

Undernäring, prevention och behandling för vuxna

Innehåll

Syfte och omfattning.....	2
Bakgrund.....	2
Övergripande mål.....	3
Roller och ansvar.....	3
Nutritionsvårdsprocessen.....	3
Steg 1. Riskbedömning.....	3
Steg 2. Utredning.....	4
Diagnostisering av undernäring.....	6
Steg 3. Åtgärder.....	6
Steg 4. Uppföljning och utvärdering.....	7
Nutrition i samband med operation.....	7
Riskbedömning.....	8
Åtgärder.....	8
Innehåll lokal rutin för nutrition på kirurgisk avdelning.....	8
Information och informationsöverföring.....	9
Dokumentation.....	9
Dokumentation inom slutenvården.....	9
Dokumentation inom öppenvården.....	10
Avvikelse rapportering.....	10
Stöd i arbetet.....	10
Referenser.....	12
Dokumenthistorik.....	12
Bilaga GVP RU Nutrition.....	12

Syfte och omfattning

Underlaget är ett lokalt tillägg till Vårdhandboken och beskriver rutiner, mål och riktlinjer för nutritionsomhändertagande avseende undernäring i Region Uppsala. Vid inskrivning i slutenvård ska riskbedömning genomföras för alla patienter. Detta dokument gäller vuxna över 18 år. För patienter 1 månad till 18 år används nutritionsscreening för barn. Även inom öppenvården finns patientgrupper där risk för undernäring ska uppmärksammas. Vid identifierad risk för eller konstaterad undernäring ska en nutritionsutredning göras och åtgärder vidtas.

Bakgrund

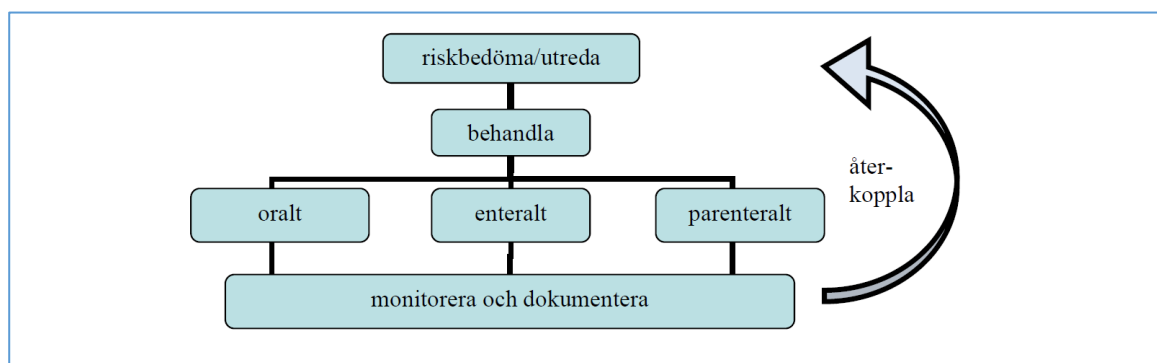
Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om förebyggande av och behandling vid undernäring (HSLF-FS 2022:49) ska "Vårdgivaren ska fastställa rutiner för när en patients näringstillstånd ska utredas, hur en utredning av näringstillstånd ska göras och hur undernäring ska förebyggas och behandlas" (1). Detta kunskapsunderlag behandlar hur arbetet skall bedrivas för vuxna över 18 år inom Akademiska sjukhuset och Lasarettet i Enköping. För barn under 18 år finns särskilda rutiner.

Ett gott näringstillstånd är en förutsättning för att undvika sjukdom och återvinna hälsa. Alla individer har rätt att få en adekvat, till individen och dennes (sjukdoms-) tillstånd anpassad näringstillförsel. Se [Vårdhandboken, Nutrition – Översikt](#).

Undernäring definieras som ett tillstånd där brist på energi, protein eller andra näringsämnen har orsakat mätbara och negativa förändringar i kroppens sammansättning, funktion eller sjukdomsförlopp. Undernäring inte alltid är synlig, utan kan även förekomma vid övervikt och fetma (2).

Ohälsosamma matvanor ger en kraftig förhöjd risk att drabbas av sjukdomar så som hjärt- och kärlsjukdomar, fetma, vissa typer av cancer och typ-2 diabetes. Detta leder till sänkt livskvalitet och för tidig död (3). För detta finns särskilda rutiner, se [kunskapsunderlag Levnadsvanor - Matvanor, Region Uppsala.se\(pdf\)](#).

Genom att systematiskt bedöma nutritionsstatus, både vad gäller undernäring och ohälsosamma matvanor, kan patienter med risk identifieras och nutritionsproblem åtgärdas i ett tidigt skede (1–3).



Flödesschema nutritionsstatus och stöd

Övergripande mål

Alla patienter ska så långt det är möjligt få personcentrerat stöd för att få sina individuella energi- och näringsbehov tillgodosedda, i syfte att uppnå eller bibehålla hälsa, funktion, adekvat vikt och nutritionsstatus (2).

Läs [Vårdhandboken, Nutrition- Målsättning för nutritionsbehandling](#).

Vårdförvaltningarna i Region Uppsala har definierade mätbara mål enligt dokumentet [Nutrition - mål och handlingsplan, egenkontroll 2023-2025, Region Uppsala.se\(pdf\)](#).

Roller och ansvar

Läs [Vårdhandboken, Nutrition - Ansvarsfördelning](#).

Se även [Nutritionsansvarig – organisation, arbetsfördelning och uppdrag, Region Uppsala.se\(pdf\)](#).

Nutritionsvårdsprocessen

Nutritionsvårdsprocessen består av fyra steg: riskbedömning, utredning, åtgärder och uppföljning. Dessa beskrivs steg för steg nedan.

Steg 1. Riskbedömning

Ofrivillig viktförlust behöver uppmärksammas hos alla personer oavsett aktuell vikt. Undernäring kan maskeras av övervikt, förändringar i vätskebalans och vid ödem. Riskbedömning kan exempelvis utföras regelbundet i följande situationer; besök i öppenvården, årskontroller, hälsosamtal och inskrivning i slutenvård.

Inom öppenvård, både i primärvård och specialistvård, finns ett stort antal patientgrupper och diagnoser där undernäring behöver uppmärksammas och där riskbedömning ska genomföras. Patienter som är multistjuka eller har exempelvis KOL, hjärtsvikt, cancer eller psykisk ohälsa har förhöjd risk att drabbas av undernäring. Andra grupper att uppmärksamma är patienter som ska genomgå större kirurgi, har många olika läkemedel eller ålder över 65 år. Varje mottagning behöver ta fram lokala rutiner för när och av vem riskbedömningen ska göras.

Inom slutenvård ansvarar sjuksköterska för att riskbedömning för undernäring utförs på alla patienter och dokumenteras inom 24 timmar efter inskrivning. Vid förändrat allmäntillstånd ska ny riskbedömning utföras. Vid vårdtid längre än en vecka rekommenderas ny riskbedömning en gång per vecka.

Riskbedömningen innefattar värdering av patientens viktutveckling, BMI-klass och eventuella ätproblem. Vid viktförlust, lågt BMI eller ätproblem ges 1 poäng vardera till riskbedömningen. Är totalpoängen 1–3 har patienten risk för undernäring. Se [Undernäring-riskbedömning, Region Uppsala.se\(pdf\)](#) samt [Vårdhandboken, Nutrition – riskidentifiering och riskbedömning](#).

Observera att riskbedömningen kan bli felaktig. Patienter med svår sjukdom och samtidig övervikt riskerar att bedömas som ej i risk på grund av högt BMI. Behovet av energi och näring behöver täckas

precis som för en normalviktig, särskilt i samband med vistelse i slutenvård. Viktförlust i samband med sjukdom innebär att muskelmassa snarare än fettmassa förloras. Eventuella långsiktiga åtgärder för att minska i vikt kan behöva vidtas.

Ofrivillig viktuppgång är viktigt att uppmärksamma då stora viktförändringar kan signalera ödem. Viktökning kan vara en biverkan av läkemedel och leda till försämrad metabol kontroll med risk för diabetesutveckling.

Observera om patienten är övervätskad vid vägning. Dokumentera att patienten bedöms vara övervätskad och hur många kg, om det är möjligt. Exempel på dessa är patienter med ödem, ascites eller pleuravätska där vikten kan vara falskt hög (2). När kroppslängd inte kan mätas i stående position kan uppskattning göras genom att mäta halva armspännsvidden x 2. Vid amputation behöver en justering göras, i informationsinsamlingen finns ett eget sökord för detta under BMI.

Steg 2. Utredning

Vid identifierad risk för undernäring ska en utredning göras för att fastställa bakgrund, art och grad av det aktuella nutritionsproblemet. I utredningen är en tvärprofessionell samverkan viktig, utifrån en beslutad ansvarsfördelning. Utredningen syftar till att ge underlag till beslut och planering om lämpliga åtgärder (2). Se [Vårdhandboken, Nutrition – Utredning](#).

Faktorer att ta ställning till i utredningen är bakomliggande sjukdom, behov av energi, näring och vätska, mag- och tarmfunktion, mun- och tandstatus, sväljsvårigheter, mat- och näringsintag, möjlighet att få hem och laga mat, läkemedelsbiverkan eller funktionsvariationer.

Nedan beskrivs hur beräkning av energi- protein- och vätskebehov görs i slutenvården (steg 2.1), liksom bedömning av aktuellt intag (steg 2.2), för att kunna fastställa i vilken mån patienten tillgodoser sina behov. I öppenvården behöver rutiner fastställas för hur bedömning av patientens energi- och näringsintag står i relation till behovet, vanligtvis genom att en dietist gör en nutritionsbedömning.

Steg 2.1 Beräkning av energi-, protein- och vätskebehov

Se [Vårdhandboken, Nutrition - Energi-, närings- och vätskebehov](#).

För att kunna ta ställning till om patienten har ett tillfredsställande energi-, protein- och vätskeintag behöver behovet beräknas. I slutenvården ansvarar sjuksköterska för att uträkning av energi-, protein- och vätskebehov görs. Sökord för energi-, protein-, och vätskebehov finns i sjuksköterskornas informationsinsamlingsmallar i Cosmic med automatisk uträkning både för normalt BMI och BMI över 25.

Energibehov

Vid beräkning av energibehov, utgå från patientens kroppsvikt, justerad för eventuell övervätskning och multiplicera enligt tabell nedan. Informationstext finns i Cosmic.

Vid övervikt ska energibehovet räknas på kroppsvikten vid BMI 25 med tillägg av 25 % av den överskjutande vikten (2).

Patient	Energibehov/dygn
Motsvarar basalt behov, ges till kritiskt sjuka med parenteral nutrition, PN	Kroppsvikt (kg) x 20 kcal
Sängliggande patient eller för patient med låg fysisk aktivitet som är äldre än 70 år	Kroppsvikt (kg) x 25 kcal
Uppegående patient	Kroppsvikt (kg) x 30 kcal
Patient i uppbyggnadsfas	Kroppsvikt (kg) x 35 kcal

Risk för refeeding syndrom

Vid svår undernäring eller om patienten inte ätit de senaste dagarna finns risk för att övernutriera patienten (2). För dessa patienter bör dietist kontaktas snarast för att bedöma nutritionsstatus innan energitillförsel, särskilt intravenös sådan. Se [Vårdhandboken, Nutrition - Parenteral, komplikationer](#).

Proteinbehov

Vid risk för undernäring, vid utvecklad undernäring, vid akut eller kronisk sjukdom, eller för personer över 65 år rekommenderas ett proteinbehov på 1,2–1,5 g/kg kroppsvikt och dygn (2). Utgå från patientens kroppsvikt, justerad för eventuell övervätskning. Vid övervikt justeras proteinbehovet likt energibehovet. I informationsinsamlingsmallen i Cosmic görs beräkningen på 1,2 g protein/kg kroppsvikt.

Observera att proteinbehovet behöver bedömas av dietist eller läkare vid t. ex. medfödda metabola sjukdomar och njursvikt.

Vätskebehov

Vätskebehovet beräknas normalt till 30 ml/kg per dygn. Utgå från patientens kroppsvikt, justerad för eventuell övervätskning. Vid övervikt ska vätskebehovet räknas på kroppsvikten vid BMI 25 med tillägg av 25 % av den överskjutande vikten (2).

Vid till exempel vätskerestriktion och vid kritisk sjukdom gäller individuell bedömning utförd av läkare eller dietist.

Steg 2.2 Registrera energi-, protein och vätskeintag

För att kunna bedöma intag i relation till behov behöver mat- och vätskeintag registreras. Vad och hur mycket patienten äter kan variera från dag till dag. Därför blir mätningen mer tillförlitlig ju fler dagar som mäts (2).

- Registrera mat- och vätskeintag i helst tre dygn, samt därefter vid behov med hjälp av mat- och vätskeregistreringsblankett.
- Anteckna energi-, protein- och vätskebehovet på blanketten och sätt registrerat energiintag i relation till beräknat behov. Inkludera även enteral- och parenteral nutrition i dygnsmanställningen.

- Utvärdera och erbjud patienten lämpliga alternativ som gör det möjligt att nå uppsatt mål. Registrering av energi-, protein- och vätskeintag bör fortsätta dagligen eller med några dagars intervaller tills patienten uppnår ett fullgott och stabilt intag.
- För att få en helhetsbild av patientens nutritionsproblem kan måltidsobservationer göras.

Diagnostisering av undernäring

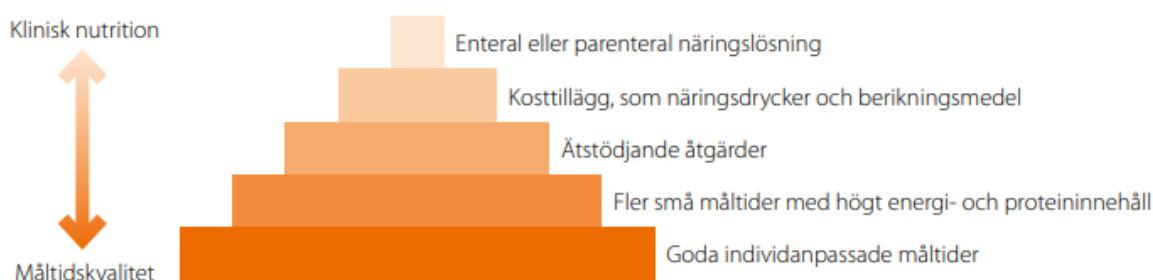
Med stöd av utredningen kan undernäring diagnostiseras. Internationella diagnoskriterier har nyligen publicerats (4). Dessa innefattar dels kriterier för fysiskt tillstånd, dels orsakskriterier. Diagnosen bekräftas om någon av de tre fysiska kriterierna – oavsiktlig viktförlust, lågt BMI eller reducerad muskelmassa – finns i kombination med att någon känd orsak är uppfylld: dvs. minskat kostintag/minskat upptag av näringsämnen eller katabol inflammatorisk sjukdom (t.ex. cancer eller kronisk obstruktiv lungsjukdom).

[Se utförlig tabell för att fastställa diagnos i Vårdhandboken](#)

Steg 3. Åtgärder

Läs [Vårdhandboken, Nutrition - Behandling/Vårdplan](#).

Nutritionsbehandling



Nutritionspyramiden, SLV, 2020 Grunden för all nutritionsbehandling är bra måltider, men dessa kan behöva kompletteras med ytterligare insatser vid olika tillstånd som undernäring. (5)

Grunden i all nutritionsbehandling är goda, individanpassade måltider och ett personcentrerat förhållningssätt. Vid undernäring bör måltiderna ha ett högt innehåll av energi och protein. Flera måltider över dygnet ökar förutsättningarna för ett högre energi- och näringsintag. Måltiderna kan behöva anpassa vad gäller konsistens: lättuggad, timbal- eller flytande kost. (2) Ätstödjande åtgärder kan vara text påminnelse och hjälp vid måltiderna.

Olika former av kosttillägg kan komplettera eller till och med ersätta en eller flera måltider. Kosttillägg kan ordinerar och förskrivas av dietist efter nutritionsbedömning. I slutenvården finns [bassortiment](#) för val av kosttillägg

- Enteral nutrition bör övervägas då oral tillförsel inte täcker behovet.
- Parenteral nutrition bör övervägas då oral och enteral tillförsel inte täcker behovet.

All nutritionsbehandling bör utgå från ett personcentrerat förhållningssätt. För detaljerad information om patientmat och tillgängliga kostnader i slutenvården se information från [Kost Västerås](#).

Matmiljö och atmosfär

För att underlätta måltiden behövs ofta en anpassning av måltidsmiljön, se [Vårdhandboken, Nutrition - Ätstödjande åtgärder - att underlätta ätandet](#). Tänk på att skapa lugn och ro i måltidssituationen.

Konsultation av hälsoprofessioner

Öppenvård

När en patient i öppenvården har identifierats med risk för undernäring bör dietist kopplas in. Logoped ska konsulteras om tugg- och sväljsvårigheter förekommer i sådan omfattning att det påverkar patientens ätande.

Slutenvård

I slutenvården ska kontakt med dietist tas när patienten, trots vidtagna åtgärder, inte uppnår sitt energi- och/eller näringsbehov eller när patienten förväntas ha behov av fortsatt nutritionsstöd efter utskrivning. Dietist bör konsulteras så tidigt som möjligt under vårdtiden för att kunna vidta individuella anpassningar av nutritionsinsatser. Logoped ska konsulteras om tugg- och sväljsvårigheter förekommer i sådan omfattning att det påverkar patientens ätande.

Arbetsterapeut och fysioterapeut kan konsulteras för bedömning av bland annat hjälpmedelsbehov och sittställning.

Steg 4. Uppföljning och utvärdering

Se [Vårdhandboken, Nutrition - Uppföljning, utvärdering](#).

Under vårdtiden i slutenvård, liksom efter insatta åtgärder i öppenvård, ska resultatet av utförda åtgärder följas upp, utvärderas och dokumenteras kontinuerligt. Vid förändrat allmäntillstånd ska ny riskbedömning för undernäring utföras. Kontrollera vikten regelbundet; vid mottagningsbesök, vid inskrivning och utskrivning i slutenvården, samt minst 1 gång/vecka för patienter med längre vårdtid. Observera om patienten verkar övervätskad, exempelvis patienter med ödem och ascites, och notera i så fall detta vid dokumentation av vikten (2). Utvärdera energi-, protein- och vätskeintaget i förhållande till beräknat behov och följ upp individuella mål.

Nutrition i samband med operation

God nutritionsstatus har stor betydelse i samband med kirurgi. Både undernäring och fetma medför en ökad risk för komplikationer och dödlighet (6, 7). Generellt ses större risker vid mer omfattande kirurgi, såsom vid cancerkirurgi (särskilt mag-tarmcancer), transplantationskirurgi, proteskirurgi och större bukkirurgi. Äldre personer som ska genomgå omfattande kirurgi är generellt en riskgrupp.

Undernäring kan även förekomma vid övervikt och fetma (6, 7). Sarkopen fetma (hög fettmassa och låg muskelmassa) är vanligt förekommande bland äldre och bidrar till ökad inflammation och insulinresistens. Likaså kan odiagnostiserad eller dåligt kontrollerad diabetes medföra stora komplikationsrisker, med en gradvis ökad risk med stigande HbA1c.

Riskbedömning

Genom att uppmärksamma risk för undernäring och ohälsosamma matvanor hos patienter som ska genomgå omfattande kirurgi, samt screena för diabetes vid BMI >30, kan åtgärder sättas in som minskar risken för komplikationer. Riskbedömning och diagnossättning av undernäring utgör ett första steg som bedömning av patientens nutritionsstatus och bör ingå i riskbedömningen inför en planerad operation. (6, 7) Nutritionsstatus och matvanor kan med fördel uppmärksammas redan i primärvården, så att stöd och behandling kan initieras i god tid vid behov.

Särskild uppmärksamhet bör ges till patienter med allvarlig risk för undernäring (6, 7). Allvarlig risk föreligger hos patienter med något av kriterierna:

- Ofrivillig viktminskning 10–15 % senaste 6 månaderna
- BMI <18,5
- Serumalbumin <30 g/l (utan bekräftat lever- eller njursjukdom)
- Enligt bedömning med validerat screeninginstrument

Åtgärder

Vid undernäring eller risk för undernäring bör patienten genomgå bedömning och kostbehandling av dietist. Patienter med risk för undernäring bör erbjudas nutritionsbehandling minst 7–10 dagar före operation (6, 7). Ju allvarligare risk desto längre tid behövs för att återställa metabol balans. För patienter som tidigare genomgått kirurgi med komplikationer finns det anledning att erbjuda kostbehandling minst sex veckor före operation.

En generell rekommendation är att minimera den tid som patienten fastar inför och efter ett kirurgiskt ingrepp, i syfte att upprätthålla metabol balans (8). Genom att erbjuda klar kolhydratrik dryck (gärna i form av preoperativ näringsdryck) upp till 2 timmar inpå operationen, kan insulinresistens, hyper- och hypoglykemi, samt metabola stressreaktioner minimeras. Efter genomförd kirurgi är det fördelaktigt att starta peroralt intag, så tidigt som möjligt, eventuellt med stöd av kosttillskott och/eller enteral nutrition, för att säkerställa ett adekvat energi- och näringsintag. För patienter med svåra nutritionsproblem kan ytterligare nutritionsåtgärder behöva sättas in. I kombination med tidig mobilisering stimuleras både proteinsyntes och muskelfunktion.

Vid omhändertagande av kirurgiska patienter på avdelning, följ nutritionsvårdsprocessen enligt beskrivning tidigare i dokumentet.

Innehåll lokal rutin för nutrition på kirurgisk avdelning

Varje verksamhetsområde/avdelning/arbetsområde ansvarar själv, i samråd med dietist, för att utveckla och uppdatera riktlinjer anpassade efter sin verksamhet. Nedan finns en mall med förslag på vad som bör ingå i nutritionsriktlinjen.

- Riskbedömning, uträkning energi-, protein- och vätskebehov
- Preoperativ nutrition - krävs några särskilda åtgärder inför operationen, till exempel fasta, preoperativ dryck
- Postoperativ nutrition - när och vad får patienten börja äta? Upptrappningsschema? Näringsdrycker? Behov av mat- och vätskeregistrering?
- Hänvisning till dokument om parenteral och enteral nutrition
- Komplikation som kan behöva uppmärksammas, till exempel diarré eller smärta i samband med matintag

Exempel:

[Kolhydratuppladdning preoperativt, VO Kirurgi, Region Uppsala.se \(pdf\)](#)

[Parenteral nutrition, indikationer för, VO Kirurgi, Region Uppsala.se\(pdf\)](#)

[Enteral nutrition, VO Kirurgi AS och IVA LE, Region Uppsala.se \(pdf\)](#)

Information och informationsöverföring

I dialog med patient och närstående förklaras och diskuteras risker och åtgärder för att förhindra uppkomsten av och för att behandla undernäring. Informera och rapportera till eventuella andra enheter och vårdgivare om aktuella, förebyggande och behandlande nutritionsåtgärder (2). Informera patient och närstående om vilken vårdgivare som övertar ansvaret för patientens nutritionsvård.

Dietist i slutenvården överrapporterar till dietist i primärvården för patient i ordinärt boende som har behov av uppföljning, till exempel vid förskrivning av kosttillskott. För patient som skrivs ut till särskilt boende eller korttidsboende ansvarar sjuksköterska för överrapportering till sjuksköterska på boendet. Sjuksköterska ansvarar även för överrapportering till sjuksköterska i kommunal hemsjukvård och eventuell annan vårdpersonal kring patienten.

Vid särskilda behov för nutritionsbehandling i hemmet där insatser från både Socialtjänst och hälso- och sjukvården behövs kan det bli aktuellt med en samordnad individuell plan (SIP) för patienten.

Dokumentation

Dokumentation inom slutenvården

Informationsinsamling se [Dokumentationsriktlinje sjuksköterska Region Uppsala, Region Uppsala.se \(pdf\)](#) och [GVP RU Nutrition, Region Uppsala.se \(pdf\)](#)

Dokumentation i journalen ska innehålla:

- Informationsinsamling inklusive riskbedömning vid inskrivning. Patientens berättelse om omvårdnadsbehov och önsknings dokumenteras i anamnes och status. Status uppdateras vid förändringar under vårdtiden.

Mallen Infoinsamling används och riskbedömningen dokumenteras under sökorden Nutrition – Riskbedömning i status. Se [Dokumentationsriktlinje sjuksköterska Region Uppsala, Region Uppsala.se \(pdf\)](#). Vid ändrade förhållanden ska en förnyad riskbedömning göras.

- Energi-, protein- och vätskebehov
Mallen Infoinsamling används vid uträkning av energi-, protein- och vätskebehov och bedömningen dokumenteras i Status. Sökorden Energibehov, Proteinbehov och Vätskebehov används, se [Dokumentationsriktlinje sjuksköterska Region Uppsala, Region Uppsala.se \(pdf\)](#).
- Omvårdnadsdiagnos, mål och åtgärder i en vårdplan
En vårdplan med omvårdnadsdiagnos, mål och planerade åtgärder upprättas av sjuksköterska vid undernäring eller vid risk för undernäring. Mallen Generell vårdplan (GVP) ” Risk för undernäring” ” används, se [GVP RU Nutrition, Region Uppsala.se \(pdf\)](#).

- Omvårdnadsdiagnos formuleras under sökordet Nutrition i vårdplanen, utifrån insamlad information från anamnes, status och från parametrar i riskbedömningen. Relaterade faktorer ska alltid anges. Använd fasta val och fritext vid behov. Se [Nutritionsprocessen – Steg 2 – Utredning/omvårdnadsdiagnos](#)
 - Mål för åtgärder formuleras och ska kunna utvärderas under vårdtiden. Använd fasta val och fritext vid behov.
 - Planerade åtgärder dokumenteras för att uppnå uppsatt mål. Under åtgärdssökorden finns förslag på åtgärder, som fasta val, som i första hand ska användas. Fritext kan användas vid behov. Se [Steg 3 - Åtgärder](#).
- Resultat och utvärdering av utförda åtgärder dokumenteras kontinuerligt.
 - Resultat av energi- och proteinintag från mat- och vätskeregistreringar dokumenteras i journaltabell RU Energi- och proteinintag (kcal och g)
 - Resultat av vätskeintag dokumenteras i modulen Vätskebalans (ml)
 - Utvärdering av målet görs då GVP Risk för undernäring avslutas
 - Slutanteckning
 - Slutanteckning ska alltid innehålla identifierade risker och vårdbehov samt vidtagna åtgärder. Aktuell status och pågående nutritionsbehandling samt plan för uppföljning efter utskrivning ska rapporteras till nästa vårdgivare

Dokumentation inom öppenvården

Bred insamling från patientens berättelse om eventuella nutritionsproblem dokumenteras i anamnes. Riskbedömningen dokumenteras under sökorden Nutrition – Riskbedömning i ordinarie dokumentationsmall.

Åtgärder och samordning dokumenteras under respektive sökord.

Vid ändrade förhållanden ska en förnyad riskbedömning göras.

Avvikelserapportering

Om en vårdplan saknas för en patient som bedömts ha risk för, eller utvecklad undernäring, bör en avvikelse i MedControl registreras. Samma sak gäller om planerade åtgärder i en vårdplan finns, men inte efterföljs. Avvikelse ska också registreras om överrapportering mellan olika enheter saknas för en patient med risk för, eller utvecklad undernäring.

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 försämrad munhälsa (2).

Stöd i arbetet

I Pingpong finns utbildningar gällande "Undernäring, fall och trycksår".

På Intranätet finns mer information under sidan "[Nutrition och undernäring](#)". Där finns länkar till styrande dokument, stöd i arbetet och kontaktuppgifter till Vårdkvalitetsenheten.

Referenser

1. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd och förebyggande av och behandling vid undernäring (HSLF-FS 2022:49)
2. Att förebygga och behandla undernäring- Kunskapsstöd i hälso- och sjukvård- och socialtjänst, Socialstyrelsen, 2020
3. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor, Socialstyrelsen 2018
4. 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. 2019;38(1):1-9.
5. Nationella riktlinjer för måltider på sjukhus, Livsmedelsverket, 2020
6. Weimann A, Braga M, Carli F, Higashiguchi T, Hübner M, Klek S, et al. ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery. Clin Nutr. 2017 Jun;36(3):623-650.
7. Lobo DN, Gianotti L, Adiamah A, Barazzoni R, Deutz NEP, Dhatariya K, et al. Perioperative nutrition: Recommendations from the ESPEN expert group. Clin Nutr. 2020 Nov;39(11):3211-3227.
8. Gustafsson UO, Scott MJ, Hubner M, Nygren J, Demartines N, Francis N, et al. Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations: 2018. World J Surg. 2019 Mar;43(3):659-695.

Dokumenthistorik

GVP Risk för undernäring RU

Författare

Patientsäkerhetsavdelningen, Nutritionsrådet och
OVD-gruppen Akademiska sjukhuset/Marie Fogelberg Dahm 2006

Revisionsdatum

2011-04-04, 2012-10-19 ,2013-02-06, 2015-11-05, 2016-04, 2018-11-01

GVP Risk för undernäring RU avpublicerad 2020-09-30 Ersatt med GVP RU Nutrition

2021-10-04

Dokumentet har kompletterats med text om riskbedömning av undernäring i öppenvården
Granskare Sölvi Vejby ssk, Sophie Rodebjer Cairns dietist, Anna Hedman bitr verksamhetschef kirurgi, Josefin Henriksson usk, Ellinore Svensson dietist, Karin Kauppi dietist, Charlotte Bjurbo vårdutvecklare, Susanne Fredén dietist

2023-03-30

Dokumentet har kompletterats med text om nutrition i samband med operation.
Granskare Karin Aldin, dietist, Fredrik Bergvall, dietist, Sophie Rodebjer Cairns dietist, Anna Hedman bitr verksamhetschef VO kirurgi, Karin Kauppi dietist, Ellinore Svensson gruppchef, dietistmottagningen.

Bilaga GVP RU Nutrition

[GVP RU Nutrition, Region Uppsala.se \(pdf\)](#)