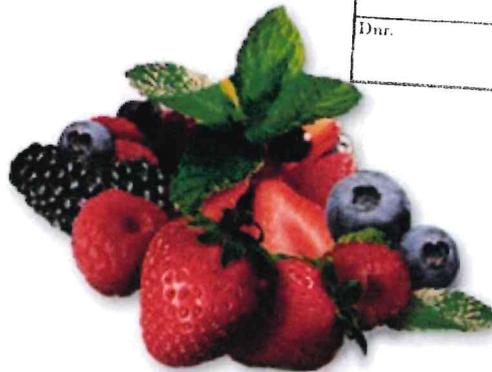


VILHELMINA KOMMUN
KOMMUNSTYRELSEN

2024 -01- 16

Dnr.



Nutritionspolicy

och handlingsplan för Vilhelmina kommuns särskilda boenden/ Hemtjänst

Jenny Almroth Måltidschef
Jessica Stenvall MAS
Jenny Örnberg, Socialchef

VILHELMINA KOMMUN
Senast uppdaterad 20231112

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Del 1:

- 1.1 Mat för äldre—viktigt för alla
- 1.2 Mål
- 1.3 Styrdokument
 - Verksamhetschef/ Förvaltningschef
 - Medicinskt ansvarig sjuksköterska
 - Måltidschef
 - Läkare
 - Enhetschef
 - Sjuksköterska
 - Omvårdnadspersonal
 - Biståndshandläggare
 - Arbetsterapeut
 - Fysioterapeut
 - Kostansvarig/Kokerskor/Kockar
 - Gemensamt ansvar
- 1.4 Samverkan och kunskapsspridning
- 1.5 Viktigt att tänka på

Del 2:

- 2.1 Krav på mat på särskilt boende/hemtjänst
- 2.2 Matsedelsplanering
- 2.3 Mat och nutritionsbehandling
- 2.4 Enteral nutrition—sondnäring
- 2.5 Parenteral nutrition—intravenös tillförsel
- 2.6 Uppföljning av nutritionsbehandling
- 2.7 Informationsöverföring
- 2.8 Åtgärdsprogram för att undvika nutritionsproblem hos vårdtagare

Bilagor:

Handlingsplan
Referenser
Kostintyg
Mat- och vätskelista

1.1 MAT FÖR ÄLDRE - VIKTIGT FÖR ALLA

Sverige har en åldrande befolkning vilket innebär att andelen personer i mycket höga åldrar ökar kontinuerligt. Majoriteten av äldre individer är friska och aktiva, men av de allra äldsta ökar behovet av vård och omsorg på grund av sjuklighet och funktionsnedsättningar. Detta medför större svårigheter att bibehålla ett gott nutritionsstatus, vilket i sin tur har konsekvenser för behovet av hjälp.

Mat är livsnödvändigt. Det är dessutom en viktig del i människors vardag. Matvorna speglar vår identitet, kultur, våra erfarenheter och historia. Därför behöver måltiderna i äldreomsorgen utformas utifrån de äldres individuella behov och önskemål. Det finns inte en universallösning som passar alla, i stället behövs flexibla måltidslösningar som ger valmöjlighet och delaktighet. Ytterligare orsaker som kan omnämnas är matförsörjningsorganisation och - kvalitet samt personalens kunskap och attityd.

Måltiderna är inte en fristående verksamhet utan en grundläggande del av omvårdnaden av de äldre. I de nationella riktlinjerna för måltider i äldreomsorgen lyfts fem framgångsfaktorer för bra måltider: individanpassning, kunskap och kompetens, helhetssyn på måltidskvalitet, god samverkan mellan yrkesgrupper samt ständig utveckling och utvärdering av måltidsverksamheten. En fullvärdig kost är en förutsättning för att upprätthålla hälsan, inte minst som äldre.

Det är viktigt att i god tid upptäcka, identifiera och förhindra undernäring hos vårdtagarna samt att kunskap om kost finns hos köks- och vårdpersonalen.

Den sjuka individens nutrition måste betraktas på samma sätt som annan medicinsk behandling och därmed underkastas samma krav på utredning, diagnos, behandlingsplanering och uppföljning/ dokumentation.

Måltidsverksamheten inom kommunerna bör uppfylla de nordiska näringsrekommendationerna och följa livsmedelsverkets råd och riktlinjer samt att det finns klagörande av ansvarsfördelning för kosthållet inom kommunens äldreomsorg.

1.2 MÅL

Nutrition är en central fråga vid omvårdnad av äldre. Forskning har visat att en individuellt anpassad kost av god kvalitet, som är rätt sammansatt ur näringssynpunkt, ger en rad positiva effekter. Risken för infektionssjukdomar minskar, liksom risken för förvirringstillstånd. Dessutom förhindras bristsjukdomar och nedbrytning av muskelmassa hos den äldre. Detta leder till förhöjd livskvalitet med minskad fallrisk och med vinster för såväl den boende som samhället.

Denna handlingsplan om nutrition (näringstillförsel) har tagits fram för att tydliggöra för alla som medverkar i någon del av mathantering, vad som krävs för att nå fram till ett optimalt resultat vad gäller måltidsservice för äldre.

Planen riktar sig till de ansvariga för mat-service till äldre personer, med sviktande hälsa och åldersförändringar, i särskilt boende, hemsjukvård och hemtjänst inom Vilhelmina kommun.

Riktlinjerna ska användas såväl vid upphandling av måltidsservice för äldre som vid vägledning och undervisning för personal som planerar, lagar och serverar mat.

1.3 STYRDOKUMENT - ANSVAR

Verksamhetschef/ Förvaltningschef
Har det övergripande ansvaret för socialtjänstens verksamhet.

Verksamheten ansvarar för att det finns ett ändamålsenligt kvalitetssystem för att fortlöpande styra, följa upp, utveckla och dokumentera kvaliteten i verksamheten för att uppnå målen och främja kostnadseffektivitet.

Medicinsk ansvarig sjuksköterska

Har det övergripande ansvaret för medicinskt kvalitet och säkerhet i den verksamhet som kommunen bedriver. Detta regleras i Hälso- och sjukvårdslagen kapitel 11 §4 samt SFS 2010:1369 patientsäkerhetsförordningen.

Måltidschefens ansvar

Ansvarar för matsedel, matproduktion, att maten motsvarar de nationella kvalitetskraven på näringsinnehåll (nordiska näringsrekommendationerna), att den står i överensstämmelse med produktansvarslag och livsmedelslag, samt att enheterna får vad de beställt. Måltidschefen ska

också följa upp och utvärdera kvaliteten på den mat som tillagas.

Läkarens ansvar

Läkaren har patientansvar, vilket bland annat omfattar ansvar för utredning och ordination av behandling. Läkaren bör ta ställning till om avmagring eller pågående viktförlust orsakas av medicinska faktorer som behöver utredas eller kan motverkas genom specifik medicinsk behandling. I samråd med annan personal som sjuksköterska, dietist och vårdare ska läkare ordinera lämplig nutritionsbehandling.

Enhetschefer

Ansvarar för att nutritionspolicyen är känd på enheten och att den enskilde får kost och dryck efter behov. Se till att måltidsordningen är lämpligt fördelat över dygnet, så att nattfastan ej överstiger 11 timmar. Enhetschefen ska också se till att den gemensamma matmiljön är tilltalande och att rapportering av nutritionsproblem sker till sjuksköterska. Viktigt är också att personalen får utbildning kontinuerligt.

Sjuksköterskans ansvar

Har omvårdnadsansvaret när det gäller den boendes näringstillstånd. Detta innebär att sjuksköterskan riskidentifierar den boendes mat- och vätskeintag eller förmåga att äta, bedömer den boendes behov av omvårdnad samt utvärderar åtgärderna. Sjuksköterskan ansvarar för att enligt läkarordination genomföra nutritionsbehandling och följa upp den boendes tillstånd efter behandlingen. I sjuksköterskans ansvar ingår att informera och förbereda den boende inför behandlingen samt att fortlöpande journalföra processen och vidarebefordra dokumentation till nästa vårdgivare.

Omvårdnadspersonalens ansvar

- Att den enskildes matmiljö är trivsamt - dukning - blommor.
- Att servering och uppläggning sker på ett trevligt sätt.
- Att den enskildes kost och vätskeintag är adekvat.
- Att leverans av matdistribution sker enligt gällande beslut.
- Att problem i matsituationen rapporteras till ansvarig sjuksköterska.
- Att vara delaktiga i planering av insatser och att följa givna instruktioner.
- Att hjälpa den enskilde med matning då behov finns.
- Att lämpliga tillbehör serveras till måltiden utifrån matsedel.
- Att frukost samt mellanmål bereds i

lämplig konsistens, har ett varierande innehåll samt berikas vid behov.

Biståndshandläggarens ansvar

Utredde efter ansökan och samtycke från den enskilde, beslutar om personlig omvårdnad, service och sociala insatser enligt socialtjänstlagen (SOL)

Arbetssterapeutens ansvar

Genom att prova ut lämpliga hjälpmedel underlätta ätandet och därmed bidra till bättre matintag.

Fysioterapeutens ansvar

Sjukgymnasten kan förbättra patientens sittställning i samband med måltid och på så sätt gynna matintaget.

Kostansvarig/kokerskor/kockar inom omsorgens kök

- Att tillhandahålla beställd kost enligt fastställda riktlinjer.
- Att fastställt egenkontrollprogram efterlevs.
- Att enheten får vad de beställt.

Gemensamt Ansvar

Det är ett gemensamt ansvar att alla yrkesgrupper håller sig informerade och aktivt deltar i nutritionsarbetet.

1.4 SAMVERKAN OCH KUNSKAPSSPRIDNING

Måltidsråd

Här träffas socialchef, MAS, enhetschef, sjuksköterskor, måltidschef för att diskutera nyheter och förändringar inom nutritionsområdet, åtgärdsplanerar utifrån statistik, mätningar och övrigt.

Information kan ges om produkter, nya föreskrifter, förslag på förändringar i arbetssätt ska arbetas fram. Socialchefen är sammankallande

Antalet träffar bör vara 1 st / år.

Måltidsmöten på respektive boende

Enhetschef, sjuksköterska, måltidsombud samt köksansvarig arbetsledare som finns vid respektive enhet. Information från måltidsrådet går vidare till denna arbetsgrupp. Frågor från denna arbetsgrupp förs även vidare till måltidsrådet.

Måltidsombud från avdelningar samt kökspersonal ingår i denna arbetsgrupp och diskuterar här praktiska frågor gällande matsedel, tillbehör, portioner, utbud m.m. Träffar genomförs vid varje enhet 2 ggr per år. Arbetsledare köket

sammankallar.

Nätverksgrupp

Återkoppling - Uppföljning

För att stimulera samarbete, nutritionsutveckling och följa upp och återkoppla riktlinjerna för nutrition träffas Måltidschef, MAS och enhetschef 1 ggr per år. Måltidschef sammankallande.



1.5 VIKTIGT ATT TÄNKA PÅ

Måltidsmiljö

Måltidsmiljön och maten är av stort värde för äldre. Med stigande ålder avtar andra vardagsaktiviteter och matens betydelse blir större.

Måltiderna har även en social betydelse och är ett avbrott i den dagliga tillvaron.

Miljön har en stor betydelse för aptiten. Måltiderna ska präglas av lugn och ro. Tänk på att inte ha radio och TV på under måltiden! Det är också viktigt med vacker dukning.

Maten ska se aptitlig ut, dofta gott och portionen ska inte vara för rikligt tilltagen (Ombjudning kan i stället erbjudas).

Det är viktigt att tänka på att många äldre människor måste få tid på sig vid måltiderna och stress kan orsaka att en person tappar aptiten. Det bör inte vara för många personer involverade i själva matsituationen.

Livsmedelshygien

Bakterier, virus och andra mikroorganismer kan spridas via livsmedel. Inom vård och omsorg finns risk för smittspridning via personal som växlar mellan vårdarbete och livsmedelshantering.

All personal skall därför ha kunskap om livsmedelshygien. Det är av största vikt att informationen finns om de lagar och föreskrifter som styr livsmedelshygien.

Inom köken och vårdavdelningarna ska godkända egenkontrollprogram finnas.

Munhygien

För att den boende ska kunna tillgodogöra sig maten och för att öka aptiten är en god och regelbunden munhygien av största vikt. Munhälsobedömning utförs enligt gällande rutin för Senior Alert.





2.1 KRAV PÅ MAT PÅ SÄRSKILT BOENDE / HEMTJÄNST

Vägledning vid val av mat

Med information om aktuell näringstillstånd kan man utforma en individuellt anpassad nutritionsbehandling för att förebygga och behandla undernäring. Denna bör innefatta:

- Energibehov
- Typ av näringstillförsel
- Normalkost, specialkost, anpassad kost, kosttillskott, rådgivning beträffande ätande.
- Måltidsordning
- Eventuellt behov av konsistensanpassning
- Flytande kosttillskott, näringstillförsel via mag-tarmkanalen eller blodbanan (enteral respektive Parenteral nutrition).

Måltidsordning och energifördelning

En lämplig måltidsordning är en förutsättning för att vårdtagaren ska äta den serverade maten och därmed täcka sitt energi- och näringsbehov. Det är lättare för sjuka att få i sig tillräckligt med energi och näring om maten delas upp på flera små mål över dagen, dvs frukost, lunch och middag och minst tre mellanmål. Ett vanligt skäl till att mat inte äts upp är att måltiderna under dagen serveras för tätt, samtidigt som det ibland är alltför långt mellan en dags sista och nästa dags första måltid.

Det är angeläget med tillräckligt lång tid mellan måltiderna. Motiven till dessa rekommendationer är följande:

- Flertalet vårdtagare är vana vid en måltidsordning med frukost före arbetet, lunchpaus, måltid efter arbe-

tets slut och därtill några små mellanmål.

- Äldre har ofta dålig aptit och kan endast äta små portioner. Det förutsätter flera måltider, väl utspridda över så stor del av dagen som möjligt, så att vårdtagaren ska orka att äta tillräckligt och därmed kunna täcka sitt energi och näringsbehov.
- Nattens fasta bör inte vara för lång. Kvällsmålet bör därför serveras mellan kl 20 och 21.

Måltiderna med lagad mat medför ofta större variation av livsmedel och därmed ökade möjligheter att täcka behovet av olika näringsämnen.

Den rekommenderade måltidsordningen är fördelaktig för god kontroll av såväl blodsocker som blodfettsnivåer och för att kroppsvikten ska hållas på önskad nivå. Ofta sker medicinering i anslutning till måltiderna. Måltidsordningen kan därför också komma att bestämma tidpunkterna för medicinering och påverkar därmed effekterna av läkemedlen.

Arbetstidsschema och vårdrutiner bör anpassas efter den nationella rekommenderade måltidsordningen.

Lämpliga tider för servering av måltider (se tabell nedan):

Nattfastan får inte överstiga 11 timmar. Nattmål vid behov.

Måltiderna bör serveras jämt fördelade över dagen. Nattfastan bör inte överstiga 11 timmar. Ofta ökar det totala intaget av mat när antalet måltider ökar. Det är viktigt att vid behov kunna servera extra mellanmål oavsett tid på dygnet. Det kan till exempel i vissa fall finnas behov av nattmål eller mellanmål före frukost.

Minst tre mellanmål per dygn bör serveras. Med den rekommenderade måltids-

Måltider under dagen	Tider	Energifördelning %	Kcal
Frukost	07.00-08.30	15-20	320-430
Mellanmål	09.30-10.30	10-15	210-320
Lunch	11.00-13.00	20-25	430-540
Mellanmål	14.00-15.00	10-15	210-320
Middag	17.00-18.30	20-25	430-540
Kvällsmål	20.00-21.00	20-25	210-430

ordningen skulle energifördelningen för respektive måltid bli enligt ovan vid ett totalt energibehov av 9 MJ (2200 kcal)

2.2 MATSEDELSPLANERING

Matsedeln ska vara näringsvärdesberäkning och överensstämna med nordiska näringsrekommendationerna. Det är också nödvändigt att variationen i energiintag mellan olika dagar är så liten som möjligt. Detta gäller alla kosten. Samtliga kosten ska kunna serveras med konsistensanpassning efter individuella behov, med undantag av tunnflytande kost.

Måltidernas innehåll

En hel dags måltidsbudget ska innehålla delar av hela kostcirkeln.

Frukost

Frukost är ett viktigt mål eftersom typiska frukosträtter är lätta att äta för de flesta. Vid frukost målet ska följande finnas att välja på:

- Kaffe och/eller te
- Mjolk och eller yoghurt
- Bröd (mjukt och/eller hårt) och matfett samt pålägg
- Juice och/eller frukt
- Gröt välling eller flingor
- Ägg

Lunch Lun- ska



chen
in-

nehålla kött, fisk, fågel eller vegetariskt alternativt samt:

- Potatis, ris eller pasta eller motsvarande
- Grönsaker
- Bröd och smör
- Måltidsdryck som till exempel mjölk, lättöl, bordsvatten, lingondricka.

Efterrätt ska ingå till lunchen

Middag

Middagsmålet bör komplettera lunchmålet och ska innehålla kött, fisk, fågel eller vegetariskt alternativt samt:

- Potatis, ris eller pasta eller motsvarande
- Grönsaker
- Bröd och smör
- Måltidsdryck, till exempel mjölk, lättöl, bordsvatten, lingondricka.
- Färs frukt

Kvällsmål eller mellanmål

Vid kvälls- och mellanmålen ska följande finnas att välja på:

- Valfri dryck som till exempel kaffe, te, mjölk, juice
- Smörgås, bulle, skorpa, kaka
- Frukt

Det ska även finnas tillgång till mellanmål under andra tider på dygnet och för dem, som behöver extra energi rekommenderas:

- Varma eller kalla drycker
- Plockmat
- Frukt eller bär med grädde eller glass
- Mjolk- eller glass drinkar
- Smörgåsar/snittar
- Kex, pepparkakor med t ex ost
- Blåbärssoppa/Nyponsoppa
- Buljong med lite grädde och salta kex

2.3 MAT OCH NUTRITIONS BEHANDLING

Grundkost

Normalkosten är grundkosten för de flesta vårdtagare. Den är avsedd för vårdtagare med måttlig eller ringa fysisk aktivitet och/eller ökad näringsbehov, där indikatorer för annan kost inte föreligger.

När de gäller friska och fysiskt rörliga personer, diabetiker, vid hyperlipedemi, vid hypertoni, och det metabola syndromet ordineras NNR-kost (nordiska näringsrekommendationer).

Energiberikad normalkost

Ett vanligt problem vid sjukdom och när man blir äldre är att aptiten minskar, ibland med kombination med att energiomsättningen i vila ökar. Förlusterna av protein kan öka vid olika stresstillstånd som trauma, infektion och inflammation. Detta leder till vävnadsnedbrytning och viktnedgång. Kroppens svar på sjukdom och skada, som framförallt yttrar sig som en generell inflammation av olika styrka, tycks framkalla både aptitlöshet och en ökad vävnadsnedbrytning. Det är viktigt att tänka på att det är sjukdomsprocess-

sen i sig som orsakar detta. Det innebär att åtgärder för att behandla sjukdomen eller lindra dess symtom måste ske tillsammans med åtgärder för att förbättra näringstillståndet. Vid sådana tillstånd behövs en kost som ger minst lika mycket energi och helst extra protein i mindre serveringsportioner, jämfört med en normal portion, för att kunna tillgodose behovet av energi, protein och andra näringsämnen,

Energiberikad kost används till personer, som vid en första bedömning av näringstillståndet dels bedöms vara undernärda eller i riskzonen för att utveckla undernäring på grund av undervikt och/eller ofrivillig viktnedgång, dels har alltför dålig aptit eller andra ätsvårigheter för att kunna äta tillräckligt av grundkosten. Alla måltider, även frukost och mellanmål måste berikas.

Anpassad konsistens vid tugg och sväljsvårigheter

Många personer kan inte äta mat med normal konsistens. Detta gäller till exempel personer som har tuggproblem, bristande funktion, smärta eller förlamning i munhåla och svalg, förträngningar i matstrupen eller käkfixering.

I största möjliga utsträckning bör man sträva efter att använda vanlig mat och traditionella maträtter som har den önskade konsistensen. Den exakta fördelningen av konsistensförändringar måste avgöras individuellt mot bakgrund av genomförd sväljutredning.

Olika konsistenser som bör erbjudas

- Hel- och delad
- Grov paté och timbal
- Gelékost
- Flytande
- Tjockflytande

Näringstillförsel på konstgjord väg

Hos ett mindre antal personer, framför allt med svår sjukdom eller funktionshinder, är förmågan att äta nedsatt och kostbehandling och tillägg är otillräckligt för att tillgodose deras näringsbehov. I sådana fall ska behovet av näringstillförsel på konstgjord väg (artificiell nutrition) utredas. Den patientansvarige läkaren har ansvaret för denna bedömning. Om sådan behandling sätts in, kan den utformas för tillförsel via mag-tarmkanalen (enteral) eller via blodbanan (parenteralt), se även 2.4 "Eternal nutrition—sondnäring" och 2.5 "Parental nutrition—intravenös tillförsel".

Kosttillägg och berikning

Syftet med kosttillägg och berikning är att de ska utgöra ett komplement till den vanliga maten när den inte räcker till för att tillfredsställa behovet av energi och näring. Kompletteringen kan ske dels i form

av tillägg, dels i form av berikning. Sjuksköterska ska medverka vid ordination av kosttillägg.

Mat vid specifika sjukdomstillstånd, specialkost

Vid en del sjukdomar behöver den boende specialkost. Denna form av behandling är i de flesta fall livslång. Kostomläggning innebär ofta en stor förändring i den boendes dagliga liv. För att ändringen ska bli praktiskt genomförbar, långsiktig och kunna accepteras av den boende måste man i praktiken ha hjälp och vägledning så väl vid insättande av specialkost som under uppföljningen.

- Tar obligatoriskt längd och vikt vid inflyttning
- Bevakar att personen bibehåller sin vikt enligt gällande rutiner
- Dokumenterar resultatet i daganteckning (Treserva)
- Ansvarar för att sjuksköterskan kontaktas vid avvikelser

Vårdpersonalen ska inte självständigt tillämpa förändring av kosthållning till den boende som man tycker äter dåligt, utan kontakta sjuksköterskan som bedömer om vidare utredning behöver göras.

Nutritionsbedömning

Sjuksköterskan ansvarar för att orsaken till varför den boende äter dåligt diagnostiseras innan man ger kosttillskott eller ersätter vanlig mat.

Nutritionsstatus

Bedömning baseras på en sammanvägning av:

- Ofrivillig viktförlust
- Ätsvårigheter
- Undervikt / övervikt
- Tuggsvårigheter
- Tand och salivproblem
- Hantera bestick
- Äter själv

Vid förekomst av en eller flera av faktorerna ska en basal utredning och bedömning av bakomliggande tillstånd genomföras.

Läkaren har tillsammans med sjuksköterskan det övergripande ansvaret, vilket omfattar huvudansvar för utredning som leder till ordination av rätt behandling.

Identifiera riskperson

Sjuksköterskan identifierar den boendes problem med mat och vätskeintag för att bedöma risk för nutritionsproblem.

Handlingsplan vid nutritionsproblem

Bedömning:

- Nutritionsstatus enl Senior Alert
- Bedömning med hjälp av mat och vätskelista

Åtgärder som kan underlätta ätandet

Matning och måltidsassistans; att kunna äta själv hänger intimt samman med självkänslan. Uppmuntra först en person att äta själv. Det är viktigt att matningstakten och tuggstorleken anpassas efter patientens förmåga att äta.

Äthjälpmiddel, t ex tallrik med förhöjd kant, antiglidmatta eller bestick med tjocka skaft.

En bra sittställning är viktig under måltiden. Om den boende måste äta i sängen bör sittställningen vara så upprikt som möjligt. En kudde under knäna gör att patienten inte lika lätt hasar ned och ger en bekvämare sittställning.

Träning av bålstabilitet och sittbalans. Åtträning, t ex individuellt anpassad träning av sväljning och munrörelser. Munvård, dvs. tandborstning, rengöring av munhåla och behandling av uttorkade slemhinnor är viktigt och kan underlätta ätandet.

Inled måltiden med en aptitretare, något salt eller syrligt. Servera små energirika portioner vid flera måltider väl utspridda över dygnet.

Servera mat med lämplig konsistens. Arrangera måltiden så trevlig som möjligt och lägg upp maten på ett tilltalande sätt. Undvik andra aktiviteter i samband med måltiden.

Komplikationer vid oral näringstillförsel

Komplikationer förekommer mycket sällan. Vid sväljningssvårigheter finns risk för aspiration och kvävning.

2.4 ENTERAL NUTRITION—SONDNÄRING

Enteral näringstillförsel innebär att näring tillförs tarmen via sond eller stomi. Enteral nutrition ges till patienter då mat och oral näringsbehandling inte är tillräcklig eller möjlig, men när tarmen kan användas. Enteral näringssond kan placeras i magsäck eller i tunntarm. För kortvarigt bruk läggs sonden via näsan (nasogastrisk sond). Vid längre tids behandling (>4 v) rekommenderas perkutan endoskopisk gastrostomi (PEG, en kort sond genom bukväggen till magsäcken) eller jeju-

nostomi (en sond anlagd genom bukväggen till övre delen av tunntarmen).

Infusionshastigheten av sondnäringen anpassas efter tarmens mottaglighet. Ofta behöver en större del av dygnets timmar användas för att tillräckligt mycket näring skall kunna ges. Under de första tre till fyra dygnen ökas infusionshastigheten successivt från ca 25 ml/tim till 100-200/tim. Om sonden ligger i tunntarmen är det viktigt med långsam kontinuerlig tillförsel med pump för att undvika diarré. Intravenös näringsbehandling kan behövas som komplement under upptrappingsperioden.

Skötsel av sond och PEG

- Vid tveksamhet om läge av sond eller PEG, kontrollera med röntgen eller byt sond.
- För att minska risken för aspiration bör patienten om möjligt sitta upp eller ha höjd huvudända under själva matningen.
- Låt patienten om möjligt få äta och dricka bredvid sonden.
- Vid nasogastrisk sond kontrolleras sondläget innan sondnäring ges. Aspirera, spruta ned luft och lyssna med stetoskop över magsäcken efter bubblande ljud.
- Munvård ska ske flera gånger om dagen.
- Spola sonden/stomin med vatten före och efter sondmatning och läkemedelstillförsel.
- Vid nasogastrisk sond inspektera nässlemhinnan dagligen så att inte tryckskada uppkommer.
- Rengör dagligen området runt PEG och sond.
- Vid behov använd slangklämma avsedd för PEG.
- Kontrollera avståndet mellan den yttre fixeringsplattan på PEG och huden. Lämpligt avstånd är 3-4 mm. Om patienten har en PEG med stopplatta bör sonden roteras ett halvt varv varje dag för att ej växa fast.

Komplikationer vid enteral nutritionsbehandling

- Diarré förekommer hos 10-25% av patienterna.
- Aspiration med risk för lunginflammation kan motverkas med höjd huvudända vid sondmatning. Risken är ökad hos medvetandepåverkade patienter eller patienter med svalgpares.

- Illamående/kräkningar och uppkördhet förekommer framför allt vid för snabb tillförsel av sondnärningen.
- Förstoppning kan uppträda, ofta beroende på otillräcklig vätsketillförsel.
- Stopp i sond/stomi avhjälpas genom att spola sonden med vatten.
- Sårinfektion runt gastrostomin behandlas med sedvanlig sårvård.
- Granulom runt stomin kan behandlas med lapis.
- Vid läckage bredvid stomin, kontrollera och vid behov justera den yttre fixeringsplattan.
- Vid misstanke om fistelbildning, gör en röntgenundersökning.
- Om PEG glider ut, sätt genast in den gamla och byt snarast till en ny.
- Läckage av sondnäring/magsäcksinnehåll till fri bukhåla kan ge bukhinneinflammation med feber och buksmärta.

2.5 PARENTERAL NUTRITION —INTRAVERNÖS TILLFÖRSEL

Parenteral näringstillförsel ges till patienter då oral och enteral tillförsel inte täcker behovet eller om tarmen inte kan användas. Total parenteral nutrition (TPN) ges när näring inte kan tillföras oralt eller enteralt. Oral, enteral och parenteral nutrition kompletterar varandra och kan med fördel kombineras.

- Parenteral näring (inklusive TPN) kan ofta ges i stor perifer ven vid kortare tids behandling (<1 v). Kontrollera att infusionslösningen är anpassad för perifer ven. Välj en så kort och tunn perifer venkateter (PVK) som möjligt. Dagligt kateterbyte rekommenderas. Ge lågosmolära lösningar (<900 mosm/kg vatten).
- TPN ges vanligen i stor påse som innehåller en blandning av fett-emulsion, aminosyror och glukos. Infusionstid 12-24 timmar. Tillsats av vitaminer och spårämnen är nödvändigt. Vid långvarig TPN eller vid högsmolära lösningar, dvs. >900 mosm/kg vatten bör tillförsel ske via central venkateter (CVK eller subkutan venport).

Komplikationer vid parenteral nutritionsbehandling

- Tromboflebit är den vanligast biverkan vid perifer tillförsel. Risken för kärlirritation ökar ju längre tid som infusionen pågår och motverkas dels genom att en stor ven används, dels genom täta, helst dagliga byten av infusionsven. Tromboflebit kan behandlas med antiinflammatorisk salva.
- Hyperglykemi och glucosuri uppträder om glukostillförseln överskrider vävnadernas möjlighet att förbränna och lagra glukos. Hyperglykemi bör behandlas med insulin om inte infusionstakten kan sänkas.
- Bestående hypertriglyceridemi förekommer vid för hög fettillförsel och samtidig störning i fettmetabolismen.
- Katetersepsis förekommer särskilt vid otillräcklig aseptik vid skötsel. Vid misstanke om katetersepsis bör katetern dras och odlingsprov tas från kateterspets och blod. Antibiotikabehandling påbörjas.
- Trombosbildning i centrala venösa kärl kan förekomma.
- Vid nedsatt njurfunktion kan stigande ureavärden tyda på för hög proteintillförsel.

Refeeding syndrom

Ett livshotande överbelastningsyndrom kan uppstå hos svårt undernärda individer som ges mer näring än vad vävnaderna förmår metabolisera. Störst är risken vid intravenös tillförsel.

Tecken på refeeding syndrom är stigande kroppstemperatur, snabbt ökande vikt pga. vätskeretention, cirkulatoriska och respiratoriska förändringar, t ex bröstsmärta, lungödem, takykardi, arytmier och hög andningsfrekvens.

Elektrolytrubbningar bidrar till utveckling av tillståndet. Framför allt sjunker nivåerna av kalium, fosfat och magnesium i blodet, varför dessa bör kontrolleras något dygn efter behandlingens start hos svårt medtagna patienter. På EKG kan förlängning av Q-T tid ses.

För att undvika detta bör man starta nutritionsbehandlingen försiktigt med 50-70% av de beräknade behoven-20 kcal/kg kroppsvikt) och öka dosen successivt under 3-5 dagar.

2.6 UPPFÖLJNING AV NUTRITIONSBEHANDLING

Syftet med att följa upp och dokumentera behandling är att värdera effekten av vidtagna åtgärder och att upptäcka eventuella biverkningar. Laboriemässig uppföljning anpassas efter individuellt behov, t ex vid diabetes. Vid behandling med kosttillskott, specialkost och/eller kost med avvikande konsistens ska uppföljning göras avseende smak, acceptans och möjlighet att följa behandlingen.

Förändring av kroppsvikt

Kroppsvikten mäts regelbundet, åtminstone en gång var sjätte månad (kortare intervall om det finns risk för undernäring, se Senior Alert). Vägning bör ske före frukost.

Registrering av mat och vätskeintag

Mat och vätskeregistrering är ett sätt att värdera den boendes energi- och vätskeintag. Allt ska registreras, inklusive enteral och parenteral nutrition. Energi- och vätskeintaget ska ställas i relation till den boendes beräknade behov. En nutritionsjournal (se bilaga) kan användas för att underlätta dokumentationen.

2.7 INFORMATIONSÖVERFÖRING

Många personer behöver nutritionsbehandling under lång tid- ibland livslångt. Dessa personer byter ofta vårdgivare. Därför måste informationen om personens ätproblem och pågående nutritionsbehandling rapporteras till nästa vårdgivare, som kan vara personal på sjukhus, ett äldreboende, en vårdcentral, hemtjänstpersonal eller anhöriga.

Informationen bör innehålla:

- bedömning av näringstillståndet, inklusive kroppsvikt och BMI vid vårdtillfället.
- Viktutveckling under vårdtiden
- sammanfattning av Ät/nutritionsproblem
- Sammanfattning av åtgärder och given nutritionsbehandling samt dess effekter
- Aktuell nutritionsordination, dvs. typ av behandling och beräknat energibehov
- Beskrivning av personens behov av ätstödande åtgärder.

- Skötselinstruktioner av sond/gastrostomi eller venkateter/port.
- Information om remissinsats vid problem.

2.8 ÅTGÄRDSPROGRAM

Åtgärdsprogrammet syftar till att undvika nutritionsproblem hos personer som omfattas av kommunal vård och omsorg.

Vårdpersonal

- Intervjuar vid inflyttning personer om sina matvanor

Vårdplan med fokus på nutrition

Alla vårdtagare ska ha en näringstillförsel som är anpassad till personens sjukdomstillstånd och behov.

Sjuksköterskan upprättar vårdplan med behov, åtgärder och uppföljning.

Sjuksköterska får besluta om någon form av ersättning för vanlig mat får sättas in eller tar beslut om kosttillskott.

Uppföljning och utvärdering

Utvärdering ska ske efter individuell bedömning

Kostintyg

Sjuksköterskan skriver kostintyg till köket utifrån den boendes behov.

Dietist

Patientansvarig sjuksköterska konsulterar dietist vid behov av nutritionsbehandling, ex vid MNA lägre än 17, vid enteral nutritionsbehandling eller andra nutritionsrelaterade problem.

Egenkontroll och riskanalys

Dokumentation och spårbarhet

Varje yrkesgrupp ansvarar för dokumentation och information inom sitt ansvarsområde.

REFERENSER

Lagar, författningar och rekommendationer

SFS 2001: 453 Socialtjänstlagen
(SOL)

SFS 2017:30 Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

SFS 2015:315 Läkemedelslagen

SFS 2010:659 Patientsäkerhetslagen

HSLF-FS 2016:41 Journalföring och behandling av personuppgifter i Hälso- och sjukvård

HSLF-FS 2017:41 - Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria).

HSLF-FS 2017:40 Föreskrifter och allmänna råd om vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete.

HSLF-2020:73 Samverkan vid in- och utskrivning av patient i slutenvård

SOSFS 1997: 13 Läkemedelsverkets föreskrifter om förskrivning av viss livsmedel

SFS 2006:804 Livsmedelslagen

SFS 2015:458 Livsmedelsförordningen

HSLF-FS Förebygga undernäring bland äldre personer

Lokal rutin för Senior Alert Vilhelmina kommun

HSLF-FS 2022:37 Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som

bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS

Nordiska näringsrekommendationerna.

KOSTINTYG

utifrån individuell vårdplan enligt riktlinjer för måltider

Namn: _____ Personnummer: _____

Enhet: _____

Kontaktperson: _____

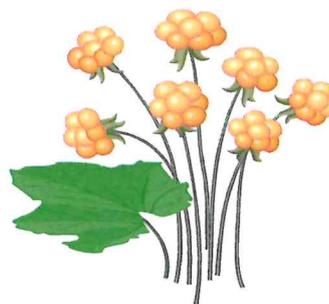
Beställande sjuksköterska: _____ Datum: _____

Kost

Normalkost- energiberikad
Normalkost

Konsistensanpassad kost

Hackad och lättuggad
Grov paté och timbal
Gelékost
Flytande kost
Tjockflytande kost



Allergi/överkänslighet

Komjölksprotein
Laktosfri
Laktosreducerad
Gluten

Andra allergier/överkänsligheter/specialkost:

Näringsstillägg (beställs ej via köket)

Näringsdryck
Enteralnutrition

Uppföljning av beställande sjuksköterska, datum: _____

Utvärdering av kosten:
