

Gäller för: Skaraborgs Sjukhus

Giltig från: 2024-07-04

Innehållsansvar: Monica Skoglund, (monsk2), Dietist

Giltig till: 2026-07-04

Granskad av: Annette Treng Jarlshammar, (anntr2), Utvecklingschef

Godkänd av: Christer Printz, (chrpr), Chefläkare

Undernäring – riskbedömning, åtgärd och dokumentation

Förändringar sedan föregående version

Uppdatering av Rutin Undernäring – riskbedömning, åtgärd och dokumentation, barium id 27121.

Innehållsförteckning

Förändringar sedan föregående version	1
Innehållsförteckning	1
Bakgrund, syfte och mål	2
Förutsättningar	2
Ansvar	3
Avgränsningar	3
Förberedelser	3
Arbetsbeskrivning	3
Riskbedömning vid inskrivning	3
Riskbedömning under vårdtiden	4
Risk för undernäring föreligger när patienten har:	4
Utredning	4
Nutritionsåtgärder	5
Dokumentation	5
Överrapportering och dokumentation vid utskrivning	6
Relaterad information	7
Käll- och litteraturförteckning	7

Bakgrund, syfte och mål

Undernäring är en näringsrubbnings som uppkommer när intag och/eller upptag av näringsämnen varit lågt eller obalanserat under en längre tid. Den bakomliggande orsaken kan variera men sjukdomsrelaterad undernäring med eller utan inflammation är vanligast. Andra orsaker kan vara psykologiska faktorer (t ex ensamhet) eller dålig munhälsa.

Konsekvenserna vid undernäring är många; nedsatt kognitiv funktion, depression, högre förekomst av infektioner, försämrad sårhäkning, ökad risk för fall, trycksår och ökad dödlighet. Vårdtiden förlängs och kostnader ökar jämfört med välnärd patient.

Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd (HSLF-FS 2022:49) ger direktiv om hälso- och sjukvårdens skyldighet att fastställa rutiner för hur och när undernäring ska förebyggas, riskbedömas, utredas och behandlas. Undernäring som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med vården klassas enligt Patientsäkerhetslag 2010:659 som vårdskada.

Denna rutin syftar till att beskriva hur vårdpersonal på SkaS ska arbeta för att följa Socialstyrelsens föreskrifter. Hänvisning görs till avsnitt i Vårdhandboken där informationen överensstämmer med lokala rutiner. Rutinen beskriver även var och hur risk för undernäring, åtgärd/er och informationsöverföring ska dokumenteras i patientjournalen från inskrivning till utskrivning inom slutenvården.

Målsättning är att patienter med undernäring eller risk för undernäring identifieras i sin kontakt med vården och att individuellt anpassade nutritionsåtgärder startas upp så snart som möjligt.

Förutsättningar

För att nå målsättning krävs att vi:

- har kunskap om och kan värdera de bedömningspunkter som ingår i riskbedömningen
- har ett personcentrerat förhållningssätt som ger patienten möjligheter till att vara delaktig
- har kunskap om basala nutritionsåtgärder, anpassar dessa individuellt, utvärderar åtgärderna och justerar vid behov
- tillvaratar allas kompetens och hjälps åt att tillgodose patientens nutritionsrelaterade behov
- överrapporterar näringstillstånd och nutritionsåtgärder inom och mellan alla vårdnivåer

Ansvar

Alla som arbetar i patientnära vård ska arbeta enligt denna rutin. Respektive enhetschef ansvarar för att rutinen är känd och följs. För ansvarsfördelning mellan olika professioner, se [Ansvarsfördelning – Vårdhandboken](#).

Sjuksköterskan ansvarar för att vid behov kontakta andra professioner, till exempel dietist, logoped, arbetsterapeut, tandhygienist.

Legitimerad personal ansvarar för dokumentationen. Undersköterska har möjlighet att dokumentera. Dubbeldokumentation ska undvikas.

Avgränsningar

Rutinen gäller för personer över 18 år som vårdas inom slutenvård på Skaraborgs sjukhus. Undantag är intensivvård där särskilda riktlinjer finns samt patienter i livets slutskede.

Förberedelser

Vid inskrivningsamtalet inhämtar sjuksköterskan uppgifter från patient/närstående, tidigare vårdenhet, journalen och/eller annan yrkeskategori om patientens aktuella vikt, längd, vikthistoria, eventuella ätproblem och om kronisk sjukdom/känt risktillstånd föreligger.

I samband med inskrivningen ska patienten vägas. Fråga om eller mät längd. Dokumentera vikt och längd i mätvärden i Melior.

Arbetsbeskrivning

Riskbedömning vid inskrivning

Att bedöma risk för undernäring är obligatoriskt. Det ska ske 24-48 timmar efter inskrivning genom en samlad bedömning av nedanstående bedömningspunkter. Risken bedöms kliniskt eller med hjälp av standardiserat formulär. Se nedan under rubrik "Dokumentation". Observera att undernäring inte alltid är synlig, utan kan även förekomma vid övervikt och fetma.

- **Ofrivillig viktförlust.** Fråga; *"Har du ofrivilligt gått ner i vikt?"*
Observera om viktförlusten maskeras i förändrad vätskebalans.
- **Ätproblem**, t ex aptitlöshet, tugg- och sväljproblem. Fråga; *"Kan du äta som vanligt?"*
- **Kronisk sjukdom/känt risktillstånd.** Flera sjukdomar är förknippade med ökad risk, till exempel cancer-, hjärt-, lung-, lever-, njur- och neurologiska sjukdomar. Exempel på risktillstånd är akut sjukdom eller skada, följder av medicinska behandlingar och kirurgi

- **BMI** som visar undervikt; BMI <20 upp till 70 år. BMI <22 för personer över 70 år. När aktuell vikt och längd skrivs in i mätvärden är BMI uträknat, står under ”aktuella ordinationer” eller ”läkemedel”.

Riskbedömning under vårdtiden

Undernäring, eller risk för undernäring, kan utvecklas under vårdtiden, framför allt när patientens situation förändras och/eller vid lång vårdtid.

Riskbedöm med regelbundna intervall genom att:

- **väga patienten minst en gång per vecka** och bedöma viktutvecklingen
- **uppmärksamma om ätproblem uppstår** till exempel illamående, smakförändring, munsvamp
- **observera om intag av mat och dryck är tillräckligt**. Vid behov använd mat- och vätskelista för att få en samlad bild

Risk för undernäring föreligger när patienten har:

- 1 riskfaktor = liten risk
- 2–4 riskfaktorer = måttlig eller hög risk

För mer information om riskidentifiering se [Riskidentifiering och riskbedömning - Vårdhandboken](#)

Utredning

Vid konstaterad undernäring eller risk för undernäring ska utredning ske i syfte att bestämma art och grad av undernäringsproblemet samt förstå vilka nutritionsåtgärder som är lämpliga att vidta. Det är viktigt med ett tvärprofessionellt samarbete för en helhetssyn på och förståelse för patientens situation samt nutritionsrelaterade behov. För mer information om utredning se [Utredning - Vårdhandboken](#).

Utredningen kan bland annat innefatta att:

- registrera och bedöma mat- och vätskeintag, se [Rutin matlista och vätskelista](#).
- beräkna energiintaget och jämföra det med uträknat energibehov/energimål, se [Uträkning energibehov vuxna och Energi-, närings- och vätskebehov - Vårdhandboken](#).
- observera patienten vid måltid för att bedöma behov av åtstödjande åtgärder, anpassad måltidsmiljö och individanpassad måltid, se [Att underlätta ätandet – Vårdhandboken](#).

Nutritionsåtgärder

Nutritionsåtgärder finns beskrivna i [Näringstrappan](#) och i [Vårdhandboken - Nutritionsbehandling](#)

Nutritionsåtgärder ska vara individuellt anpassade och innebära att patientens energi- och näringsbehov tillgodoses så långt det är möjligt. Omvårdnadspersonal startar upp med basala nutritionsåtgärder. Vid behov av specialiserade insatser, och beroende på vilket problem, ska dietist, logoped, tandhygienist, arbetsterapeut och/eller fysioterapeut kontaktas. De basala nutritionsåtgärderna innebär att patienten:

1. förbereds inför måltid, till exempel får medicin mot illamående, smärtstillande inför måltid, en god sittställning, munvård
2. får en anpassad måltidsmiljö, tillgodosett behov av äthjälpmiddel och stöttning vid måltid.
3. serveras mat och dryck med rätt konsistens och portionsstorlek, se [Kost - Vårdhandboken](#) och [Måltidsguiden vregion.se](#)
4. serveras något att äta och dricka regelbundet så att nattfastan är 11 timmar eller mindre.
5. får maten berikad med vanliga livsmedel
6. vid behov får prova kosttillskott som komplement till mat och dryck. Dessa serveras måltidsbundet, men så att matintaget påverkas så lite som möjligt. Kontakta dietist för ordination av kosttillskott med avseende på sort, näringsinnehåll och mängd.

När intaget av mat, dryck och kosttillskott via munnen är otillräckligt eller omöjligt ska energi- och näringsbehovet tillgodoses med enteral- eller parenteral näringstillförsel, var för sig eller i en kombination, se [Enteral nutrition – Vårdhandboken](#) och [Parenteral nutrition – Vårdhandboken](#).

Insatta åtgärder ska utvärderas och vid behov justeras beroende på om de gjort nytta för patienten eller inte. Se [Uppföljning, utvärdering – Vårdhandboken](#).

Dokumentation

Risk konstaterad vid inskrivning dokumenteras i mallen SSK INSKRIVNING under rubriken OMVÅRDNADSSTATUS och sökordet ”risk för undernäring”. Välj rätt alternativ:

- 0 riskfaktor välj; Nej, enligt klinisk bedömning.
- 1 riskfaktor välj; Ja, liten risk enl klinisk bedömning
- 2-4 riskfaktorer välj; Ja, måttlig eller hög risk enl klinisk bedömning

När det är svårt att bedöma patientens risk välj; *Svårbedömt, se *Riskbedömning patientsäkerhet*. Bedöm risken med hjälp det

standardiserade formuläret som finns i mallen *Riskbedömning patientsäkerhet och under rubrik Undernäring.

Risk konstaterad under vårdtiden dokumenteras i mallen OMVÅRDNADSSTATUS under sökordet ”risk för undernäring”. När man väljer sökordet kommer två olika alternativ upp;

- Ja liten risk = 1 riskfaktor
- Ja uppenbar risk = 2–4 riskfaktorer.

Nutritionsåtgärder dokumenteras fortlöpande i mallen *PLANERING/ÅTGÄRD, under OMVÅRDNADSPLANERING och sökordet risk för undernäring.

När man väljer sökordet **risk för undernäring** faller det ut olika alternativ. De aktuella kryssas för. enligt följande ordning:

1. Kryssa i rutan ”Datum för åtgärd”. Skriv datum i fältet efter, se bild nedan.

- Risk för undernäring	
- Nutrition	
Risk för undernäring	
<input checked="" type="checkbox"/>	Datum för åtgärd: 2015-10-27

2. Markera aktuella åtgärder. Förtydliga kring åtgärden genom att skriva i fältet efter respektive val. Se exempel nedan.

Risk för undernäring		
<input type="checkbox"/>	Anpassad måltidsmiljö	
<input checked="" type="checkbox"/>	Åtstödjande åtgärder	Behöver matas
<input checked="" type="checkbox"/>	Kost	E-kost
<input checked="" type="checkbox"/>	Extra mellanmål	Servera ½ Fortimel compact på förmiddagen. Mellanmål även eftermiddag och kväll.

3. Vid strecket (-) längst ner bland kryssalternativen skrivs åtgärder som inte finns som färdiga förval och/eller utvärderingen

Överrapportering och dokumentation vid utskrivning

I samband med utskrivning inhämtas information så att patientens aktuella näringstillstånd och insatta nutritionsåtgärder/pågående nutritionsbehandling kan sammanställas och överrapporteras till patient och/eller annan vårdgivare.

Det aktuella näringstillståndet dokumenteras i mallen SSK SLUTANTECKNING under sökordet ”risk för undernäring”. I fritexten sammanfattas aktuella nutritionsåtgärder. Alternativt kan relevant

dokumentation bifogas, t ex vårdplanen eller journalanteckningar från dietistkontakt.

Relaterad information

- [Insidan - Nutrition](#) där finns material, lathundar, listor, information, nätbaserad utbildning m.m.
- [Insidan - Enteral-nutrition](#) där finns riktlinjer, startschema för sondnäring m.m.

Käll- och litteraturförteckning

1. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om förebyggande av och behandling vid undernäring (HSLF-FS 2022:49
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2022-8-8078.pdf>
2. Att förebygga och behandla undernäring. Kunskapsstöd i hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen, 2019. Stockholm.
[Undernäring - Socialstyrelsen](#)
3. Vårdhandboken. Inera AB, 2019.
[Nutrition - Vårdhandboken \(vardhandboken.se\)](#)
4. Nationell kraftsamling för att minska undernäring hos vuxna individer. SKR (Sveriges Kommuner och Regioner) 2019
5. [Patientsäkerhetslag \(2010:659\) | Sveriges riksdag \(riksdagen.se\)](#)

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Skaraborgs Sjukhus

Innehållsansvar: Monica Skoglund, (monsk2), Dietist

Granskad av: Annette Treng Jarlshammar, (annt2), Utvecklingschef

Godkänd av: Christer Printz, (chrpr), Chefläkare

Dokument-ID: SKAS9730-1455443510-124

Version: 9.0

Giltig från: 2024-07-04

Giltig till: 2026-07-04