vara med och diskutera hans eller hennes situation innan den enskilde lämnar sitt samtycke. Vad den enskilde faktiskt har samtyckt till är en omständighet som ska dokumenteras enligt bestämmelserna i 5 kap. 5 § SOSFS 2014:5.[38]

arbetet. Det kan vara personal i hälso- och sjukvården, hemtjänsten och särskilda boenden som uppmärksammar dessa tidiga tecken. Här kan undersköterskan med sin sjukvårdsutbildning och kontinuerliga kontakt med omsorgstagaren ha en central roll. Närstående är, med sina kunskaper och erfarenheter av den enskilde, en viktig resurs i vården och omsorgen. Att se förändringar eller att i samtal ta del av svårigheter och problem kan bidra till att tecken uppmärksammas tidigt och åtgärdas i samförstånd med den enskilde. Se även kapitlet *Bestämmelser som rör undernäring; Krav på rutiner om undernäring*.

Tidiga tecken på undernäring [39] kan exempelvis handla om:

- mat som inte äts upp, gammal mat i kylen
- en allt mindre mängd mat som inhandlas
- en försämrad aptit
- löst sittande kläder, ringar och klocka.

Tabell 1: Faktorer som kan leda till undernäring

Faktorer	Exempel på orsak
Försämrat intag av mat	<p><i>Nedsatt aptit:</i> Sjukdom (en stor och vanlig orsak) Smärta Illamående, kräkningar Depression, oro, nedstämdhet, ensamhet Mataversioner Drogberoende</p> <p><i>Oförmåga att äta:</i> Nedsatt medvetandegrad Förvirring Oro Svaghet eller artrit i armar eller händer Svårighet att själv föra maten till munnen, ex motoriska störningar Tugg- och sväljproblem Smärtor i munnen Bristfällig tandstatus, dålig munhygien</p> <p><i>Bristande tillgång på mat:</i> Dålig kvalitet på maten i hemmet, på sjukhus eller boende Svårigheter att handla eller tillaga mat</p>
Försämrat upptag eller försämrad nedbrytning av mat	Medicinska eller kirurgiska problem eller behandlingar som påverkar bukans inre organ
Förändrade behov	Ökade eller förändrade metabola behov i relation till ålder, sjukdom, organdysfunktion, kirurgi eller annan behandling
Näringsförluster	<p><i>Mag-/tarmförluster:</i> Kräkningar, diarré, fistlar, förluster från olika drän eller stoman</p> <p><i>Andra förluster:</i> Hudskador från brännskador</p>

Källa NICE guidelines

När tecken på undernäring upptäcks hos en enskild individ behöver en riskbedömning kunna genomföras av vårdpersonal. I de fall personen inte är beroende av hälso- och sjukvården (t.ex. enbart har hemtjänst) blir det viktigt att ta upp riskbedömningen som ett förslag och med etiska hänsynstaganden. Se kapitlet *Etiska överväganden i nutritionsarbetet*.

Bedömning av risk för undernäring

För att identifiera nutritionsrelaterade problem hos en individ är det viktigt att göra en riskbedömning av personens näringstillstånd så snart som möjligt. Se bilaga 1, avsnitt F1 för kunskapsunderlag om riskbedömning.

En riskbedömning utförs av hälso- och sjukvårdspersonal med adekvat kunskap och träning för uppgiften. Initiativ till en bedömning kan dock ligga på såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård (se figur 2). Enligt ESPEN guidelines [21] behöver en riskbedömning utföras inom 24–48 timmar (beroende på vårdform) och därefter med regelbundna intervall, vilket överensstämmer med svensk praxis. Riskbedömningen visar om en patients näringstillstånd och bakomliggande orsaker behöver utredas vidare så att förebyggande åtgärder kan sättas in för att undvika att en risk utvecklas till undernäring [21]. Se även kapitlet *Bestämmelser som rör undernäring; Krav på rutiner om undernäring*.

I hälso- och sjukvården görs idag en riskbedömning av näringsstatus utifrån tre bedömningspunkter; dvs. oavsiktlig viktförlust, ätsvårigheter eller undervikt. Dessa tre nutritionsrelaterade tillstånd har var för sig stark evidensgrad för att indikera ogynnsamma kliniska förlopp, och de ingår även i de instrument som används för att diagnosticera undernäring [22]. Om den bedömda individen uppvisar något av de tre tillstånden finns det anledning för hälso- och sjukvården att föreslå en utredning av personens näringstillstånd:

- **Oavsiktlig viktförlust** (tecken på negativ energibalans)
- **Ätsvårigheter**, t.ex. aptitlöshet eller tugg- och sväljproblem
- **Undervikt**, dvs. body mass index (BMI) är mindre än 20 kg/m² (för patienter under 70 år) eller BMI är mindre än 22 kg/m² (för patienter 70 år och äldre).

Dessa bedömningspunkter föreslås bl.a. av Sveriges kommuner och landsting, SKL [40].

Undernäring kan maskeras av övervikt, förändringar i vätskebalans liksom vid ödem. Ofrivillig viktförlust behöver beaktas i alla patienter oavsett aktuell vikt.

Den sista punkten förutsätter att uppgift om längd och vikt inhämtas. Hälso- och sjukvårdspersonal som utför riskbedömning behöver beakta att mätning av längd och vikt kan upplevas som oönskade. En god kommunikation och information om varför uppgift om vikt och längd är intressant är centralt för genomförandet, liksom respekt för en persons önskan att avstå. Se även kapitlet *Etiska överväganden i nutritionsarbetet*.

Det finns flera bedömningsinstrument som är framtagna för att identifiera personer som riskerar att utveckla undernäring. Dessa är vanligen anpassade efter verksamhet eller specifika sjukdomstillstånd och är ett alternativ till de tre bedömningspunkterna ovan. Dessa är exempelvis:

- MNA (Mini Nutritional Assessment) och MNA-SF (Mini Nutritional Assessment – Short Form), anpassat för personer ≥ 65 år[41]
- NRS-2002 (Nutritional Risk Screening-2002), används främst inom kirurgi och onkologi, men lämpar sig även för akutvård[42]

- SGA (Subjective Global Assessment), används främst inom kirurgi och onkologi, men lämpar sig även för akutvård[43].

MNA och SGA är mer omfattande och kan även användas som del av en utredning.

Riskbedömning utförs lämpligen regelbundet i följande situationer:

- vid inskrivning i slutenvård och vid besök i öppen poliklinisk vård
- vid besök i primärvård för patienter med förhöjd risk att drabbas av undernäring (exempelvis äldre personer, personer med långvariga sjukdomar, personer med dysfagi och personer med depressionsproblematik)
- vid inflyttning i särskilda boendeformer och därefter vid klinisk misstanke om undernäring
- vid start av hemtjänst och därefter vid klinisk misstanke om undernäring
- vid andra tillfällen, t.ex. i samband med hälsokontroller och influensavaccinationer.

Se bilaga 1, avsnitt F1 för kunskapsunderlag om riskbedömning.

Utredning av undernäring

Efter att en patient har bedömts ha risk för undernäring utreds art och grad av undernäringssymptomen. Utredningen görs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med god kunskap om orsak, effekt och behandling av undernäring. Se även kapitlet *Bestämmelser som rör undernäring. Krav på rutiner om undernäring*.

Beroende på patientens behov kan professioner med mer specifika kunskaper behöva tas in. Exempelvis kan det finnas behov av logoped, för att utreda sväljsvårigheter, eller dietist, vid behov av fördjupad kunskap om nutrition.

Med stöd av utredningen kan undernäring diagnostiseras. Se avsnittet om diagnoskriterier nedan. Utredningen ger också kunskap om vilka åtgärder som behöver sättas in, hur ofta patienten behöver följas upp och vilken eller vilka professioner som blir aktuella för att behandla och följa upp patienten.

Såväl medicinska besvär som sociala aspekter är av betydelse i utredningen. Vad vården väljer att utreda beror på situationen för den enskilde individen och kan därför variera. Exempel på faktorer att ta hänsyn till vid utredning framkommer av tabell 2.

Tabell 2. Faktorer att ta hänsyn till vid en utredning av undernäring eller risk för undernäring

Faktorer	Exempel
Kosthistorik	<ul style="list-style-type: none"> • mat och näringsintag • måltidsmiljö • antal mål per dag • nattfastans längd • kunskap om mat och matlagning • inte möjlighet att laga mat, t.ex. har inget kök eller kan inte använda sitt kök • kan inte få hem mat, orkar eller kan inte göra inköp • sociala faktorer, t.ex. kultur och religion, kan påverka val av mat/livsmedel

Faktorer	Exempel
Energi- och näringsbehov samt vätskebehov	<ul style="list-style-type: none"> • behov av energi, protein, övriga näringsämnen och vätska i förhållande till rekommendationer och behov
Fysiskt tillstånd	<ul style="list-style-type: none"> • längd • vikt • vikthistoria • fettmängd • muskelmassa, -styrka och -funktion
Medicinska undersökningar och laboratorieprover	<ul style="list-style-type: none"> • hälso- och sjukdomshistoria • försämrad mun- och tandstatus • tugg- eller sväljningssvårigheter • funktionsförändringar och eventuella behov av assistans/stöd vid måltid • eventuella pareser • läkemedelsintag och läkemedelsbehandling • laboratorievärden, exalbumin, inflammationsmarkör såsom C-reaktivt protein (CRP) • försämrad mag-tarmfunktion, t.ex. försämrat näringsupptag
Bakgrund, patient	<ul style="list-style-type: none"> • levnadsförhållanden • psykosociala faktorer, t.ex. ensamhet och nedstämdhet • socioekonomisk situation, t.ex. har inte råd att köpa mat

Källa: NICE och ESPEN Guidelines

Mat- och vätskeregistrering

För patienter som har bedömts som undernärda eller som riskerar att utveckla undernäring registreras all mat och dryck för att utreda om det finns brist på energi och vätska eller obalans mellan intag och behov. Även protein kan vara av intresse att registrera. Registreringen används sedan som underlag vid val av åtgärd. Även kosttillskott och enteral och parenteral nutrition inkluderas i registreringen. Mer omfattande näringsvärdesberäkningar kan vid behov behövas.

Att fastställa energi-, protein- och näringsbehov samt vätskebehov

Kunskap om patientens behov av energi, protein och övriga vitaminer och mineraler är en förutsättning för att kunna välja rätt åtgärder. Även mängd vätska är viktigt att fastställa.

Maten behöver ha en viss sammansättning av energi och näringsämnen. De nordiska näringsrekommendationerna 2012 (NNR) [44] är de officiella näringsrekommendationerna i Sverige, och används vid planering av måltider till större grupper. De syftar till att tillgodose näringsbehov och förebygga ohälsa på sikt. Livsmedelsverkets broschyr *Bra måltider i äldreomsorgen* ger övergripande rekommendationer och stöd för hur verksamheter bör arbeta för att skapa måltider i offentliga miljöer i äldreomsorgen.

Energibehov

Energibehovet påverkas av kön, ålder och grad av fysisk aktivitet. Personer som riskerar att utveckla undernäring eller redan är undernärda har generellt ett energibehov på 25–35 kcal/kg kroppsvikt och dag [19]. Energibehovet minskar med stigande ålder, men sjukdomar och trauman är extra energikrävande, liksom inflammatoriska tillstånd. En äldre person med samtidig undernäring har därför oftast ett energibehov på 32–38 kcal/kg och dag [7]. För en stillasittande rullstolsburen person blir energinivån låg på grund av en

lägre aktivitetsnivå. Mer exakta beräkningar kan göras med hjälp av standardiserade ekvationer (exempelvis Shofields ekvation [45]) eller med avancerad mätning med exempelvis indirekt kalorimetri. För att fastställa energibehov vid övervikt eller fetma används ofta en vikt som baseras på idealvikt (BMI 25) med tillägg av 25 procent av den överskjutande vikten. En tydlig referens saknas dock för denna ekvation.

Tabell 3. Näringsrekommendationer för friska vuxna och personer med risk för eller med uttalad undernäring

Näringsämne	Friska	Risk för undernäring/undernäring	Kommentar
Protein, vuxna upp till 65 år	0,8 g/kg kroppsvikt per dag	1,2–1,5 g/kg kroppsvikt per dag [21]	Behov ökar med sjukdom/medicinsk/kirurgisk behandling och ålder. <i>Exempel på proteinrik mat är mjölk, yoghurt, kvarg, ägg, baljväxter, nötter, fisk och kött</i>
Protein, från 65 år	1,0 g/kg kroppsvikt per dag [7]	1,2–1,5 g/kg kroppsvikt per dag [7]	Behov ökar med sjukdom/medicinsk/kirurgisk behandling och ålder
Fett	25–40 energiprocent	Förhöjt, ibland över 40 energiprocent	Fett är en viktig energikälla, som kan bidra till att göra en liten portion energirik. Mängden fett kan därför ökas för person med risk för undernäring/undernäring. <i>Exempel på fettrik mat är feta fiskar (lax och sill), feta kött- och charkprodukter, ost, matfett, grädde och oljor</i>
Kolhydrater	45–60 energiprocent	Lägre, ibland under 45 energiprocent	Genom att minska mängden kolhydrater kan portionsstorleken minskas utan att nämnvärt påverka mängden energi. <i>Exempel på kolhydratrik mat är grönsaker, rotfrukter, potatis, frukt, bär, pasta, ris och mjöl</i>
-socker	max 10 energiprocent	Kan ökas	Ett högre intag kan öka möjlighet till ett tillräckligt energiintag vid risk för undernäring/undernäring. Sockerrika produkter är dock ofta näringsfattiga. <i>Exempel på sockerrik mat är bakverk, söt dryck, kräm och godis</i>
-fiber	Minst 25–35 g/dag	Kan minskas	Fiber mättar utan att tillföra energi, varför mängden kan behöva minskas vid risk för undernäring/undernäring. <i>Exempel på fiberrik mat är grovt bröd, mjöl och gryn av fullkorn, rotfrukt och frukt</i>
Näringsämnen, övriga	Se NNR	Vid lågt energiintag (< 1 500 kcal per dag) bör kosten kompletteras med multivitamin- och mineraltablett	NNR beskriver friska individers behov och används som utgångspunkt vid planering av måltider till större grupper. Vid nutritionsbehandling av risk för undernäring/undernäring kan kosten behöva anpassas på individnivå. Behov av D-vitamin kan vara svårt att täcka. Ett tillskott på 20 mikrogram/dag rekommenderas för personer över 75 år.

Energiprocent: fördelning av energin (kcal) från protein, kolhydrater och fett i kosten. Källa: Nordiska näringsrekommendationer, NNR [44] om inget annat anges.

Proteinbehov

Enligt NNR [44] bör protein utgöra 10–20 energiprocent av det totala energiintaget för friska vuxna och 15–20 energiprocent för friska personer från 65 års ålder (motsvarande cirka 0,8 respektive 1,2 g protein/kg kroppsvikt). ESPEN guidelines är lite mer försiktiga och rekommenderar ett intag om minst 1 g/kg kroppsvikt och dygn för äldre [7]. De påpekar dock att mängden

protein behöver anpassas individuellt med hänsyn till nutritionsstatus, fysisk aktivitet, sjukdom och tolerans. För personer med risk för undernäring eller utvecklad undernäring är proteinbehovet högre. Vid stress och skador ökar förluster av protein och behovet kan därför vara högre vid sjukdom, vilket ställer ytterligare krav på matens proteintäthet [46]. Vid risk för undernäring, vid utvecklad undernäring och vid akut eller kronisk sjukdom indikerar studier ett proteinbehov på 1,2–1,5 g/kg kroppsvikt och dygn. Den högre mängden gäller individer med allvarlig sjukdom eller med betydande undernäring [7]. Även vid rehabilitering efter sjukdom eller behandling ses ett ökat proteinbehov. Individens behov och förutsättningar (exempelvis vid njursjukdom) behöver beaktas. För att fastställa proteinbehov vid övervikt/fetma används ofta en vikt som baseras på idealvikt (BMI 25) med tillägg av 25 procent av den överskjutande vikten, men någon entydig referens saknas.

Näringsbehov

Behovet av näringsämnen är individuellt. Det förändras inte på samma sätt som energi- och proteinbehovet med stigande ålder, men kan behöva justeras vid olika sjukdomstillstånd. Näringsrekommendationer av vitaminer och mineraler följer NNR. För äldre personer med liten aptit och små portioner bör näringsstätheten i maten som serveras vara hög. Ett energiintag under 6,5 MJ/1 500 kcal per dag definieras av NNR som mycket lågt och medför en avsevärd risk för ett otillräckligt intag av mikronäringsämnen. Kosten för de som har ett så lågt energiintag bör därför alltid kompletteras med en multivitamin-/mineraltablett.

Vätskebehov

Vätskebehovet för en frisk person är ungefär 30 ml/kg kroppsvikt men vätskeregleringen försämras med stigande ålder. Det är viktigt att kompensera för eventuella vätskeförluster och att vara observant på att olika sjukdomstillstånd kan påverka behov av vätska (t.ex. diarré, hög feber och njursjukdom).

Tugg- och sväljproblem

När tugg- och sväljproblem är en orsak till undernäringssymptom kopplas även logoped, och vid behov öron-näsa-halsspecialist, in i utredningsarbetet. Ökad muskelspänning eller muskelsvaghet, som ses hos personer med funktionsnedsättning eller motoriska svårigheter, ger ofta sväljningssvårigheter. Dysfagi är ett vanligt symptom till bl.a. neurologiska sjukdomar såsom ALS, stroke, multipel skleros (ms) och Parkinsons sjukdom. Det är också vanligt förekommande i samband med viss onkologisk behandling såsom strålning mot mun och svalg, liksom en biverkan vid viss medicinering.

Läkemedelsgenomgång och behandling

Det finns läkemedelsbehandlingar som kan orsaka muntorrhet och magtarmproblem och även påverka aptiten. För individer med tillfälliga eller kroniska tillstånd av smärta eller illamående kan förebyggande läkemedelsbehandling i god tid före måltid öka möjligheten att äta och dricka.

Vid en läkemedelsgenomgång (11 kap. HSLF-FS 2017:37) kan samtidigt en bedömning ske av huruvida aktuell medicinering kan påverka förmågan att äta. Om vården finner att det är så, kan de i första hand undersöka om läkemedlet är nödvändigt, och i andra hand undersöka möjligheten att ersätta

läkemedlet med preparat som i lägre grad eller inte alls påverkar förmågan att äta, och i sista hand kan åtgärder vidtas för att kompensera för de problem som läkemedlet skapar.[47]

Diagnoskriterier för undernäring

Särskilda diagnoskriterier behöver vara uppfyllda för att vården ska kunna bekräfta diagnosen undernäring hos patienter som först har bedömts vara i risk för undernäring. Se avsnittet *Diagnoskriterier, klassifikationer och terminologier som rör undernäring* i inledningskapitlet.

Att planera förebyggande och behandlande åtgärder

Planering för förebyggande och behandlande åtgärder är en viktig del av nutritionsvårdsprocessen. Om planeringen utgår från ett personcentrerat förhållnings- och arbetssätt kan den enskilde ges en möjlighet att förstå och påverka sin vård och behandling.

Vid planeringen av vården ska det i patientjournalen dokumenteras de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten (3 kap. 6 § PDL). En patientjournal ska också, i förekommande fall, bl.a. innehålla uppgifter om aktuellt hållsotillstånd och medicinska bedömningar, utredande och behandlande åtgärder med bakgrunden till dessa, ordinationer och ordinationsorsak, resultat av utredande och behandlande åtgärder samt uppgifter om samtycken och vårdplanering (5 kap. 5 § HSLF-FS 2016:40).

När det finns behov av insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst för att den enskildes behov ska kunna tillgodoses ska en SIP under vissa förutsättningar upprättas. Läs vidare om SIP i kapitlet *Bestämmelser som rör undernäring*.

Åtgärder som förebygger och behandlar undernäring

Hälsofrämjande, förebyggande och behandlande åtgärder

Att servera god mat och erbjuda trevliga måltider i en trivsamt miljö är i grunden det bästa sättet att förebygga undernäring och främja hälsa i vård och omsorg. I Livsmedelsverkets råd *Bra måltider i äldreomsorgen* lyfts betydelsen av en bra måltid fram. Råden är avsedda som övergripande rekommendationer och stöd för hur verksamheter bör arbeta för att skapa måltider som bidrar till välbefinnande, hälsa och värdighet. Skriften ger generella råd om äldreomsorgens måltider [11].

Vid planering av måltider till personer med risk för undernäring behöver individens behov och förutsättningar beaktas. I det följande beskrivs hur ytterligare anpassningar kan behövas som en del av en individuell nutritionsbehandling.

Ett personcentrerat förhållningssätt är grunden för alla åtgärder, oavsett om åtgärden är hälsofrämjande, förebyggande eller behandlande (se figur 3). Det är viktigt att det sker Anpassningar i alla steg utifrån personliga preferenser och med hänsyn tagen till eventuella sväljsvårigheter, sjukdomar eller dylikt. Stegen kan kombineras efter individens behov.

Förebyggande och behandlande åtgärder i enskilda fall

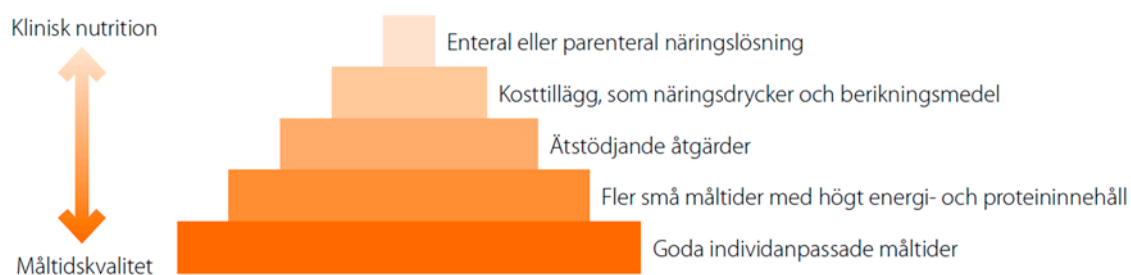
Nutritionsbehandling för en enskild person kan vara förebyggande för att undvika undernäring, eller behandlande vid konstaterad undernäring. All nutritionsbehandling är anpassad för den enskilde där hänsyn behöver tas till givna situation och eventuella sjukdomstillstånd.

Vanligtvis är det övergripande målet med nutritionsbehandling att säkerställa det totala näringsintaget (energi, protein, vätska och andra näringsämnen). Vid nutritionsbehandling i livets slutskede (se avsnitt nedan) är målet i första hand att lindra nutritionsproblemet och förbättra personens livskvalitet.

Sjuksköterska, dietist och ansvarig läkare planerar och organiserar tillsammans nutritionsbehandlingen, men många olika yrkesgrupper ansvarar sedan för att aktiviteter och åtgärder genomförs. Eftersom dygnets alla olika måltider utgör basen för nutritionsvårdprocessens åtgärder är ansvaret delat mellan legitimerad personal och omsorgspersonal. Kostchefer, kostvetare och kockar har ofta ansvar för näringsberäknade matsedlar och sammanställning av olika specialkost inom såväl sjukhus som olika boendeformer.

Figur 3. Grunden för all nutritionsbehandling är bra måltider.

Måltider kan behöva kompletteras med ytterligare insatser för att förebygga och behandla undernäring samt vid specifika sjukdomstillstånd. De olika stegen i figurens trappa har ingen inbördes hierarkisk ordning.



Källa: Livsmedelsverkets råd Bra måltider i äldreomsorgen.

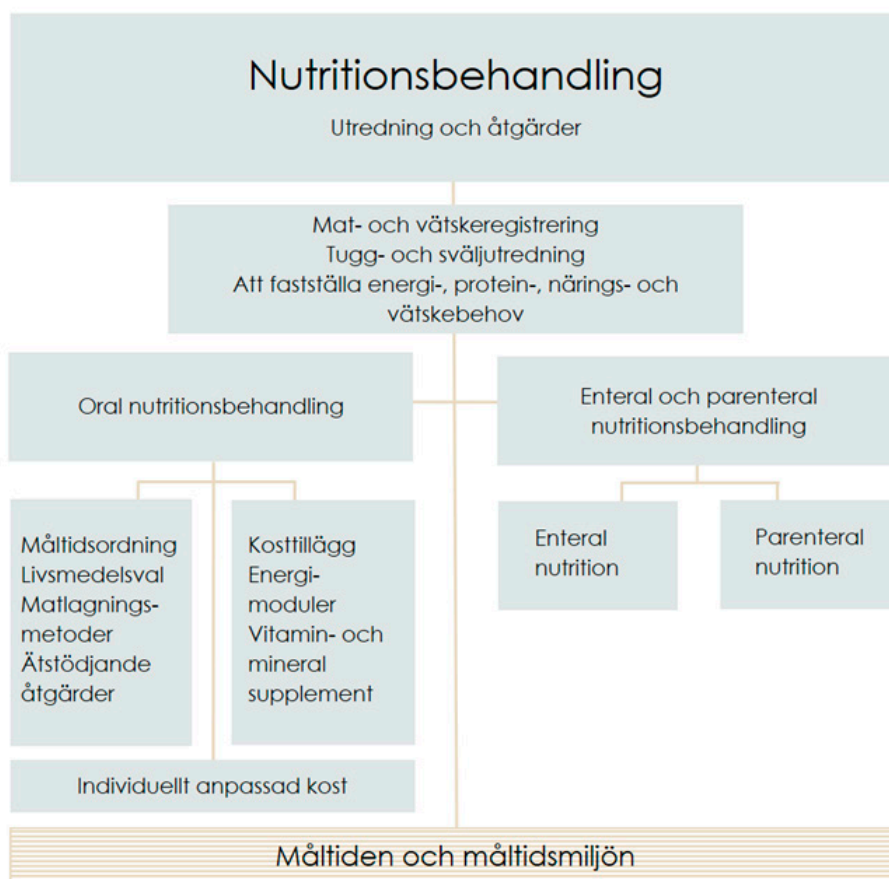
Rådgivande eller kvalificerat rådgivande samtal eller undervisning

Rådgivande eller kvalificerat rådgivande samtal kan bli aktuellt för att hjälpa patienten att prioritera och sätta mål för matvanor, näringsintag och fysisk aktivitet. Samtal ges av hälso- och sjukvårdspersonal med kompetens och färdighet i ämnet då patient och vårdgivare är överens om att det finns ett behov. Kvalificerat rådgivande samtal kan ges till patienter med risk för undernäring eller vid undernäring, och vid olika sjukdomstillstånd som kräver anpassade kostråd för att stödja personen att förändra levnadsvanor.

Kvalificerat rådgivande samtal utgår från individens egen berättelse och beskrivning av behoven, och förutsätter att hälso- och sjukvårdspersonalen har god kunskap inte bara om människans fysiologi utan också om eventuell bakomliggande sjukdom och dess behandling samt om olika sociala, kulturella och psykologiska funktioner som påverkar kostintaget.²

Instruktioner och undervisning i samband med en patients undernäringstillstånd kan även riktas till personal inom såväl vård som omsorg som en viktig del av nutritionsbehandlingen. Det kan exempelvis handla om föreslagna eller ordinerade insatser eller läkemedel, eller betydelsen av vilken typ av mat som behöver inhandlas, tillagas eller serveras, eventuella kosttillsätt eller liknande i den givna situationen.

Figur 4. Grundläggande principer för nutritionsbehandling, med måltiden och måltidsmiljön som en bas



I det här avsnittet beskrivs de åtgärder som kan behöva sättas in för att förebygga och behandla undernäring. Maten kan behöva modifieras, kompletteras med tillägg eller helt eller delvis ersättas av enteral eller parenteral nutrition. Det kan vara insatser som behövs i den enskildes egna hem eller inom

² Båda samtalsnivåerna utgår från en personcentrerad dialog med individen. Kvalificerat rådgivande samtal innebär en mer omfattande åtgärd, ofta med både fler och längre sessioner än rådgivande samtal, och förutsätter att personalen är utbildad i den metod som används och har fördjupad ämneskompetens. En mer utförlig beskrivning av rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal finns i Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor, Socialstyrelsen.

den slutna vården. För att det ska fungera behövs kunskap om matens betydelse, tydliga rutiner och en dialog mellan hälso- och sjukvård och socialomsorgen. Se avsnittet *Multiprofessionella team för kontinuitet och helhetsbild* i inledningskapitlet, och avsnittet *Krav på rutiner om undernäring* i kapitlet *Bestämmelser som rör undernäring*.

Oral nutritionsbehandling

Oral nutritionsbehandling utgår från mat och näring som intas via munnen. Att servera god mat är i grunden det bästa sättet att förebygga undernäring och främja hälsa, men aptitlöshet, förändringar i smakupplevelser och försämrad munhälsa är exempel på faktorer som påverkar förmågan att äta. Det finns också mer psykologiska faktorer såsom ensamhet eller depression. Följande avsnitt beskriver hur mat och måltider kan behöva anpassas för att förbättra eller underlätta ett näringsintag.

Se bilaga 1, avsnitt F2 för kunskapsunderlag om oral nutritionsbehandling.

Måltiden och måltidsmiljön

En måltid är inte bara ett intag av näringsämnen, utan även en källa till glädje, gemenskap och välbefinnande. Måltiden spelar en viktig roll för tillfrisknande och läkning och behöver beaktas inom hälso- och sjukvården i det dagliga arbetet. En rad faktorer påverkar själva måltidsupplevelsen. Den så kallade FAMM-modellen (The Five Aspects of Meal Model) beskriver hur faktorerna rummet, mötet, produkten (maten), styrsystemet och atmosfären tillsammans ger den sammantagna måltidsupplevelsen [48]. Inom socialtjänsten har individen rätt att få behålla sitt sätt att leva och sina vanor oavsett ålder eller sjukdom. Måltiden är en meningsskapande aktivitet som kan ge tillvaron guldkant och höja livskvalitet.

Måltidsordning

Med måltidsordning menas hur mat och måltider fördelas över dygnet. Kulturellt och/eller religiöst kontextuella vanor påverkar den enskildes val av mat och måltidsmönster och behöver beaktas. Genom att anpassa antalet måltider per dag, utifrån den enskildes situation och preferenser, kan man öka möjligheten för den enskilde att nå upp till sitt energi- och näringsbehov. Två huvudmål per dag (lunch och middag) täcker vanligtvis endast halva energi- och näringsbehovet, varför frukost och mellanmål är minst lika viktiga. Om aptiten sviktar och portionsstorleken blir mindre krävs fler energi- och näringstätta måltider.

Nattfastan är antalet timmar mellan dygnets sista och nästa dygns första måltid. Om nattfastan blir för lång minskar möjligheten för personen att nå upp till sitt energi- och näringsbehov. Enligt Livsmedelsverkets råd *Bra måltider i äldreomsorgen* bör nattfastan inte överstiga 11 timmar. En längre nattfasta gör det svårt att hinna täcka energi- och näringsbehov [11]. Fasteperioden kan även beskrivas som dygnsfasta med den längsta tid mellan två måltider.

Ätstödjande åtgärder

Svårigheter att äta eller dricka självständigt kan leda till undernäring. Ätstödjande åtgärder syftar till att på olika sätt underlätta och göra det möjligt för den enskilde att få sina energi-, närings- och vätskebehov täckta. Ätstödjande

åtgärder måste ske med respekt och lyhördhet för den enskildes integritet, självbestämmande och delaktighet.

Exempel på ätstödjande åtgärder kan vara att

- individ- och omgivningsanpassa måltidssituationen och miljön (gemenskap eller avskildhet under måltid)
- individanpassa sittställning
- anpassa belysning och ljudnivå
- respektera måltidsro
- uppmuntra egenvårdsförmåga
- uppmuntra och påminna om att äta och dricka
- muntligt och/eller fysiskt guida kring och under måltid
- dela maten på tallriken
- individanpassa måltidsassistans
- konsistensanpassa maten
- erbjuda omsorgsmåltider
- erbjuda äthjälpmiddel såsom tallrik och bestick.

Munvård

Att ha en god mun- och tandhälsa är en förutsättning för att kunna äta och dricka. Exempel på stödjande munvårdåtgärder kan vara att

- ge träning till att självständigt kunna borsta tänderna
- ge möjlighet till att hålla munnen ren från matrester
- assistera vid tand- och munhygien, delvis eller vid alla moment.

Munvård är viktig även för den som inte äter eller dricker oralt.

Individuellt anpassad kost

Det finns en mängd olika tillstånd och situationer då det kan behövas speciellt anpassade livsmedelsval och/eller konsistenser i mat. Kulturella preferenser, religion, medicinering, sjukdomar, sväljningssvårigheter och allergier är exempel på faktorer som påverkar val av mat och måltid även för den som är undernärld eller som riskerar att drabbas av undernäring. Ur patientsäkerhets-synpunkt är det viktigt att utforma maten och måltiden i samråd med individen så långt det är möjligt– det är ju först när maten intas som den kan bidra till symtomlindring, livskvalitet och återhämtning.

Energi- och proteinberikning av måltider

För den som endast klarar att äta en liten portion mat åt gången behöver maten som serveras vara näringstät för att näringsbehovet ska kunna täckas. Individanpassad mat kan innebära att maten energi- och proteinberikas för att små portioner ska ge tillräckligt med energi och protein. Det innebär att andelen fett och protein ökas i måltiden på bekostnad av exempelvis grönsaker, frukt, ris och potatis (se tabell 3).

Att dela upp måltiden på en aptitretande förrätt, liten huvudrätt och dessert kan vara ett sätt att öka aptiten och möjligheten att äta. Kosten kan behöva förstärkas ytterligare med kosttillskott, exempelvis berikningsprodukter och/eller enteral och/eller parenteral nutrition.

Specialkost

Det finns många olika sjukdomstillstånd som kräver speciellt anpassade sammansättningar av näringsämnen. Kosten kan exempelvis vara fettreducerad, glutenfri, laktosreducerad, proteinreducerad eller anpassad till dialysbehandling.

Konsistensanpassning

För den som har dysfagi är en individuellt anpassad konsistens en förutsättning för att personen ska dricka och äta säkert. Tugg- och sväljningsproblem kan komma till uttryck på flera olika sätt, varför det är viktigt att anpassa konsistens efter problem. Kosten kan beskrivas med sex olika texturer: hel och delad; grov paté; timbal; gelé; flytande; tjockflytande. Vid konsistensbeskrivning av framför allt drycker används även International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI)[49]. I dagsläget saknas dock en svensk översättning.

Genom att använda förtjockningsmedel och tillagningsmetoder kan mat och dryck anpassas till en, för den enskilde, passande konsistens. Även frukost och mellanmål behöver konsistensanpassas.

Kosttillägg

Vanlig mat och dryck är ett naturligt förstahandsval vid oral nutritionsbehandling, se figur 4. I de fall en justering av mat och måltid inte räcker för att täcka energi- och näringsbehovet kan kosttillägg vara ett sätt att utöka energi- och näringsintaget. Kosttilläggen kan ha olika sammansättning, alltifrån endast energigivande till mer avancerade sjukdomsspecifika näringsdrycker med varierande konsistens och näringsinnehåll. Kosttillägg förekommer också i pulverform i syfte att berika mat och dryck på olika sätt.

Förskrivning av nutritionsprodukter

Kosttillägg, sondnäring och livsmedel för personer med medfödda rubbningar i ämnesomsättningen är exempel på livsmedel för speciella medicinska ändamål, ofta benämnda som Food for Special Medical Purposes (FSMP). Dessa livsmedel är avsedda för personer med olika sjukdomar eller åkommor som kräver speciell kostbehandling.[50]

Förskrivning till personer från 16 år fastställs för respektive region. Även eventuella subventioner för dessa produkter på individnivå kan se olika ut i landet, med lokala regelverk. Vanligtvis är det läkare eller dietist som förskriver kosttillägg och enteral nutrition (t.ex. sondnäring, aggregat och nutritions pump). Sjuksköterska kan i vissa regioner ges behörighet att förskriva kosttillägg. Förskrivning kräver en god kunskap om produkter, deras innehåll och vad som är lämpligt för den enskilde att använda.

Olika typer av hjälpmedel kan underlätta och göra det möjligt att äta och dricka självständigt. Hälso- och sjukvårdspersonal kan förskriva hjälpmedel för måltidssituationen. Regler för förskrivning fastställs för respektive region. Läs mer om bestämmelser i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:1) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården. Se även Socialstyrelsens förskrivarstöd.[51]

Enteral och parenteral nutritionsbehandling

För den som inte kan äta eller tillgodogöra sig mat och dryck oralt kan enteral nutrition eller parenteral nutrition vara nödvändiga komplement, eller helt ersätta vanlig mat. Hälso- och sjukvården behöver utforma och övervaka enteral och parenteral behandling noggrant för att minska risken för komplikationer. Information om administrering och val av näring och produkter vid enteral- eller parenteral nutrition ges i exempelvis Läkemedelsboken [52].³

Enteral nutritionsbehandling

Enteral nutrition innebär att näringstillförsel ges till mag-tarmkanalen och övervägs i de fall oralt intag av olika skäl inte är tillfredsställande eller möjligt. Tillförseln kan ske genom sond via näsan eller genom gastrostomi via buken. Den kan med fördel kombineras med vanlig mat eller kosttillskott, via munnen då detta är möjligt. Näring via mag-tarmkanalen kan ha flera fördelar framför näring via blodbanan (parenteral nutritionsbehandling), bl.a. mindre risk för allvarliga infektioner och en lägre kostnad för sjukvården. Följande är exempel på uppgifter som kan ingå i hanteringen:

- ställningstagande till behov av enteral nutrition
- ställningstagande till vilken typ av sond/gastrostomi som är lämplig
- ställningstagande till vilket energi-, protein-, vätske- och näringsbehov som ska uppfyllas
- ställningstagande till lämplig sondnäringsprodukt
- administrering av sondnäring
- skötselråd till patient och i förekommande fall till närstående
- skötsel och omvårdnad
- förskrivning av sondnäring och tillbehör för patient i eget boende.

Samtliga uppgifter som ingår vid enteral nutritionsbehandling är oreglerade, vilket innebär att det inte finns lagkrav på att någon särskild yrkesgrupp ska genomföra dem. I de fall det är läkemedel som administreras via sond eller gastrostomi är läkare och sjuksköterskor behöriga att iordningställa, överlämna och administrera dem enligt förutsättningarna i 7 kap. 1 § i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med kompetens i enteral nutrition kan bidra med olika kompetenser så att sondnäringen ordinerar och administreras på ett säkert sätt. I praktiken kan ansvaret delas mellan dietist, läkare och sjuksköterska.

Sondnäring används i sond och gastrostomier. Det finns många olika näringslösningar, både standard och sjukdomsspecifika, varför anpassning sker utifrån patientens behov. Det är viktigt att uppstart av sondmatning sker långsamt och att mängd och tillförselhastighet anpassas efter individens behov och förmåga att ta emot sondnäring.

³ En konsensusgrupp inom ESPEN har nyligen föreslagit att termen "Artificial nutrition", som tidigare varit en samlingsbeteckning för enteral och parenteral nutrition, byts mot termen "Medical nutrition" som föreslås omfatta, utöver enteral och parenteral nutrition, "Oral Nutritional Supplement" (ONS). Vi har i den aktuella texten valt att undvika termen artificiell nutrition, och betecknar de olika nutritionsformerna var för sig. Ett arbete pågår med Socialstyrelsens terminologigrupp för uppdatera den svenska terminologin inom området.

Sond via näsan

En sond via näsan är endast temporär, dvs. avsedd för en kortare tids behandling. Under förutsättning att patienten kan medverka sätts en nasogastrisk sond, vanligtvis på vårdavdelning. För att undvika risk för att sondnäringen hamnar i lungorna (aspiration) kan en lägeskontroll utföras med röntgenövervakning. Därefter är det viktigt att vården även i samband med matning kontrollerar att den ligger i rätt läge. Sond via näsan är vanligtvis någon av följande:

- nasogastrisk sond, via näsan till magsäcken
- nasoduodenal sond, via näsan till tolvfingertarmen
- nasojejunal sond, via näsan till tunntarmen.

Gastrostomi via buken

Ett mer långvarigt eller permanent alternativ är en gastrostomi till magsäcken eller en gastrojejunostomi direkt till tarmen. Gastrostomi via buken är vanligtvis någon av följande:

- Perkutan endoskopisk gastrostomi (PEG). Sätts via buken med hjälp av gastroskopi, under lokalbedövning (vanligtvis).
- Perkutan endoskopisk jejunostomi (PEJ). Sätts via buken till tunntarmen, med hjälp av gastroskopi, under lokalbedövning (vanligtvis).

Enteral nutritionsbehandling i hemmet

Regioner och landsting har det grundläggande ansvaret att erbjuda en god hälso- och sjukvård och tandvård (8 kap. 2 § HSL och 5 § tandvårdslagen).

Kommunerna ansvarar t.ex. för hälso- och sjukvården på särskilda boenden för äldre och personer med funktionsnedsättning. Vanligtvis har landets kommuner också tagit över ansvaret för hemsjukvården efter överenskommelse med landstingen.⁴ Landstingen och regionerna ansvarar dock alltid för den vård som läkare ger.

Regioner, landsting och kommuner kan avtala med t.ex. ett privat bolag att utföra hälso- och sjukvården eller tandvården.

Parenteral nutritionsbehandling

Parenteral nutrition övervägs i de fall oralt eller enteralt intag är otillräckligt eller om mag-tarmkanalen inte fungerar. Parenteral nutrition ges direkt i blodbanan och katetern kan vara perifert eller centralt placerad i en kroppsvävnad. Parenteral nutrition kan helt eller delvis ersätta mat eller enteral nutrition. I Sverige används i regel så kallade trekammarpåsar innehållande aminosyror, glukos och fett. Vitaminer och spårelement ingår inte i trekammarpåsarna och måste tillsättas, om inget annat anges. Det finns dock en mängd andra möjligheter att designa lösningar helt efter behov. Parenteral nutrition kräver tätare kontroller då akuta och allvarliga situationer kan uppstå av och under behandlingen.

Parenteral nutritionsbehandling i hemmet

För att parenteral nutritionsbehandling ska fungera krävs en tydlig ansvarsfördelning där ansvarig läkare har ett övergripande ansvar för ordination av

⁴ I Stockholms läns landsting ligger ansvaret för hemsjukvården hos primärvården.

parenteral nutrition. Övergripande mål med en tydlig planering för vården, uppföljning och eventuell plan för avslut av behandling är nödvändig.⁵

Uppstart av nutritionsbehandling

För den som är svårt undernörd eller inte har ätit på mer än fem dagar är det viktigt att uppstarten av nutritionsbehandlingen sker försiktigt, med en successiv ökning av framför allt energi och protein med noggrann uppföljning för att undvika ett s.k. ”refeeding syndrome”. Vid långvarig svält sker en anpassning till lågt energiintag, och vid plötslig ökning av energitillförseln kan en svår metabol överbelastning med risk för livshotande komplikationer uppkomma.

Risken är störst i samband med parenteral nutrition men problemet kan inträffa även vid enteral eller oral nutrition. Se Termlista i bilaga 2.

Nutritionsbehandling i livets slutskede

En god palliativ vård innebär att den svarar mot personens vilja och behov. I en tidig fas tillhandahålls nutritionsbehandling på bästa möjliga sätt, som beskrivits ovan. I en sen fas av palliativ vård prioriteras psykosocialt stöd kring måltider och matintag för både patient och närstående. Målsättning med nutritionsbehandlingen i livets slutskede är att lindra symtom och minska hunger eller törst, inte att sträva efter energi- eller näringsbalans. Regler om livsuppehållande behandling finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:7) om livsuppehållande behandling. I Socialstyrelsens handbok *Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling* [53] finns vägledning om hur föreskrifterna och de allmänna råden i SOSFS 2011:7 ska tillämpas. Etiska överväganden i situationer som dessa diskuteras i kapitlet *Etiska överväganden i nutritionsarbetet*.

Uppföljning och utvärdering

Syftet med uppföljning av en eller flera hälso- och sjukvårdsinsatser är att utvärdera effekterna av de nutritionsåtgärder som sätts in. Uppföljning görs på alla patienter som bedömts behöva nutritionsåtgärder efter riskbedömning och utredning för att bedöma om insatta nutritionsåtgärder behöver förändras eller avslutas. Det är viktigt att ha en planering för förebyggande och behandlande åtgärder för att kunna följa upp, mäta och utvärdera förändringar hos patienten.

Hur ofta uppföljning sker beror på patientens behov och vilka åtgärder som satts in. Exempelvis kan sväljningssvårigheter förbättras (med dysfagirehabilitering) eller försämrats (på grund av sjukdom) varför en ständig dialog mellan professioner är nödvändig. Enteral och parenteral nutrition kräver tät uppföljning och bevakning, oavsett om personen vårdas på sjukhus eller i hemmet.

⁵ I Stockholms läns landsting ligger ansvaret för hemsjukvården hos primärvården.

Samverkan

Vården ska utgå från en helhetssyn på den enskilda patientens totala behov. För att den enskildes samlade behov av insatser från hälso- och sjukvård och socialtjänst, i arbetet med att förebygga undernäring, ska kunna tillgodoses på ett bra sätt har det visat sig att ett samarbete mellan huvudmännen behövs. Sådant samarbete kan vara aktuellt vid beslut om hemtjänst och personlig assistans, och dokumenteras med fördel i en SIP.

Se avsnittet *Multiprofessionella team för kontinuitet och helhetsbild* i inledningskapitlet samt avsnitten *Samordnad individuell plan* och *Samverkan vid utskrivning* i kapitlet *Bestämmelser som rör undernäring*.

Etiska överväganden i nutritionsarbetet

Det här kapitlet beskriver etiska överväganden för några av de förebyggande och behandlande åtgärder som tas upp i kunskapsstödet. Utgångspunkt för den etiska analysen har varit Beauchamp and Childress [54] fyra medicinsk-etiska principer om autonomi, göra gott, rättvisa, inte skada, samt principen om rätt till integritet (personlig sfär och privatliv).

Upptäcka risker för undernäring inom socialtjänst och verksamhet som bedrivs enligt LSS

I arbete med redan sårbara personer (t.ex. äldre och personer med funktionsnedsättning), i det egna hemmet eller särskilt boende, behöver personalen sträva efter att arbetet ligger i linje med att fullt respektera individens integritet och autonomi. Ett personcentrerat förhållningssätt (se kapitlet *Inledning*) kan generellt användas som etisk kompass i den vård och omsorg som beskrivs här och som ofta bedrivs över längre tid.

Enligt SOSFS 2014:10 är socialnämnden och den nämnd som beslutar om insatser enligt LSS skyldiga att säkerställa att det finns rutiner för hur risker för undernäring ska upptäckas inom hemtjänst och vissa boendeformer. Detta är förhållandevis oproblematiskt ur ett etiskt perspektiv, även om man som personal får ha i åtanke att t.ex. frågor om matvanor kan uppfattas som integritetskränkande om personen inte finner dem motiverade.

Bedöma risk för undernäring i samband med vårdkontakt

I den etiska debatten finns en stigande skepsis mot screeningundersökningar.[55] Att bedöma risk för undernäring kan enligt kunskapsstödet innebära att tre korta frågor ställs till en patient i samband med en vårdkontakt. Om någon av frågorna besvaras med ett ”ja” finns anledning för hälso- och sjukvården att föreslå en utredning av personens näringstillstånd. Ur etisk synvinkel kan detta förfarande inte automatiskt jämföras med screeningprocedurer som initieras utanför en vårdkontakt, och som i större grad inkräktar på personers autonomi. Vid nationella screeningprogram för exempelvis bröstcancer som erbjuds alla i en särskild population, kan oro uppstå i väntan på resultat, vid falskt positiva svar och innan det finns konfirmerande diagnostiska test. Även vid bedömning av risk för undernäring i samband med en vårdkontakt är en grundförutsättning att den enskildes integritet och autonomi beaktas.

Det är viktigt att personen får tillräcklig med information om varför frågorna ställs och ges möjlighet att avstå från att besvara dem utan att behöva

förklara sig. Vad som är ”tillräckligt med information” kan variera mellan patienter och vårdssammanhang. Inom den slutna vården är nutritionens betydelse för tillfrisknande vanligtvis uppenbar och en del av medicinsk och kirurgisk behandling. Vid inskrivning till slutna vård kan skälet till frågorna därför delvis framgå av sammanhanget. Sammanhanget är mindre självklart för exempelvis den äldre men väsentligen friska person som söker sig till primärvården för ett mindre hälsoproblem. Behovet av information om varför frågor om längd och vikt ställs kan generellt antas öka när riskbedömningen sker utanför den slutna vården.

Att regelbundet väga en person i det egna hemmet är en åtgärd som tydligt kan problematiseras utifrån etiska överväganden. Den kan dock genomföras så länge personens autonomi och integritet respekteras. Detta är fallet om den enskilde själv har varit delaktig i beslutet om regelbunden vägning, dvs. har förstått syftet med insatsen och erbjudits möjligheten att fatta ett informerat beslut.

Åtgärder mot undernäring och risk för undernäring

Ur ett etiskt och juridiskt perspektiv har varje person som ges vård rätt att tacka nej till vård och rätt att avsluta påbörjad vård. I många fall är åtgärderna mot undernäring förhållandevis oproblematiska ur ett etiskt perspektiv, t.ex. om problemet handlar om fysiska svårigheter att äta fast föda, om att personen inte får den mat hen tycker om eller om okunskap om vad personen borde äta.

Om de bakomliggande orsakerna i stället är depression eller ensamhet är bilden mer komplex. Det gäller särskilt om det leder till att personen har gjort mer eller mindre medvetna val att inte äta, eller är ointresserad av att åtgärda situationen. En depression kan leda till undernäring, vilken i sin tur kan leda till en djupare depression med än mindre lust att äta. En sådan ond cirkel kan komma att undergräva den enskildes förmåga att fatta autonoma beslut, och medföra att autonomiprincipen ibland blir svårare att tillämpa och därmed får antas väga lättare än principen att göra gott. I sådana situationer är det viktigt att söka en fortsatt dialog och sträva efter att stödja personen i att äta.

Vid nutritionsbehandling via mag-tarmkanalen (enteral) eller via blodbanan (parenteral) äter patienten inte själv utan tillförs näring. Hälso- och sjukvård får inte ges utan patientens samtycke och dennes självbestämmande och integritet ska respekteras (4 kap. 1-2 §§ PL). Patienten ska bland annat få information om det förväntade vård behandlingsförloppet (3 kap. 1 § PL). Patientens närstående ska få möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården om det är lämpligt och om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar detta (5 kap. 3 § PL). Kort om nutritionsbehandling vid livets slutskede

Vid vård i livets slutskede är det viktigt att vården är vaksam på om enteral eller parenteral nutrition är insatser som verkligen ligger i patientens bästa intresse, eller om det är en insats som snarare förlänger lidande eller död och därför gör skada. I situationer där individens egen inställning är oklar, är närståendes information om individens inställning viktig.

Möjligen kan en individ som inte vill äta därmed uttrycka en önskan om att avsluta sitt liv. Det är viktigt att personalen försöker ta reda på varför patienten vill avstå från en behandling och tar sig tid att prata med denne om hans eller hennes beslut.

Vård i livets slutskede är ett eget område som faller utanför kunskapsstöddets ramar. Regler om livsuppehållande behandling finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:7) om livsuppehållande behandling. I Socialstyrelsens handbok *Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling* finns vägledning om hur föreskrifterna och de allmänna råden i SOSFS 2011:7 ska tillämpas [53].

Förutsättningar och stöd för ett arbete mot undernäring

Förutsättningar och stöd för samverkan

Utbyte av information mellan vårdgivare

Behovet av samverkan mellan vårdgivare är stort när det gäller att förebygga, utreda och behandla undernäring, liksom vid vårdpreventivt arbete mer generellt. De bestämmelser som omgärdar utbyte av information mellan vårdgivare upplevs ofta som hindrande i verksamheterna. Det är därför viktigt att lyfta de möjligheter och stöd som finns i sammanhanget: dels de regler om sammanhållen journalföring i PDL och HSLF-FS 2016:40 som gör det möjligt för vårdgivare att ge eller få direktåtkomst till andra vårdgivares journaler, dels möjligheten att bryta sekretessen genom att patienten ger sitt samtycke. Dessa beskrivs kortfattat i kapitlet *Bestämmelser som rör undernäring*. Se även Socialstyrelsens *Handbok om behandling av personuppgifter och sammanhållen journalföring inom hälso- och sjukvården*[56].

Stöd för samverkan

På Kunskapsguiden.se under fliken *Stöd för samverkan* finns olika stödmaterial, bl.a. en process i fem steg och en broschyr (*Så kan olika vårdnivåer samverka om levnadsvanor*) om hur verksamheter kan definiera sin samverkan genom att arbeta tillsammans i workshoppar och utgå från fiktiva problemområden.[57] Stödmaterialen har tagits fram inom området ”hälso-samma levnadsvanor” och kan även användas vid arbete mot undernäring. På liknande sätt kan webbutbildningen ”Ett fall för teamet”, som illustrerar teamsamverkan för förebyggande av fallolyckor, användas för arbetet mot undernäring och hälsoförebyggande arbete mer generellt.

Nutritionskunskap utifrån roller och ansvar

Kunskapsstödet beskriver bestämmelserna i SOSFS 2014:10 och ett nutritionsomhändertagande som är baserat på vetenskap och beprövad erfarenhet. Liksom i all vård och omsorg förutsätter arbetet att chefer och personal inom socialtjänst och hälso- och sjukvård har kunskaper som svarar mot deras roller och ansvar. Se även bilaga 1, avsnitt F3.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Ett gott nutritionsomhändertagande förutsätter tillgång till personal med nutritionskompetens och att flera hälso- och sjukvårdsprofessioner medverkar utifrån de behov som den enskilde har. Dietister, sjuksköterskor, ansvariga läkare, logopedier m.fl. bidrar till en god vård under ansvar av sina legitimationer.

Socialtjänstens personal

Kunskap utifrån roll och ansvar kan för socialtjänstens chefer och personal innefatta kunskaper om

- varför det är viktigt att förebygga undernäring
- vilken betydelse måltiden och maten har för hälsa och välbefinnande
- hur undernäring kan förebyggas genom mat och måltider; här finns allmänna råd för personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre (SOSFS 2011:12, kapitlet *Bestämmelser som rör undernäring*)
- vilka tidiga tecken på och riskfaktorer för undernäring som finns
- hur de ska agera när de misstänker att en person kan vara undernärd eller är på väg att bli undernärd (dvs. kunskap om de rutiner som verksamheten upprättat enligt SOSFS 2014:10).

Det finns i dag flera nationella aktörer som har tagit fram information och stöd på området, bl.a. kvalitetsregistret Senior alert (se nedan) som erbjuder information och utbildningar för chefer och personal.

Senior alert – kvalitetsregister och verktyg

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention, dvs. prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt eller utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion. Det är fem områden som hänger ihop och berör alla som möter den äldre inom hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Genom att använda Senior alert systematiseras det vårdpreventiva arbetssättet på individnivå och varje vårdgivare ges möjlighet att följa och använda sig av de olika resultaten från individnivå till övergripande nivåer. Detta förbättrar patientsäkerheten och kan som en följd även minska uppkomna vårdskador.

Senior alert stödjer ett systematiskt vårdpreventivt arbete inom fem problemområden:

- undernäring/viktminskning
- fallolyckor
- trycksår
- ohälsa i munnen
- blåsdysfunktion.

Det förebyggande arbetssättet bygger på vård- och omsorgsprocessens steg:

- identifiera risker och analysera orsaker
- planera och genomföra förebyggande åtgärder
- följa upp åtgärder och utvärdera resultat.

Senior alert har två huvudsakliga funktioner:

1. Ge webbaserat stöd för ett systematiskt vårdpreventivt arbetssätt på individnivå. Registrering av riskbedömning, bakomliggande orsak, förebyggande åtgärd, uppföljning och händelse görs kontinuerligt i verksamheten.

2. Ge vårdgivare möjlighet att följa och använda sig av de olika resultaten från individnivå till övergripande nivåer (statistik som kan visa på förändringar). Data i Senior alert kan på så vis användas för att belysa verksamhetens resultat och vara en hjälp i förbättringsarbetet.

Användare

Senior alert används inom vård- och omsorgsenheter där personalen möter äldre personer med behov av vårdprevention. Det kan vara verksamheter såsom vård- och omsorgsboende, demensboende, korttidsboende, hemsjukvård, verksamhet enligt LSS, socialpsykiatri, sjukhusavdelningar och vårdcentraler.

Registret är för närvarande den enda datakälla i landet som innehåller information om undernäring på individnivå. Uppbyggnaden och funktionerna gör att det med fördel kan användas som ett verktyg inom ramen för ett systematiskt kvalitetsarbete.

Stöd och resurser

På Seniort alerts webbplats finns bl.a. följande stöd och resurser:

- information till chefer och personal i vård och omsorg
- webbutbildning Grundkurs för nya användare (e-lärande i team eller enskilt)
- webbutbildning Kunskapsbank – förebyggande åtgärder i det dagliga vård och omsorgsarbetet
- blanketter, manualer och vägledningar för registrering
- resultat och statistik (bl.a. årsrapporter och interaktiva kartor).

Indikatorer för god vård och omsorg

Socialstyrelsen har i uppdrag att återkommande rapportera om läget i hälso- och sjukvården (inklusive tandvården) och socialtjänsten. En viktig del i detta är utvecklingen och användningen av indikatorer. Socialstyrelsen utvecklar bland annat indikatorer som är kopplade till rekommendationer eller ställningstaganden i de nationella kunskapsstöden och som möjliggör uppföljning av i vilken grad kunskapen i stöden används i vården och omsorgen.

Indikatorer är mått som ska spegla god vård och omsorg. Med god vård och omsorg menas att vården och omsorgen ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig. En indikator påvisar ett underliggande förhållande eller en utveckling och ska kunna användas som underlag för verksamhetsuppföljning och verksamhetsutveckling.

Enligt Socialstyrelsens kriterier ska en indikator ange *riktning*, vara *relevant* och belysa ett område som är viktigt för verksamheten att förbättra samt spegla någon dimension av kvalitet och/eller effektivitet i utfallet. Den ska vara *valid*, vilket innebär att den mäter det som den avser att belysa och att den mäts på ett tillförlitligt sätt i ett system som samlar in data på ett likartat sätt år efter år. Indikatorn ska också vara *vedertagen* och bygga på kunskap, t.ex. nationella riktlinjer, vetenskap, laglig grund, beprövad erfarenhet, konsensus eller kunskap som är inhämtad från den det berör. En verksamhet ska ha möjlighet att *påverka* indikatorns utfall och den ska vara *mätbar*. [58]

Det finns olika sorters indikatorer och mått för att spegla hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens förutsättningar, aktiviteter och resultat:

Tabell 4. Indikatorer och mått för hälso- och sjukvården

Typ av mått/indikator	Syfte med mått/indikator
Strukturindikator	Speglar förutsättningar för att bedriva hälso- och sjukvård eller socialtjänst, t.ex. personal, kompetens, utrustning och rutiner
Processindikator	Speglar aktiviteter i hälso- och sjukvården eller socialtjänsten, t.ex. insatser, åtgärder och behandlingar samt kvaliteten i dessa aktiviteter
Resultatindikator	Speglar resultatet av hälso- och sjukvårdens eller socialtjänstens insatser, ofta i förhållande till vissa uppsatta mål eller en önskvärd riktning
Bakgrundsmått	Ger information som kan användas för att tolka informationen i indikatorerna, t.ex. vårdvolym eller befolkningssammansättning. Bakgrundsmått har oftast ingen riktning (bra/dåligt med högt/lågt utfall)

Källa: Handbok för utveckling av indikatorer. För god vård och omsorg, Socialstyrelsen 2017.

Målsättning med indikatorerna

Målsättningen är att indikatorer ska kunna användas av olika intressenter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten för att

- följa upp utvecklingen av processer, resultat och strukturer över tid – lokalt, regionalt och nationellt
- jämföra processer, resultat och strukturer över tid – lokalt, regionalt och nationellt
- initiera förbättringar av kvalitet och effektivitet på lokal, regional och nationell nivå.

Till kunskapsstödet *Att förebygga och behandla undernäring i hälso- och sjukvård och socialtjänst* har Socialstyrelsen utvecklat tretton indikatorer som är ämnade att spegla centrala delar av kunskapsstödet innehåll. Se alla indikatorer i sin helhet i en separat bilaga 4. *Att förebygga och behandla undernäring. Kunskapsstöd i hälso- och sjukvård och socialtjänst. Indikatorer.*

Tabell 5. Indikatorförteckning för att förebygga och behandla undernäring

Nr	Titel	Mått
1.	Introduktionsutbildning i grundläggande kunskap att förebygga och behandla undernäring.	Introduktionsutbildning till vård- och omsorgspersonal och annan personal med måltidsrelaterat arbete, för att ge grundläggande kunskap om mat och måltider och etiska principer samt kunskap i att upptäcka tidiga tecken på risk för undernäring.
2.	Personal med samordnande funktion för kunskapsutveckling och handledning.	Vård- och omsorgspersonal med samordnande funktion inom måltidsrelaterat arbete och arbetet med att förebygga och behandla undernäring, för kunskapsutveckling och handledning av övrig personal.
3.	Tillgång till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med fördjupad kompetens.	Tillgång till legitimerad personal med fördjupad kompetens i undernäring inom hälso- och sjukvården.
4.	Genomförandeplan med önskemål och behov vid måltidssituation.	Andel personer med beslut om stöd, omsorg eller omvårdnad kring måltid som har en aktuell genomförandeplan med beskrivning av den enskildes önskemål och behov i samband med måltidssituation.
5.	Rutin för genomförande av dygnets alla måltider.	Skriftlig rutin för hur dygnets alla måltider ska genomföras.
6.	Rutin för omsorgsmåltider	Skriftlig rutin för omsorgsmåltider.
7.	Rutin som beskriver hur personal ska agera vid misstanke om undernäring eller risk för undernäring.	Skriftlig rutin som beskriver hur vård- och omsorgspersonal ska agera vid misstanke om undernäring eller risk för undernäring.
8.	Rutin för strukturerad riskbedömning för att förebygga undernäring eller risk för undernäring.	Skriftlig rutin som anger att hälso- och sjukvårdspersonal genomför strukturerad riskbedömning för att förebygga undernäring eller risk för undernäring.
9.	Rutin för samverkan vid egenvård med handläggare vid förändrat behov av stöd, omsorg eller omvårdnad kring måltid för personer inom socialtjänsten.	Skriftlig rutin för återkoppling till handläggare vid förändrat behov av stöd, omsorg eller omvårdnad kring måltid för personer inom socialtjänsten där ordinerad hälso- och sjukvård bedömts som egenvård av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.
10.	Måltidsmiljö inom socialtjänsten som ger upplevelse av nöjdhet.	Andel personer med beviljat beslut om stöd, omsorg eller omvårdnad kring måltid som är nöjda med måltidsmiljö och måltid.
11.	Måltidsmiljö inom hälso- och sjukvården som ger upplevelse av nöjdhet.	Andel patienter på vårdavdelning som är nöjda med måltidsmiljö och måltid.
12.	Upplevelse av individanpassat måltidsstöd inom socialtjänsten.	Andel personer med beviljat beslut om stöd, omsorg eller omvårdnad kring måltid som anser att de får den hjälp de behöver under måltider.
13.	Upplevelse av individanpassat måltidsstöd inom hälso- och sjukvården.	Andel patienter med individanpassat måltidsstöd, ordinerat av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, som anser att de får den hjälp de behöver under måltider.

Projektorganisation

Socialstyrelsen, intern medverkan

Projektgrupp

Susanne Zetterqvist	utredare, projektledare förstudie 2017
Lena Martin	utredare, projektledare kunskapsstöd 2018
Maria Bodin	utredare, projektmedarbetare, metodstöd
Cecilia Östergren	jurist, socialjuridik
Anders Alexandersson	jurist, hälso- och sjukvårdsjuridik
Mathias Wallin	jurist, hälso- och sjukvårdsjuridik

Indikatorer

Eva Lejman	utredare
Björn Nilsson	utredare

Andra medverkande

Natalia Berg	informationsspecialist
Francesca Rio	informationsspecialist
Ann Christin Sultan	utredare
Anders Fejer	enhetschef
Sara Johansson	t.f. enhetschef under 2018
Lars-Torsten Larsson	avdelningschef t.o.m. februari 2019
Thomas Lindén	avdelningschef fr.o.m mars 2019

Extern medverkan

Etiska aspekter

Elisabeth Furberg	filosofie doktor i praktisk filosofi, universitetslektor, Uppsala universitet
-------------------	---

Expertgrupp

Tommy Cederholm	professor i klinisk nutrition, Uppsala universitet överläkare, geriatriska kliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala överläkare, Tema Åldrande, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm
Ann Ödlund Olin	medicine doktor, leg. sjuksköterska, vårdutvecklingsledare. Karolinska Institutet, Karolinska Universitetssjukhuset

Referenspersoner

Liza Bergström	medicine doktor, leg. logoped, Göteborgs universitet
Gösta Bucht	professor emeritus i geriatrik, Umeå universitet, sakkunnig i vård- och omsorg, SPF Seniorerna
Josephine Garpsäter	nutritionsansvarig dietist, Sundbybergs stad
Marja Hillerström	Anhörigas riksförbund
Kristina Malmsten	distriktssköterska, utvecklingsledare Senior alert
Sonja Modin	medicine doktor, specialist i allmänmedicin
Amanda Weimar	leg. dietist, samordnare, Region Östergötland
Anna Werkelin Ahlin	sakkunnig i hälso- och sjukvårdsfrågor, PRO

Övriga

Karolinska Universitetssjukhuset, Klinisk nutrition. Översättning av diagnoskriterier för undernäring i bilaga 3.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Termbanken. Hämtad 2019-04-11 från: <http://termbank.socialstyrelsen.se/>
2. Amcoff, E. Riksmaten - vuxna 2010-11 [Elektronisk resurs] : Livsmedels- och näringsintag bland vuxna i Sverige. Uppsala: Livsmedelsverket; 2012.
3. Öppna jämförelser 2018. Vård och omsorg om äldre : jämförelser mellan kommuner och län. Stockholm: Socialstyrelsen ;; 2019.
4. Abizanda, P, Sinclair, A, Barcons, N, Lizan, L, Rodriguez-Manas, L. Costs of Malnutrition in Institutionalized and Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review. *J Am Med Dir Assoc.* 2016; 17(1):17-23.
5. Norman, K, Pichard, C, Lochs, H, Pirlich, M. Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clin Nutr.* 2008; 27(1):5-15.
6. Stratton, R, Green, C, M., E. Disease-related malnutrition: An evidence-based approach to treatment.: Wallingford, United Kingdom: CABI Publishing; 2003.
7. Volkert, D, Beck, A, Cederholm, T, Cruz-Jentoft, A, Goisser, S, Hooper, L, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr.* 2018; <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.05.024>.
8. Förstudie till kunskapsstöd om undernäring. Socialstyrelsen; 2017.
9. Skinnars Josefsson, M. Food Service and Nutritional Care in Swedish Elderly Care. The Progress of National Actions and their Local Interpretations. Doktorsavhandling: Uppsala universitet; 2018.
10. Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering [Elektronisk resurs]. Socialstyrelsen; 2017.
11. Livsmedelsverket. Bra måltider i äldreomsorgen: Råd för ordinära och särskilda boenden – hemtjänst och äldreboenden; 2018. Report No.: 978-91-7714-262-1.
12. En mer tillgänglig och patientcentrerad vård : sammanfattning och analys av landstingens och regionernas handlingsplaner : delrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
13. Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig : handbok för vårdgivare, chefer och personal : aktuell från 1 januari 2015. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
14. Hälso- och sjukvårdsrapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
15. Göteborgs universitet. GPCC. Centrum för personcentrerad vård. 2018. Hämtad 2018-07-04 från: <https://gpcc.gu.se/>
16. Individens behov i centrum : behovsinriktat och systematiskt arbetssätt med dokumentation av individens behov utifrån ICF. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
17. God och nära vård – En primärvårdsreform [Elektronisk resurs]. Regeringskansliet; 2018.
18. SBU. Rehabilitering av äldre personer med höftfrakturer – interdisciplinära team; 2015 2015-01-29. Report No.: 235.
19. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Nutrition support for adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg32>; 2006.

20. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Socialstyrelsen. 2017. Hämtad 2017-10-17 från: <http://www.socialstyrelsen.se/psidata/nationellariklinjerforvardoch2>
21. Cederholm, T, Barazzoni, R, Austin, P, Ballmer, P, Biolo, G, Bischoff, SC, et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. Clin Nutr. 2017; 36(1):49-64.
22. Cederholm, T, Jensen, GL, Correia, M, Gonzalez, M, Fukushima, R, Higashiguchi, T, et al. The GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - a consensus report from the global nutrition community. Clin Nutr. 2018.
23. Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem : systematisk förteckning : svensk version 2018. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2018.
24. Klassifikation av socialtjänstens insatser och aktiviteter (KSI). Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
25. The AGREE Next Steps Consortium. The AGREE II Instrument [Elektronisk version]. Hämtad från <http://www.agreetrust.org>. 2017.
26. Socialstyrelsen. Näringsproblem i vård och omsorg. Prevention och behandling; 2000:11.
27. M, E. The cost of malnutrition in England and potential cost savings from nutritional interventions 2015. Hämtad från: <https://www.bapen.org.uk/pdfs/economic-report-short.pdf>
28. Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av egenvård [Elektronisk resurs]. 2013.
29. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete : handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
30. En god vård? Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat. Öppna jämförelser 2017. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2018.
31. Senior Alert. PPM-mätning 2018. 2018. Hämtad från: <https://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=43943>
32. Vård och omsorg om äldre: lägesrapport 2017. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017. Report No.: 978-91-7555-410-5.
33. Regeringens proposition (2002/03:35) Mål för folkhälsan.
34. Interventioner för äldres munhygien utförd av äldreomsorgspersonal – En systematisk översikt av interventioners effekter och vetenskapliga stöd [Elektronisk resurs]. Socialstyrelsen; 2014.
35. Lex Sarah – Handbok för tillämpningen av bestämmelserna om lex Sarah [Elektronisk resurs]. Socialstyrelsen; 2015.
36. Samordnad individuell plan för äldre (SIP) : när det behövs samordning. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2016.
37. Regeringens proposition (2012/13:10) Stärkt stöd och skydd för barn och unga.
38. Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
39. Tamura BK, Bell CL, Masaki KH, ea. Factors Associated With Weight Loss, Low BMI, and Malnutrition Among Nursing Home Patients: A Systematic Review of the Literature. J Am Med Dir Assoc. 2013; 14(649-655).
40. Undernäring [Elektronisk resurs] : åtgärder för att förebygga. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2011.

41. Nestlé Nutrition Institute. Hämtad 2019-04-04 från: <https://www.mna-elderly.com/>
42. Vårdgivare Skåne. För offentlig och privat vårdpersonal. Hämtad 19-04-04 från: https://vardgivare.skane.se/siteassets/3.-kompetens-och-utveckling/sakkunniggrupper/kc-geriatrik/kunskapsbank-geriatrik/nutrition/nrs_2002_090313_version_4.pdf?highlight=NRS
43. Göteborgs Universitet. Hämtad 19-04-04 från: <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/17791>
44. Nordiska näringsrekommendationer 2012 - rekommendationer om näring och fysisk aktivitet. Bakgrund, principer och användning. Livsmedelsverket; 2014.
45. Energy and protein requirements: report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation. Geneva: World Health Organization; 1985.
46. Deutz, NEP, Bauer, JM, Barazzoni, R, Biolo, G, Boirie, Y, Bosy-Westphal, A, et al. Protein intake and exercise for optimal muscle function with aging: Recommendations from the ESPEN Expert Group. Clin Nutr. 2014; 33(6):929-36.
47. Läkemedelsgenomgångar för äldre ordinerade fem eller fler läkemedel : en vägledning för hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
48. Gustafsson, I-B, Öström, Å, Johansson, J, Mossberg, L. The Five Aspects Meal Model: a tool for developing meal services in restaurants [Elektronisk resurs]. Malden MA: Journal of Foodservice; 2006.
49. International Dysphagia Diet Standardisation Initiative IDDSI. Hämtad 19-04-04 från: <https://iddsi.org/>
50. Livsmedelsverket [elektronisk resurs]. Uppsala.
51. Socialstyrelsen. Hämtad 19-04-04 från: <http://www.socialstyrelsen.se/hjalpmedel/stodochutbildning>
52. Bosaeus, I. Enteral och parenteral nutrition. Läkemedelsboken 2015. Hämtad 2018-08-24 från: <https://lakemedelsboken.se/>
53. Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling. Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal. Socialstyrelsen; 2011.
54. Beauchamp, TL, Childress, JF. Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press; 2001.
55. Statens Medicinsk-Etiska Råd. Hämtad 19-04-04 från: <http://www.smer.se/teman/screening/>
56. Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården : handbok vid tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40). Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
57. Kunskapsguiden. Hämtad 19-04-04 från: <http://www.kunskapsguiden.se>
58. Handbok för utveckling av indikatorer : för god vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
59. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Surveillance report 2017 – Nutrition support for adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition (2006) NICE guideline CG32. 2017.
60. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Appendix A: Summary of evidence from surveillance. 2017 surveillance – Nutrition support for adults (2006) NICE guideline CG32. 2017.
61. Fernandez, R, Griffiths, R, Naylor, CJ. Effectiveness of a multidisciplinary total parenteral nutrition team in the hospital setting. JBI Libr Syst Rev. 2003; 1(2):1-45.
62. Ha, L, Hauge, T, Spennig, AB, Iversen, PO. Individual, nutritional support prevents undernutrition, increases muscle strength and improves

- QoL among elderly at nutritional risk hospitalized for acute stroke: a randomized, controlled trial. *Clin Nutr.* 2010; 29(5):567-73.
63. Rabinovitch, R, Grant, B, Berkey, BA, Raben, D, Ang, KK, Fu, KK, et al. Impact of nutrition support on treatment outcome in patients with locally advanced head and neck squamous cell cancer treated with definitive radiotherapy: a secondary analysis of RTOG trial 90-03. *Head Neck.* 2006; 28(4):287-96.
 64. Cong, MH, Li, SL, Cheng, GW, Liu, JY, Song, CX, Deng, YB, et al. An Interdisciplinary Nutrition Support Team Improves Clinical and Hospitalized Outcomes of Esophageal Cancer Patients with Concurrent Chemoradiotherapy. *Chin Med J (Engl).* 2015; 128(22):3003-7.
 65. Schultz, TJ, Kitson, AL, Soenen, S, Long, L, shanks, A, Wiechula, R, et al. Does a multidisciplinary nutritional intervention prevent nutritional decline in hospital patients? A stepped wedge randomised cluster trial. *e-SPEN Journal.* 2014; 9(2):e84-e90.
 66. Beck, AM, Holst, M, Rasmussen, HH. Oral nutritional support of older (65 years+) medical and surgical patients after discharge from hospital: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Rehabil.* 2013; 27(1):19-27.
 67. Feldblum, I, German, L, Castel, H, Harman-Boehm, I, Shahar, DR. Individualized nutritional intervention during and after hospitalization: the nutrition intervention study clinical trial. *J Am Geriatr Soc.* 2011; 59(1):10-7.
 68. Neelemaat, F, Bosmans, JE, Thijs, A, Seidell, JC, van Bokhorst-de van der Schueren, MA. Post-discharge nutritional support in malnourished elderly individuals improves functional limitations. *J Am Med Dir Assoc.* 2011; 12(4):295-301.
 69. Neelemaat, F, Bosmans, JE, Thijs, A, Seidell, JC, van Bokhorst-de van der Schueren, MA. Oral nutritional support in malnourished elderly decreases functional limitations with no extra costs. *Clin Nutr.* 2012; 31(2):183-90.
 70. Norman, K, Pirlich, M, Smoliner, C, Kilbert, A, Schulzke, JD, Ockenga, J, et al. Cost-effectiveness of a 3-month intervention with oral nutritional supplements in disease-related malnutrition: a randomised controlled pilot study. *Eur J Clin Nutr.* 2011; 65(6):735-42.
 71. Kim, H, Suh, EE, Lee, HJ, Yang, HK. The effects of patient participation-based dietary intervention on nutritional and functional status for patients with gastrectomy: a randomized controlled trial. *Cancer Nurs.* 2014; 37(2):E10-20.
 72. Perry, L, Hamilton, S, Williams, J, Jones, S. Nursing interventions for improving nutritional status and outcomes of stroke patients: descriptive reviews of processes and outcomes. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2013; 10(1):17-40.
 73. Young, AM, Mudge, AM, Banks, MD, Ross, LJ, Daniels, L. Encouraging, assisting and time to EAT: improved nutritional intake for older medical patients receiving Protected Mealtimes and/or additional nursing feeding assistance. *Clin Nutr.* 2013; 32(4):543-9.
 74. Badia, T, Formiga, F, Ferrer, A, Sanz, H, Hurtos, L, Pujol, R. Multifactorial assessment and targeted intervention in nutritional status among the older adults: a randomized controlled trial: the Octabaix study. *BMC Geriatr.* 2015; 15:45.
 75. Beck, AM, Christensen, AG, Hansen, BS, Damsbo-Svendsen, S, Moller, TK. Multidisciplinary nutritional support for undernutrition in nursing

- home and home-care: A cluster randomized controlled trial. *Nutrition*. 2016; 32(2):199-205.
76. Jordan, S, Snow, D, Hayes, C, Williams, A. Introducing a nutrition screening tool: an exploratory study in a district general hospital. *J Adv Nurs*. 2003; 44(1):12-23.
 77. Moore, A, Siu, A, Partridge, J, Hays, R, Adams, J. A randomized trial of office-based screening for common problems in older persons. *Am J Med*. 1997; 102(4):371-8.
 78. Rypkema G, Adang E, Dicke H, Naber T, De Swart B, Disselhorst L, ea. Cost-effectiveness of an interdisciplinary intervention in geriatric inpatients to prevent malnutrition. *J Nutr Health Aging*. 2004; 8(2):122-7.
 79. Holyday M, Daniells S, Bare M, ea. Malnutrition screening and early nutrition intervention in hospitalised patients in acute aged care: a randomised controlled trial. *J Nutr Health Aging*. 2012; 16:562-8.
 80. Carey S, Ferrie S, Ryan R, ea. Long-term nutrition intervention following major upper gastrointestinal surgery: A prospective randomized controlled trial. *Eur J Clin Nutr*. 2013; 67:324-9.
 81. Green, S, James, E. Barriers and facilitators to undertaking nutritional screening of patients: a systematic review. *J Hum Nutr Diet*. 2013; 26:211-21.
 82. Li HJ, Cheng HS, Liang J, ea. Functional recovery of older people with hip fracture: does malnutrition make a difference? *J AdvNurs*. 2013; 69:1691-703.
 83. Nykanen I, Lonnroos E, Kautiainen H, ea. Nutritional screening in a population-based cohort of community-dwelling older people. *Eur J Public Health*. 2013; 23(405-409).
 84. Omidvari AH, Vali Y, Murray SM, ea. Nutritional screening for improving professional practice for patient outcomes in hospital and primary care settings. *Cochrane database of systematic reviews (Online)* 6:CD005539: Cochrane Collaboration; 2013.
 85. Roque M, Salva A, B., V. Malnutrition in community-dwelling adults with dementia (Nutrialz Trial). *J Nutr Health Aging*. 2013; 17:295-9.
 86. Vashi PG, Gupta D, al., LCe. The relationship between baseline nutritional status with subsequent parenteral nutrition and clinical outcomes in cancer patients undergoing hyperthermic intraperitoneal chemotherapy. *Nutr J*. 2013; 12.
 87. Vivanti A, Isenring E, al., BSe. Emergency department malnutrition screening and support model improves outcomes in a pilot randomised controlled trial. *Emerg Med J*. 2015; 32:180-3.
 88. Cox S, Powell C, al., CBe. Role of nutritional status and intervention in oesophageal cancer treated with definitive che-moradiotherapy: outcomes from SCOPE1. *Br J Cancer*. 2016; 115:172-7.
 89. Roller RE, Eglseer D, al., EAe. The Graz Malnutrition Screening (GMS): a new hospital riskbedömning tool for malnutrition. *Br J Nutr*. 2016; 115:650-7.
 90. Munk, T, Beck, AM, Holst, M, Rosenbom, E, Rasmussen, HH, Nielsen, MA, et al. Positive effect of protein-supplemented hospital food on protein intake in patients at nutritional risk: a randomised controlled trial. *J Hum Nutr Diet*. 2014; 27(2):122-32.
 91. Pouyssegur, V, Brocker, P, Schneider, SM, Philip, JL, Barat, P, Reichert, E, et al. An innovative solid oral nutritional supplement to fight weight loss and anorexia: open, randomised controlled trial of

- efficacy in institutionalised, malnourished older adults. *Age Ageing*. 2015; 44(2):245-51.
92. Stelten, S, Dekker, IM, Ronday, EM, Thijs, A, Boelsma, E, Peppelenbos, HW, et al. Protein-enriched 'regular products' and their effect on protein intake in acute hospitalized older adults; a randomized controlled trial. *Clin Nutr*. 2015; 34(3):409-14.
 93. Van Wymelbeke, V, Brondel, L, Bon, F, Martin-Pfitzenmeyer, I, Manckoundia, P. An innovative brioche enriched in protein and energy improves the nutritional status of malnourished nursing home residents compared to oral nutritional supplement and usual breakfast: FARINE+ project. *Clin Nutr*. 2016; 15:93-100.
 94. Collins, J, Porter, J. The effect of interventions to prevent and treat malnutrition in patients admitted for rehabilitation: a systematic review with meta-analysis. *J Hum Nutr Diet*. 2015; 28(1):1-15.
 95. Deutz, NE, Matheson, EM, Matarese, LE, Luo, M, Baggs, GE, Nelson, JL, et al. Readmission and mortality in malnourished, older, hospitalized adults treated with a specialized oral nutritional supplement: A randomized clinical trial. *Clin Nutr*. 2016; 35(1):18-26.
 96. Elia, M, Normand, C, Laviano, A, Norman, K. A systematic review of the cost and cost effectiveness of using standard oral nutritional supplements in community and care home settings. *Clin Nutr*. 2016; 35(1):125-37.
 97. Elia M, Normand C, Norman K, al., e. A systematic review of the cost and cost effectiveness of using standard oral nutritional supplements in the hospital setting. *Clin Nutr*. 2016; 35:370-80.
 98. Huynh, DT, Devitt, AA, Paule, CL, Reddy, BR, Marathe, P, Hegazi, RA, et al. Effects of oral nutritional supplementation in the management of malnutrition in hospital and post-hospital discharged patients in India: a randomised, open-label, controlled trial. *J Hum Nutr Diet*. 2015; 28(4):331-43.
 99. Jobse, I, Liao, Y, Bartram, M, Delantonio, K, Uter, W, Stehle, P, et al. Compliance of nursing home residents with a nutrient- and energy-dense oral nutritional supplement determines effects on nutritional status. *J Nutr Health Aging*. 2015; 19(3):356-64.
 100. Kiss, N, Seymour, JF, Prince, HM, Dutu, G. Challenges and outcomes of a randomized study of early nutrition support during autologous stem-cell transplantation. *Curr Oncol*. 2014; 21(2):e334-9.
 101. Parsons, EL, Stratton, RJ, Cawood, AL, Smith, TR, Elia, M. Oral nutritional supplements in a randomised trial are more effective than dietary advice at improving quality of life in malnourished care home residents. *Clin Nutr*. 2017; 36(1):134-42.
 102. Tylner, S, Cederholm, T, Faxen-Irving, G. Effects on Weight, Blood Lipids, Serum Fatty Acid Profile and Coagulation by an Energy-Dense Formula to Older Care Residents: A Randomized Controlled Crossover Trial. *J Am Med Dir Assoc*. 2016; 17(3):275.e5-11.
 103. van den Berg, GH, Lindeboom, R, van der Zwet, WC. The effects of the administration of oral nutritional supplementation with medication rounds on the achievement of nutritional goals: a randomized controlled trial. *Clin Nutr*. 2015; 34(1):15-9.
 104. Baldwin, C, Kimber, KL, Gibbs, M, Weekes, CE. Supportive interventions for enhancing dietary intake in malnourished or nutritionally at-risk adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016; 12:Cd009840.

105. Taylor, KA, Barr, SI. Provision of small, frequent meals does not improve energy intake of elderly residents with dysphagia who live in an extended-care facility. *J Am Diet Assoc.* 2006; 106(7):1115-8.
106. Baldwin, C, Parsons, T, Logan, S. Dietary advice for illness-related malnutrition in adults. 2001/06/19 uppl: *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2001.
107. Forli, L, Pedersen, JI, Bjortuft, O, Vatn, M, Boe, J. Dietary support to underweight patients with end-stage pulmonary disease assessed for lung transplantation. *Respiration.* 2001; 68(1):51-7.
108. Duncan, DG, Beck, SJ, Hood, K, Johansen, A. Using dietetic assistants to improve the outcome of hip fracture: a randomised controlled trial of nutritional support in an acute trauma ward. *Age Ageing.* 2006; 35(2):148-53.
109. Rufenacht, U, Ruhl, M, Wegmann, M, Imoberdorf, R, Ballmer, PE. Nutritional counseling improves quality of life and nutrient intake in hospitalized undernourished patients. *Nutrition.* 2010; 26(1):53-60.
110. Isenring, EA, Bauer, JD, Capra, S. Nutrition support using the American Dietetic Association medical nutrition therapy protocol for radiation oncology patients improves dietary intake compared with standard practice. *J Am Diet Assoc.* 2007; 107(3):404-12.
111. Bourdel-Marchasson, I, Blanc-Bisson, C, Doussau, A, Germain, C, Blanc, JF, Dauba, J, et al. Nutritional advice in older patients at risk of malnutrition during treatment for chemotherapy: a two-year randomized controlled trial. *PLoS One.* 2014; 9(9):e108687.
112. Poulsen, GM, Pedersen, LL, Osterlind, K, Baeksgaard, L, Andersen, JR. Randomized trial of the effects of individual nutritional counseling in cancer patients. *Clin Nutr.* 2014; 33(5):749-53.
113. Uster, A, Ruefenacht, U, Ruehlin, M, Pless, M, Siano, M, Haefner, M, et al. Influence of a nutritional intervention on dietary intake and quality of life in cancer patients: a randomized controlled trial. *Nutrition.* 2013; 29(11-12):1342-9.
114. Caccialanza, R, Palladini, G, Cereda, E, Bonardi, C, Milani, P, Cameletti, B, et al. Nutritional counseling improves quality of life and preserves body weight in systemic immunoglobulin light-chain (AL) amyloidosis. *Nutrition.* 2015; 31(10):1228-34.
115. Helsedirektoratet (no). Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. 2013.

Bilaga 1. Metodbeskrivning och kunskapsunderlag

F4. Multiprofessionellt team

Rekommendation om multiprofessionella team

Enligt NICE bör hälso- och sjukvårdens personal säkerställa att personer som behöver nutritionsstöd får koordinerad vård av ett multidisciplinärt team. Teamets sammansättning kan variera i den lokala kontexten och är beroende på om insatserna ges på sjukhus eller i ett annat vårdssammanhang (t.ex. i vårdboenden eller i hemmet). Rekommendationen bedömdes 2017 kvarstå som oförändrad [59, 60].

Underlag för rekommendationen

Vid publiceringen 2006 identifierades fem primärstudier [ej refererade här] och en systematisk översikt [61]. Samtliga undersökte effekter av sjukhusbaserade team. Underlaget bedömdes som otillräckligt och rekommendationen baserades på informell konsensus.

I de följande översynerna t.o.m. 2017 har ytterligare fjorton studier identifierats varav fyra har undersökt sjukhusbaserade team [62-65]. Resterande tio [66-75] har studerat nyttan med teamliknande samarbete i andra sammanhang (vård i hemmet, öppenvård och vårdboenden) eller i samband med utskrivning från slutenvård.

Allmänt om metoden och underlaget

I enlighet med Socialstyrelsens arbetsprocess för kunskapsstöd (dnr 1.3-22074/2017) har redan existerande kunskapsstöd med rekommendationer ("guidelines") eftersökts i första hand. Efter inledande litteratursökningar där flera identifierats har den guideline som tagits fram på uppdrag av National Institute for Health and Care Excellence (NICE) [19] valts ut, utifrån en bedömning som är baserad på relevans, aktualitet och kvalitet. Sökdokumentationer och urvalsprocessen beskrivs i slutet av bilagan. Se *Metodbeskrivning*.

Tanken med att använda befintliga guidelines är att spara tid och resurser som annars skulle behövas för bl.a. genomförandet av systematiska litteratursökningar och urval av publikationer för de aktuella frågeställningarna. Förfarandet att använda en existerande guideline som underlag vid framtagande av kunskapsstöd är nytt och kommer utvärderas inom ramen för Socialstyrelsens kontinuerliga utvecklings- och kvalitetsarbete.

Om NICE guideline och hur den använts

Riktlinjen publicerades 2006. Sedan dess har behovet av revidering bedömts vid fem tillfällen varav det senaste var 2017. Bedömningarna har baserats på nytillkomna studier som framkommit vid uppdaterade litteratursökningar samt konsultationer av områdesexperter. I den senaste översynen från 2017 [59] och dess bilaga [60] beskrivs det nya underlag som tillkommit och om man bedömt rekommendationerna från 2006 vara i behov av revidering.

Detta har inte varit fallet för någon av de frågeställningar som beskrivs här; samtliga rekommendationer har bedömts kvarstå som oförändrade. Det framgår inte i rapporteringen om de nytillkomna studierna förändrat den ursprungliga bedömningen av det vetenskapliga underlagets styrka för respektive rekommendation. Även om den guideline som valts ut bedömts ha god kvalitet kan konstateras att NICE, liksom flera liknande aktörer, har förändrat sina arbetssätt sedan 2006, bl.a. vad gäller evidensgradering och hur rekommendationer utarbetas.

I avsnitten F1–F4 nedan sammanfattas de rekommendationer som NICE ger för ett urval av kunskapsstödet frågeställningar samt delar av det vetenskapliga underlag som NICE identifierat vid litteratursökningarna. Beskrivningen har begränsats av flera skäl, däribland av resursskäl som beskrivits ovan (arbetet är redan gjort och har bedömts utifrån sin relevans och kvalitet). Avgränsningarna för kunskapsstödet har också inneburit relativt få detaljerade beskrivningar av nutritionsbehandlingens olika aspekter, och de mer detaljerade avsnitten grundas på andra källor som direkt refereras i texten (t.ex. de nordiska näringsrekommendationerna). Därtill är flera moment i nutritionsvårdsprocessen mer eller mindre direkt grundade på juridiska bestämmelser.

Kunskapsunderlag för enskilda frågeställningar (F)

F1. Bedömning av risk för undernäring

Rekommendationer om tidpunkt

Riskbedömning bör enligt NICE utföras vid följande tillfällen:

- Vid inskrivning i slutenvård och vid förstagångsbesök i poliklinisk öppenvård. Riskbedömning bör upprepas varje vecka för slutenvårdspatienter och vid misstanke om undernäring för patienter i poliklinik. Undantag kan vara motiverat om sjukhusavdelningar/kliniker i samarbete med nutritionsexperter identifierar patientgrupper med låg risk för undernäring.
- Vid inskrivning i boende, och därefter vid misstanke om risk för undernäring.
- Vid inskrivning i kirurgisk vårdverksamhet, och därefter vid misstanke om risk för undernäring.

Riskbedömning bör även övervägas vid andra vårdtillfällen, t.ex. hälsokontroller och influensavaccinationer.

Rekommendationer om tillvägagångssätt

Enligt NICE innebär riskbedömning att man inhämtar uppgift om längd och vikt samt undersöker bl.a. patientens födointag och eventuell viktnedgång, svårigheter att äta/svälja/smälta/absorbära föda, behov av extra näringsämnen på grund av sjukdom eller kirurgi, och eventuella vätske- och näringsförluster. Riskbedömningen bör utföras av hälso- och sjukvårdspersonal med adekvat kunskap och träning för uppgiften.

Personer med nutritionskompetens i Sverige bedömer NICE:s rekommendationer som relevanta för svenska förhållanden.⁶ Skillnader ses dock vad gäller själva bedömningspunkterna, vilket delvis beror på att kunskapsstödet gör en tydligare åtskillnad än NICE mellan momenten riskbedömning och (eventuellt) efterföljande utredning.

Underlag för rekommendationerna om riskbedömning

2006 Vid publiceringen identifierades tre primärstudier som var inbördes heterogena och hade metodologiska begränsningar [76-78]. En av dem avsåg kostnadseffektivitet [78]. Det vetenskapliga underlaget bedömdes som otillräckligt vad gäller både riskbedömningens kliniska nytta och dess kostnadseffektivitet. Rekommendationerna om riskbedömning baserades på konsensus.

2017 Sedan 2006 har NICE identifierat ytterligare tolv relevanta vetenskapliga publikationer i återkommande litteratursökningar [39, 79-89]. De nytillkomna studierna har inte föranlett någon ändring av rekommendationerna [60].

F2. Oral nutritionsbehandling

I riktlinjen från NICE ryms fyra olika åtgärdsgrupper under termen ”Oral Nutrition Support” (ONS):

- förstärkning av måltider med extra protein, kolhydrater och/eller fett, mineraler och vitaminer
- förstärkning med mellanmål och/eller kosttillsäggsprodukter
- ändrad måltidsordning
- rådgivning om hur man höjer näringsintaget (enligt ovan).

Rekommendationer om ONS vid undernäring och risk för undernäring

Enligt NICE bör hälso- och sjukvårdspersonal

1. överväga ONS (= förstärkning av måltider, kosttillsäggsprodukter, ändrad måltidsordning och kostrådgivning) för att förbättra näringsintaget för vuxna som är undernärda eller riskerar att bli undernärda, men som kan svälja utan problem
2. säkerställa att det näringsintag som sammantaget erbjuds genom ONS ger en balanserad blandning av protein, energi, fibrer, elektrolyter, vitaminer och mineraler
3. avsluta ONS när patienten har ett stabilt och tillräckligt intag av vanlig mat.

Underlag för rekommendationerna

Vid publiceringen identifierades enligt dåvarande evidensgradering ett starkt vetenskapligt underlag för rekommendation 1 om ONS (de fyra åtgärdsgrupperna omfattas av samma rekommendation). Rekommendation 2 och 3 baserades på konsensus. De tre rekommendationerna bedömdes 2017 kvarstå som

⁶ Nutritionsexperten i Socialstyrelsens projektgrupp, expertgrupp och referensgrupp.

oförändrade. Nedan beskrivs publikationer som identifierades för de olika åtgärdsgrupperna.

Förstärkning av måltider

Inga publikationer rapporterades 2006; 4 identifierades 2017 [90-93].

Kosttillägg

Totalt 70 publikationer identifierades 2006 [ej refererade här]; ytterligare 10 identifierades 2017 [94-103]. Bland de senare fanns 3 systematiska översikter [94, 96, 97] varav 2 undersökt kostnader och kostnadseffektivitet för kosttillägg, vid användning på boende etc. [96] respektive på sjukhus [97].

Ändrad måltidsordning

Inga publikationer rapporterades 2006. I 2017 års översyn identifierades en Cochrane-översikt från 2016 [104] där en studie av ändrad måltidsordning ingick [105].

Kostrådgivning

Totalt 2 publikationer identifierades 2006 [106, 107], varav 1 systematisk översikt från 2001 som senare har uppdaterats [106]. Vid 2017 års översyn identifieras ytterligare 7 publikationer [108-114].

F3. Utbildning

Rekommendation om utbildning

NICE rekommenderar att all hälso- och sjukvårdspersonal som är direkt involverad i vården av patienter ska ges den utbildning som är relevant för deras tjänst/position, om vikten av adekvat nutrition. Utbildningen bör täcka följande områden:

- nutritionsbehov och indikation för åtgärder
- åtgärdsalternativ (oral, enteral och parenteral nutritionsbehandling)
- etiska och juridiska begrepp
- möjliga för- och nackdelar
- när och hur en person med nutritionskompetens ska tillfrågas om råd.

Underlag för rekommendationen

Vid publiceringen 2006 identifierades inga relevanta publikationer. Rekommendationen baserades på konsensus. I de följande översynerna har inga senare tillkomna publikationer rapporterats. Rekommendationen bedömdes 2017 kvarstå som oförändrad [59, 60].

Metodbeskrivning

Litteratursökningar

Informationsspecialister har eftersökt guidelines om förebyggande och behandling av undernäring/risk för undernäring hos vuxna (se sökdokumentationer sist i bilagan). Därtill har relevanta nationella och internationella organisationers webbsidor genomförts.

Urvalsprocess

En utredare gjorde granskningen av artikelsammanfattningar (abstracts). Beslut om exklusion och inklusion vid fulltextgranskningen togs av projektgruppen, där sakkunskap och metodkompetens fanns representerad. Totalt identifierades 147 unika artikelsammanfattningar (abstracts) varav 41 lästes i fulltext. Av de 41 exkluderades i ett första steg 28 publikationer av mer uppenbara skäl, såsom att de inte innehöll tydliga rekommendationer eller inte innehöll någon information om att litteratursökningar genomförts. Ytterligare 6 sållades bort på grund av inaktualitet och på grund av för snäv avgränsning (t.ex. enbart enteral och/eller parenteral nutrition).

I en slutlig bedömning av de 7 återstående publikationerna togs hänsyn till deras relevans i relation till urvalskriterierna och den svenska kontexten, kvalitet enligt AGREE II [25] och aktualitet. Två personer bedömde oberoende av varandra kvaliteten med AGREE II hos två guidelines med hög relevans, varefter riktlinjen från National Institute Health and Care Excellence (NICE) [19] valdes framför den från Helsedirektoratet i Norge [115].

Databas: PubMed **Databasleverantör:** Datum: 2017-09-07

Ämne: Guidelines - risk för undernäring

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	((Hospitalization[Mesh] OR "Inpatients"[Mesh] OR Residential Facilities[Mesh] OR "Housing for the Elderly"[Mesh] OR Aged[Mesh] OR "Geriatrics"[Mesh]) OR (hospitaliz*[tiab] OR hospitalis*[tiab] OR hospital*[ti] OR inpatient*[tiab] OR patient*[ti] OR nursing home*[tiab] OR homes for the aged[tiab] OR community dwelling[tiab] OR aging in place[tiab] OR independent living[tiab] OR vulnerable patient*[tiab] OR aged[tiab] OR elderly[tiab] OR older adults[tiab] OR older people[tiab] OR assisted living facility*[tiab] OR municipal care OR service flat*[tiab] OR assisted accommodation*[tiab] OR old people's home*[tiab] OR home dwelling[tiab] OR geriatric*[tiab] OR hospital setting*[tiab] OR long-term care[tiab])) NOT (school*[ti] OR preschool*[ti] OR child*[ti] OR adolescen*[ti] OR pregnan*[ti] OR infant*[ti] OR pediatric*[tiab] OR paediatric*[tiab]))	3 598 376
2.	Mesh/FT	(Malnutrition[Majr] OR "Protein-Energy Malnutrition"[Mesh] OR Nutritional Status[Mesh] OR "Elder Nutritional Physiological Phenomena"[Mesh]) OR (malnutrition*[tiab] OR undernutrition*[tiab] OR nutritional deficien*[tiab] OR under-nutrition*[tiab] OR malnourish*[tiab] OR undernourish*[tiab])	142 684
3.	Mesh/ZT	("Guidelines as Topic"[Mesh] OR "Practice Guidelines as Topic"[Mesh] OR "Guideline" [Publication Type] OR "Nutrition Policy"[Mesh] OR "Recommended Dietary Allowances"[Mesh] OR "Standard of Care"[Mesh] OR "Guideline Adherence"[Mesh] OR "Practice Guideline" [Publication Type])	189 797
4.		1 AND 2 AND 3	730
5.	TI/AB	assess*[tiab] OR screen*[tiab] OR identify*[tiab] OR detect*[tiab] OR prevent*[tiab] OR "risk factor*[tiab] OR predictor*[tiab] OR cause*[tiab] OR "risk for malnutrition"[tiab]	7 611 105
6.		4 AND 5 Publication date >10years	300
7.		4 Filters: Article types Guideline OR Practice Guideline Language: English	55
8.		7 AND (guideline*[tiab] OR guidance[tiab]) NOT medline[sb] Filters: Language: English	61

FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract

ZT = Publication type

+ = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

**) De fetmarkerade referenserna finns nedsparade.

Databas: Cinahl och Ageline **Databasleverantör:** Ebsco **Datum:** 2017-09-07

Ämne: Guidelines - risk för undernäring

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Antal ref. **)
1.	TX	(malnutrition or under-nutrition or "under nutrition" or undernutrition) NOT (child* or adolescen* or youth or teenager* or pediatric* or paediatric* or infant* or pregnan*) AND (guideline* or guidance)	624
2.	TI/AB	TI (hospitaliz* OR hospitalis* OR inpatient* OR "nursing home*" OR "homes for the aged" OR "community dwelling" OR "aging in place" OR "independent living" OR "vulnerable patient*" OR aged OR elderly OR "older adult*" OR "older people" OR "assisted living facilit*" OR "home dwelling" OR geriatric* OR "hospital setting*" OR "long-term care" OR hospital* OR patient* OR frail* OR disease*) OR AB (hospitaliz* OR hospitalis* OR inpatient* OR "nursing home*" OR "homes for the aged" OR "community dwelling" OR "aging in place" OR "independent living" OR "vulnerable patient*" OR aged OR elderly OR "older adult*" OR "older people" OR "assisted living facilit*" OR "home dwelling" OR geriatric* OR "hospital setting*" OR "long-term care" OR fraility)	740 187
3.	DE	(MH "Hospitalization") OR (MH "Inpatients") OR (MH "Residential Facilities") OR (MH "Nursing Homes+") OR (MH "Aged+") OR (MH "Geriatrics") OR (MM "Community Health Services") OR (MH "Community Health Nursing+") OR (MM "Institutionalization")	501 912
4.		2 OR 3	1 017 319
5.		1 AND 4	451
6.	FT	assess* or screen* or identify* or detect* or prevent* or "risk factor*" or predictor* or cause* or "risk for malnutrition"	1 255 410
7.	TI/SU	TI (guideline* OR guidance) OR SU (guideline* OR guidance)	61 554
8.		5 AND 6 AND 7 Published Date: 20000101-20171231 Narrow by Language: - English, academic journals	60

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen)

FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract

ZT = Publication type

+ = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade

Bilaga 2. Termlista

Tabell 6. Termlista

Term	Kommentar
BMI	Body Mass Index. Är vikt i kg/längd x längd i m ²
Enteral nutrition	Näring direkt till mag-tarmkanalen
FFMI	Fettfrimasseindex. För att beskriva kroppens sammansättning kan mängd fettfri massa (organ och muskler) beskrivas i kg/längd x längd i m ² . Mätning av kroppens mängd av fettfri massa kan göras med olika validerade instrument. Som exempel kan nämnas kaliper då man mäter hudveckstjocklek och vars resultat kan användas för att mäta mängden fett och fettfri massa. Ett annat exempel är DXA (dual-energy X-ray Absorptiometri) som ger ett precist mått på mängd fett och fettfri massa.
Gastrostomi	Kort sond genom bukväggen som används för enteral nutrition. En förbindelse genom bukväggen där en kateter med ballong läggs in i magsäcken, exempelvis witzelfistel.
Katabolism	Katabolism är den nedbrytning av vävnad som uppkommer vid brist på energi och näringsämnen samt vid större kroppsskador och feber.
Nasogastrisk sond	En slang som läggs genom näsan och matstrupen till magsäck eller tarm för enteral nutrition.
Parenteral nutrition	Näring som ges direkt via blodbanan.
Pares	Förlamning, nedsatt kraft i en muskel eller muskelgrupp.
PEG	En förbindelse genom bukväggen till magsäcken, som läggs in med hjälp av gastroskopi (perkutan endoskopisk gastrostomi). Används för enteral nutrition.
Riskbedömning	I rapporten används termen riskbedömning för att beskriva det första steget i nutritionsvårdsprocessen. Inom en del professioner används termen screening i stället för riskbedömning. Socialstyrelsen överväger för närvarande behovet av att förtydliga definitionen av termen screening i Termbanken.
Refeeding syndrome	Vid långvarig svält ställer kroppen in sig på ett lågt energiintag och har inte möjlighet att metabolisera näring i snabb takt eller stor mängd. Vid en plötslig ökning av energitillförseln, framför allt via blodbanan, kan en metabol överbelastning innebära livshotande komplikationer. Symtomen är framför allt snabbt ökande vikt, stigande kroppstemperatur och cirkulatoriska symtom. Både vätskeretention och elektrolytrubbningar bidrar till utvecklingen av tillståndet. Vid inledande av nutritionsbehandling hos svårt undernärda, kraftigt avmagrade patienter måste därför speciell försiktighet iakttas.

Bilaga 3. Diagnoskriterier för undernäring

Tabell 7. Diagnoskriterier för undernäring

Bedömning av risk för undernäring	Använd validerat instrument		
Utredning av diagnos	Utredningskriterier		
	Fenotypiska kriterier	Oavsiktlig vikt förlust i %	> 5 % vikt förlust senaste 6 mån. eller > 10 % vikt förlust längre än 6 mån. tillbaka
		BMI	< 20 om < 70 år, eller < 22 om ≥ 70 år Asiatisk etnicitet < 18,5 om < 70 år, eller < 20 om ≥ 70 år
		Reduktion av muskelmassa	Reducerad muskelmassa uppmätt med validerad metod för mätning av kroppssammansättning, jämfört med referensvärden
	Etiologiska kriterier	Minskat kostintag eller minskat upptag av näringsämnen	≤ 50 % av behovet > 1 vecka, eller minskning överlag i > 2 veckor Kroniskt tillstånd i mag-tarmkanalen som påverkar absorption och upptag av mat
	Inflammation ¹	Akut sjukdom eller skada ² Kronisk sjukdom ³	
Fastställa diagnos	Kriterier för diagnos undernäring	Kräver att minst 1 fenotypiskt och 1 etiologiskt kriterium uppfylls	
Svårighetsgrad	Bedöm svårighetsgrad av undernäring	Steg 1, måttlig undernäring (1 kriterium behöver uppfyllas)	5–10 % vikt förlust senaste 6 mån., eller 10–20 % längre tillbaka än 6 mån. eller BMI < 20 om < 70 år BMI < 22 om ≥ 70 år eller Mild till måttlig förlust av muskelmassa (mätt med validerad metod)
		Steg 2, svår undernäring (1 kriterium behöver uppfyllas)	> 10 % vikt förlust senaste 6 mån., eller > 20 % längre tillbaka än 6 mån. eller BMI < 18,5 om < 70 år BMI < 20 om ≥ 70 år eller Svår förlust av muskelmassa (mätt med validerad metod)

¹ CRP, albumin och prealbumin kan användas som stödjande labbvärde.

² Stora infektioner, brännskador, trauma, "sluten huvudskada" – allvarlig akut inflammation.

³ Kroniska organsjukdomar t.ex. hjärtsvikt, KOL, reumatoid artrit, njursjukdom, leversjukdom, cancer – kronisk eller återkommande inflammation.

Källa: GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community [22]

Bilaga 4. Bilaga som publiceras på webben

Till kunskapsstödet hör en bilaga som finns att ladda ner från Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/

- Att förebygga och behandla undernäring. Kunskapsstöd i hälso- och sjukvård och socialtjänst. Indikatorer