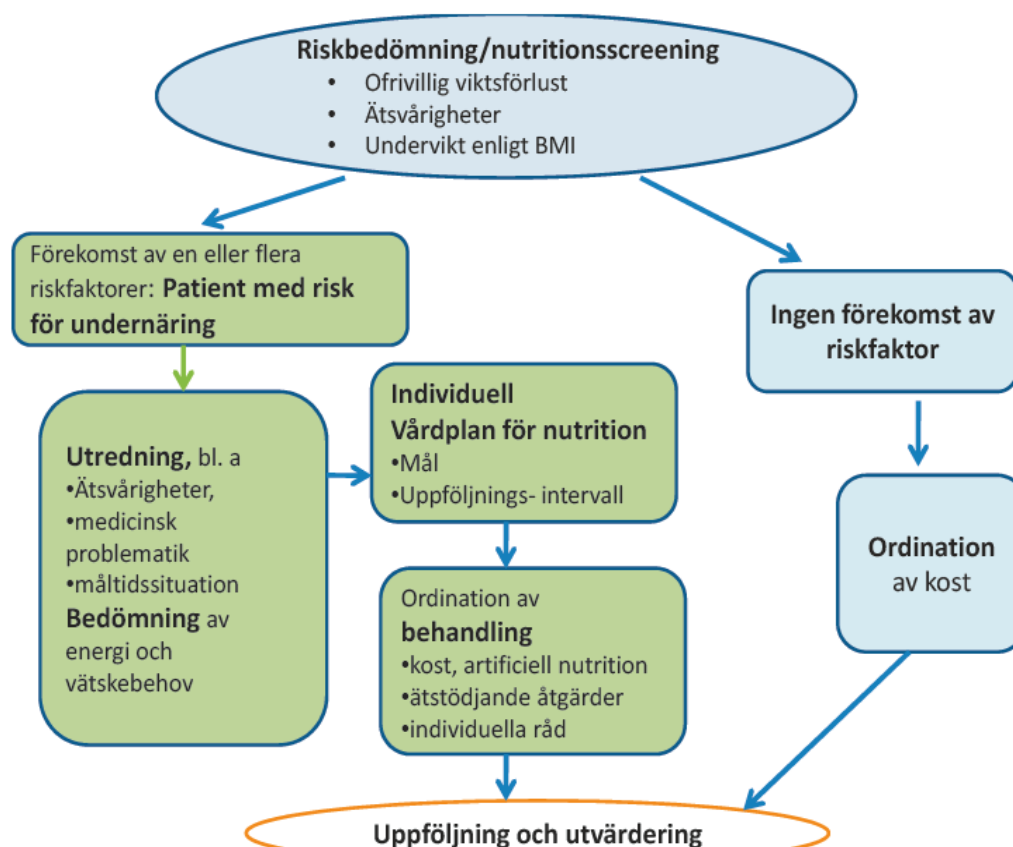


Nutritionsvårdsprocessen; verktyg för sjuksköterskor

För att identifiera, bedöma, diagnostisera och behandla nutritionproblem krävs en strukturerad process som följer samma struktur som en vårdprocess.

(Undernäring: åtgärder för att förebygga. Stockholm: Sveriges kommuner och lands-ting (SKL); 2011)

Sjuksköterskan ansvarar för Nutritionsvårdsprocessen som innebär ett strukturerat omhändertagande för en säker och effektiv nutritionsbehandling. Nutritionsvårdsprocessen innefattar riskbedömning, utredning, behandling och uppföljning, se figur 1.



Figur 1. Nutritionsvårdsprocessen, Näring för god vård och omsorg, Socialstyrelsen 2011.

"Ett gott näringstillstånd är en förutsättning för att undvika sjukdom och återvinna hälsa. Alla individer; friska, sjuka, unga och gamla har rätt att erhålla en adekvat, till individen och dennes tillstånd anpassad näringstillförsel" (SoS-rapport 2000:11, Näringsproblem i vård och omsorg).

Åtgärder vid risk för undernäring eller undernäring

Nutritionsbehandlingen syftar till att tillgodose den enskildes energi- och näringsbehov på ett optimalt sätt. Förstahandalternativet är alltid vanlig mat, så kallad kostbehandling. Nutritionsbehandling inkluderar följande terapiformer:

1. Rådgivning beträffande ätande och ätbeteende

Måltidsordning och nattfasta

För personer med nedsatt aptit är det viktigt att maten fördelas på flera måltider över dygnet, till exempel tre huvudmål och två till tre mellanmål. Det är viktigt att mellanmålen utformas efter patientens preferenser och har ett högt energi- och proteininnehåll. Ofrivillig nattfasta bör inte överstiga elva timmar och för personer som vaknar på natten bör det finnas tillgång till något att äta.

Måltidsfördelningen ska individanpassas så att fler mellanmål kan ges vid behov. Det bör finnas möjlighet till sena nattmål och/eller tidiga morgonmål. Den som önskar eller behöver äta vid någon udda tidpunkt bör få denna möjlighet.

Matvanor och livsmedelsval

Man bör ta hänsyn till att matvanor kan variera med nationell och etnisk bakgrund, religion och personliga preferenser. Det är därför angeläget att visa respekt och ta reda på vilka önskemål som finns, till exempel vad gäller livsmedelsval, matlagningsmetoder och hur man vill äta.

Vid undervikt är det bra att motivera till att välja mer energirika livsmedel och drycker, samt förstärkta mellanmål. Dessert vid både middag och kvällsmat ger bra extra energi.

Anpassad måltidsmiljö

Måltidsmiljön kan ha positiva effekter på patientens energiintag, vikt, nutitionsstatus, funktionsförmåga och välbefinnande. Det är viktigt att ta detta i beaktande när man planerar behandlingen och om möjligt hjälpa patienten att få en god måltidsmiljö.

Ätstödjande åtgärder

Ätstödjande åtgärder syftar till att stödja, underlätta och göra det möjligt för den enskilde att uppnå ett optimalt energi- och näringsintag. Exempel på ätstödjande åtgärder är:

- anpassad sittställning
- hjälp att lägga upp mat på tallriken
- hjälp att hälla upp dryck
- hjälp att skära upp/dela maten på tallriken
- guidning för att äta själv
- verbal uppmuntran/påstötning/instruktion
- matning
- äthjälpmedel såsom anpassade bestick, tallrik med hög kant och drickvänlig mugg.

2. Grundkost, specialkost, konsistensanpassad kost, anpassad kost

Under fliken Maten och Måltiden finns kompetterande information om olika åtgärder.

3. Kosttillägg och annat oralt nutritionsstöd

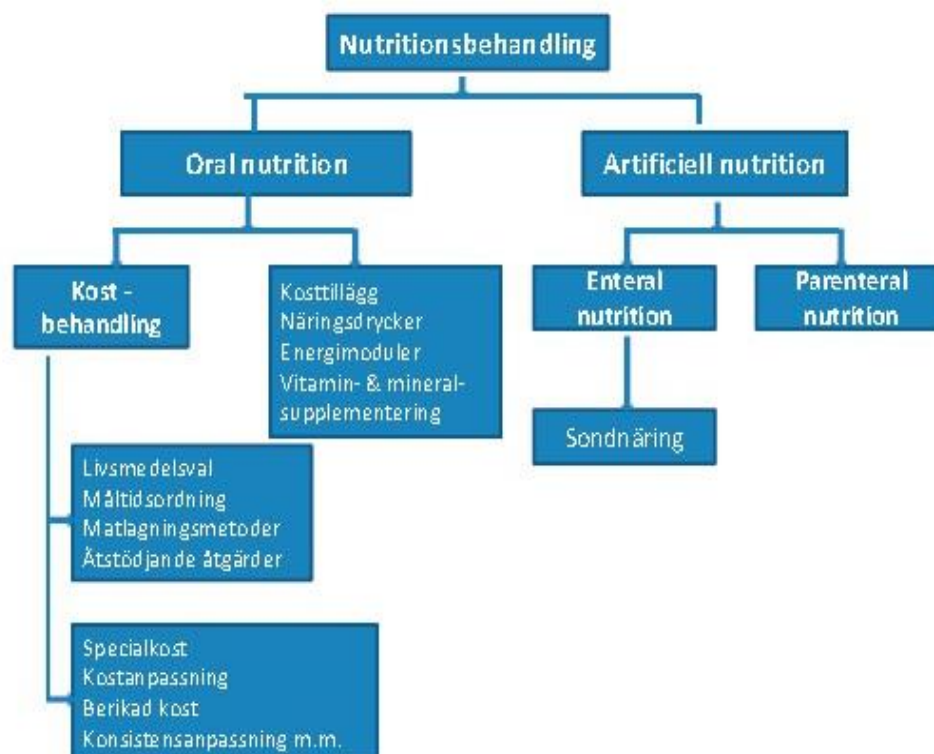
När den vanliga kosten inte räcker till för att tillgodose patientens behov av energi och näringsämne kan kosttillägg och annat oralt nutritionsstöd vara ett komplement. Ordination sker av sjuksköterska och ska föregås av utredning samt bedömning av energi- och näringsbehov. Ordinationen ska innehålla produktnamn, mängd och tidpunkt för administrering. Ordinerad insats förs in på signeringslista för omvårdnadsåtgärder. Erbjuden och intagen mängd ska signeras.

4. Enteral nutrition

Enteral näringstillförel innebär att näring tillförs tarmen vid sond eller stomi. Enteral nutrition ges till patienter då mat och oral näringsbehandling inte är tillräcklig eller möjlig, men när tarmen kan användas.

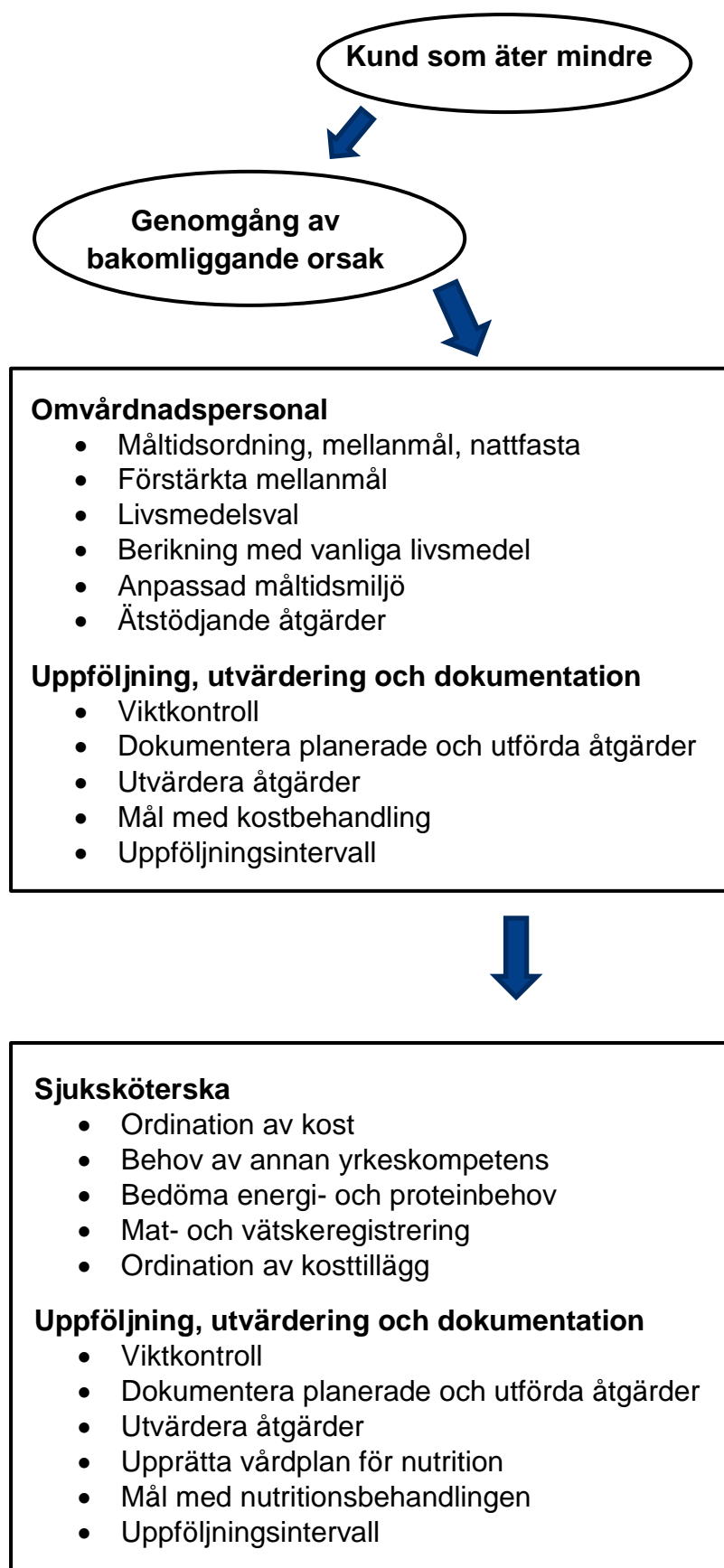
5. Parenteral nutrition

Parenteral nutrition (PN) innebär att vätska och näring ges intravenöst. Läkare ordinerar parenteral näringslösning, ofta i samråd med dietist och/eller sjuksköterska. Ordinationen omfattar energinivå, val av näringslösning, mängd i ml, eventuella tillsatser samt huruvida PN ska ges perifert eller intravenöst.



Figur. Grundläggande principer för nutritionsbehandling, Näring för god vård och omsorg, Socialstyrelsen 2011.

Flödesschema



Bakomliggande orsak

Bakomliggande orsaker kan vara flera och behöver identifieras. En eventuell sjukdoms förväntade påverkan på näringstillståndet måste vägas in i bedömningen.

Sjukdom eller funktionshinder

Såväl fysiska som psykiska sjukdomstillstånd kan orsaka nutritionsproblem. Kroniska sjukdomstillstånd bör man alltid vara observant på. Tillfälliga sjukdomstillstånd som exempelvis influensa kan ibland innebära början på en negativ spiral vad gäller nutritionen hos en äldre människa.

Ibland behöver ingen sjukdom föreligga, vissa funktionshinder eller motoriska störningar kan medföra svårigheter att äta.

Operation eller läkemedelsbehandling

En operation medför en stor belastning för kroppen. Läkningprocessen är energi-krävande, och man bör vara i ett gott näringstillstånd redan innan operationen. I efterloppet efter en operation bör man som omsorgspersonal alltid vara uppmärksam på nutritionsrelaterade problem.

En del läkemedelsbehandling kan orsaka biverkningar som t ex muntorrhet, illamående eller förstoppning. Vad gäller muntorrhet räcker det att man har många olika läkemedel för att biverkningen ska uppkomma; inget av de enskilda läkemedlen behöver då ha muntorrhet som specifik biverkan. Omfattande behandlingar som t ex cytostatika eller strålning bör uppmärksammas extra mycket.

Sår

Ett större sår, t ex ett trycksår, "läcker" en hel del energi och protein. Ju större såret är och ju mer det vätskar, desto större är förlusterna. Men det är viktigt att inte bara se de stora såren som en orsak till att se över energi- och näringsintag; även rodnaden på huden som inte bleknar vid avlastning kräver näring för läkning.

Nedsatt aptit och matleda

Nedsatt aptit och matleda kan vara såväl en direkt följd av sjukdom som en biverkan av behandlingen. Psykiska orsaker som nedstämdhet, oro och depression eller fysiska orsaker som inaktivitet kan också påverka lusten till mat. En utredning av orsakerna till aptitlöshet är viktig, ibland kan översyn av läkemedelsbehandling hjälpa.

Ätsvårigheter

Att mat lämnas kvar på tallriken kan vara ett tecken på tugg- och sväljsvårigheter hos en omsorgstagare/brukare som själv inte har förmågan att tala om det. Var uppmärksam på om en viss konsistens på mat ofta lämnas kvar.

Vid misstanke om tugg- och sväljsvårigheter bör sjuksköterska kontaktas för vidare utredning. I vissa fall kan hjälpmedel behövas i samband med måltid. Notera om be-

sticken är svåra att greppa, om det föreligger problem att föra gaffeln eller skeden från tallrik till mun osv. Här kan kommunens arbetsterapeuter vara behjälpliga.

Munhålans kondition

Många äldre har kvar sina egna tänder i större utsträckning. Det finns många olika lösningar; inplantat, bryggor och tandproteser. Vid viktnedgång förlorar man muskeltur i hela kroppen, även i käkar och mun. Det kan göra att en tandprotes som tidigare fungerat bra inte längre sitter som den ska, att den glappar eller skaver och försvårar ätandet.

Muntorrhet är vanligt i samband med läkemedelsbehandling, hemodialysbehandling och/eller stigande ålder. Vid muntorrhet finns en ökad risk att man även kan drabbas av svampinfektion, karies och andra besvär. Tandhygienisten är en viktig resursperson, som kan ge tips och råd vid muntorrhet och munvård.

Mag- tarmkanalens funktion

Illamående, kräkningar, förstoppning och diarré kan bero på många olika saker. Undernäring i sig, sjukdom eller läkemedel kan ligga bakom besvären.

Kulturella, religiösa, etniska och sociala faktorer

Sorg över en anhörig eller nära vän som gått bort, ekonomiska förändringar eller byte av boende kan påverka lusten att äta. Möjligheten att få tag på exempelvis halalslaktat kött för en muslim eller mat som är kosher för en ortodox jude kan vara avgörande för näringsintaget. Olika kulturer och religioner har olika seder och bruk som man som vårdgivare bör vara bekant med.

Nutritionsbehandling

När nutritionsutredningen är klar ska en vårdplan för nutritionsbehandlingen upprättas av sjuksköterska eller distriktssköterska.

Andra yrkesgrupper som läkare, dietist, arbetsterapeut, sjukgymnast, logoped, tandhygienist och övrig vårdpersonal kan gärna samverka i utformandet av vårdplanen.

En vårdplan för nutritionsbehandling innehåller diagnos, målsättning för behandlingen, planerade åtgärder och tid för uppföljning. Målsättning, åtgärder och uppföljning är helt beroende av vilka nutritionsproblem den enskilde har.

Målsättning

Målsättningen med nutritionsbehandlingen är individuell och bör alltid vara tydligt dokumenterad när åtgärderna planeras.

Nutritionsbehandlingen kan vara en del av den medicinska behandlingen och/eller en del av en rehabilitering. Syftet med behandlingen kan vara kurativ (att bota) eller palliativ (att förbättra, bevara eller lindra när bot inte är möjligt). Dialog med den enskilde och/eller anhöriga är av största vikt när vårdplanen upprättas.

Utvärdering av nutritionsbehandling

Syftet med att följa upp och dokumentera nutritionsbehandlingen är att värdera hur väl åtgärderna har fungerat, och att upptäcka eventuella biverkningar.

Om kunden behandlas med kosttillskott, specialkost eller konsistensanpassad kost är det lämpligt att särskilt observera smak, acceptans och kundens möjlighet att följa behandlingen.

Utvärdering av annans ordination

Ibland har kunden en ordination från tidigare vårdgivare och då är det viktigt att veta målsättningen med nutritionsbehandlingen samt vem som är ansvarig för uppföljningen. Det är viktigt att ordinationen omprövas av nuvarande vårdgivare efter en tid och när målet med behandlingen är uppnått bör ordinationen upphöra.

Viktkontroll

Ett bra sätt att förebygga risk för undernäring och utvärdera insatta åtgärder är att kontrollera vikten regelbundet, gärna var tredje månad. Det är viktigt att ta hänsyn till kundens vikhistoria och gärna få uppgift om vikt före sjukdomsdebuten hos kroniskt sjuka.

Det är vanligt med åldersrelaterad viktnedgång, och den kan delvis betraktas som fysiologisk. En viktnedgång på upp till ett halvt kilo per år (eller ungefär 0,5 % per år) efter 70 års ålder kan anses förenligt med ett normalt åldrande.