

Nutrition vuxen SOP ssk, HEM 13857

Nutrition vuxen SOP ssk, HEM 13857	1
Syfte och omfattning	2
Bakgrund	2
Termer och förkortningar	2
Steg 1. Riskbedömning och beräkning av behov	3
Riskbedömning	3
Energi- och proteinbehov	3
Steg 2. Utredning	4
Steg 3. Åtgärder	4
Kost- och vätskeregrering inkl. vikt	4
Dokumentation i Cosmic	5
Underlätta intaget	6
Åtgärdsstege nutrition	7
Illamående-screening	7
Kontakt med dietist	7
Kvalitetsarbete på hematologavd	8
Avsteg från beskriven rutin	9
Åtgärder vid avvikelse	9
Referenser	9
Dokumenthistorik	10
Bilaga 1. Åtgärdsstege nutrition	11
Bilaga 2. Illamående-screening	12

Syfte och omfattning

Syftet med denna SOP är att ge lokala riktlinjer för hur Akademiska sjukhusets mål för nutrition ska efterföljas på HEM. Den riktar sig till ssk och usk vid HEM och är ett komplement till Akademiska sjukhusets dokument om nutrition:

- Ansvarsfördelning professioner: [Nutrition - organisation och ansvarsfördelning Akademiska sjukhuset 32128](#)
- Kunskapsunderlag till standardiserad vårdplan för malnutrition: [Undernäring, prevention och behandling för vuxna 436](#). (Med reservation för sidhänvisningarna i dokumentet)
- [Parenteral nutrition – regionalt tillägg 1139](#) (indikationer och kontraindikationer, iordningsställande och administration, upptrappning, komplikationer mm)

Framför allt kunskapsunderlaget innehåller mycket "matnyttig" information i ämnet och ska läsas tillsammans med denna SOP som enbart rör specifika rutiner för hematologavdelning inkl. hematologiskt sjuka patienter.

Bakgrund

Malnutrition är associerad med försämrad livskvalitet, dåligt behandlingssvar på cytostatikabehandling och HSCT samt förkortad överlevnad. Att upprätthålla ett redan gott nutritionstatus och förbättra det när det behövs är därför av största vikt.

Cytostatika kan orsaka illamående, matleda (nedsatt aptit) och smakförändringar. Munslemhinnan blir skör, svullnad, sår och smärta kan uppstå som försvårar näringsintaget.

Termer och förkortningar

BMI	Body Mass Index (kg/m ²)
Enteral	Via tarmen
GvHD	Graft versus Host Disease
GVP	Generell vårdplan
HEM	Sektionen för hematologi
IVP	Individuell vårdplan
Malnutrition	Fel-/undernäring
PN	Parenteral nutrition (intravenös)
Refeeding-syndrom	Livshotande överbelastningssyndrom som kan uppstå om undernärda personer ges mer näring än vad vävnaden förmår metabolisera
SVP	Standardiserad vårdplan

Steg 1. Riskbedömning och beräkning av behov

Riskbedömning

! Läs först i [Undernäring, prevention och behandling för vuxna 436](#) sidan 3–4 om när riskbedömning ska göras och faktorerna som ska bedömas (BMI, viktutveckling och ätsvårigheter). Där står även hur bedömningen ska göras om patienten är övervätskad, till exempel vid ödem och ascites (sid 6).

Be patienten fylla i [Hälsobeskrivning inför inskrivning, HEM 13404](#). Där finns utförliga frågor om nutritionsstatus. Utifrån den går det att upptäcka om patienten riskerar att få/redan har nutritionsproblem.

Fråga om patienten upplever besvär från munnen.

Inspektera munslemhinnan, se [Mukosit oral, förebygga, behandla och lindra barn och vuxna SOP, HEM 13856](#).

- Svampinfektion kan se ut som små gula eller vita prickar i munnen eller svalget.
- Herpes Simplex-infektion kan se ut som små smärtsamma blåsor på läppar och/eller i munnen.

Fyll i alla delar i riskbedömningen i Infosamling Status i Cosmic och klicka fram riskpoäng.

Riskbedömning görs på alla patienter som skrivs in på hematologavdelning 101A, oavsett vårdtid och medicinsk specialitet. Behöver inte göras på patienter som enbart stannar över dagen.

Energi- och proteinbehov

För att bedöma om patienten har ett tillfredsställande energi-, protein- och vätskeintag beräknas behovet av sjuksköterskan vid inskrivning och dokumenteras i Status i Cosmic.

Observera att på hematologavdelningen sätts energibehovet till 25 kcal/kg/dag för samtliga patienter, oavsett aktivitetsnivå, om inte dietist gjort en annan bedömning. För vissa patienter kan detta vara för lågt, men det ska ses som en miniminivå snarare än ett mål för intaget När längd och vikt finns dokumenterad i Status i Cosmic hjälper systemet till att räkna ut behovet (några klick behövs). Tänk bara på att välja den BMI-nivå som stämmer överens med patientens (BMI under eller över 25).

Steg 2. Utredning

! Läs först [Undernäring, prevention och behandling vuxen 436](#) sidan 4 ff.

I Cosmic Beställning finns flera nutritionsrelaterade provpaket (med ett klick beställs flera prover på en gång). Ordinerar av läkare/dietist.

- **Nutritionstatus** innehåller analyser som ger en övergripande bild av patientens nutritionstatus och är användbar vid längre tids lågt näringsintag.
- **Långtidstolerans** används om TPN har administrerats över längre tid för att se om organ påverkats.
- **Refeeding-prover** tas om patienten fått i sig ett lågt energiintag över tid (mer under "Refeeding-syndrom längre ner i dokumentet).

Steg 3. Åtgärder

! Läs först [Undernäring, prevention och behandling för vuxna 436](#) sidan 6–7.

Kost- och vätskeregistrering inkl. vikt

Indikation

- Rutinmässig kost- och vätskeregistrering utförs varje måndag och torsdag på samtliga patienter (ej vid poliklinisering eller permission).
- Vid akut inskrivning ska kost- och vätskeregistrering göras det första dygnet (kl. 7-7) för att underlätta bedömning av eventuell nutritionsproblematik.
- Vid nutritionsproblematik som till exempel nedsatt aptit, illamående, sår/blåsor i munnen ska daglig kost- och vätskeregistrering göras.
- Vikt tas rutinmässigt på samtliga patienter måndag-onsdag-fredag. Oftare på läkarordination.

Utförande

Använd blanketten Mat- och vätskeregistrering med HEM:s produkter tryckta på baksidan [Mat- och vätskeregistrering HEMA.docx](#). Finns på avdelningsstationerna (original på [Blod- och tumörsjukdomar - BOT/OMR1/UAS - O365grp - Nutrition - Alla dokument](#)).

Personal som tar in och ut mat och dryck till patienten ska veta hur registreringen görs samt ansvarar för att allt fylls i. Visa gärna patient/närstående också, exempel finns på rummet.

- Undersköterskorna ansvarar för att räkna ihop intaget mitt på dagen (kl 14) för att en bedömning gällande tillägg av PN ska kunna göras.
- Räkna ut energi- och proteinintaget för dygnet på morgonen efter.
- Dokumentera vikt och fördelning av näringsintaget (po, enteral, iv) i journaltabell.
- Var uppmärksam på ev. viktförändringar.

Dokumentation i Cosmic

Förutom ovanstående dokumentation om riskbedömning och energi- och proteinbehov dokumenteras följande i Cosmic.

Vårdplan

För patienter med hematologisk sjukdom finns flera standardiserade vårdplaner (SVP) med åtgärder vid risk för undernäring.

Patienter utan riskpoäng, ska ha åtgärden 'Kostregistrering måndag och torsdag' startad.

För patienter med riskpoäng 1–3:

- I första hand används befintlig SVP för att starta i gång åtgärder
- I andra hand ska GVP Nutrition startas, tillsammans med minst en åtgärd.
- Om "daglig kostregistrering" inte är aktuell, ska "Kostregistrering måndag och torsdag" läggas till, eftersom alla patienter på 101A screenas dessa dagar.

Vid akut inskrivning ska kost- och vätskeregistrering genomföras det första dygnet (kl. 07–07).

Nutritionstatus-uppdatering

Varje fredag görs en uppdatering av patientens nutritionstatus i Status i Cosmic av patientansvarig sjuksköterska. Det skapar en bättre översikt och gör att det går att tidigt identifiera patienter med risk för eller begynnande undernäring. Små skillnader mellan energi-intag och -behov över tid kan resultera i stora vikt förluster.

- Jämför dagens vikt mot förra veckans vikt.
- Jämför dagens vikt mot inskrivningsvikten.
- Jämför veckans kost- och vätskeregistrering mot patientens energi- och proteinbehov. Tänk på att den uträknade behovsnivån är **minimi-nivå**, inte mål. Det gör inget om patienten fått i sig mer än det angivna behovet.
- Riskidentifiera – har patienten risk för undernäring i form av till exempel begynnande mukosit, illamående, försämrade aptit?
- Vilket steg befinner patienten sig på? (Se [Åtgärdsstegen nutrition Bilaga 1](#)). Ta upp resultatet på rondan.
- Initiera åtgärder: Starta vårdplan, behövs daglig kost- och vätskeregistrering? Parenteral näring? Ska dietist kopplas in?
- Uppdatera status. *Exempel:* "Patienten har under de senaste två mätningarna legat 400-600 kcal under sitt energibehov och har gått ner 1,2 kg sedan inskrivning. Enligt patienten själv har hen ingen aptit och tycker inte att maten smakar något. Patienten befinner sig på steg 2."
- Uppdatera riskbedömningen.

Underlätta intaget

Grundregel är att upprätthålla oralt/enteralt intag så långt det är möjligt. Näring som tas upp via tarmen tolereras bäst av patienten och leder även till färre transplantationsrelaterade komplikationer som tarm-GvHD.

- Ge gärna informationsblad till patienten om tips vid exempelvis illamående, finns i skåp utanför sal 7.
- Erbjud energi- och proteinrika mellanmål och näringsdrycker.
- Energiberika med kolhydrater och fett.
- Energiberika med Nutrical®.
- Proteinberika med Fresubin® (försiktighet vid njursvikt).
- Enklare mat som omelett och mannagrynsgröt kan göras på avd.
- Måltidspersonal berikar "hemmagjorda" produkter som gröt, smoothies, chokladbollar, cornflakeskakor med energitillskott och proteinpulver och skriver hur mycket energi och protein som finns i varje produkt. Energitillskott och proteinpulver är smaklöst. Receptsamling finns på [Blod- och tumörsjukdomar - BOT/OMR1/UAS - O365grp - Nutrition - Alla dokument](#).
- Obs protein: Viktigt med försiktighet till njursviktpatienter (grav njursvikt, dialyskrävande), se råd via dietist.

Vid illamående och luktproblematik

- Ge förebyggande antiemetika innan måltid.
- Servera mat och dryck på ett snyggt och aptitligt sätt.
- Små portioner kan kännas mer möjliga att äta upp.
- Dryck i små glas eller halvfyllt glas.
- Se till att patienten får matro – stör inte i onödan.
- Sitta uppe vid bordet eller i matrummet i stället för i sängen.
- Servera mindre mål och oftare.
- Kall mat tolereras ofta bättre än varm.
- Undvik starka lukter, ta till exempel av locket från tallriken i slussen.

Parenteral nutrition (PN)

! Läs först [Parenteral nutrition 1139](#) (regionövergripande) som även gäller på HEM med följande undantag/förtydliganden:

- Intravenös näring kan ges som tillägg till oralt intag tills energi- och proteinbehovet är uppfyllt.
- Om det inte finns "rätt" infusionspåse för ordinationen rekommenderas att "överskott" dras ut påsen, i stället för att bara ge en del av påsen. Det är också väldigt viktigt att tillsättningen av vitaminer och spårämnen görs EFTER att

överskottet har dragits ut (vilket också är en anledning till att inte bara en del av påsen ska ges).

- När patienten börjar tolerera oralt intag ska intravenös näring avvecklas i takt med att intaget per os ökar.

Sond

Enteral näring genom sond är inte vanligt förekommande på HEM. Det beror på en bedömning av eventuella risker med ingreppet särskilt med avseende på infektion, blödning och allmänt hälsotillstånd. Läkardordination krävs, gärna i samråd med dietist.

Åtgärdsstege nutrition

På hematologavdelningen används ett stödinstrument för att kunna sätta in adekvata åtgärder beroende på patientens grad av nutritionsproblem. Se bilaga 1.

Bedömning av vilket steg patienten befinner sig på ska göras inför rond vid risk för- och vid undernäring samt varje fredag i nutritionsuppdateringen.

Dokumentera i SVP eller GVP.

Illamående-screening

Inför behandlingen med cytostatika ska en riskbedömning för cytostatikainducerat illamående göras ("illamående-screening").

Syftet är att bedöma patientens behov av antiemetika baserat på anamnes av illamående, exempelvis vid graviditet, åksjuka, sjösjuka, narkos eller tidigare cytostatikabehandling. Faktorer i anamnesen som kan öka risken för illamående vid cytostatikabehandling inkluderar även psykisk ohälsa, medicinering, smärta, andra symtom och sjukdomstillstånd samt avsaknad av tidigare alkoholkonsumtion ([bilaga 2](#)).

Använd bilaga 2 för att riskbedöma, dokumentera i Status vilket riskpoäng patienten fick samt meddela läkare på nästkommande rond.

Kontakt med dietist

En gång i veckan kommer dietist och fysioterapeut och söker upp läkarna för genomgång av uppkomna nutritions- och/eller aktivitetsproblem.

Det går även att ringa direkt till dietisten för hjälp och råd, skicka remiss till Klinisk nutrition eller messenger i COSMIC (behörighet sjuksköterska).

[Arbetsbeskrivning Dietist – Hematologi 21198](#) för vad dietist för HEM kan hjälpa till med.

När dietist har träffat en patient dokumenterar dietisten i befintlig SVP att kontakt utförd, och hänvisar till dietistanteckning.

Refeeding-syndrom

Dessa delar är läkarens ansvar men bra för ssk att känna till.

Kriterier

- Inget eller obetydligt intag senaste 5–7 dagarna.
- Svält >10 dagar (eller >5 dagar vid ytterligare riskfaktorer).

Symtom

- Temperaturstegring.
- Viktökning.
- Illamående.
- Diarré.

Åtgärder

- Ge INTE glukosdropp, ge glycephos (obs läkarordination).
- Ta magnesium, fosfat och kalium innan uppstart av nutrition, komplettera efter behov och följ upp värden efter uppstart.

Kvalitetsarbete på hematologavd

Var tredje månad kontrollerar kvalitetsutvecklare följsamheten till nutritionsrutiner på hematologavdelningen enligt [Kvalitetsparametrar, HEM 13519](#). Det görs i form av journalgranskning. Urval är dagens inskrivna patienter på Inskrivningsöversikten i Cosmic. Om inskrivande sjuksköterska missat något i rutinen skickas ett messenger i Cosmic med påminnelse om rutin.

Verksamhetens mål:

- 100 % av patienterna ska vara riskbedömda med siffra inom 24 timmar (sjukhusets mål 75 %).
- 100 % av patienter med risk ska ha åtgärd (sjukhusets mål 75 %).
- 100 % av patienterna ska ha beräknat energi- respektive proteinbehov för sin BMI-nivå.
- 75 % av patienterna ska ha uppnått 100 % av sitt energi- respektive proteinbehov.
- Av patienter med risk ska 75% har uppnått 75 % av sitt energi- respektive proteinbehov.

Sammanställning av resultat görs och följs upp av en kvalitetsgrupp för nutritionsdelar bestående av nutritionsansvarig sjuksköterska, undersköterska och läkare, utbildningsansvarig sjuksköterska, kvalitetsutvecklare, dietist, avdelningschef samt biträdande avdelningschefer. Resultat presenteras på avdelningens möten samt HSCT-programmets kvartalsmöten. Resultaten finns även på enhetens SharePoint.

Avdelningen deltar även i den årliga punktprevalensmätningen Dagen Nutrition som ibland blir en mätning på avdelningen, ibland journalgranskning av vårdkvalitetsenheten (VKE) eller att avdelningen enbart ska lämna in handlingsplan. Bestäms av VKE. Sjukhusets mål: Se [Nutrition – mål och handlingsplan 2023-2025 450](#).

Avsteg från beskriven rutin

Vid avsteg från beskriven rutin bör orsaken dokumenteras i patientjournal i Cosmic.

Åtgärder vid avvikelse

Meddela ansvarig läkare. Rapportera avvikelsen i Medcontrol enligt [Avvikelserapportering och hantering 13231](#) samt i journal om patient/donator varit direkt eller indirekt involverad.

Referenser

Alla dokument med ID-nummer finns tillgängliga via Region Uppsalas dokumentplattform DocPlus <http://publikdocplus.regionuppsala.se/> där inget annat anges. Alla dokument med ändelse HEM är skapade av sektionen för Hematologi. Länkar hämtade 2025-02-04 där inget annat anges.

[Hälsobeskrivning inför inskrivning, HEM 13404](#)

[Mukosit oral, förebygga, behandla och lindra barn och vuxna SOP, HEM 13856](#)

[Nutrition - organisation och ansvarsfördelning Akademiska sjukhuset 32128](#). (2024) Region Uppsala.

[Parenteral nutrition 1139](#). (2020). Region Uppsala.

[Undernäring, prevention och behandling för vuxna 436](#). (2023). Region Uppsala.

Receptsamling. [Blod- och tumörsjukdomar - BOT/OMR1/UAS - O365grp - Nutrition - Alla dokument](#)

Arfons, L.M., Lazarus, H.M. (in press). Total parenteral nutrition and hematopoietic stem cell transplantation: an expensive placebo? *Bone Marrow Transplantation* (2005) **36**, 281–288. Published online 6 June 2005

Bosetti et al. (2009). ESPEN guidelines on PN: nonsurgical oncology, *Clinical Nutrition*. 2009;28 s. 445-454

Elia et al. Total energy expenditure in the elderly. *Eur J Clin Nutr* 2000;54 S3:S92-S103

Grundy et al. (2006). *Nursing in haematological oncology*, Elsevier, Kina

Huhmann & Cunningham. (2005). Importance of nutritional screening in treatment of cancer-related weight loss. *The Lancet Oncology*, May 2005, Vol 6(34), 334–43.

Imataki et al. (2006). Nutritional support for patients suffering from intestinal Graft-versus-Host-Disease after allogenic hematopoietic stem cell transplantation. *American Journal of Haematology* (2006)81:747-52.

Rees Parrish, C. (2005) Nutrition Support of Blood or Marrow Transplant Recipients: How Much Do We Really Know? *Practical Gastroenterology*. April 2005.

Nutrition Parenteral. (2013). Vårdhandboken. Hämtad den 17 mars 2015 från www.vardhandboken.se Sök på nutrition.

Dokumenthistorik

Författare: Kerstin Lugnet, Merete Adegunle

2011-05-23 Nytt dokument. XD45.

2012-05-10 Omgjord struktur, tillägg information från Kvalitetsnorm. Borttaget om dokumentation i Cosmic.

2015-04-14 Justeringar efter sjukhusets nutritionsdokument.

2017-01-19 Nytt dokumenthanteringssystem, nytt ID-nummer: 13857. Överförd från Centuri till DocPlus.

2018-03-06 Tagit bort sådant som står i sjukhusövergripande dokument. Justerat info om SVP, tillägg kontakt med dietist, strategier för att hantera illamående, vad kan Nutrical användas i.

2019-11-21 Hänvisning till sjukhusövergripande dokument om Parenteral nutrition. Uppstartsschema arkiverad, nu ordinerad upptrappning i Cosmic enligt sjukhusövergripande dokument. Tagit bort info vid kallelse. Kaloririkt -> energi- och proteinrikt. Usk i stället för koordinator på "dietistmötet".

2022-03-04 Tillagt om proteinbehov och proteinberikning. Måltidsbiträdes rutiner. Arbetsbeskrivning dietist och dokumentationsrutin. Kostregistreringslappar har annan baksida än sjukhusets. Tillägg fler SVP med nutritionsdelar. Förtydligat text om PN. Tillägg kvalitetsarbete. Tagit bort länk till barndokument. Reviderad/granskad av Merete Adegunle, Sölvi Vejby, Andreas Mattsson, Ida M Lindgren, Margarita Kalafati, Kristin Sahlström-Åberg, Ann-Charlotte Stolpe, Stina Söderlund, Kristina Carlson.

2025-03-26 Tillägg om dokumentation i Cosmic inkl nutritionsstatus, åtgärdsstege nutrition, illamående-screening. Kost- och vätskeregistrering första dygnet vid akut inskrivning. Förtydligat viss skrivning. Reviderad/granskad av: Merete Adegunle, Sölvi Vejby, Erika Schweitz, Amanda Kjestrup, Ida M Lindgren, Erika Bodin, Stina Söderlund, Kristina Carlson.

Bilaga 1. Åtgärdsstege nutrition

Bedöm vilket steg patienten befinner sig på som underlag för eventuellt PN behov.

Steg 1: Kan patienten äta vanliga måltider och nå sina energi- och proteinmål?

- **Ja:**
 - **Nivå 1:** Informera om vikten av att upprätthålla tillräckligt energi- och proteinintag och följ upp regelbundet för att säkerställa att patienten fortsätter att möta sina behov.
- **Nej:**

Gå vidare till nästa fråga.

Steg 2: Kan behoven täckas med alternativa livsmedel eller näringsdrycker?

- **Ja:**
 - **Nivå 2:** Föreslå små måltider, komplettera med näringsdrycker och energitäta alternativ. Detta kan inkludera små portioner av energi- och proteinrika livsmedel.
- **Nej:**

Gå vidare till nästa fråga.

Steg 3: Kan patienten äta delvis, men inte tillräckligt?

- **Ja:**
 - **Nivå 3:** Introducera parenteral nutrition (PN) som ett komplement till oral kost. Fortsätt att anpassa måltider och inkludera dietistkontakt för optimerad hantering av energi- och proteinintag.
- **Nej:**

Gå vidare till nästa fråga.

Steg 4: Kan patienten äta något alls per os (via munnen)?

- **Ja:**

Gå tillbaka till **Nivå 3** för att anpassa PN som komplement.
- **Nej:**
 - **Nivå 4:** Starta fullständig total parenteral nutrition (TPN). Utvärdera regelbundet möjligheten till att successivt återintroducera oral kost.

Översikt av nivåer:

1. **Informera och följ upp** (för de som äter tillräckligt).
2. **Små måltider och näringsdrycker** (för de som äter, men inte allt).
3. **PN som komplement** (för delvis ätande).
4. **Fullständig TPN** (för de som inte kan äta alls).

Bilaga 2. Illamående-screening

Riskbedömningsunderlag för ställningstagande till antiemetikaprofylax.

Använd bilagan inför behandling med cytostatika för att bedöma patientens behov av antiemetika. Dokumentera riskpoäng i Cosmic Status (Riskbedömning illamående) samt meddela läkare på rond. En patient som fått för lite antiemetika och mått illa efter första behandlingen har mycket stor risk att drabbas av betingat illamående, därför är det viktigt att redan från start ge så god/optimal antiemetisk behandling som möjligt.

HÖG RISK: 3 poäng eller mer.

Bör patienten redan från behandlingsstart få nästa steg i antiemetika-schemat?

STANDARD: 0–2 poäng.

Följ de rekommendationer som anges lokalt för den ordinerade regimen ("Att uppmärksamma/kuröversikter").

Risikfaktorer	JA = 1 poäng	Kommentar
Illamående vid tidigare cytostatikabehandling		JA = 3 poäng och automatiskt högrisk.
Patient under 60 år		
Biologisk kvinna		
Tidigare graviditetsillamående / åksjuka / sjösjuka eller illamående vid narkos		
Funktionellt status ECOG 0-1 = 0 poäng 2-4 = 1 poäng ----- 0 = full daglig aktivitet 1 = uppegående, klarar endast lätt arbete 2 = klarar ej arbete med ADL. Sängliggande mindre än 50 %. 3 = begränsad ADL. Sängliggande mer än 50 %. 4 = helt sängliggande. Hjälp med all ADL.		
Ångest/oro		
Stor tumörbörda framför allt i buken		Ex. gynpatient
För alkoholkonsumtion gäller omvänt, ingen alkoholkonsumtion = ökad risk för illamående	NEJ=1 poäng	
Alkoholkonsumtion: > 2 flaskor vin=10 flaskor starköl=40cl sprit/vecka	JA=0 poäng	
SUMMA		

Andra möjliga orsaker till illamående

Det kan finnas flera orsaker till att vald antiemetikabehandling inte hjälper mot illamåendet. Dessa behöver utredas och behandlas och tas hänsyn till i en sammanfattande bedömning.

Riskfaktorer	Kommentar / Åtgärd
Smärta	
Dåligt vätskeintag / intorkad	
Gastrit	
Fördröjd magsäckstömning (gastropares)	
Metabola störningar	
Förstoppning	
Mukosit	
Infektioner	
Blodprov visar elektrolytrubbningar (ex. ↑ kalcium, uremi, albumin)	
Högt intrakraniellt tryck	
Annan medicinering som kan inverka på illamåendet (till exempel interaktioner, magbiverkan)	
Andra omständigheter som kan påverka (till exempel synintryck, lukt, buller, rumstemperatur, nutritionstillstånd)	
Den kliniska situationen (kurativ/remissionssyftande, palliativ)	