

Gäller för: VO1 Barn BUP och Kvinna

Innehållsansvar: Nalleli Vivanco Karlsson, (nalvi1), Dietist

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-05-13

Giltig till: 2028-05-31

# Nutrition och screening i slutenvård – barn- och ungdomsmedicin

## Revideringar i denna version

Justering i tabell på sidan 4, **punkt 4**.

## Bakgrund, syfte och mål

Screening av undernäring inom slutenvård för barn, vilka åtgärder som ska vidtas och lämplig uppföljning. Riktlinjen omfattar barn och ungdomar från 1 månad till 18 års ålder.

Målet är att patienter med risk för undernäring identifieras innan undernäring uppstår och att de som har risk eller lider av undernäring får en energi- och näringstillförsel som är anpassad efter deras behov. Målet är även att inte utsätta patienter för undernäring under vårdtiden. Då screeninginstrument inte är validerat på barn yngre än 1 månad, följs dessa barn enligt sedvanliga rutiner.

Vårdgivaren ska, enligt Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd (SOSFS 2014:10), fastställa rutiner för när och hur en patients näringstillstånd ska utredas samt hur undernäring ska förebyggas och behandlas. Innebörden av detta finns beskrivet i Socialstyrelsens kunskapsstöd; ”Att förebygga och behandla undernäring” och i vårdhandboken.

# Arbetsbeskrivning

## Pediatrik undernäring

Innebär att det föreligger en obalans mellan näringsbehov och intag som leder till en sammantagen brist på energi, protein och/eller mikronutrientier. Detta kan medföra en negativ utveckling avseende både tillväxt och utveckling.<sup>(1, 2)</sup> Energi- och/eller proteinundernäring hos barn definieras på olika sätt i litteraturen, där skillnader mellan akut och kronisk undernäring beskrivs.<sup>(1, 2)</sup>

### Akut undernäring

Akut undernäring leder till avmagring så kallad ”wasting”, och orsakas av ett otillräckligt energi- och/eller proteinintag under *kortare tid än tre månader*. Tillståndet ger en snabb viktförlust och/eller otillräcklig viktuppgång. Viktkurvan planar av i förhållande till längd och ålder och body mass index (BMI = vikt/längd<sup>2</sup>) sjunker (se specifika pediatrika BMI-kurvor).

### Kronisk undernäring

Detta typ av undernäring leder till att även längdtillväxten påverkas, så kallad ”stunting”, och orsakas av ett otillräckligt energi- och proteinintag *över längre tid än tre månader*. Drabbas barnet av långvarig malnutrition eller malabsorption i tidig ålder kan barnet ändå ha ett normalt BMI, men är både litet och kort. Kronisk undernäring ger ett nedsatt immunförsvar och risk för påverkan på inre organ som hjärna, hjärta och mag-tarmkanal.

Ibland föreligger såväl akut som kronisk undernäring, till exempel hos ett barn som har en kronisk undernäring och drabbas av akut sjukdom. Då är barnet såväl kortvuxen som avmagrat.<sup>(1)</sup>

## Epidemiologi

Malnutrition vid inläggning på sjukhus och försämrat nutritionsstatus under sjukhusvistelse är vanligt<sup>(2)</sup>. En genomgång av inneliggande barn på sjukhus i Europa och USA visade att 6–14% var akut malnutrierade, medan det i Turkiet var 32%<sup>(3)</sup>. I en annan undersökning av sjukhusvårdade tyska barn var 24% malnutrierade, varav 6% var medeltill svårt malnutrierade. i synnerhet bland barn med kroniska sjukdomar<sup>(4)</sup>.

Ett malnutriert barn löper större risk att drabbas av både vanliga och svårare infektioner, liksom av postoperativa och andra komplikationer vilket kan förlänga vårdtiden och skapa onödigt lidande <sup>(5)</sup>. Barn som behandlas med immunhämmande läkemedel och cytostatika är speciellt utsatta. Malnutrition kan också vara ett första tecken på sjukdom hos barnet.

### **Metodval**

European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) har uppmärksammat behovet av screeninginstrument för barn (2005) och initierat flera studier för att utvärdera olika instrument. Tre av instrumenten har fått ett större genomslag; Pediatric Yorkhill Malnutrition Score (PYMS) <sup>(6)</sup>, Screening Tool for the Assessment of Malnutrition in Pediatrics (STAMP) <sup>(7)</sup> och Screening Tool for Risk of Impaired Nutritional Status and Growth (STRONGkids) <sup>(8)</sup>

Vilket av dessa verktyg som är mest tillförlitligt för att identifiera risk för undernäring har inte kunnat säkerställas <sup>(9)</sup>, och det finns ingen internationell eller nationell konsensus kring val av screeninginstrument. I enlighet med Region Skåne har vi på SkaS valt STRONGkids <sup>(10)</sup> <sup>(11)</sup>. Det är enkelt att använda i klinisk praxis <sup>(12)</sup> samtidigt som det i studier visat sig identifiera barn med hög risk för undernäring och därmed risk för längre sjukhusvistelse. Dessutom behövs för screeningen ej tillgång till barnets hela tillväxtkurva.

Screeningverktyget är en bearbetning av Nutricias svenska översättning av STRONGkids. I dialog med huvudförfattaren har mindre justeringar i syfte att förtydliga och förenkla screeningen föreslagits och godkänts.

### **Ansvar**

Alla som arbetar i patientnära vård ska arbeta enligt denna rutin. Sjuksköterskan ansvarar för att screening görs, och att vid behov kontakta till exempel dietist, logoped, arbetsterapeut eller tandhygienist. Läkaren har det övergripande medicinska ansvaret och därmed ansvar för att utreda och diagnostisera undernäring. Läkaren ordinerar vid behov enteral nutrition, inkl sondsättning och vid behov parenteral nutrition. Det är viktigt att tillvarata alla professioners kompetens och att alla hjälps åt. Dubbeldokumentation ska undvikas.

## Anvisning gällande screening av risk för undernäring med STRONGkids

- Alla barn ska vägas och mätas vid inläggning.
- Alla barn från 1 månad till 18 års ålder som vårdas på barnavdelningen Skaraborg Sjukhus ska riskbedömas med STRONGkids. Detta gäller både barnmedicinska, kirurgiska, ortopediska och ÖNH-pat. (Undantag får göras för patienter med en förväntad vårdtid under 24 timmar eller med diagnos och/eller allmäntillstånd som gör riskbedömningen irrelevant, exempelvis tidigare frisk person som vårdas pga. lättare åkomma eller mindre ingrepp eller i ett sent palliativt skede.)
- Screeningen ska göras inom vårdtidens första dygn. Sjuksköterskan ansvarar för att den genomförs innan första rondtillfället för att utfallet ska kunna diskuteras och fortsatt plan läggas.
- OBS! Upprepad screening varje vecka på de barn som ligger kvar.

| Screening för risk för undernäring   | Bedömning och poäng |        |
|--|---------------------|--------|
| 1. Har patienten en dålig nutritionsstatus utifrån en subjektiv klinisk bedömning (minskat subkutant fett och/eller minskad muskelmassa och/eller hålögdhet)?  | Nej                 | Ja – 1 |
| 2. Har det skett en viktminskning eller ingen viktökning (spädbarn <1 år) under de senaste veckorna/månaderna?   | Nej                 | Ja -1  |
| 3. Föreligger något av följande symtom?<br>- Omfattande diarré (≥ 5 gånger per dag) och/eller kräkningar (>3 gånger per dag)<br>- Minskat matintag och under de senaste dagarna.<br>- Pågående nutritionsåtgärd<br>- Otillräckligt näringsintag på grund av smärta | Nej                 | Ja – 1 |
| 4. Finns det en underliggande sjukdom med risk för undernäring (se lista nedan) eller en planerad större operation?  | Nej                 | Ja - 2 |

### Sjukdomar/tillstånd med risk för undernäring:

|  |                                  |   |
|--|----------------------------------|---|
| Anorexia nervosa                           | Hjärtsjukdom, kronisk illamående | Njursvikt                                       |
| Bronkopulmonell dysplasi (max 2 års ålder) | Illamående                       | Nyopererad (kirurg/ortoped)                     |
| Brännskada                                 | Infektion om                     | Oro / ångest/ depression                        |
| Bukspottskörtel-inflammation               | Inflammatorisk tarmsjukdom       | Prematuritet (upp till 6 mån, korrigerad ålder) |
| Cancer                                     | Korttarmssyndrom                 | SGA (Small for Gestational Age)                 |
| Celiaki                                    | Lever sjukdom, kronisk           | Smärta  |
| Cystisk fibros                             | Metabol sjukdom                  | Större kroppsskada                              |
| Funktionsnedsättning (neuro/psykomotorisk) | Muskelsjukdom                    | Större planerad operation                       |

### Poängen från screeningen räknas samman. (OBS även fråga 3 ger max 1 poäng)

Resultat införs i Mätvärden sökord "STRONGkids".

Instrumentet STRONGkids värderar bara om barnet har en *risk* för undernäring. Beroende på risknivå ska olika åtgärder vidtas, se nedan.

Löpande åtgärder noteras i Omvårdnadsstatus, sökord "Nutrition".

| <b>RISK FÖR UNDERNÄRING OCH BEHOV AV ÅTGÄRD</b> |             |  |
|---|-------------|--|
| <b>Poäng</b>                                    | <b>Risk</b> | <b>Åtgärd och uppföljning</b>  |
| 4-5<br>Poäng                                    | Hög risk    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Konsultera läkare och dietist för fullständig diagnos, individuell nutritionsrådgivning och uppföljning.</li> <li>- Kontrollera vikten två gånger per vecka och utvärdera nutritionsrådgivning.</li> <li>- Utvärdera nutritionsrisken varje vecka.</li> </ul> |
| 1-3<br>poäng                                    | Medelrisk   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Överväg nutritionsåtgärd. Kontakta dietist vid behov.</li> <li>- Kontrollera vikten två gånger per vecka (tillväxtkurva och BMI-kurva).</li> <li>- Utvärdera nutritionsrisken varje vecka.</li> <li>- Överväg mat- och vätskeregistrering</li> </ul>          |
| 0<br>poäng                                      | Låg risk    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ingen nutritionsåtgärd är nödvändig.</li> <li>- Kontrollera vikten regelbundet (eller enligt sjukhusets policy).</li> <li>- Utvärdera nutritionsrisken varje vecka.</li> </ul>  |

#### **4–5 poäng – Hög risk för undernäring**

Kontakta ansvarig läkare för bedömning och utredning. För ortoped eller kirurg konsulteras barnläkaren.

Kontakta dietist för bedömning av energi-, närings- och vätskebehov samt ordination av kost- och nutritionsbehandling. Om annan aktuell vårdgivare finns bör samarbete gällande åtgärd och behandling inledas.

Bedöm tillväxt och BMI, gärna i samband med rond.

Påbörja mat- och vätskeregistrering för att följa barnets intag. ([rutin mat- och vätskelista barn- och ungdomsmedicin](#)). Dokumentera resultatet av mat- och vätskeregistrering dagligen.

Lägg en plan hur ofta barnet ska vägas. Följ upp och utvärdera nutritionsbehandlingen kontinuerligt.

#### **1–3 poäng - Medelrisk för undernäring**

Överväg nutritionsåtgärder. Kontakta dietist vid behov (tex om matintag <50% av portioner). Om annan aktuell vårdgivare finns bör samarbete gällande åtgärder och behandling inledas.

Bedöm tillväxtkurva och BMI-kurva, gärna i samband med rond.

Överväg mat- och vätskeregistrering för att följa barnets intag ([rutin mat- och vätskelista barn och ungdomsmedicin](#))

Dagligen registrera ”Vätskeintag” i Mätvärden, (inkl kommentar om vilken sorts sondnäring, tillägg, filmjolk, vätskeersättning)

Upprepa screeningen en gång per vecka.

Lägg en plan hur ofta barnet ska vägas och eventuella åtgärder följas upp och utvärderas.

#### **0 poäng - Låg risk för undernäring**

Nutritionsåtgärd är inte nödvändig. Kontrollera vikten regelbundet där frekvens beror på barnets ålder.

Upprepa screeningen en gång per vecka.

Vid längre vårdtid ska det finnas en plan för hur ofta vikt och längd ska mätas.

## Behandling av undernäring

Baserat på grad av undernäring, medicinsk bedömning av barnets tillstånd och risk för refeeding syndrom värderas om näringstillförsel via munnen är tillräcklig eller om enteral eller parenteral nutrition behövs. Nutritionsåtgärderna finns beskrivna i rutinen "[Näringstrappan Barn](#)".

## Dokumentation

Vid högrisk ska barnets nutritionssvårigheter, behov och insatta åtgärder dokumenteras i journalmallen "Dietistkontakt", som även kan skrivas av läkare. Uppföljning och utvärdering av insatta åtgärder dokumenteras fortlöpande. Datum för uppföljning och utvärdering anges.

Använd blankett för [mat- och vätskeregistrering](#) när barnets energi- och vätskeintaget behöver följas. Sjuksköterska och barnsköterska har ansvar för att den fylls i på rätt sätt. Föräldrar kan vara delaktiga om de instrueras i hur den ska fyllas i. Allt som barnet äter/sondas och dricker registreras. Totalt matintag och vätskeintag summeras efter dagens slut och dokumenteras i Mätvärden, sökord Vätskeintag.

## Tips till läkare vid ev fördjupad bedömning:

- *Bakomliggande sjukdom*, vilket ytterligare kan försvåra ett dåligt näringsintag?
- *Ett ökat energibehov*, pga bland annat hjärtfel, sårläkning, ökat andningsarbete, inflammation, prematuritet och ofrivilliga rörelser?
- *Symtom från mag-tarmkanalen*, som illamående, kräkningar, diarré och förstoppning?
- *Funktionella svårigheter* att äta och svälja?
- *Nedsatt aptit?* (ofta mer uttalad hos barn jämfört med vuxna även vid mindre omfattande sjukdom.)
- *Pågående eller avslutad behandling* som kan ge minskat näringsupptag, katabolism eller ökat energibehov?
- *Psyksiska eller psykosociala problem?*

## Uppföljning efter avslutad vårddid

Vid utskrivning ska läkaren tillse att ev nutritionsbehov följs upp.

- Bidiagnos E469 (Icke specificerad protein- och energi-undernäring) ska anges i epikris.
- Om barnet följs hos annan barnvårdgivare (tex Barnmedicin/Barnkir DSBUS, Hab eller BUP ska denne uppmärksammas via epikriskopia).
- Om endast primärvårdskontakt finns sedan tidigare, ska återbesök bokas till Barnmottagning.
- Dietist och läkare ansvarar för uppföljning av nutritionsbehandlingen.
- Uppföljningen bör pågå tills barnet återfått normalt nutritionsstatus.
- Barn som fick medel till högrisk ska vid utskrivning få information gällande energiberikning av mat och ett brev inför viktuppföljning en månad efter utskrivning.

[Parenteral nutrition för barn och ungdomar på Drottning Silvias barnsjukhus – dosering och ordination.](#)

## Käll- och litteraturförteckning

### Referenser

1. **Shaw, Vanessa.** *Clinical Paediatric Dietetics.* 2020. 9781119467298.
2. *Defining Pediatric Malnutrition: A Paradigm Shift Toward Etiology-Related Definitions.* . **Mehta N, Corkins M, Lyman B et al.** 2013;37(4):, Journal of Parenteral and Enteral Nutrition, ss. 460-481.
3. *Prevalence of malnutrition in pediatric hospital patients.* . **Joosten KF, Hulst JM.** 2008;20(5), Curr Opin Pediatr. , ss. 590-596. .
4. *Prevalence of malnutrition in paediatric hospital patients.* . **Pawellek I, Dokoupil K, Koletzko B.** 2008, Clin Nutr , ss. 27(1):72-76. .
5. *Prognostic impact of disease-related malnutrition.* . **Norman K, Pichard C, Lochs H et al.** 2008, Clin Nutr. , ss. 27(1):5-15. .
6. *The Pediatric Yorkhill Malnutrition Score Is a Reliable Malnutrition Screening Tool .* **Nur Eni Lestari, Nani Nurhaeni, Dessie Wanda.** 2017, Compr Child Adolesc Nurs , ss. 40(suppl1):62-68.
7. *Screening Tool for the Assessment of Malnutrition in Pediatrics (STAMP) in the Electronic Health Record: A Validation Study .* **Michelle**

**Reed, Kathleen Mullaney , Christy Ruhmann, Peter March, Virginia H Conte, Lore Noyes, Mark Bleazard.** 2020, Nutr Clin Pract , ss. Dec;35(6):1087-1093.

8. *The STRONG(kids) nutritional screening tool in hospitalized children: a validation study .* **Koen Huysentruyt, Philippe Alliet, Laurence Muyshont, Roxane Rossignol, Thierry Devreker, Patrick Bontems, Joachim Dejonckheere, Yvan Vandenplas, Jean De Schepper.** 2013, Nutrition, ss. Nov-Dec 29(11-12):1356-61.

9. *Malnutrition risk in hospitalized children: use of 3 screening tools in a large European population.;* **Chourdakis M, Hecht C, Gerasimidis K et al.** 2016, Am J Clin Nutr., ss. 103(5):1301-1310.

10. *National malnutrition screening days in hospitalised children in The Netherlands. .* **Joosten KF, Swart H, Hop WC et al.** 2010, Arch Dis Child, ss. Feb;95(2):141-145.

11. *Dutch national survey to test the STRONGkids nutritional risk screening tool in hospitalized children. .* **Hulst JM, Swart H, Hop WC et al.** 2010, Clin Nutr., ss. 29(1):106-111. .

12. *Nutritional screening in hospitalized pediatric patients: A systematic review.* **Teixeira AF, Viana KD.** 2016, J Pediatr(Rio J) . , ss. 92(4):343-352. .

13. *Practical approach to paediatric enteral nutrition: A comment by the ESPGHAN Committee on Nutrition. .* **Braegger C, T Decsi, Amil Dias J et al.** J Paediatr Gastroenterol Nutr. : u.n., 2010, Vol. 51:110–122. .

14. *Hospital-acquired malnutrition in children with mild clinical conditions. .* **Campanozzi A, Russo M, Catucci A et al.** 2009, Nutrition. , ss. 25(5):540-547. .

15. *The costs of disease related malnutrition in hospitalized children. .* **Freijer K, Puffelen E, Joosten KF et al.** Clin Nutr ESPEN. : u.n., 2018, Vol. 23:228-233. .

Anpassning till barn baserad på Region Skåne ”Regional riktlinje för prevention av undernäring hos barn och ungdomar inom slutenvården.  
<https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-riktlinjer---fillistning/regional-riktlinje-for-prevention-och-behandling-av-undernaring-hos-barn-inom-slutenvarden.pdf>

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** VO1 Barn BUP och Kvinna

**Innehållsansvar:** Nalleli Vivanco Karlsson, (nalvi1), Dietist

**Godkänd av:** Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SKAS9699-1702881381-105

**Version:** 5.0

**Giltig från:** 2026-05-13

**Giltig till:** 2028-05-31