

Process/aktivitet:	Version: 2/2017	Giltig fr.o.m. 2017-01-01	Ersätter: Version 1/2015
Processägare:	Processledare/ansvarig för revidering: Diefist, vård och omsorg		Granskad av: MAS och MAR
Beslutad av: MAS	Beslutad datum: 2017-02-08	Revideras datum: 2018-06-30	Värdegrundssäkrad ja/nej:
Användare/roll: Hälso- och sjukvårdspersonal			Intern/extern: Intern
Omfattar enhet/verksamhet: Vård och omsorg			Ärendenummer:

Nutritionsutredning

Metodstöd för utredning vid risk för undernäring

Innehåll

Definition undernäring	3
Utredning av nutritionstillstånd	3
Metoder för nutritionsutredning	5
Det totala hälsotillståndet	5
Läkemedelsbehandling	5
Munhälsa	5
Trycksår	6
Psykliska funktioner och sociala faktorer	6
Kroppssammansättning	7
Energibalans: energiintag och energibehov	8
Näringsintag	9
Måltidsmönster	10
Granskning av måltidssituation	10
Granskning av ätande	11
Fysisk funktion	12
Symtom.....	14
Nedsatt aptit och matleda	14
Gastrointestinala besvär	14
Muntorrhet	14
Lukt- och smaksinne	14
Trötthet.....	14
Kognition	14
Dysfagi	15
Ökat energibehov.....	15
Åtgärder och behandling	16
Dokumentation	17
Behov av utredning	17
Mål.....	17
Planerad utredning	17
Resultat av utredning.....	17
Riskanalys	17

Riskbedömning för undernäring

Riskbedömning för undernäring erbjuds alla personer som flyttar till vård- och omsorgsboende, korttidsboende eller vid inskrivning i hemsjukvården. Därefter erbjuds uppföljning årligen eller vid förändring av hälsotillstånd. Riskbedömningen genomförs lämpligen i samband med övrig hälsoundersökning och läkemedelsgenomgång.

Resultatet av riskbedömning ska dokumenteras i journalen och ska registreras i Senior Alert (om inte den enskilde avböjt registrering).

Definition undernäring

Tillstånd där brist på energi, protein och/ eller andra näringsämnen, ensamt eller i kombination med varierande grad av inflammationsdriven katabolism, har orsakat mätbara och ogynnsamma förändringar i kroppens sammansättning, funktion eller av en persons sjukdomsförlopp (Socialstyrelsens termbank)

Undernäring kan i sin tur indelas i följande underkategorier.

Svält: Lågt eller uteblivet intag av energigivande näringsämnen. Svält orsakar förlust av muskel- och fettmassa.

Sarkopeni: Åldersrelaterad minskning av muskelmassa och muskelfunktion. Även begreppet sarkopeni obesitas diskuteras. Då menas en låg muskelmassa men en hög kroppsvikt, vilken då till störst del består av fettmassa.

Kakexi: Progressiv förlust av muskulatur och annan kroppsvävnad beroende på en kombination av undernäring och katabolism orsakade av underliggande sjukdom (och inflammationspåslag).

Utredning av nutritionstillstånd

Detta metodstöd beskriver utredningen av nutritionstillståndet, hur den kan göras och vilka verktyg som kan användas.

- När?** En nutritionsutredning genomförs då riskbedömning för undernäring indikerar risk för undernäring.
- Varför?** Utredningen ska utröna om personen har nutritionsproblem eller har ett undernäringstillstånd som kan behöva behandling eller andra åtgärder. Dessutom ska utredningen ge kunskap om problemets orsak, art och grad.
- Vem?** Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att riskbedömning och eventuell utredning av nutritionstillstånd blir utförd. Utredningen görs dock i samarbete med arbetsterapeut, kontaktperson, läkare eller andra.

- Hur?** En nutritionsutredning kan, förutom en bedömning av det totala hälsotillståndet, omfatta exempelvis undersökningar av
- läkemedelsbehandling och eventuella biverkningar,
 - kroppssammansättning och fysisk funktion,
 - energibehov och energiintag,
 - ätande, måltidssituation och måltidsmönster och/eller
 - mun- och tandstatus.

Förslag till undersökningsmetoder med efterföljande frågor för analys finns beskrivet i detta metodstöd. Prioritera de delar som verkar mest gynnsamma i det aktuella fallet.

- Dokumentation** Nutritionsutredning dokumenteras i Vårdplan Nutritionsutredning. Där dokumenteras målet med hela, och de delar som ingår i, utredningen men även resultaten och analysen av dessa. När utredningen utmynnar i ett antal åtgärder eller ordinationer dokumenteras detta i Vårdplan Risk för undernäring.

- Vad händer sen?** Utredningen ska utmynna i beslut om eventuella ordinationer eller åtgärder. Dessa följs upp i aktuell vårdplan.

Metoder för nutritionsutredning

En nutritionsutredning genomförs alltid då en person bedöms vara i risk för undernäring (enligt riskbedömning). Här beskrivs förslag till ett antal metoder och ett antal verktyg presenteras, för att genomföra nutritionsutredningen, dock utan prioriteringsordning. Välj de undersökningar som förefaller mest relevanta i det aktuella fallet.

Syftet med utredningen är att klargöra vilka eventuella åtgärder eller ordinationer som torde vara mest verkningsfulla i det aktuella fallet. Rätt åtgärder ska användas vid rätt situation.

Det totala hälsotillståndet

Se över personens totala hälsotillstånd i form av kroniska och akuta sjukdomstillstånd och symtom av sjukdom, funktionsnedsättning eller andra besvär.

Ställ dig följande frågor

- Kan någon sjukdom eller symtom leda till:
 - nedsatt aptit eller matleda?
 - ökad eller minskad energiomsättning?
 - svårigheter i ätandet eller vid måltid?
 - smärta som kan påverka i ätandet eller vid måltiden?

Läkemedelsbehandling

Se över personens läkemedelsbehandling samt eventuella icke ordinerade vitamin- och/eller mineraltillskott eller naturpreparat.

Verktyg

- I Pascal kan du söka efter biverkningar, utifrån den enskilde personens läkemedelslista.
- Phase-20. Ett verktyg för att skatta symtom som kan vara kopplade till läkemedelsbehandling.

Ställ dig följande frågor

- Har något läkemedel någon biverkning som kan påverka ätandet eller intaget av mat?
 - Nedsatt aptit eller matleda?
 - Gastrointestinala besvär, exempelvis diarré, förstoppning, illamående, kräkningar, uppblåsthet?
 - Muntorrhet?
 - Lukt- och/eller smakförändringar?
 - Trötthet?
 - Kognitiv nedsättning?
 - Motorisk påverkan?
- Kan kombinationerna av läkemedel påverka situationen eller symtomen?

Munhälsa

I nutritionsutredningen bör ofta en munhälsobedömning genomföras. Landsting och regioner har ett lagstadgat ansvar att erbjuda uppsökande tandvård till äldre personer med omfattande behov av vård och omsorg, vilket innebär kostnadsfri munhälsobedömning i hemmet. Munhälsobedömning kan även göras av annan personal.

Verktyg

- ROAG (Revised Oral Assessment Guide): Instrumentet är ett stöd för att göra en bedömning av förekomst av ohälsa i munnen. Information och beskrivning finns på www.senioralert.se.

Ställ dig följande frågor

- Finns tillstånd i munnen som påverkar intag av mat och dryck?
- Är personen muntorr? Hur kan det påverka ätandet eller nutritionstillståndet?
- Finns smärta i munnen, som kan påverka intag av mat och dryck?
- Finns motorisk och/eller sensorisk funktionsnedsättning som försvårar munvård?
- Har personen nedsatt perception och har svårt att uppfatta kvaliteten på munvården?

Trycksår

Trycksår och andra hudsår som är svårläkta är ofta kopplat till ett nedsatt nutritionstillstånd. För att ha en effektiv läkande process krävs också ett gott nutritionstillstånd och ett fullgott intag av energi, protein och näringsämnen.

Verktyg

- Modifierad Nortonskalan: Instrument för att bedöma risken för att utveckla trycksår. Se www.senioralert.se
- RAPS (Risk Assessment Pressure Sores): Instrument för att bedöma risken för att utveckla trycksår. Se www.senioralert.se. RAPS är den som vi använder vid registrering i Senior Alert.

Ställ dig följande frågor

- Har personen risk för trycksår?
- Hur kan det påverka nutritionstillståndet?
- Kan nutritionsbehandling underlätta läkande av befintliga trycksår?

Psykiska funktioner och sociala faktorer

Psykisk funktionsnedsättning och sociala faktorer kan i allra högsta grad påverka intaget av mat och näring. Det kan handla om oro, nedstämdhet, koncentrationssvårigheter eller annat. Det är viktigt att vi sätter in åtgärder på det underliggande problemet, när så är möjligt. Om någon åtgärd eller behandling kan underlätta exempelvis upplevelsen av nedstämdhet eller oro, ökar också chansen att vi kan bibehålla eller uppnå ett gott nutritionstillstånd.

Verktyg

- GDS (Geriatric depression scale): Verktöget är en första skattning av sinnesstämningen. Om formuläret indikerar misstänkt depression bör det utredas vidare av läkare.

Ställ dig följande frågor

- Är personen nedstämd eller känner sig orolig?
- Vilka uttryck ter sig nedstämdheten?
- Hur kan nedstämdhet påverka nutritionstillståndet?

Kroppssammansättning

Det finns flera avancerade metoder för att mäta kroppssammansättning, det vill säga mängden muskler, fett, benmassa och vatten i kroppen. Ett enklare och mer praktiskt sätt för vård och omsorg, är att utvärdera BMI i kombination med ofrivillig viktminskning. Det blir därför snarare en uppskattning av kroppssammansättningen än en mätning.

1. Mät aktuell kroppsvikt på ett standardiserat sätt och notera avvikelser från standard. Mät exempelvis alltid innan frukost, då personen är iklädd endast nattkläder. Räkna aldrig bort vikt för eventuella kläder. Skriv upp den vikt som vågen visar och notera istället om personen avviker från standardklädsel.
2. Mät kroppslängden, om det går när personen är stående. Om det inte är möjligt använd den senast noterade kroppslängden som finns i journalen. Notera när och hur längden är mätt, så att ni kan analysera resultatet.
3. Räkna ut BMI (kroppsmasseindex) och värdera det. $\text{Kroppsvikt}/(\text{längd} \times \text{längd})$, där kroppsvikten mäts i kg och längden i meter. För en person som väger 60 kg och är 168 cm lång blir BMI alltså $60/(1,68 \times 1,68) = 21$.
 - a. För yngre och medelålders personer räknas BMI under 20 som undervikt. BMI över 25 klassificeras som övervikt, och BMI över 30 som fetma.
 - b. För äldre personer (70+) och kroniskt sjuka räknas BMI under 22 som undervikt. BMI över 27 klassificeras som övervikt.
4. Studera eventuell viktförändring under de senaste tre eller sex månader och det senaste året. Det kan ske genom intervju eller via journalen.

Räkna ut viktförändringen i procent, så blir den justerad till kroppsvikten. En viktnedgång på x kg kan vara mycket för en liten person, men inte särskilt mycket för en stor person. Generellt räknas en viktförändring under 2 kg som stabil vikt. En sådan liten förändring kan exempelvis ha att göra med hur mycket man åt eller drack igår, om man gått på toaletten eller inte. En viktminskning >5% under de senaste 3 månaderna eller en viktminskning >10% under de senaste 6 månaderna räknas som betydande. Men även mindre viktminskningar är viktiga att uppmärksamma.

Ofrivillig viktnedgång är alltid att betrakta som ett nutritionsproblem och ska tas på största allvar och utredas noggrant.

Verktyg

- Vilken våg man väljer för att mäta kroppsvikten är av mindre betydelse. Däremot att välja samma våg, för att kunna utvärdera förändringen är viktigt. Att tillgå finns vanliga vågar som man står på, men ibland kan det även behövas sittvåg, våg som du kan ställa rullstolen (eller annan stol) på eller en våg som finns på lyft.
- Om personen har amputerad någon del av kroppen, kan kroppsdelen justeras för vid uträkning av BMI. Följ länken här: <http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Skanes-universitetssjukhus/Organisation-A-O/Kunskapscentrum-for-geriatrik/Kunskapsbank/Nutritionslankar/BMI-for-amputerade/>

Ställ dig följande frågor

- Vad säger BMI? Har kroppslängden förändrats? Hur påverkar det BMI?
- Om personen bedöms som underviktig, ställ det i relation till kroppsvikt tidigare i livet. Om personen alltid haft en låg kroppsvikt är det kanske inte att klassificera som ett nutritionsproblem. Dock behöver särskild uppmärksamhet riktas till dessa personer, så att inte ofrivillig viktminskning sker från den redan låga nivån av kroppsvikt. Och om det uppkommer

viktminskning bör vi uppmärksamma den tidigt, för att kunna sätta in adekvata åtgärder baserade på nutritionsutredning.

- Hur bedömer ni fördelningen av muskel- och fettvävnad? Gör gärna en kombination av utredning av fysisk funktion.
 - Personer med undervikt har oftast både en låg muskel- och fettmassa. Är personen även fysiskt inaktiv eller har en låg fysisk funktion kan fettmassan vara procentuellt hög, trots låg kroppsvikt. Det indikerar då på en låg muskelmassa.
 - Personer som är normalviktiga kan ha både en låg och hög muskel- samt fettmassa. Är personen fysiskt inaktiv eller har en låg fysisk funktion indikerar det en låg muskelmassa och en hög procentuell fettmassa.
 - Personer som är överviktiga har oftast en hög fettmassa, men kan ha en relativt hög muskelmassa också (om personen är fysiskt aktiv).
- Vid övervikt eller fetma, gör en bedömning huruvida det är ett praktiskt bekymmer för personen i det dagliga livet eller inte. Övervikt eller fetma kan ha praktiska konsekvenser som minskad fysisk funktion, låg förmåga till fysisk aktivitet eller smärta.
- Är förändringen av kroppsvikten ofrivillig eller frivillig? Om den är frivillig, är den motiverad och görs på ett lämpligt sätt för fortsatt god fysisk funktion?
- Vad kan anledning till ofrivillig viktminskning vara?
- Hur har viktminskningen sett ut? Har den varit snabb eller långsam? Har den stabiliserats eller bedöms den vara pågående?
- Kan det finnas en medicinsk orsak till en falsk kroppsvikt, exempelvis ödem?
- Hur kan vikten påverkas av eventuella sjukdomar och behandling, exempelvis hjärtsvikt och behandling med diuretika?

Energibalans: energiintag och energibehov

Med energibalans menas energiintag i förhållande till energibehov. När energiintag och energibehov ligger i nivå med varandra uppnås energibalans. När energiintaget är större än behovet uppstår positiv energibalans och vice versa: när energiintaget är mindre än behovet uppstår negativ energibalans. Vid energibalans är kroppsvikten stabil.

Energiintag

Registrera intag av mat och dryck med en mat- och vätskeregistrering. Ju fler dagar som registreras, desto säkrare blir uppskattningen, men grunden är två eller tre på varandra följande dygn.

Gör ett överslag av energiintaget, från både mat och dryck. Räkna även med eventuella kosttillskott.

Energibehov

Uppskatta personens energibehov, för att kunna sätta intaget i relation till detta.

1. Räkna ut basalmetabolism: 20 kcal/kg kroppsvikt/dygn (85 kJ).
2. Justera utifrån fysisk aktivitet, genom att multiplicera basalmetabolismen med någon av följande faktorer:

1,2	Mycket låg fysisk aktivitet, sängliggande under hela dygnet
1,3-1,5	Låg fysisk aktivitet, men uppegående
1,6-2,0	Fysisk aktivitet under större delen av dygnet
3. Justera sedan ditt resultat utifrån annat som kan påverka energibehovet, vid behov. Multiplicera med någon av nedanstående faktorer.

1,1	Mager person
1,1	Yngre person (18-30 år)

- 1,1 Feber. Multiplicera med 1,1 för en grads temperaturökning. Multiplicera med 1,2 för två graders temperaturökning osv.
- 1,1-1,2 Stora och aktiva sår

Verktyg

- Mat- och vätskeregistrering. Allt som personen äter och dricker under de dygn som ska registreras skrivs upp. Skriv även upp vilken tid som intaget sker. Det kan vara bra vid utvärderingen. En mall för mat- och vätskeregistrering finns i Handbok för vård och omsorg (Mat, måltider och nutrition) på Intranätet.
- Vid överslaget av energiintaget finns ofta en lathund kopplad till mallen för mat- och vätskeregistrering. Annars kan energiintaget räknas ut med ett näringsberäkningsprogram. Program som är gratis och användarvänliga kan du exempelvis hitta på Livsmedelsverkets webbplats (www.slv.se) eller hos Kost- och näringsdata (Kostkoll, www.kostdata.se).

Ställ dig följande frågor

- Hur förhåller sig energiintag mot energibehov? Är personen i energibalans?
- Är personen viktstabil? I så fall är det ett kvitto på energibalans, och därmed viktstabil.
- Vad kan orsaken till ett lågt eller högt energiintag vara?
- Vilka måltider ger störst energiintag?
- Hur är intaget av energi fördelat över dygnet?
- Finns någon sjukdom som kan öka energibehovet?
- Finns någon behandling som kan öka energibehovet?

Näringsintag

Att utvärdera näringsintaget är något mer komplicerat än att utvärdera energiintaget, men principen är detsamma. Registrera intag av mat och dryck med en mat- och vätskeregistrering. Ju fler dagar som registreras, desto säkrare blir uppskattningen, men grunden är två eller tre på varandra följande dygn.

Utvärdera sedan registreringen med hjälp av att jämföra med följande indikatorer för näringsrik mat.

- Äter frukost, lunch och kvällsmat varje dag.
- Äter mellanmål, med gott näringsinnehåll, varje dag. Minst ett mellanmål är proteinrikt.
- Äter 1-2 frukter varje dag.
- Äter en ordentlig näve grönsaker, minst en gång om dagen.
- Dricker eller äter en mejeriprodukt (minst 2 dl mjölk, fil eller yoghurt) varje dag.
- Dricker fler än fem glas eller muggar med vätska varje dag. Räkna med kaffe, te, dryck till och mellan måltider. All dryck räknas.
- Äter hela portionen mat. Med en portion räknas en hel lunchlåda eller portion enligt kökets portionsanvisning.

Verktyg

- Mat- och vätskeregistrering. Allt som personen äter eller dricker under de dygn som ska registreras skrivs upp. Skriv även upp vilken tid som intaget sker. Det kan vara bra vid utvärderingen. En mall för mat- och vätskeregistrering finns i Handbok för vård och omsorg (Mat, måltider och nutrition) på Intranätet.
- En med noggranna utvärdering av näringsintaget kan göras med en näringsvärdesberäkning. Program som är gratis och användarvänliga kan du exempelvis hitta på Livsmedelsverkets webbplats (www.slv.se) eller hos Kost- och näringsdata (Kostkoll, www.kostdata.se).

- Proteinbehovet kan beräknas till 1,2–1,5 gram/kg kroppsvikt hos äldre personer med sjukdom. I mallen för mat- och vätskeregistrering i Handboken för vård och omsorg på Intranätet finns även stöd för att uppskatta proteinintaget.

Ställ dig följande frågor

- Bedömer du näringsintaget som gott eller bristfälligt?
- Finns proteinrika livsmedel regelbundet representerat?
- Täcker personen sitt proteinbehov?
- Vid ett lågt näringsintag, fundera över vad orsaken kan vara.
- Om näringsintaget är dåligt, vad skulle syftet vara med att förbättra det?
- Har personen god aptit? Hur påverkar det näringsintaget?

Måltidsmönster

Måltidernas spridning över dygnet kan stimulera eller hämma intaget av energi och näring. Översyn av måltidsmönster kan göras på individnivå, men kan även genomföras övergripande i verksamheten utifrån eventuella rutiner.

Verktyg

- Mat- och vätskeregistrering. Allt som personen äter eller dricker under de dygn som ska registreras skrivs upp. Skriv även upp vilken tid som intaget sker, det använder du sedan vid utvärderingen. En mall för mat- och vätskeregistrering finns i Handbok för vård och omsorg (Mat, måltider och nutrition) på Intranätet.

Ställ dig följande frågor

- Hur många måltider eller ät-tillfällen har personen varje dag?
- Äter personen få måltider eller har få ät-tillfällen varje? < 5/dygn räknas som få tillfällen.
- Har personen en lång nattfasta? Om tiden mellan sista målet på kvällen och det första nästa dag är lång, ökar risken för att måltiderna får trängas ihop på en kort tid under resten av dygnet. Det ökar därmed risken för ett otillräckligt intag av energi och näring.
- Känner personen sällan eller aldrig hunger eller sug efter något att äta?
- Vilka rutiner har verksamheten för att erbjuda måltider och mellanmål?
- Stimulerar verksamhetens rutiner till individualisering av måltider?

Granskning av måltidssituation

Genom att observera måltidssituationen på individ- eller på gruppnivå får du mycket relevant information, varför det är en viktig del av nutritionsutredning. Det kan också vara en bra metod för att uppmärksamma potentiella förbättringsarbeten i verksamheten. Observera att måltidssituationer är huvudmål likväl som mellanmål – som alla ska vara lika trevliga möten och situationer. Det gäller också oavsett om måltiden sker tillsammans med andra eller själv.

Verktyg

- Metodstöd för måltidsobservation finns i Handboken för Vård och omsorg (Mat, måltider och nutrition) på Intranätet.

Ställ dig följande frågor

- Stimulerar rummet till en trevlig måltid?
- Har matgästerna ett ljus som förenklar måltiden?
- Stimulerar rummets dofter till måltid?

- Används stimulerande kontraster i dukningen?
- Erbjuder personal omtagning av mat, dryck och tillbehör?
- Hur uppfattas mat och dryck utifrån färg, form, konsistens samt uppläggning i karotter, på fat och på tallrik?
- Serveras och erbjuds tillbehör och kryddor som kan individualisera måltiden? Något tillbehör som saknas?
- Stimulerar dukningen till en trevlig måltid?
- Finns valmöjligheter för matgästerna? Det kan exempelvis gälla sittplats, dryck, smörgås till maten eller portionsstorlek.
- Uppmuntras matgästerna att delta aktivt i måltiden? Det kan exempelvis göras genom att servera en eller flera komponenter vid måltiden på bordet, genom att matgästerna assisterar varandra eller genom att uppmuntra att skicka tillbehör mellan sig.
- Hur uppfattas mötet mellan matgästerna?
- Hur uppfattas mötet mellan personal och matgäster?
- Verkar personalen ha en bra uppdelning av arbetsuppgifter?
- Finns skriftliga rutiner för hur måltiden ska genomföras?
- Sitter alla matgäster på ett bra sätt vid situationen?
- Ser det ut som om att alla vårdtagare får den hjälp de önskar vid måltiden?
- Uppfattas situationen som trevlig?
- Ges förutsättningar för matgästerna att koncentrera sig på måltiden?
- Verkar någon/några matgäster besväras av andra i närmiljön? Av personal eller andra matgäster?
- Stimulerar personal en social samvaro?
- Genomförs omvårdnadsmåltider?
- Finns skriftliga rutiner för omvårdnadsmåltiders syfte och utförande?

Granskning av ätande

Genom att observera hur en person äter och dricker kan du få mycket relevant information för nutritionsutredningen.

Delta vid en, men gärna flera, måltider och observera personens förmåga att äta. Observera gärna ätandet vid olika typer av måltider (frukost, lunch, kvällsmat eller mellanmål). Ibland kan förmågan att äta vara kopplad till hur utvilad personen är och kan därmed variera över dygnet.

Verktyg

- Minimal Eating Observation Form (MEOF) är ett verktyg som kan användas för att bedöma hur en person klarar av att äta utan hjälpmedel, assistans eller annan kompensation. I verktyget finns även en guide för bedömningen. MEOF finns i Handboken för Vård och omsorg (Mat, måltider och nutrition) på Intranätet.
- EAT-10 är ett verktyg för bedömning av förmågan att tugga och svälja, med syftet att uppmärksamma dysfagi. EAT-10 finns i Handboken för Vård och omsorg (Mat, måltider och nutrition) på Intranätet.

Ställ dig följande frågor

- Finns svårigheter att tugga? Försvårande omständigheter kan exempelvis vara en illasittande protes, dålig tandstatus, stent eller ineffektiv tuggning.
- Finns svårigheter att svälja? Indikationer på sväljsvårigheter kan vara hosta eller harkling under eller efter sväljning, gurglig eller rosslig röst efter sväljning.
- Är personen rädd för att sätta i halsen?

- Finns svårigheter att hålla kvar mat eller dryck i munnen? Kan bero på svaghet eller nedsatt neurologi.
- Plockar eller spottar personen ut matbitar? Orsaker kan exempelvis vara smärta i munnen eller kognitiv nedsättning.
- Finns matrester kvar i mun eller svalg efter måltid? Anledningen är oftast ineffektiv sväljfunktion.
- Finns funktionsnedsättning som påverkar ätandet? Exempel kan vara skakningar, svårigheter att röra sig, svårigheter att sitta utan smärta eller koncentrationssvårigheter.
- Fungerar någon konsistens på mat och dryck bättre än något annat?
- Finns skillnad mellan olika måltider? Fungerar ätandet bättre eller sämre vid någon måltid?
- Hur påverkar sittandet ätsituationen? En bra sittställning underlättar ätandet. Behövs exempelvis en kildyna bakom ryggen för att komma nära bordet? Eller en pall under fötterna för att sitta stabilt?
- Finns svårigheter att hantera maten på tallriken?
- Finns svårigheter att föra maten till munnen?
- Tar måltiden lång tid? Tar det lång tid för transport av mat och dryck i munnen? Oavsett om personen äter på egen hand eller får guidning eller blir matad.
- Har personen kraft att genomföra en hel huvudmåltid eller mellanmål?
- Finns svårigheter att hålla koncentrationen vid måltiden? Glömmer personen bort sig i ätprocessen?
- Kan lämnad mat på tallriken bero på att personen inte ser maten på tallriken?
- Blir personen mätt fort och slutar äta?

Fysisk funktion

Förmågan till fysisk funktion är oftast lämplig för utvärdering i samband med nutritionsutredning. Fysisk funktion ger oss information om hur personen klarar att utföra vardagliga aktiviteter i samband med mat och ätande, som exempelvis att kunna förbereda och tillreda en måltid eller att kunna genomföra en måltid. Men utvärderingen ger oss även information om kroppssammansättningen, främst muskelmassa. Vid undersökning och utvärdering är arbetsterapeut och sjukgymnast lämpliga samarbetspartners.

Verktyg

- ADL-bedömning.
- Chair stand test: Personen sitter på en stol med armar korslagda över bröstet. Räkna hur många gånger på 30 sekunder som personen kan resa sig upp till stående (utan hjälp av armarna). Få uppresningar (enligt nedan tabell) indikerar låg muskelstyrka (och muskelmassa) i benen, men kan även bero på nedsatt balans.

	Män	Kvinnor
<65 år	<14	<12
65-74 år	<12	<10
75-84 år	<10	<9
85-94 år	<8	<6
95 år+	<7	<4

- Timed up and go (TUG): Personen sitter på en stol. Mät tiden det tar för personen att resa sig upp, gå tre meter framåt, vända om och sedan gå tillbaka till stolen och sätta sig ner. Testet kan göras med gånghjälpmedel. Om momentet tar mer än 10 sekunder, indikerar det nedsatt gångförmåga, svårigheter med förflyttningar eller nedsatt balans.

Ställ dig följande frågor

- Hur påverkar den fysiska funktionsförmågan nutritionstillståndet?
- Om personen har fysiska svårigheter, vad beror dessa på? Finns det möjligheter att träna upp dessa? Finns motivation för detta? Eller hur kan den stimuleras?
- Vad säger funktionsbedömningen om kroppssammansättningen? Hur kan det påverka nutritionstillståndet?

Symtom

Nedan finns lista på symtom kopplade till försämrat nutritionstillstånd.

Nedsatt aptit och matledda

Kan förekomma exempelvis vid cancer, hjärtsvikt, KOL, Parkinsons sjukdom, pågående eller tidigare strålning eller cellgiftsbehandling, efter operation, nedstämdhet, oro, smärta eller vantrivsel. Nedsatt aptit och matledda kan även uppkomma vid överkänslighet för dofter, exempelvis matos.

Gastrointestinala besvär

Besvären kan ha många olika bakomliggande orsaker. Smärtstillande läkemedel kan orsaka förstoppning och illamående. Kan även orsakas av tryck mot ventrikel.

Muntorrhet

Mycket vanligt vid läkemedelsbehandling, framförallt om man har flera olika läkemedels samtidigt. Läkemedel som kan ge muntorrhet är exempelvis läkemedel med antikolinerg effekt och diuretika.

Symtomen kan lindras av att dricka vatten eller skölja munnen med vatten. Sug- eller halstabletter (sockerfria) och munsprej som lindrar besvären kan även användas.

Tuggning stimulerar salivproduktionen, varför mat som behöver tuggas ordentligt kan vara att föredra. Servera därför inte mat som är allt för finfördelad (exempelvis timbalkost), då olika strukturer på mat och mat som behöver tuggas stimulerar salivproduktionen. Tuggummi kan också stimulera salivproduktionen, välj då gärna ett fluortuggummi.

Muntorrhet ökar risken för karies, varför munhälsan särskild bör undersökas noggrant och ofta. Tandproteser kan lätt ge skavsår i munnen vid muntorrhet, varför stöd med munhälsa kan behövas.

Lukt- och smaksinne

Förändringar i lukt- eller smaksinne kan uppkomma efter eller vid behandlingar eller kan påverkas av sjukdomar eller annat. Trösklarna för salt, surt, sött och beskt kan förändras.

Trötthet

Att vara trött påverkar indirekt intaget av mat och näring. Kanske orkar inte personen sitta upp vid måltiden, orkar inte genomföra måltiden eller avslutar måltiden för tidigt. Trötthet kan även påverka den kognitiva funktionen.

Trötthet kan vara ett symtom av sjukdom, men kan även vara kopplad till läkemedelsbehandling (exempelvis antipsykotika, lugnande läkemedel och morfin).

Kognition

Nedsatt kognitiv funktion påverkar intaget av mat och måltider. Det kan göra att personen har svårt att minnas om man ätit, svårigheter att känna hunger- eller mättnadskänslor, svårigheter med att koppla ihop muskelaktiviteten för att kunna genomföra ätande och sväljande. Nedsatt kognitiv förmåga kan även försvåra koncentrationen vid ätsituationen.

Nedsatt kognitiv funktion kan vara en del av sjukdom (exempelvis demenssjukdom) men kan även vara läkemedelsbiverkan (exempelvis antipsykotika, lugnande läkemedel och morfin).

Dysfagi

Svårigheter att äta eller svälja kan uppkomma vid neuromuskulära sjukdomar såsom demenssjukdom eller Parkinsons sjukdom, men även vid rena muskelsjukdomar multipel skleros och ALS. Dysfagi är också vanligt efter stroke, då det ibland kan vara övergående men ibland en livslång svårighet. Läkemedel, som exempelvis antipsykotika kan också påverka sväljfunktionen negativt.

Svårigheter att äta och svälja bör undersökas noggrant för att öka livskvaliteten och underlätta ätandet, i så stor utsträckning som möjligt. Om personer inte har en säker sväljning får den aldrig lämnas ensam vid måltiden.

Ökat energibehov

Energibehovet kan ibland öka vid ett visst sjukdomstillstånd. Dock är forskningen motstridig på området, varför energibehovet istället måste utvärderas på individnivå. Sjukdomar där ett ökat energibehov eventuellt kan uppkomma är vid cancer, hjärtsvikt, KOL, Parkinsons sjukdom. Även en nyligen genomförd operation ökar energibehovet. Sjukdomar kan orsaka förändringar av beteende bör uppmärksammas, exempelvis personer med demenssjukdom som är mycket rörliga eller personer med Parkinsons sjukdom som har mycket ofrivilliga rörelser.

Men det är inte alls säkert att man har ett ökat energibehov på grund av ovanstående sjukdomar. Viktigt är att utvärdera energibehov och -intag för varje enskild individ.

Åtgärder och behandling

När nutritionsutredningen har identifierat om personen har nutritionsproblem eller har ett undernäringstillstånd, ska behandling av tillståndet planeras och utföras.

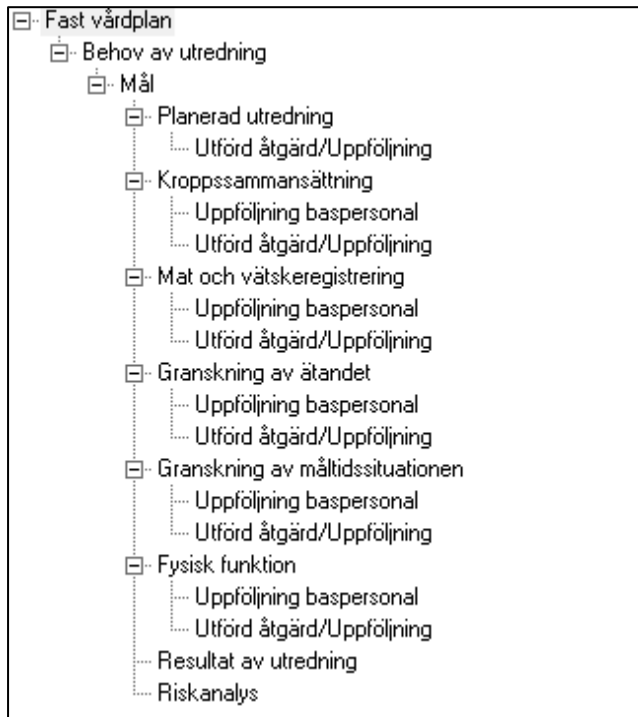
Ta då ställning till följande frågor:

- Vad kan vi göra för att avhjälpa problemet?
- När ska vi börja?
- Vad är målet med behandlingen?
- Hur länge ska behandlingen pågå?
- När och hur ska behandlingen utvärderas?

Åtgärder och uppföljning ska dokumenteras i en vårdplan. Var tydlig med att mål med åtgärd eller behandling framgår samt en detaljerad beskrivning av åtgärden.

Dokumentation

Dokumentera utredningen av nutritionstillståndet i vårdplanen Nutritionsutredning, enligt sökordsträd nedan.



Behov av utredning

Beskriv sammanfattningen av bakgrunden till behovet av utredningen, exempelvis resultat av riskbedömning.

Mål

Målet med utredningen är att få fram korrekt bakgrundsfakta för att kunna planera och sätta in rätt behandling och åtgärder vid behov av förbättrat nutritionstillstånd. Specificera här målet med utredningen för individen.

Planerad utredning

Beskriv vilken/vilka utredningar ska göras. Här finns frastexter för ett antal förslag till åtgärder. Under respektive frastext kan du hänvisa vidare i journalen, till andra anteckningar.

Resultat av utredning

Dokumentera här en sammanvägd bedömning av utredningen och dess resultat. Koppla resultatet till eventuellt insatt behandling eller åtgärder och övrig hälso- och livssituation.

Riskanalys

Dokumentera här vilka risker du/ni uppmärksammat i och med utredningen.