

Handläggare

Anette Svensson (asm016)

Fastställare

Åsa Bellander (abr013)

Gäller för

Regiongemensamt

Dokumenttyp

Riktlinje

Giltigt till och med

2024-04-30

Granskare

Linda Ölund (lod007), Joel Olsson (jon024), Björn Åslin (ban033), Victoria Pulsford (vvn005), Christina Nilsson (cln001)

Fastställt

2019-07-17

Reviderat

2022-10-31

Dokumentnr / Version

385389 / Version 3

Processägare

Monasofi Wallinder (mwr007)

Ytterligare information

Nutrition - Förebygg och behandla undernäring

Innehållsförteckning

Bakgrund	2
Syfte och mål.....	2
Nutritionsvårdsprocessen	2
Riskbedömning.....	3
Utredning vid risk för undernäring.....	3
Nedsatt aptit.....	4
Mag- och tarmbesvär.....	4
Nedsatt munhälsa.....	4
Tugg- och sväljproblem.....	4
Funktionella besvär	4
Trötthet, nedstämdhet och psykiatriska sjukdomstillstånd.....	4
Läkemedel	4
Diagnoskriterier undernäring.....	4
Nutritionsbehandling	5
Vårdplan	6
Information	6
Kost- och vätskeregistrering.....	6
Energi-, protein- och vätskebehov.....	6
Nutritionsåtgärder.....	7
Kosttillägg	7
Ätstödjande åtgärder.....	7
Enteral nutrition (EN).....	8
Parenteral nutrition (PN)	8
Svårt undernärda.....	8
Palliativ vård.....	9
Dietist	9
Uppföljning och utvärdering	9
Dokumentation	10
Informationsöverföring.....	10
Teamarbete och samverkan	10
Avvikelse.....	12
Relaterad information.....	13

Dokumenttyp	Fastställt	Reviderat	Giltigt till och med	Dokumentnr / Version
Riktlinje	2019-07-17	2022-10-31	2024-04-30	385389 / Version 3

Bakgrund

Sjukdomsrelaterad undernäring är ett stort problem i vård och omsorg. Undernäring leder till patientsäkerhetsrisker som trycksår, fall och ökade komplikationsrisker med försämrat immunförsvar och ökad infektionsrisk. Även förutsättningar för rehabilitering, sårhäkning och god livskvalitet försämras radikalt. Undernäring som hade kunnat förebyggas inom hälso- och sjukvården klassas som vårdskada.

För att identifiera, bedöma, diagnostisera och behandla nutritionsproblem krävs en strukturerad vårdprocess. Genom att riskbedöma patienter kan undernäring förebyggas och behandlas i tid. Detta genererar kortare vårdtider, minskat antal vårdtillfällen, lägre kostnader och lägre dödlighet. Nutritionsrutiner är en viktig kvalitetsindikator som bör följas.

Definition av undernäring enligt 3§ SOFS 2014:10

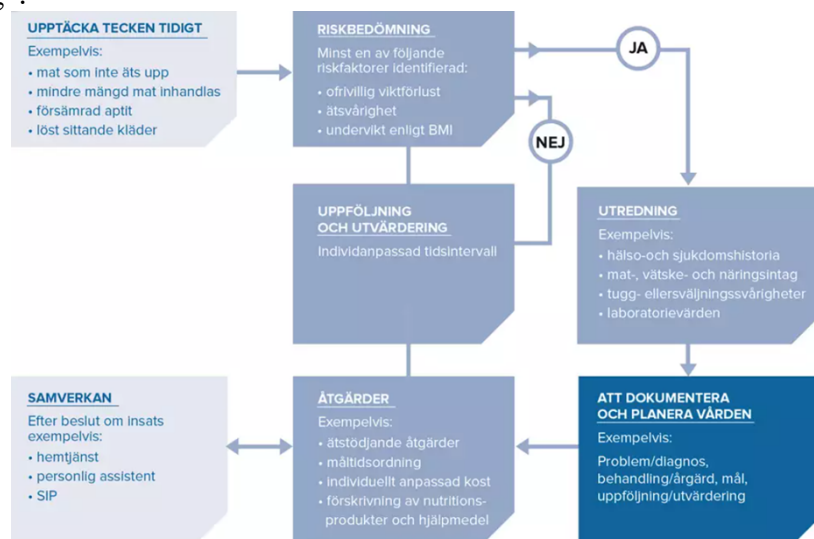
”Ett tillstånd där brist på energi, protein eller andra näringsämnen har orsakat mätbara och ogynnsamma förändringar i kroppens sammansättning eller funktion eller av en persons sjukdomsförlopp”.

Syfte och mål

Syftet med riktlinjen är att förebygga och behandla undernäring i samband med vård inom Region Västernorrland. Därmed förbättras patientsäkerheten och vårdskador förebyggs. Målsättningen är att alla patienter ska ha en adekvat nutritionsbehandling som anpassats efter individens förutsättningar.

Nutritionsvårdsprocessen

Bilden nedan kommer från vårdhandboken och är modifierad utifrån Socialstyrelsens beskrivning av Nutritionsvårdsprocessen i kunskapsstödet ”Att förebygga och behandla undernäring”.



Dokumenttyp
RiktlinjeFastställt
2019-07-17Reviderat
2022-10-31Giltigt till och med
2024-04-30Dokumentnr / Version
385389 / Version 3

Riskbedömning

Enligt Socialstyrelsen ska alla patienter riskbedömas för undernäring

- vid inskrivning i slutenvården
- vid förstagsbesök i poliklinisk öppenvård
- vid besök i primärvården när patienten har förhöjd risk att drabbas av undernäring, exempelvis;
 - o äldre
 - o personer med långvariga sjukdomar som KOL, hjärtsvikt, demens, Parkinson eller efter en stroke
 - o vid dålig tandstatus eller tugg- och sväljsvårigheter
 - o vid nedstämdhet och depression

Riskbedömning för undernäring görs av den profession som först möter patienten eller enligt enhetens egna rutiner. I slutenvården upprepas riskbedömningen varje vecka och för polikliniska patienter upprepas den vid misstanke om undernäring.

Riskbedömningen görs med två frågor och bedömning av BMI:

- 1. Oavsiktlig viktförlust?** (tecken på negativ energibalans)
Oavsett tidsförlopp och omfattning
- 2. Ätsvårigheter?**
Exempelvis nedsatt aptit, tugg- eller sväljsvårigheter
- 3. Undervikt?**
Väg och mät patienten, beräkna BMI, dvs
kroppsvikt i kg / längden i m² (längden x längden i meter)
Undervikt =
 - BMI mindre än 20 hos patienter under 70 år
 - BMI mindre än 22 hos patienter över 70 år

Vid svar ja på någon av frågorna bedöms patienten vara i risk för undernäring.

Tänk på att förändringar i vätskebalans och ödem kan dölja viktnedgång.

Utredning vid risk för undernäring

Om riskbedömningen visar att patienten har risk för undernäring ska en utredning göras för att ta reda på allvarlighetsgrad och orsak till viktnedgång eller ättsvårigheter. Vanliga orsaker är:

Dokumenttyp	Fastställt	Reviderat	Giltigt till och med	Dokumentnr / Version
Riktlinje	2019-07-17	2022-10-31	2024-04-30	385389 / Version 3

Nedsatt aptit

Aptiten kan försämrans av många olika anledningar, tex sjukdom, behandling, smakförändringar, oro, nedstämdhet och fysisk inaktivitet.

Mag- och tarmbesvär

Illamående, diarré, förstoppning eller smärta i magtarmkanalen har stor betydelse för möjligheten att äta. Åtgärda orsak till besvär och behandla symtomet.

Nedsatt munhälsa

God mun- och tandhälsa är en förutsättning för att kunna äta och dricka normalt. Fråga alltid om eventuella besvär och gör en bedömning av munstatus. Vid svamp i munnen påverkas både smak och matlust. Muntorrhet är en stor riskfaktor för försämrad munhälsa och försvårar ätande och sväljning. Kontakta tandvården vid behov.

Tugg- och sväljproblem

Tugg- och sväljsvårigheter (dysfagi) är vanligt vid neurologiska sjukdomar som Stroke, MS och Parkinson, vid demens och vid cancer i munhåla och svalg samt vid strålbehandling mot dessa områden. Dysfagi kan orsaka undernäring, uttorkning, kvävning och aspirationspneumoni. Konsultera alltid logoped vid sväljsvårigheter för bedömning och rekommendationer.

Funktionella besvär

Exempel på funktionellt besvär som kan påverka ätandet är avsaknad av funktion i en hand eller arm. En arbetsterapeut kan bedöma behov av äthjälpmiddel.

Trötthet, nedstämdhet och psykiatriska sjukdomstillstånd

Trötthet, nedstämdhet och nedsatt initiativkraft kan vara både konsekvenser av, och orsak till, ätsvårigheter och undernäring. Psykisk sjukdom kan påverka matlust och ätande.

Läkemedel

Många av ovanstående nutritionsproblem kan vara biverkningar av läkemedel. En läkemedelsgenomgång är viktig för att utreda om något läkemedel orsakar ätsvårigheten som patienten drabbats av. Ibland behövs ytterligare läkemedel för att få bukt med biverkningar, tex stoppande vid antibiotikabehandling eller lösande vid morfinbehandling.

Diagnoskriterier undernäring

Före diagnos ställs ska patienten vara riskbedömd för undernäring. Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) föreslår att diagnosen undernäring bekräftas om **någon av de tre "fysiska" (sk fenotypiska) variablerna;**

- oavsiktlig viktförlust

Dokumenttyp	Fastställt	Reviderat	Giltigt till och med	Dokumentnr / Version
Riktlinje	2019-07-17	2022-10-31	2024-04-30	385389 / Version 3

- lågt BMI
- minskad muskelmassa

finns i kombination med någon känd (etiologisk) orsaksvariabel dvs;

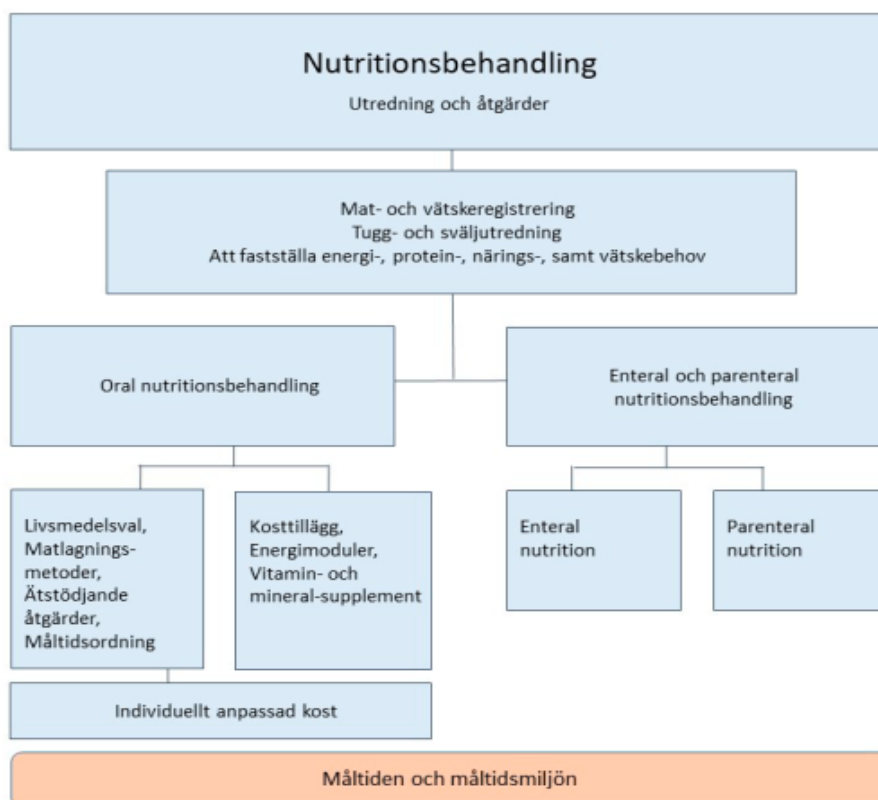
- minskat matintag
- försämrat näringsupptag
- katabol inflammatorisk sjukdom (t.ex. cancer eller kronisk obstruktiv lungsjukdom).

Svårighetsgrad bedöms utifrån grad av viktförlust, undervikt eller förlust av muskelmassa. Se Socialstyrelsens kunskapsstöd ”Att förebygga och behandla undernäring”, bilaga 1, tabell 7 ”Diagnoskriterier för undernäring”, för utförligare kriterier för utredning och bedömning av svårighetsgrad.

Nutritionsbehandling

I Socialstyrelsens kunskapsstöd ”Att förebygga och behandla undernäring” poängteras att det i grunden bästa sättet att förebygga undernäring och främja hälsa i vård och omsorg, är att **servera god mat i trivsamt miljö**.

Nutritionsbehandlingen utformas individuellt och anpassas till bakomliggande orsaker, patientens energibehov och näringstillstånd. Bilden från kunskapsstödet nedan visar flödesschema vid risk för undernäring.



Dokumenttyp	Fastställt	Reviderat	Giltigt till och med	Dokumentnr / Version
Riktlinje	2019-07-17	2022-10-31	2024-04-30	385389 / Version 3

Vårdplan

En överenskommelse (vårdplan) sluts av vården i samråd med patient. Det är viktigt att patienten och eventuellt närstående är delaktig i vården genom dialog. Vårdplanen dokumenteras i patientens journal och innefattar omvårdnads-/nutritionsdiagnos, vilka nutritionsåtgärder/behandling som sätts in, mål för behandlingen och när dessa ska följas upp och utvärderas.

Information

Informera patienten och närstående om matens betydelse och diskutera de åtgärder som sätts in för att förebygga eller behandla undernäring.

Kost- och vätskeregistrering

Slutenvård

Alla ineliggande patienter som bedöms vara i risk för undernäring ska följas med kost- och vätskeregistrering. Det totala intaget räknas samman och dokumenteras i tempkurva, resultatet används som underlag vid val av nutritionsåtgärd. Energiintaget relateras till patientens energibehov, se nedan.

Öppenvård, primärvård

Enkel kostanmälan tas, dietist kontaktas vid behov. Be gärna patient eller hemtjänst att föra en matdagbok inför samtalet med dietist.

Energi-, protein- och vätskebehov

Energibehov

Energibehovet kan ofta beräknas till **30 kcal per kg** och dygn. Behovet kan variera från 25 kcal/kg hos sängliggande upp till 35 kcal/kg vid mobilisering/återuppbyggnad.

Energibehovet korrigeras om patienten är:

- mager (+10%)
- 18–30 år (+10%)
- >70 år (-10%)
- För varje grads temperaturhöjning (+10 %)

Kontakta dietist vid funderingar och vid önskemål om mätning av energibehov med indirekt kalorimetri.



Dokumenttyp	Fastställt	Reviderat	Giltigt till och med	Dokumentnr / Version
Riktlinje	2019-07-17	2022-10-31	2024-04-30	385389 / Version 3

Proteinbehov

Vid risk för undernäring skattas proteinbehovet till **1,2–1,5 g protein** per kg och dygn hos vuxna. Dietisten hjälper till att beräkna intag och behov av protein.

Vätskebehov

Normalt vätskebehov är ca **30 ml/kg** men kan vara högre vid vätskeförluster som diarré eller feber. Även fast föda ger en del vätska, en person som äter bra och täcker sitt energibehov får i sig mellan 500–1000 ml vätska via maten.

Korrigera behov vid övervikt

Vid övervikt (BMI >25) kan den kroppsvikt som motsvarar BMI 25 användas med tillägg av 25% av den överskjutande vikten. Denna korrigerade vikt används vid uträkning av både energibehov, proteinbehov och vätskebehov.

Nutritionsåtgärder

- Energi- och proteintät kost (E-kost beställs från kök)
- Energirika mellanmål och kosttillägg
- Nattfastan bör inte överstiga 11 timmar, erbjud ett sent kvällsmål eller tidigt morgonmål.
- Anpassa matens konsistens utifrån individens förutsättningar. Vid nedsatt aptit eller illamående fungerar ofta mjuk och lättuggad mat eller flytande kost bättre. Logoped kontaktas vid sväljsvårigheter.
- Specialkost vid behov. Exempelvis glutenfri, laktosreducerad, proteinreducerad, eller fettreducerad kost.

Kosttillägg

Vid ätsvårigheter eller förhöjt energibehov ökar kosttillägg i form av näringsdrycker och berikningsprodukter möjligheten att täcka energi- och näringsbehov. I första hand väljs kompletta näringsdrycker med högt energi- och proteininnehåll. Dryckerna kan med fördel delas upp och serveras i mindre portioner vid flera tillfällen under dagen. Dietisten rekommenderar och förskriver näringsdrycker till patienter i hemmet.

Ätstödande åtgärder

Svårigheter att äta och dricka självständigt är i sig en riskfaktor för undernäring. Med ätstödande åtgärder kan man underlätta och möjliggöra ett tillräckligt intag hos patienten. Ta hjälp av arbetsterapeut för anpassning av miljö och hjälpmedel.

- Individanpassa måltidssituationen, optimal sittställning, belysning, ljudnivå, behov av avskildhet/sällskap osv.
- Uppmuntra egenvårdsförmåga och individanpassa muntlig och fysisk guidning kring måltiden. Hjälpt patienten att äta själv så långt det är möjligt.



Dokumenttyp	Fastställt	Reviderat	Giltigt till och med	Dokumentnr / Version
Riktlinje	2019-07-17	2022-10-31	2024-04-30	385389 / Version 3

- Äthjälpmiddel används vid behov, tex tallrik med hög kant, greppvänliga bestick, glas och muggar.
- Uppmuntra mobilisering. Rörelse har stor betydelse för både matlust och mag-tarmfunktion.
- God munvård är mycket viktigt.

Vid otillräckligt intag per os

Kost- och vätskeregistrering eller viktninskning visar om energiintaget är för lågt trots insatta nutritionsåtgärder. Kontakta dietist för bedömning. Näringsintaget kan kompletteras med så kallad medicinsk eller artificiell nutrition, via tarmen eller direkt i blodbanan.

Enteral nutrition (EN)

I första hand väljs enteral nutrition (sondmatning) vilket innebär att näringen ges direkt i magsäcken (eller tunntarmen) genom en sond via näsan eller gastrostomi via buken. Enteral nutrition kan ges som kompletterande eller fullständig nutrition. Fördelen med enteral nutrition framför parenteral nutrition är att tarmslemhinnans funktion bevaras, risken för allvarliga komplikationer är mindre och kostnaden är lägre. Om personen fastat eller inte fått i sig mat under några dagar startas sondmatningen enligt rutin för standardupptrappning eller i samråd med dietist. När sondmaten ges som komplement till vanlig mat behövs inte en långsam upptrappning. Kontakta alltid dietist vid enteral nutrition.

Parenteral nutrition (PN)

Parenteral nutrition ges direkt i blodbanan via infart i perifer eller central ven och kan ges som kompletterande eller fullständig nutrition, Total Parenteral Nutrition (TPN). Fördelen med parenteral nutrition är att den kan ges även när mag-tarmkanalen inte fungerar. Följ vikten dagligen i början för att upptäcka om patienten samlar på sig vätska och var uppmärksam på eventuella tecken på infektion. Innan uppstart av PN kontrolleras vikt, P-glukos, elektrolyter och leverstatus. Kom ihåg att munvård är extra viktigt vid TPN. Se **Mitt läkemedel** kapitel Vätske- och nutritionsbehandling samt **Nutritionskortet** för enkel uppstart av parenteral nutrition. Vid vikt under 40 kg kontaktas alltid dietist för bedömning.

Svårt undernärda

Svårt undernärda patienter och patienter som varit utsatta för långvarig svält eller fasta har risk för metabol överbelastning, sk Refeeding syndrom. Om dessa patienter tillförs energi i för snabb hastighet förmår inte vävnaden inte att metabolisera den mängd näring som ges. Följden blir elektrolytrubbningar med sjunkande fosfat, kalium och magnesium.



Dokumenttyp	Fastställt	Reviderat	Giltigt till och med	Dokumentnr / Version
Riktlinje	2019-07-17	2022-10-31	2024-04-30	385389 / Version 3

Tecken på metabol överbelastning är bland annat stigande kroppstemperatur, snabb viktökning och respiratoriska förändringar.

Vid risk för Refeeding kontrolleras vikt, vitala parametrar och elektrolyter (fosfat, magnesium, kalium, natrium och kalcium) vid start och dagligen i tre dagar. Vid låga värden ges supplementering och kontrollerna av elektrolyter upprepas 2–3 ggr per vecka.

Svårt undernärda, i synnerhet personer med alkoholmissbruk, har även risk för tiaminbrist (vitamin B1). Tiaminbrist kan ge Wernicke-Korsakoff syndrom. Extra tillförsel av tiamin som profylaxbehandling både före och under uppstart av parenteral nutrition eller glukosdropp är viktigt.

Palliativ vård

Var patienten befinner sig i sitt palliativa skede är avgörande för nutritionsbehandlingen. I tidigt skede är det viktigt med tillräckligt med energi och näring för att bibehålla nutritionsstatus, klara eventuella behandlingar eller orka med aktiviteter som patienten vill göra.

I livets slutskede kan energität mat, enteral eller parenteral nutrition ibland ge upphov till illamående och försämrad livskvalitet. Det är viktigt att bedömning av för- och nackdelar med nutritionsbehandling görs och att behandlingsmål samt kriterier för avslut diskuteras med patient och anhöriga. Det viktigaste är att patienten mår så bra som möjligt och att stressen kring mat minskas. Servera det patienten önskar och klarar av att äta.

Dietist

Konsultera dietist i god tid för riskpatienter med behov av extra råd och stöd, vid undernäring och alltid när enteral nutrition sätts in. Dietisten bedömer även behov av kosttillskott och sondnäring samt förskriver dessa till patienter i eget boende.

Uppföljning och utvärdering

Insatta nutritionsåtgärder ska följas upp och utvärderas. Inom slutenvården ska kost- och vätskeregistreringar utföras och energiintaget relateras till energibehov. Patienten vägs vid inskrivning, minst en gång i veckan och alltid inför hemgång.

Inom öppenvård, primärvård och hemsjukvård vägs riskpatienterna minst en gång i månaden, viktförändring rapporteras till dietist för utvärdering.

Dokumenttyp	Fastställt	Reviderat	Giltigt till och med	Dokumentnr / Version
Riktlinje	2019-07-17	2022-10-31	2024-04-30	385389 / Version 3

Dokumentation

Planering, genomförande och utvärdering av vården måste finnas dokumenterad i patientjournalen enligt i patientdatalagen (2008:355) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring (SOSFS 2016:40). Detta gäller även vård och behandling av undernäring.

Sjuksköterskan dokumenterar under sökordet ”Nutrition” i Omvårdnadsstatus om patienten har risk för undernäring eller ej, det ska tydligt framgå att riskbedömningen är gjord. Läkaren dokumenterar risk för undernäring under ”Status”. För ineliggande patienter noteras vikt, längd, BMI och energiintag i tempkurvan. Energitag dokumenteras i tempkurvan där det är möjligt, annars i löpande journaltext. I öppenvården noteras längd, vikt och BMI i ROS.

Informationsöverföring

Nutritionsbehandling är långsiktig och det är viktigt att nästa vårdgivare får information. Informationen överförs i omvårdnads- och medicinsk epikris och bör innehålla en sammanfattning av:

- nutritionsbedömning och nutritionsproblem
- viktutveckling under vårdtiden och aktuell vikt
- nutritionsordination/-åtgärder
- behov av åtstödande åtgärder
- målsättning med nutritionsbehandling

Teamarbete och samverkan

Nutritionsomhändertagande bygger på teamsamverkan. Det medicinska-, omvårdnads- och nutritionsperspektivet är dominerande men flera professioner kompletterar varandra och gör det möjligt att ta hänsyn till individens hela situation. Kom ihåg att även patienten själv utgör en del av teamet.

Nutritionsbehandling i hemmiljö

För att nutritionsbehandling ska fungera för personer med behov av både vård och omsorg i hemmiljö krävs samverkan. Ansvarsförhållanden klargörs vid en Samordnad Individuell Plan (SIP). Sammansättningen av teamet för mötet avgörs av individens behov. Distriktssköterska eller sjuksköterska inom hemsjukvård och personal inom hemtjänst bör alltid vara med men ett multiprofessionellt team kan behövas för helhetssyn. I vissa situationer bör dietisten delta vid SIP, exempelvis vid planerad enteral nutrition i hemmet. Fysioterapeut, arbetsterapeut och logoped konsulteras vid behov.

Om behov av dietistkontakt uppmärksammas vid mötet ska information om aktuell vikt, viktutveckling, ätsvårigheter och diagnos förmedlas till dietist via remiss eller direktkontakt.

Dokumenttyp	Fastställt	Reviderat	Giltigt till och med	Dokumentnr / Version
Riktlinje	2019-07-17	2022-10-31	2024-04-30	385389 / Version 3

SIP ska tydliggöra vem som gör vad och innefatta åtgärder, ansvarsfördelning, plan för uppföljning av vikt och matintag och vilka kontakter som ska tas om planen inte kan följas.

När en individ har kosttillskott eller sondnäring i hemmet och inte själv kan ansvara för behandlingen bör närstående eller hemtjänst ansvara för att följa förbrukning och göra beställning i god tid.

Ansvarsfördelning inom slutenvården

Sjuksköterskan har omvårdnadsansvar vilket innefattar ansvar för att riskbedömning görs och att nutritionsbehandling genomförs och följs upp. Sjuksköterskan ordinerar kost och ätstödande åtgärder. Vid undernäring och behov av nutritionsstöd kontaktas dietisten.

Undersköterskan ansvarar för att uppmärksamma patientens svårigheter och behov, att nutritionsinsatser genomförs enligt ordination, att kost- och vätskeregistreringar fylls i och sammanställs samt att maten serveras på ett aptitligt sätt. I samråd med sjuksköterskan kan undersköterskan göra riskbedömning för undernäring.

Läkaren har det övergripande medicinska ansvaret och tar ställning till om ätsvårigheter eller viktförlust orsakats av medicinska faktorer som behöver utredas eller kan motverkas genom medicinsk behandling. Läkaren bär också det yttersta ansvaret för enteral och parenteral nutrition.

Dietisten ansvarar för ordination, uppföljning och utvärdering av nutritionsbehandling.

Logopeden utreder, diagnostiserar och behandlar sväljsvårigheter.

Arbetssterapeuten bedömer behov av ätstödande åtgärder och hjälpmedel.

Fysioterapeuten individanpassar träningen som tillsammans med optimerat näringsintag gör det möjligt för patienten att bibehålla eller återfå funktioner och muskelmassa. Fysioterapeuten hjälper också patienten till en optimal sittställning vid måltid.

Enhetschefen ansvarar för att nutritionsrutiner är kända och följs av vårdteamet kring patienten. Enhetschefen ansvarar även för att personalen har tillräckliga kunskaper och ges möjlighet till utbildning.

Verksamhetschefen ansvarar för att det finns rutiner för nutritionsbedömning och behandling.

Dokumenttyp	Fastställt	Reviderat	Giltigt till och med	Dokumentnr / Version
Riktlinje	2019-07-17	2022-10-31	2024-04-30	385389 / Version 3

Avvikelse

Syftet med att skriva avvikelser är att sätta in åtgärder för att förhindra att liknande situation uppstår igen och därmed öka patientsäkerhet och minska risk för vårdskador.

Avvikelse inom slutenvård

Avvikelse skrivs **vid otillräcklig eller felaktig nutrition** som orsakat eller kunnat orsaka negativa effekter samt **vid bristande eller avsaknad av rutiner**.

Exempelvis vid:

- Otillräcklig nutritionsbehandling som orsakat eller riskerat ge konsekvenser för patientens fysiska funktion, sårhäkning eller återhämtning
- Viktnedgång under vårdtiden då inga åtgärder satts in och viktnedgången inte kan relateras till urvätskning
- Felaktig nutritionsbehandling som gett konsekvenser för patientens fysiska mående, tex vid födoämnesöverkänslighet
- Felaktig konsistens serverats till patient med sväljsvårigheter, logopedens rekommendation har inte följts
- För hög energitillförsel som orsakat eller riskerat orsaka Refeeding syndrom
- Ingen riskbedömning för undernäring är gjord vid inskrivning
- När riskpatient har identifierats men
 - o ingen plan har utformats och inga nutritionsåtgärder har satts in
 - o energibehovet/energiintaget har inte beräknats och registrerats i journal
 - o vikt inte följts under vårdtiden
 - o patienten ordinerats fasta utan tillförsel av parenteral nutrition
 - o ingen rapportering eller individuell plan har lämnats till nästa vårdgivare

Avvikelse inom öppenvård och primärvård

Avvikelse skrivs **vid avsteg från rutiner och vid bristande eller frånvaro av rutiner**, exempelvis när:

- Ingen riskbedömning är gjord på patient inom riskgrupp
- Patienten har bedömts vara i risk för undernäring men ingen åtgärd har satts in
- Regelbundna viktkontroller har inte utförts
- Ingen rapportering eller individuell plan har följt med från specialistvården vid utskrivning av riskpatient, avvikelse riktas till vårdavdelning.

Vårdskada

Vårdskada kan uppstå av den vård och behandling patienten fått men även av utebliven behandling. Enligt Socialstyrelsen ska ”Undernäring och direkta följder av undernäring räknas som en vårdskada om hälso- och sjukvården hade kunnat vidta adekvata åtgärder för att förhindra undernäringen men så inte har skett, och patienten drabbats av en skada, ett lidande eller sjukdom alternativt har avlidit till följd av det”. Att en vårdskada uppstår som en konsekvens av undernäring är vanligt, tex fall eller trycksår.



Dokumenttyp	Fastställt	Reviderat	Giltigt till och med	Dokumentnr / Version
Riktlinje	2019-07-17	2022-10-31	2024-04-30	385389 / Version 3

Uppföljning av avvikelser

Alla avvikelser ska analyseras och följas upp för att se att vidtagna åtgärder har gett effekt. Avvikelser kategoriseras och möjliggör statistik, uppföljning och utveckling inom verksamheten.

Relaterad information

[Mitt Läkemedel kapitel om vätske- och nutritionsbehandling](#)

[Nutrition på intranätet](#)

[Nutritionskortet](#)

[Nutritionsvård till patienter i palliativt skede, Palliativt kunskapscentrum, Region Stockholm](#)

[Socialstyrelsen -Att förebygga och behandla undernäring, kunskapsstöd i hälso- och sjukvård och socialtjänst](#)

[Socialstyrelsen -Föreskrift Förebyggande av och behandling vid undernäring](#)

[Socialstyrelsen Samlat stöd för patientsäkerhet](#)

[Vårdhandboken](#)